

T

1274

 **XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION**
ARCHIVO HISTORICO

129985



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS DE LA MUJER

**“TIENES QUE BUSCAR OTRO HOSPITAL”: ACCESO Y RECHAZO HOSPITALARIO
EN LA RESOLUCIÓN OBSTÉTRICA**

TESIS
PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA
EN ESTUDIOS DE LA MUJER

PRESENTA
SUSANA PATRICIA COLLADO PEÑA

DIRECTORA: DRA. ÁNGELES SÁNCHEZ BRINGAS
SINODALES: DRA. GRACIELA FREYERMUTH ENCISO
DRA. DORA CARDACI RODRÍGUEZ

México, D.F., 15 de diciembre de 2010



ÍNDICE

CAPÍTULO	PÁGINA
I. Introducción	3
Embarazo, riesgo y experiencia del proceso	7
Abordaje metodológico	11
II. La salud sexual y reproductiva como un derecho humano, desde una perspectiva feminista	20
Políticas en materia de salud materna en México	31
El hospital como institución social	38
III. De la salud a la muerte a causa del proceso reproductivo y las características de su atención en México	47
Opciones de resolución obstétrica	48
Causas de morbilidad y mortalidad maternas	50
Accesibilidad, calidad de la atención y el sistema de referencia y contra-referencia	54
IV. La atención obstétrica en un hospital general de referencia de la ciudad de México: una descripción etnográfica	
Antecedentes históricos	60
Población que atiende	61
El servicio de ginecología y obstetricia: infraestructura, recursos humanos y el proceso de enseñanza-aprendizaje	62
La atención obstétrica: el control prenatal y el área de urgencias	70
V. Resultados: de la teoría a la cotidianidad	
Características sociodemográficas	76
Hallazgos sobre salud reproductiva del grupo estudiado	77
Características del control prenatal	80
Resolución del embarazo	84
¿Referencia y contra-referencia o multi-rechazo hospitalario?	87
VI. Conclusiones y consideraciones finales	124
VII. Anexos metodológicos	139
VIII. Bibliografía	141

Mi más sincero agradecimiento y reconocimiento para todas y cada una de las mujeres que compartieron conmigo sus experiencias sobre el difícil proceso de su resolución obstétrica. A ellas prometí contribuir a que otras mujeres lo vivan con menos angustia y mayor respeto a sus derechos y a su dignidad... aún no encuentro la forma de lograrlo, sin embargo, este trabajo es parte de ese compromiso.

También quiero agradecer a las primeras feministas que conocí por fomentar en mí la capacidad de indignación, mi mamá y mi tía Socorro; a Jorge por acompañarme siempre; a Andrés porque, diez años antes o diez después, de cualquier forma supo llegar a tiempo para sumar conmigo; a todas las amigas, colaboradoras, terapeutas, chamanas, cómplices y compañeras a las que he atormentado con mucho más

de lo que aquí se discute: Miriam Padilla, Amanda Rojas, Ada Karina Contreras, Graciela Domínguez, Anita Chapina, Gina Villavicencio, Julia Velázquez, Lina Rosa Bemio, Carmen Rincón; a mi papá, por el solo intento de querer escribir otra parte de nuestra historia.

Finalmente, deseo expresar todo mi respeto, agradecimiento y admiración a mi asesora Ángeles Sánchez Bringas, quien tuvo para mí mucho más que luz metodológica y paciencia incalculable cuando más las necesité; y a mis lectoras, Graciela Freyermuth Enciso y Dora Cardaci Rodríguez, por compartir conmigo su conocimiento y experiencia a través de la lectura y discusión de este trabajo y de esa manera enriquecerlo.

I. Introducción

En México, desde las últimas décadas del siglo XX, algunas organizaciones sociales, en particular organizaciones feministas, han venido luchando por mejorar la atención a la salud de las mujeres y el ejercicio de la profesión médica, principalmente en el área de la ginecología, la obstetricia y la salud reproductiva (Cardaci y Sánchez Bringas, 2005; Freyermuth, G. y Sesia, P., coord., 2009). Estos grupos se han concentrado en promover diferentes prácticas de atención destinadas a mejorar la salud de la población con una perspectiva de derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta perspectiva, el acceso a una atención de calidad durante el embarazo y el resultado materno y perinatal no sólo son indicadores de desarrollo, sino que deben abordarse como parte de un proceso complejo –al que podemos denominar *proceso atención prenatal-resolución del embarazo*– que permita visualizar el grado de ejercicio y respeto de tales derechos.

La atención al embarazo inicia, generalmente, con el control prenatal. Éste tiene un impacto significativo en la salud de las mujeres embarazadas debido a que permite un proceso educativo que las prepara para reconocer los datos de alarma que sugieran la aparición de complicaciones, así como posibles alternativas de atención obstétrica y de control de la fertilidad una vez concluido el embarazo. Por otra parte, también posibilita que el personal de salud identifique oportunamente dichas complicaciones y refiera o envíe a las mujeres, que así lo ameriten, a un nivel de atención con mayor capacidad resolutive.

Es aquí donde cobra relevancia una parte del *proceso atención prenatal-resolución del embarazo* que poco se ha estudiado: el sistema de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención a la salud. En materia de atención obstétrica, dicho sistema consiste en que cuando una mujer se embaraza y acude al control prenatal en un primer nivel de atención, el personal que ahí labora después de identificar sus factores de riesgo y posibles complicaciones la envía o refiere al siguiente nivel de atención, como sería un hospital de segundo nivel. Si en éste se considera que la mujer requiere un mayor nivel de atención resolutive, es referida al tercer nivel o de alta especialidad. Una vez resuelta la complicación, la mujer debe ser remitida o contra-referida al nivel que inicialmente la envió para darle seguimiento y, cuando es necesario, rehabilitación. Cabe mencionar que ante la presencia de complicaciones, independientemente del nivel de atención que se trate, el personal de salud tiene la obligación de dar el manejo inicial cuando el caso así lo amerite, a fin de limitar la progresión de dichas complicaciones.

El objetivo de esta investigación fue describir y analizar las características de este sistema y los mecanismos institucionales que lo posibilitan, debido a que su mal funcionamiento puede representar un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna. Si así fuera, el sistema de referencia y contra-referencia estaría enmascarando un fenómeno de rechazo hospitalario¹, de tal forma que puede finalmente constituir no sólo una violación a los derechos humanos de las mujeres embarazadas, sino también una causa de morbi-mortalidad materna y perinatal. En esta

¹ Al hablar de rechazo, me refiero a la negación de la atención médica resolutive en los servicios de salud, independientemente de los motivos y de que a la mujer se le haya indicado acudir a alguna otra institución por sus propios medios.

investigación me pregunté si hubo demora en el acceso a la institución de salud para la atención obstétrica y cuáles fueron los factores institucionales, económicos y familiares que intervinieron en dicha demora.

Prácticamente no existen estudios que hayan analizado las características del sistema de referencia y contra-referencia para la atención obstétrica en la ciudad de México, particularmente en relación con la morbilidad materna. Así, consideramos relevante conocer la magnitud del problema de multi-rechazo hospitalario, esto es, cuántos hospitales visita una mujer embarazada para recibir atención obstétrica. Asimismo, cuando se presenta esta situación, nos preguntamos ¿cuáles fueron las razones por las que fueron rechazadas en otras instituciones de salud?, ¿quién decidió el ingreso o el rechazo de las mujeres a dichas instituciones? ¿cuáles son las consecuencias que tiene el multi-rechazo hospitalario sobre la salud de las mujeres y el resultado obstétrico?

Por lo anteriormente expuesto, para lograr el propósito de esta investigación se exploró el proceso por el cual un grupo de mujeres embarazadas² accedió para su resolución obstétrica a una institución hospitalaria de la ciudad de México; se buscó identificar si el sistema de referencia y contra-referencia, como parte de este proceso, oculta un fenómeno de multi-rechazo hospitalario y cuáles fueron las consecuencias de éste en el resultado materno y perinatal, cuando así fue el caso. Para ello, se indagaron los procesos y trayectorias de búsqueda de atención que vivieron estas mujeres para lograr

² A partir de la experiencia de las mujeres que si ingresaron al hospital donde se llevó a cabo la investigación, mismas que tenían la posibilidad de haber sido rechazadas en otras instituciones. Esto implicó dejar fuera del análisis a aquellas mujeres a las que esta institución les negó la atención.

el acceso a la atención obstétrica hospitalaria. Nuestro análisis partió desde la consulta prenatal, cuando ésta existió; y se entrevistó al grupo de estudio en el hospital seleccionado cuando ya se encontraba en la etapa de puerperio, incorporando en el análisis su experiencia con respecto a la atención recibida.

A través de entrevistas, se buscó conocer el número de consultas del control prenatal y los contenidos de éstas, así como la percepción de las mujeres en relación a sus experiencias en tales consultas. Cuando no existió atención prenatal, se interrogó sobre cuáles fueron los motivos que originaron dicha situación. Conocer esta información contribuye al análisis de los mecanismos institucionales para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria.

Teniendo en cuenta que el proceso que se propone analizar no se reduce al espacio hospitalario, ya que las condiciones de género³ y de clase inciden en el acceso a la atención obstétrica, se describió también el perfil sociodemográfico de las mujeres que participaron en este estudio (edad, escolaridad, condición de migración, de pareja, etc.); y se identificaron los factores socioeconómicos (como la falta de acceso a los recursos monetarios para los gastos de salud) que incidieron en el acceso a estos servicios. Como aspectos del género, se exploró también la autonomía que éstas tuvieron o no para tomar decisiones sobre su cuerpo, su salud y su embarazo. Asimismo, se indagó sobre las estrategias que establecieron para acceder a la atención obstétrica hospitalaria, es decir, si contaron con redes de apoyo social y cuáles fueron éstas.

³ El concepto de género con el que trabajamos en esta investigación se discute en el siguiente capítulo.

Consideramos pertinente conocer la percepción de las mujeres con respecto a la atención que recibieron a lo largo del *proceso atención prenatal-resolución del embarazo*, pues si ésta no es adecuada o no satisface sus expectativas, podría impactar en el apego –adhesión– a las indicaciones y terapéuticas de la medicina alopática, así como en la decisión de solicitar o no atención posteriormente. Asimismo, esta percepción visibiliza el grado de ejercicio de sus derechos en materia de salud y cómo ellas mismas perciben el respeto de los mismos en las instituciones hospitalarias.

Así, se describieron algunas características sobresalientes de la atención que recibieron las mujeres que participaron en esta investigación a lo largo del *proceso atención prenatal-resolución del embarazo* en las instituciones de salud por parte de los distintos integrantes del equipo de salud. Se identificaron algunos aspectos del género (en particular se observó la autonomía o dependencia de las mujeres en sus decisiones reproductivas) e institucionales que intervinieron en el acceso a la atención obstétrica hospitalaria tomando como punto de partida las experiencias que relataron a través de las entrevistas. Finalmente, se establecieron los retrasos y las características de la atención médica que recibieron las mujeres que participaron en esta investigación cuando presentaron algún tipo de complicación, a partir de sus relatos en el puerperio.

Embarazo, riesgo y experiencia del proceso

El concepto de salud reproductiva ofrece un enfoque completo e integral de las necesidades de salud relacionadas con la reproducción, de tal forma que además de ser un aspecto importante en materia de salud, también representa un indicador de desarrollo y de ejercicio y respeto a los derechos humanos en los países; así, la

Organización Mundial de la Salud ha propuesto a la proporción de mortalidad materna como uno de los indicadores sobre salud reproductiva (Cook, Dickens y Fathalla, 2003). Por ello, vale la pena mencionar algunas consideraciones sobre el proceso reproductivo en las mujeres.

El embarazo por sí solo, generalmente, no representa una enfermedad o un problema de salud, sin embargo constituye, además de un fenómeno biológico, un evento que se ve afectado por el contexto social en el que se desarrolla. Así, el embarazo está lleno de complejos e interesantes procesos que generan cambios no sólo en la apariencia y en la fisiología de la mujer, sino también en su vida, en su entorno familiar y social. Por lo que, en buena medida, la evolución y resolución satisfactoria de la gestación es impactada por la interrelación de factores biológicos, económicos, sociales, culturales, el acceso a los servicios de salud y la atención y trato que éstos brindan, así como su capacidad resolutoria (Langer y Lozano, 1998; Standing, 2000; Ramos, *et al.*, 2004; Elu y Santos, 2005).

Es por la complejidad del embarazo como fenómeno biosociocultural que las mujeres embarazadas pueden correr el riesgo⁴ de sufrir complicaciones que pongan en peligro sus vidas. Este riesgo es diferente dependiendo del contexto en el que se encuentren, de las condiciones de salud que tengan al momento de presentar dichas complicaciones, del acceso que tengan a los recursos para poder resolverlas y de las

⁴ Existen diferentes definiciones de riesgo; sin embargo, en términos generales y para fines de esta investigación, lo consideramos como la probabilidad de sufrir un daño a la salud, particularmente, durante el proceso reproductivo (López Canales y Cárcamo Mejía, 1992; ENEO, 2006). Dicha probabilidad implica que las mujeres estén expuestas a la posibilidad de enfermar, morir o sobrevivir con secuelas temporales o permanentes durante el ejercicio de su capacidad reproductiva.

características de tales recursos, tanto en términos de habilidades técnicas como de infraestructura y organización. Existen cálculos que indican que alrededor del 15% de los embarazos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico capacitado, sin embargo en los países poco desarrollados dicho personal sólo está presente en la mitad de los casos (Ransom y Yinger, 2002). A este respecto, la Organización Mundial de la Salud estima que por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después de la resolución del embarazo (Ashford, 2002).

Aquí radica la pertinencia de este estudio pues, si bien existe información fundamental y en términos generales homogénea en relación a la muerte materna, poco se ha dicho sobre aquellas mujeres que sobreviven a alguna complicación durante la gestación, parto o puerperio. La experiencia de dichas mujeres debe ser recuperada e incorporada al estudio de la morbi-mortalidad materna a fin de conocer, por un lado, los aspectos subjetivos relacionados con ella y redimensionar el valor del conocimiento que estas mujeres pueden proporcionar al análisis de este fenómeno (WHO, 2004); y por el otro, la responsabilidad que tienen las instituciones de salud en tal morbi-mortalidad.

Asimismo, la experiencia de los procesos que viven las mujeres durante el embarazo y su resolución es de suma importancia aun cuando no hayan presentado complicaciones, ya que puede aportar información valiosa para la descripción y el análisis de la forma en cómo se brindan los servicios de salud, evaluando si la atención que éstos otorgan es ética y profesional o no, así como para identificar si en estos servicios existen las condiciones que permitan el ejercicio y el respeto de los derechos

sexuales y reproductivos de las mujeres que a ellos acuden. En este trabajo se parte de la hipótesis de que el ejercicio de la capacidad reproductiva de las mujeres (impuesto o por deseo propio), está determinado por estructuras de desigualdad social, económica y de género presentes en el ámbito familiar e institucional que coloca a las mujeres en una posición de vulnerabilidad frente a actos de discriminación y violencia que representan vejaciones a su derecho a la vida, a la salud, a tener una vida libre de violencia, a sus derechos sexuales y reproductivos. Además, esta ubicación social también las coloca en un riesgo que pone en peligro sus vidas o el bienestar y la buena resolución de sus embarazos, y que puede provocar que las mujeres vivan con las secuelas derivadas de una mala atención.

Por lo tanto, contar con una atención médica oportuna, técnicamente adecuada, con una perspectiva ética y profesional, en la que el rechazo a la atención no figure, resulta fundamental no sólo en la resolución de complicaciones, sino también al momento de la atención del parto, pues muchas de las posibles complicaciones maternas y perinatales pueden presentarse precisamente en ese momento, sin que existan factores de riesgo previamente conocidos, como es el caso de la asfixia perinatal y de la hemorragia obstétrica (Campbell y Graham, 2006).

De igual forma, evitar el rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica es trascendental en aquellas mujeres que tienen complicaciones en etapas tempranas de la gestación, como por ejemplo cuando cursan con alguna variante clínica del síndrome de aborto o cuando presentan embarazos fuera de la cavidad uterina, ya que aun cuando acudan a los servicios médicos con oportunidad —es decir, en condiciones

hemodinámicas estables— en cualquier momento puede desencadenarse una hemorragia que ponga en peligro sus vidas, particularmente si son enviadas o *referidas* por sus propios medios a buscar un hospital dónde ser atendidas.

Abordaje metodológico

El propósito de esta investigación fue describir y analizar, en el nivel microsocioal, el *proceso de atención prenatal-resolución del embarazo* en un grupo de mujeres que ingresó a un hospital general federal de referencia de la zona sur de la ciudad de México. Se optó por la metodología cualitativa debido a que ésta permite obtener información a partir de las perspectivas y puntos de vista de las participantes (sus emociones, experiencias, significados y otros aspectos subjetivos), así como de sus interacciones, lo cual privilegia las voces que pocas veces se escuchan: las de las mujeres que viven el fenómeno que aquí se estudia.

Se utilizó la entrevista como instrumento metodológico porque esta herramienta, a través de preguntas y respuestas, permite lograr una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

Podemos señalar que esta investigación consistió en un estudio exploratorio con un acercamiento cualitativo que permitió examinar un fenómeno social —que tiene repercusiones biológicas, psico-afectivas y económicas en quienes lo viven— dentro de un marco teórico definido, que a su vez, favoreció el desarrollo de reflexiones que contribuyen al análisis de dicho fenómeno (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

Una de las particularidades de esta investigación radica en el hecho de que yo formo parte del personal de salud del hospital en el que ésta se desarrolló. Laboro en él desempeñando actividades asistenciales y de docencia como médica especialista en ginecología y obstetricia y por ello ocupo un lugar de responsabilidad dentro del área, pues, tengo a mi cargo el desempeño de los y las médicas en formación que atienden a las mujeres que acuden dentro de mi horario de trabajo. Desde esta posición, el análisis de la atención a mujeres, y particularmente a las mujeres embarazadas, me ha llevado a la reflexión sobre algunos aspectos de la profesión médica, del ejercicio de la ginecología y la obstetricia y de algunos dilemas éticos que surgen en la interacción cotidiana entre estas mujeres y quienes brindamos los servicios de salud.

Esta mirada desde adentro, por un lado, facilitó en gran medida el acceso a información como la que se asienta en los expedientes clínicos (habitualmente restringida y confidencial) o la que se puede observar en la práctica diaria del ejercicio de la profesión y que permite una relación particular con las mujeres sujetas de estudio; por otro lado, tal situación también implicó algunas desventajas, entre las que se encuentra el hecho de que al visualizarme como parte del personal, existe la posibilidad de que las mujeres dieran respuestas o testimonios sesgados. Vista esta situación desde el personal que labora conmigo en el hospital seleccionado, el hecho de que alguien se encuentre mirando, y de algún modo cuestionando el *status quo*, genera curiosidad, incomodidad, desconfianza e incluso molestia en dicho personal, pues de alguna manera se sienten evaluados y, tal vez, desafiados en sus prácticas cotidianas. Asimismo, la posibilidad de considerar como "naturales" ciertos aspectos de la

actuación médica o de pasar por alto detalles, circunstancias o eventos, estuvo presente dado que estoy inmersa en el medio hospitalario.

Así, durante los meses de febrero a mayo de 2008 se realizó el trabajo de campo en un hospital de segundo nivel de atención para población abierta⁵ en la ciudad de México. El hospital seleccionado cuenta con una unidad de tococirugía en donde se realizan mensualmente un promedio de 500 procedimientos obstétricos, distribuidos aproximadamente en 50% de partos, 30% de cesáreas y 20% de legrados uterinos instrumentados por aborto⁶. Partiendo de esta distribución, se realizaron entrevistas semi-estructuradas, encaminadas a obtener descripciones de experiencias, comportamientos, acciones, actividades y respuestas emocionales a dichas experiencias, de manera secuencial a 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato⁷ al momento de la entrevista. Estas mujeres asistieron al servicio de ginecología y obstetricia para la resolución de su embarazo, el cual podía tener distintos resultados: parto eutócico a término sin complicaciones⁸, parto pretérmino⁹, operación cesárea¹⁰, laparotomía exploradora por embarazo ectópico¹¹ y legrado

⁵ Los hospitales para población abierta brindan atención a las personas que carecen de acceso a servicios de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social, entre otros. Sin embargo, los servicios que ofrece no son gratuitos, pues existen cuotas de recuperación de acuerdo a la clasificación socioeconómica que el área de trabajo social asigna a la población usuaria. Más adelante se profundiza al respecto.

⁶ Estas cifras y su distribución pueden sufrir variaciones de acuerdo a diferentes circunstancias, tales como las restricciones de ingreso cuando existen procesos de remodelación o saturación de los servicios.

⁷ Entre las primeras 24 horas y los 7 días posteriores a la conclusión de sus embarazos.

⁸ Este tipo de resolución obstétrica se considera normal, pues se trata de un nacimiento por vía vaginal, sin complicaciones, una vez concluida la duración normal del embarazo.

⁹ Aquí, parto pretérmino se refiere al nacimiento por vía vaginal posterior a las 21 y antes de las 37 semanas de gestación, situación que por sí misma constituye una complicación.

¹⁰ En el caso de la operación cesárea, ésta se incluyó independientemente del motivo de su realización. Son motivos de nacimiento por vía abdominal diferentes complicaciones entre las que se encuentran los trastornos hipertensivos, las presentaciones anormales de los fetos (presentación pélvica, por ejemplo), desproporción céfalo-pélvica, alteraciones en la cantidad de líquido amniótico, la placenta previa, el

uterino instrumentado por aborto¹². El resultado obstétrico de las mujeres que participaron tuvo la siguiente distribución: el 52% parto vaginal, 23% operación cesárea, 14% legrado uterino instrumental por aborto y 11% laparotomía exploradora por embarazo ectópico. Más adelante se desglosarán las particularidades de estos casos.

A las mujeres que aceptaron participar en esta investigación, se les solicitó verbalmente su consentimiento para ser entrevistadas y grabadas, haciendo énfasis en el respeto a su confidencialidad, en que se garantizaba el anonimato de su testimonio y en que la realización de la entrevista tenía la única finalidad de llevar a cabo este estudio, el cual fue completamente ajeno al manejo, tratamiento y a su egreso hospitalario. La entrevista se llevó a cabo a partir de una guía de preguntas que fue elaborada para obtener información sobre: datos sociodemográficos, salud reproductiva, resultados obstétrico y perinatal, así como sobre las características de la referencia, del acceso al hospital y las de la atención recibida (ver anexos metodológicos). Uno de los criterios de inclusión fue que no existiese conocimiento previo entre las mujeres que participaron y yo, es decir, que no hubiese tenido ninguna intervención en la atención que recibieron hasta el momento en que se realizó la entrevista. Ésta se llevó a cabo cuando ya se encontraban en la etapa del puerperio, algunas de ellas ya habían sido dadas de alta y se encontraban en espera de sus familiares para irse a sus casas, mientras que otras se encontraban aun bajo manejo médico por algún padecimiento.

desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, así como diversas alteraciones en la evolución del trabajo de parto, conocidas como distocias.

¹¹ Cuando el embarazo se encuentra fuera de la cavidad uterina y éste se asocia a hemorragia interna, se realiza una cirugía abdomino-pélvica llamada laparotomía exploradora para su resolución.

¹² En el capítulo III se hace una referencia más detallada de los diferentes tipos de resolución obstétrica que existen.

Las mujeres ingresaron al hospital seleccionado para este estudio por el área de urgencias, que se encuentra en la planta baja, como sucede en todos los casos de ingreso por atención obstétrica. El servicio de ginecología y obstetricia se ubica en el tercer piso y en él se localiza el área de tococirugía –donde se lleva a cabo la resolución obstétrica–, así como el área de hospitalización, a donde son trasladadas una vez resuelto el embarazo. La obtención de la información estuvo a mi cargo y el sitio donde se llevó a cabo la mayor parte de las entrevistas es un pequeño cuarto ubicado al final del pasillo de este tercer piso. Es utilizado como bodega para el personal de enfermería, donde además de un par de sillas de plástico, sólo cabe un librero que contiene la papelería propia de este servicio: hojas de alta, recetas, papel carbón, formatos para la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete. En él, hace calor y se puede escuchar al personal de intendencia limpiando el área o trasladando sábanas y batas para las pacientes, a las enfermeras administrando medicamentos, a médicas/os internos de pregrado retirando puntos, tomando muestras de laboratorio o escribiendo a máquina, a médicas/os residentes y adscritos dando indicaciones, así como el voceo del hospital. A pesar de todo ello, este espacio permitió cierta privacidad para la realización de las entrevistas, pues facilitó que las mujeres se expresaran sin que fueran observadas ni escuchadas por el personal ya mencionado. Cuando esto no fue posible, las entrevistas se realizaron en el área de hospitalización, en la cama de cada mujer.

En la mayor parte de los casos se contó con acceso al expediente clínico, lo que permitió conocer los diagnósticos y tratamientos utilizados durante la estancia en el hospital, así como la información relativa a la salud, complicaciones y el manejo del

recién nacido. En relación a la información sobre la referencia y contra-referencia, ésta se obtuvo directamente de los testimonios de las mujeres, ya que en la mayoría de los casos no existió una hoja impresa que aportara datos al respecto en el expediente clínico, ya fuera porque no se les entregó a las mujeres en las diferentes instituciones que visitaron previo a su ingreso al hospital de estudio para su resolución obstétrica, o bien porque no fue anexada al expediente médico por parte del personal del área de urgencias al momento del ingreso.

Cuando, durante el desarrollo de las entrevistas, identifiqué un mal manejo médico, o bien, alguna circunstancia susceptible de ser corregida, tuve una participación activa, al término de las mismas. Así, cuando la mujer había solicitado la colocación de un dispositivo intrauterino y tal solicitud no había sido atendida, pasaba a dicha mujer al área de tococirugía para que se lo colocaran; de igual forma, cuando a las mujeres se les egresaba sin alguna prescripción importante para su seguimiento y recuperación, yo agregaba esto en sus recetas. En ningún caso se comentaron con las y los médicos implicados, los errores ni los detalles encontrados durante las entrevistas, con el fin de respetar la confidencialidad y el anonimato de las mujeres, situación sumamente difícil de manejar.

Las mujeres que no desearon participar en esta investigación o que contaban con alguna incapacidad para expresarse por sus propios medios, fueron excluidas del grupo de estudio. Se contempló eliminar de la investigación a las mujeres que durante el estudio decidieran cancelar su participación, sin embargo esto no sucedió. Sólo una de las mujeres solicitó que no se grabara la entrevista. Cuando no fue posible grabar ésta

o transcribirla por problemas con el audio, o bien, porque no se contó con grabadora al momento de realizarla, se transcribieron las respuestas de las mujeres así como las anotaciones que se hicieron durante la entrevista.

En el capítulo II de este trabajo, se presenta el marco teórico que da sustento al análisis del fenómeno que esta investigación describe. Se construyó mediante la lectura y discusión de lineamientos técnicos médicos, fuentes desde el área de la salud, tanto oficiales como de organismos no gubernamentales, y documentos desde las ciencias sociales, los estudios de mujeres y los aportes del feminismo. Cabe aclarar que partimos de la definición de feminismo propuesta por Petchesky: una preocupación teórica y práctica acerca de las condiciones de las mujeres y el compromiso para transformar la opresión del género en relación con los sistemas de dominación que dividen a las mujeres por clase, raza, etnia, región, nacionalidad, religión, orientación sexual y edad; pues esto implica el cuestionamiento de todas las relaciones jerárquicas y de poder, incluyendo las que se encuentran en proceso de investigación, y el compromiso por alcanzar la justicia social para todas las personas (Petchesky y Judd, coomp.,2006). Así, esta perspectiva feminista y de los derechos sexuales y reproductivos sirven como categorías centrales para el análisis del fenómeno que se describe en esta investigación, el *proceso de atención prenatal-resolución del embarazo* en el grupo de mujeres que participó.

El capítulo III presenta un panorama sobre los tipos de resolución que puede tener un embarazo, así como las posibles complicaciones asociadas que pueden llevar a quienes las viven a un estado de enfermedad permanente e incluso a la muerte y sobre

las cifras relacionadas con ello. Se discute también la importancia que tiene el acceso oportuno a los servicios de salud, así como las características ideales que éstos deben tener para poder hacer frente a dichas complicaciones, desde la perspectiva del trato adecuado que va más allá del concepto tradicional sobre la calidad de la atención. Se desglosa también lo que teóricamente es el sistema de referencia y contra-referencia entre los diferentes niveles de atención a la salud, con la finalidad de poder contrastarlo posteriormente con los hallazgos de esta investigación. Así, la accesibilidad, las características del trato en los servicios de salud y el sistema de referencia y contra-referencia para la resolución obstétrica se exponen como elementos para nuestro análisis.

El capítulo IV brinda una descripción etnográfica del hospital donde se llevó a cabo nuestra investigación, resaltando las características de las interacciones que se dan entre el propio personal que ahí labora y entre éste y las usuarias que a él acuden, pues las características de las relaciones que se describen también forman parte de la guía de análisis en este estudio.

En el capítulo V, presentamos las características sociodemográficas, de salud reproductiva, del control prenatal y de la resolución obstétrica que encontramos en las mujeres que participaron en esta investigación. Se exponen las entrevistas más representativas realizadas durante el trabajo de campo, analizando cada una de ellas desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y médica, incorporando en dicho análisis las categorías expuestas en los capítulos II, III y IV, con la finalidad de responder las preguntas centrales de esta investigación: si el sistema de referencia y

contra-referencia en materia de atención obstétrica oculta un fenómeno de multi-rechazo hospitalario y si esto ocurre, cuáles son las consecuencias de este fenómeno sobre el resultado materno y perinatal.

El capítulo VI corresponde a las conclusiones y a las consideraciones finales que surgieron tras la discusión de los planteamientos teóricos en contraste con los hallazgos del presente estudio, y que abren nuevas interrogantes que surgieron durante el trabajo de campo y la reflexión y discusión de las categorías que guiaron el análisis del fenómeno que esta investigación se propuso describir: las características del sistema de referencia y contra-referencia en materia de atención obstétrica y las consecuencias que puede tener sobre el resultado materno y perinatal en las mujeres que lo vivieron.

Al final, se presenta la guía de preguntas de elaboración propia que se utilizó para la realización de las entrevistas, y para la obtención de la información sobre: datos sociodemográficos, gineco-obstétricos, del tipo de resolución del embarazo, de la referencia y contra-referencia, así como del trato que recibieron las mujeres que participaron en esta investigación.

II. La salud sexual y reproductiva como un derecho humano, desde una perspectiva feminista

Para poder conceptualizar a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, vale la pena tener en mente documentos de gran trascendencia como son la Declaración Universal de Derechos Humanos (aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948), la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, así como la carta de los derechos sexuales y reproductivos que emitió en 1995 la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF).

En la Declaración Universal de Derechos Humanos se establece, entre otros, que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos; que todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona; y que nadie será sometido a tortura, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 1948). Para la Organización Mundial de la Salud, “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” constituye la definición de salud (WHO, 1948). De la carta de los doce derechos sexuales y reproductivos que emitió la IPPF, se ha dicho que es una defensa firme y elocuente de la libertad de todos los seres humanos en el campo de la sexualidad, independientemente del contexto político, económico o cultural en el que se desenvuelvan (IPPF, 1997). Algunos de los derechos que se explicitan en este documento, se exponen a continuación:

Derecho a la vida, el cual significa, entre otras cosas, que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo; a la libertad y a la seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna persona debe ser sometida a la mutilación genital femenina, al embarazo, a la esterilización o al aborto forzados. **Derecho a la intimidad y a la confidencialidad**, lo cual significa que todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser confidenciales y que todas las mujeres tienen el derecho de tomar decisiones reproductivas autónomas.

Derecho a información y educación, según se relaciona con la salud sexual y reproductiva de todas las personas incluido el acceso a información completa sobre los beneficios, riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en un consentimiento informado, libre y pleno. **Derecho a decidir si tener o no hijos**; a la atención médica y a la protección de la salud, el cual incluye el derecho de las pacientes a ser atendidas en los servicios de salud con la más alta calidad de atención y el derecho de ser libres de las prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.

Derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, el cual incluye el derecho de las pacientes a los servicios de salud sexual y reproductiva con nuevas tecnologías en salud reproductiva que sean seguras para su salud, eficaces y aceptables (IPPF, 1997).

A la luz de estos documentos y definiciones, adoptados y ratificados por el estado mexicano, puede verse la articulación que existe entre los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva. Así, en el Programa de Acción Igualdad de Género en Salud 2007-2012 de la Secretaría de Salud se estipula que:

La Secretaría de Salud, como cabeza del Sistema Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva tiene como eje orientador hacer evidente la necesidad de erradicar las desigualdades sociales, de género e intergeneracionales que limitan las capacidades y las oportunidades de las personas....De ahí su atribución de velar por los derechos de la mujer a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho a tener acceso a información vertiente sobre su salud; velar por el derecho de toda persona a disfrutar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones, a disfrutar del grado máximo de salud que se pueda lograr... (Secretaría de Salud, 2007).

Sin embargo, las condiciones actuales bajo las que se lleva a cabo el ejercicio de la capacidad reproductiva de las mujeres no necesariamente permiten en todos los casos que tal ejercicio se de en un marco de respeto a sus derechos. Ejemplo de ello es la discordancia que existe entre lo que se estipula en dicho programa y su aplicación en la atención cotidiana a mujeres en situación de aborto, pues a pesar de que la aspiración manual endouterina –como beneficio del progreso científico– es el método de primera elección para el tratamiento quirúrgico del aborto antes de las 12 semanas de gestación, no todas las mujeres gozan de éste pues la proporción de legrados instrumentales que se siguen practicando en diversos hospitales es mayor que la de aspiraciones, sin que exista justificación alguna para ello y sin que haya un seguimiento real de esta discordancia por parte de los órganos rectores en la materia.

Un ejemplo más de que el ejercicio de la capacidad reproductiva de las mujeres no se da en un marco de respeto a sus derechos se puede observar al contrastar lo que se establece en la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido como obligatorio y lo que viven las mujeres todos los días en las instituciones de salud. En esta norma se establece que:

...Durante el trabajo de parto normal se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición de sentada y en decúbito lateral para mejorar el trabajo de parto, las condiciones del feto y de la madre, respetando sobre todo las posiciones que la embarazada desee utilizar, siempre que no exista contraindicación médica; el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante, durante el trabajo de parto debe realizarse por indicación médica e informando a la mujer; la episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y con conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer...(Secretaría de Salud, 1995).

En la cotidianidad, y en términos generales, estas obligaciones no se cumplen en las instituciones de salud (al menos en las de carácter público), pues a las mujeres en trabajo de parto se les prohíbe la deambulaci3n y la posibilidad de adoptar la posici3n que elijan, de tal manera que s3lo permanecen acostadas en camillas durante todo el tiempo que se encuentran en trabajo de parto, bajo la premisa de resguardar su seguridad al evitar que puedan caerse y lesionarse. Por otro lado, a3n se observan pr3cticas de rasurado del vello p3blico de manera indiscriminada, pues el personal de enfermer3a lo practica a todas las mujeres que ingresan al 3rea de tococirug3a, independientemente de que 3stas acudan para la atenci3n de un parto normal o a la realizaci3n de un legrado por aborto, sin informarles en ning3n momento el motivo por el que se les realiza y sin pedirles consentimiento alguno para ello, bajo el argumento de que es el personal m3dico quien solicita esta pr3ctica con la finalidad de *facilitar* la realizaci3n de procedimientos como la episiotom3a¹³.

En relaci3n con la pr3ctica rutinaria de la episiotom3a, cabe mencionar que con mucha frecuencia en los llamados hospitales escuela (generalmente hospitales p3blicos con m3dicos en formaci3n) 3sta se realiza con fines de ense3anza para el personal m3dico de pregrado y posgrado, sin solicitarle a la mujer a quien se le realiza su consentimiento para ello y sin brindarle explicaci3n ni justificaci3n alguna. As3, parecer3a que en los servicios de salud las mujeres son vistas como modelos did3cticos y no como seres humanos, sujetas de derechos, dignas de un trato respetuoso y benevolente.

¹³ La episiotom3a es un corte quir3rgico que se realiza en el perin3 de la mujer con la finalidad de ampliar el canal vaginal y evitar desgarros en este sitio durante la expuls3n del feto, sin embargo existen evidencias cient3ficas s3lidas que han demostrado que su pr3ctica rutinaria no se justifica ni se encuentra libre de riesgos nocivos para la mujer.

A este respecto, y en concordancia con la premisa de que la salud sexual y reproductiva debe abordarse para su análisis como un derecho humano, Cook, Dickens y Fathalla plantean que:

Un aspecto importante en el derecho a la salud, es la participación en la toma de decisiones relacionadas con la salud. El derecho a la salud, no debe entenderse como un derecho a estar saludable, entraña tanto libertades como derechos. **Las libertades incluyen el derecho a controlar la salud y el cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva, el derecho a verse libre de interferencias y el derecho a no sufrir torturas y a no verse sometido a tratamientos médicos no consensuales y a la experimentación. Los derechos incluyen el derecho a un sistema de protección de la salud que proporcione igualdad de oportunidades para disfrutar el más alto nivel de salud** (Cook, Dickens y Fathalla, 2003, p 34).

Vale la pena agregar que, si bien existe todo un marco de derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos así como ratificaciones jurídicas al respecto, cuando las mujeres no están teniendo una participación activa en la toma de decisiones sobre el cuidado de su cuerpo y su salud, o cuando aún son sometidas a verdaderos actos de tortura (por ejemplo cuando viven el trabajo de parto sin acceso a la analgesia obstétrica sin ninguna justificación para ello), de poco sirven los acuerdos y tratados internacionales para estas mujeres. Continuando con los autores mencionados:

El sistema de salud tiene obligaciones frente a los derechos a la salud de las personas. Tiene la obligación de respetar, proteger y cumplir el derecho a la salud. Debe respetar y proteger las libertades y los derechos comprendidos en el derecho humano a la salud. El sistema de salud puede violar el derecho a la salud a través de actos u omisiones. La obligación de respetar le exige al sistema abstenerse de interferir directa o indirectamente con el goce del derecho a la salud. La obligación de cumplir le exige al sistema garantizar que las personas tengan acceso a un sistema de salud con igualdad de oportunidades para todos (Cook, Dickens y Fathalla, 2003, p 34).

Una vez más, este discurso es sólo retórica mientras no sea una realidad para todas las mujeres. En este sentido, vale la pena voltear la mirada hacia quienes que no sólo no

murieron o sobrevivieron a algún tipo de complicación durante su embarazo, parto o puerperio, sino que además tuvieron un resultado obstétrico y perinatal adecuado desde el punto de vista de la salud pública, pues dicho resultado no garantiza que hayan tenido acceso a una atención adecuada, ética y eficaz en la que fueron respetados sus derechos a cabalidad.

Tomando este marco como punto de partida, es posible observar (y se discutirá a lo largo de este trabajo de investigación) que a pesar de la contribución de las ciencias sociales al campo de la salud, de la presión de los diferentes grupos de mujeres y del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos, el concepto de salud sexual y reproductiva en las instituciones hospitalarias se sigue asociando de manera indistinta, y muchas veces exclusiva, al de salud materna desde una perspectiva ajena al beneficio, a los intereses, deseos y necesidades de las mujeres. Por otro lado, también cabe mencionar que la palabra género se usa en diferentes escenarios como sinónimo de mujeres, o simplemente como atildamiento políticamente correcto, olvidando el concepto de género que hace referencia a las relaciones de poder entre hombres y mujeres y a la "naturalización" del sexo y la heterosexualidad (Scott, 1999; Butler, 2001). Si al hablar de salud sexual y reproductiva se tuviera como fundamento una conceptualización más amplia del género, sería posible dejar atrás el modelo tradicional de la salud materna para pasar al concepto de ciudadanía¹⁴ en materia de salud que permitiera el respeto, reconocimiento

¹⁴ Para Amuchástegui y Rivas, la ciudadanía puede definirse como "la relación entre las prácticas sociales, culturales y económicas de los sujetos para ejercer o crear nuevos derechos con el conjunto de derechos formales y deberes políticos y sociales"; así, ellas consideran que "la ciudadanía, en cualquier área de los derechos, requiere necesariamente la subjetivación, es decir, la existencia de

y ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos en la cotidianidad de cada persona al interior de las instituciones de salud, independientemente de su edad, nivel socioeconómico y cultural, sexo, preferencia sexual y género (Castro, 2010).

Para fines de esta investigación, nos referimos al género como un concepto relacional, pues no se refiere a las condiciones de los hombres o de las mujeres de manera aislada, sino a las relaciones desiguales de poder que se establecen entre ellos y entre las propias mujeres. Estas relaciones derivan en jerarquías que determinan un acceso diferenciado de unos y otras a los recursos económicos, sociales, políticos, culturales y de salud (Gómez, 2001; Sánchez Bringas, 2003; Cardaci, 2004). En este mismo sentido y desde una perspectiva feminista, el estudio de la atención a la salud sexual y reproductiva permite identificar la posición en la que se encuentran las mujeres frente a las instituciones de salud, pues entre éstas y las usuarias también se establecen relaciones de poder que dificultan la apropiación de sus derechos y que además, facilitan y validan las violaciones a éstos cuando la atención que brindan tiene una connotación patriarcal —ejemplo de ello es el hecho de que frecuentemente las mujeres sean tratadas como úteros gestantes en los servicios de atención obstétrica—, misma que se articula con el trato diferenciado de acuerdo a la clase, la etnia y la generación, como ha sido documentado por otras autoras (Freyermuth, 2003; Cordero, 2004; Cardaci y Sánchez Bringas, 2007; Fernández, 2008).

sujetos que desarrollen y sostengan un sentido del derecho a tener derechos para sí y para los demás miembros de la colectividad...desde esta perspectiva, el concepto de ciudadanía se relaciona con la apropiación de los derechos ya consagrados en instrumentos jurídicos* (Amuchástegui y Rivas, 2008). Al hablar de ciudadanía en materia de salud me refiero al hecho de que las personas se perciban como sujetas de derechos al interior de las instituciones de salud y a que el personal que labora en ellas asuma la obligación que tiene de respetar tales derechos; si las personas ignoran que tienen derechos frente a dichas instituciones, es poco probable que exijan su cumplimiento, de ahí la importancia de su conocimiento y de su apropiación.

La salud de las mujeres es uno de los elementos esenciales de desarrollo en los países y una condición no negociable de bienestar, que está contemplada como parte de sus derechos humanos. La muerte derivada del proceso reproductivo es un ejemplo reprobable de la falta de justicia social y de la inequidad de género en la que se encuentran las mujeres, no sólo al interior de sus familias o comunidades, sino también ante el Estado, a través de la atención que reciben en los servicios de salud, dado que en países desarrollados las cifras de muerte materna se encuentran muy por debajo de las cifras que se tienen al respecto en América latina. Por otro lado, cuando sobreviven a las complicaciones asociadas al embarazo, el parto y el puerperio se pierde el interés en dichas complicaciones incluso por parte de quienes se ocupan del estudio de la salud materna, generándose así un estado de invisibilidad del fenómeno de la morbilidad asociada al embarazo. Tal vez esto pueda deberse a que diferentes instituciones como la iglesia, la familia, los medios de comunicación y los propios servicios de salud, exaltan el valor del sacrificio de las madres por los hijos que puedan procrear y colocan en segundo término sus derechos como sujetos sociales y sus intentos de desarrollo personal y profesional. También se debe a que la muerte materna es uno de los indicadores de las condiciones de vida en un país o región, mientras la morbilidad no figura como tal.

Un ejemplo de la falta de interés en la morbilidad se puede observar en los datos estadísticos de salud. Por ejemplo, se conocen las cifras de muerte asociadas a trastornos isquémicos del corazón –que dicho sea de paso, son más frecuentes en hombres–, con menor detalle las de muerte materna, pero no se tiene información completa de las cifras relacionadas con la morbilidad asociada al embarazo. Tampoco

se sabe sobre el impacto que tienen las secuelas temporales y permanentes a corto, mediano y largo plazo sobre la calidad y proyecto de vida de las mujeres que las sufrieron.

Todo lo relacionado con esta información se desconoce probablemente porque para los organismos internacionales no constituye un indicador representativo de la salud reproductiva de las mujeres, como sí lo son las tasas de mortalidad. A este respecto existen aproximaciones al conocimiento de la morbilidad, como las cifras relacionadas con los abortos realizados en condiciones de riesgo. Sin embargo, ni las aproximaciones, ni la poca información disponible sobre la morbilidad asociada al embarazo, dan cuenta de las posibles violaciones a los derechos humanos de las que son objeto las mujeres que sobreviven a las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio.

El ámbito de la salud, y particularmente el proceso de atención en materia de salud sexual y reproductiva, es uno de los espacios donde se puede observar que a pesar de las iniciativas en las instituciones por mejorar sus procesos de calidad de la atención y de las estrategias de supervivencia de las propias mujeres, se sigue reproduciendo un sistema que las devalúa a través de diversos y, en ocasiones, muy velados actos de discriminación, humillación, violencia y exclusión por diferentes motivos: por ser pobres, por pertenecer a una etnia determinada y por el solo hecho de ser mujeres (Matamala, 1995; Langer y Lozano, 1998; Standing, 2000; Gómez, 2001; Freyermuth, 2003; García Prince, 2005).

Uno de los ejemplos más ilustrativos de esta situación es la muerte materna en sectores de bajos recursos económicos, pues en ella se encuentran presentes esas tres condiciones de exclusión (ser pobre, ser mujer y pertenecer a una etnia determinada), ya que en los países desarrollados la mortalidad asociada al proceso reproductivo es considerablemente baja en comparación a la que se tiene en países como el nuestro (Romo Gamboa, s/f; Rendón, Langer y Hernández, 1995; OIT/OPS, 1999; CEDES/CLAP, 2004; Ramos, *et al.*, 2004; Elú y Santos, 2005).

Otro ejemplo de la existencia de discriminación en el área de la salud hacia las mujeres, *en tanto mujeres*, se encuentra en el proceso de atención obstétrica. Así, el hecho de que a una mujer se le amenace, insulte y castigue a través de humillaciones y de la coacción por medio del dolor físico durante el trabajo de parto (Fernández, 2008) para que no grite y *coopere* —obedezca— o bien, el hecho de que el personal de salud denuncie y exponga a las mujeres que refieren haber realizado maniobras abortivas (traicionando así la confianza que ellas depositan en este personal y violando su legítimo derecho a la confidencialidad del secreto profesional), constituyen situaciones de discriminación y violencia de las que son objeto en las instituciones de salud.

En este sentido, un análisis feminista de la atención a la salud implica que los aspectos relacionados con la salud de la población sean estudiados tomando en cuenta las diferencias, las condiciones específicas y las relaciones entre hombres y mujeres y entre las propias mujeres, así como su situación de clase y de etnia, con la finalidad de abatir aquellas condiciones o circunstancias que incrementan su probabilidad de enfermar o morir por el sólo hecho de ser mujeres (Gómez, 2001). Así, para que los

servicios de salud puedan brindar una atención respetuosa de los derechos humanos de las mujeres, es fundamental que sean capaces de salir del modelo biologicista tradicional de la medicina¹⁵, que además de ignorar frecuentemente el contexto de las circunstancias y de la historia de vida de cada persona que solicita su atención, naturaliza las diferentes formas de enfermar y los procesos de búsqueda de la atención a partir de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. Así, resulta necesario que el personal de salud entienda que las formas de enfermar y de solicitar atención, están inmersas en una cultura *generizada*, es decir, en un contexto histórico y social en el que muchas veces las mujeres no tienen la autonomía para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud, ni acceso a los recursos financieros para ello (Gómez, 2001).

En este mismo sentido, el personal de salud debe idóneamente no sólo conocer, sino además respetar el derecho de las mujeres a recibir una atención eficiente, de calidad (en el sentido técnico y humano), respetuosa de su autonomía y comprometida con su bienestar, aspectos que a su vez se relacionan directamente con un ejercicio factible de sus derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, parece lejana esta posibilidad toda vez que no existe un trabajo bien fundamentado y permanente sobre la introducción de la perspectiva de género en la formación y educación continua de dicho personal. Un ejemplo de ello se encuentra en el Programa de Acción Igualdad de Género en Salud 2007-2012, en cuya introducción se puede leer lo siguiente:

¹⁵ Para Menéndez, la práctica médica establece su particularidad, su diferenciación y su autoproposición como ciencia a partir de fundarlas en la autonomía del nivel biológico; así, para él, la mirada médica refiere a la biología como nivel de análisis y como determinante autónomo de la enfermedad (Menéndez, 1984).

Ser hombre o mujer es una característica fundamental que determina diferencias en todos los ámbitos más allá de lo meramente reproductivo. En el terreno de la biología se han documentado diferencias desde los campos molecular, celular, cerebral o inmunológico, así como en las esferas del funcionamiento sistémico, todo lo cual repercute en la etiología y el desarrollo de enfermedades. Esta circunstancia de reciente descubrimiento y reconocimiento en las ciencias de la salud debe ser tomada en cuenta en la formación del personal de salud, en la práctica médica clínica, la epidemiología, la investigación o en la organización y operación de los servicios de salud (Secretaría de Salud, 2007).

Al no considerar las posibles condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran inmersas las mujeres, asociadas a relaciones desiguales de poder, al estatus de inferioridad que muchas de ellas aún guardan al interior de sus familias y a los papeles tradicionales de subordinación que siguen desempeñando en la sociedad, es poco probable que el sólo conocimiento de las diferencias biológicas sea suficiente para que el personal de salud reconozca y sea respetuoso del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que atienden. De este modo, las formas de enfermar y morir no sólo deben explicarse a través de las diferencias biológicas, sino también mediante el conocimiento de que tales diferencias sustentan la naturalización de la desigualdad de condiciones sociales, culturales, económicas, intergeneracionales y de etnia en la que viven hoy en día muchas mujeres. A pesar de que tal desigualdad puede determinar el estado de salud o enfermedad, esto se contempla sólo excepcionalmente en los programas de formación de recursos humanos y en la organización y operación de los servicios de salud.

Políticas de salud materna en México

Gracias a la presión de los grupos de mujeres –tanto de la academia como del activismo– y desde 1975, con la declaración del Año Internacional de la Mujer, la

conferencia ese mismo año en la ciudad de México y la declaración de la Década de la Mujer, se llevaron a cabo diferentes iniciativas para mejorar la salud de las mujeres y disminuir los riesgos de la maternidad. Muchas de las iniciativas respondían más a metas demográficas y poblacionales que al genuino interés en mejorar las condiciones de vida y de salud de las mujeres; sin embargo, a finales de la década de los años setentas se esbozaba el Programa de Planificación Familiar y, posteriormente, el de Salud Materno-Infantil. Para 1985, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer contempló los derechos en el área de la salud reproductiva; en 1993 México se unió a la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos y en 2003 se llevó a cabo en nuestro país la Conferencia Internacional sobre Maternidad sin Riesgos (Freyermuth, 2003).

Por otro lado, el programa de ampliación de cobertura (PAC) fue una de las políticas públicas del período de 1995 a 2000 que incorporó como uno de sus objetivos reducir la mortalidad materna a través de un paquete básico de servicios de salud en el primer nivel de atención que incluía 13 intervenciones, de las cuales, la que se relacionaba con la mortalidad materna contemplaba a su vez 14 acciones específicas, principalmente de prevención, basadas en la promoción de la salud y el autocuidado y centradas en el período del embarazo; sin embargo, este programa tampoco logró disminuir significativamente las muertes maternas (Díaz, coord., 2006).

Así, durante la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2000, se puntualizaron metas específicas de disminución de la mortalidad materna en los llamados Objetivos de Desarrollo del Milenio, particularmente, se propuso reducir la

razón de mortalidad materna en tres cuartas partes en relación a la que se tenía en el año de 1990, hasta llegar a una razón de 22.3 por 100 mil nacimientos para el año 2015 (Díaz, coord., 2006), cifra aun muy lejana de alcanzar.

La presión de diversos organismos internacionales ha tenido que suceder para implementar de manera clara y concreta metas, programas y objetivos dirigidos a preservar la salud de las mujeres, particularmente en relación al ejercicio de su capacidad reproductiva, que vayan más allá del interés en ellas como medio (mejorar la salud infantil) y no como un fin en sí mismo. Así, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 estableció como una de sus estrategias sustantivas el Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, cuyo propósito era *lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio*, entre otros.

Entre las metas que este Programa de Acción contemplaba alcanzar para el año 2006 se encuentran las siguientes: disminuir 35% la tasa de mortalidad materna en relación con la tasa registrada en el 2000; reducir 30% el número de defunciones maternas con relación a las registradas en el 2000; incrementar a cinco el número de consultas prenatales de calidad por embarazada, al 90% de las mujeres embarazadas; lograr 100% de cobertura de vacunación con toxoide tetánico en embarazadas que viven en zonas de riesgo; atender el 90% de los partos por personal calificado; lograr que el 70% de las mujeres a las que se les atendió un evento obstétrico acepte algún método moderno de planificación familiar (Secretaría de Salud, 2002). Desafortunadamente, tales metas tampoco se cumplieron en buena medida porque el programa no incorporó

un enfoque intercultural, la presencia de enfermeras obstétricas, la mejora en el transporte ni la optimización de la atención prenatal y la capacidad de respuesta ante el parto, así como tampoco una responsabilidad compartida con la participación comunitaria (Díaz, coord., 2006).

A fechas más recientes, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se plantea: fortalecer las acciones que han demostrado una alta efectividad en la reducción de la mortalidad materna, como por ejemplo, el manejo activo del tercer período del trabajo de parto para disminuir las muertes por hemorragia obstétrica¹⁶ o el uso de sulfato de magnesio como preventivo de crisis convulsivas en los casos de preeclampsia severa o eclampsia. La meta es reducir la razón de mortalidad materna en un 24% (Secretaría de Salud, 2007).

Además de este tipo de acciones, existen estrategias como la atención calificada del parto, la cual es definida por el Grupo Interagencial por una Maternidad Sin Riesgos como:

El proceso por el cual una mujer embarazada y su bebé disponen de atención adecuada durante el embarazo, el parto y el posparto, ya sea que reciba la atención en su casa, un centro de salud, o el hospital. El personal capacitado comprende a personas con la destreza necesaria para atender un parto (parteras profesionales, enfermeras, enfermeros, médicas y médicos), capacitadas para proveer cuidados competentes durante el embarazo y el parto (Sheffield, 2005, p 61 y 62).

¹⁶ El tercer período del trabajo de parto corresponde al momento en el que ya nació el producto y ocurre la expulsión de la placenta. El llamado manejo activo de este tercer período se refiere a la implementación de medidas encaminadas a reducir las probabilidades de que se presente una hemorragia obstétrica, tales como el masaje uterino y la administración de medicamentos que favorezcan la contractilidad uterina.

A pesar de que las iniciativas propuestas sean en buena medida un logro de la lucha de diferentes organizaciones, siguen sin alcanzar las metas y los objetivos planteados a cabalidad, y ello obedece a diferentes obstáculos que no sólo tienen que ver con la infraestructura y los recursos económicos. A este respecto, Daniela Díaz considera que:

Este panorama es la expresión de falencias e ineficiencias en la atención materna otorgada por la Secretaría de Salud, situaciones que van desde la insuficiencia del diseño de la política, hasta el incumplimiento de la Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Se le suman las carencias de insumos, incapacidades del personal médico, subutilización del primer nivel de atención, saturación del segundo nivel de atención, e incluso prácticas racistas y discriminatorias (Díaz, coord., 2006).

De manera concordante, para Sheffield algunos de los obstáculos son la disponibilidad de personal capacitado y de los servicios las 24 horas del día, los siete días de la semana; el acceso a tales servicios, que tiene que ver con obstáculos físicos (caminos intransitables, falta de transporte, etc.) y culturales (falta de empoderamiento de las mujeres y de capacidad para tomar decisiones), así como una percepción negativa de la calidad de la atención recibida (Sheffield, 2005).

Tener claro eso, sirve de inicio para el análisis y las mejoras de los procesos en la atención a la salud de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, vale la pena considerar por qué se tiene una mala percepción de la atención que brindan los servicios de salud, pues, de poco servirá que las mujeres tengan la capacidad de tomar decisiones, si al interior de las instituciones se les sigue viendo como un medio y no como un fin en sí mismas: en las instituciones públicas como un medio de aprendizaje para el personal de salud en formación, y en las privadas como un medio de ganancia económica (a través de procedimientos

diagnósticos e incluso terapéuticos injustificados como, por ejemplo, la operación cesárea sin una indicación médica bien fundamentada).

También debe contemplarse el seguimiento y la evaluación que reciben los programas y a sus análisis, pues, si bien es un logro que el Consejo de Salubridad General publicara en el Diario Oficial de la Federación en noviembre de 2004 el acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas (Díaz, coord., 2006), queda en entre dicho el cumplimiento de tal obligación cuando no existe una rendición de cuentas clara en cada uno de los casos de morbi-mortalidad materna, y mucho menos en los casos de violaciones a los derechos de las mujeres que no tuvieron complicación alguna, desde el punto de vista técnico. Finalmente, si una política pública no sólo es una decisión administrativa, sino un producto social que emana de un determinado contexto cultural y económico y el reflejo de un proyecto político (Díaz, coord., 2006), valdría la pena que como sociedad incrementemos la presión para la rendición de cuentas y el análisis de por qué no se logran plenamente las metas de tales políticas públicas.

No se pueden dejar de mencionar a la atención pre-concepcional y al control prenatal como estrategias que han demostrado su eficacia en la reducción de la morbi-mortalidad materna, motivos por los que han formado parte de las políticas públicas para dicho fin. Sobre la atención pre-concepcional, ésta se refiere a la valoración que idóneamente debe llevarse a cabo en las mujeres antes de embarazarse, cuya finalidad

es identificar sus condiciones de salud, corregir las posibles alteraciones que presenten previo a la gestación, identificar factores de riesgo que puedan complicar el embarazo que se planea e iniciar medidas higiénico-dietéticas así como la suplementación de ácido fólico (idóneamente 3 meses antes de iniciar el embarazo). Este tipo de atención, se ha recomendado un año antes de la gestación y en ella se debe identificar, entre otras cosas y de manera sistemática, la presencia de violencia intrafamiliar, el estado de vacunación en la mujer así como su exposición a enfermedades infecto-contagiosas entre las que se incluyen aquellas de transmisión sexual, los riesgos laborales que posiblemente tenga, su estado nutricional, así como realizar una detección oportuna de cáncer cervico-uterino y mamario.

En nuestro país, este tipo de atención no es algo cotidiano y frecuentemente está relacionado con la presencia de alguna enfermedad previamente diagnosticada en la mujer, así como con el nivel socioeconómico de ésta. Es decir, no existen programas dedicados a la atención pre-concepcional de manera rutinaria en los servicios públicos de salud; y, cuando éstos se ofrecen en las instituciones privadas, no todas las mujeres tienen acceso a ella.

En relación al control prenatal, esta es una estrategia bien documentada en la norma oficial mexicana para la atención del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (Secretaría de Salud, 1995). En ella se establecen de manera clara y con carácter normativo (es decir, es de observancia obligatoria para todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, ya sean públicas o privadas) las acciones que deben llevarse a cabo en cada consulta y la periodicidad de éstas. Esta norma estipula,

entre muchos otros puntos, que las mujeres embarazadas deben contar con al menos 5 consultas a lo largo de la gestación, y que entre las acciones que deben llevarse a cabo –en todas y cada una de ellas– están la identificación de factores de riesgo y el proceso educativo a través del cual los y las prestadoras del servicio explican de manera completa, clara y a suficiencia a la mujer, e idóneamente a algún miembro de su familia o a su pareja cuando es el caso, los datos de alarma que les permitan sospechar la presencia de alguna complicación y, así, buscar atención oportuna.

En cualquier momento de la gestación, tales datos de alarma son: el dolor abdominal, la salida transvaginal de líquido y/o sangre, fiebre, molestias urinarias, colporrea o flujo vaginal, edema o hinchazón de manos y cara. Después de las 20 semanas de embarazo, la presencia de dolor de cabeza, alteraciones visuales, auditivas, náusea y/o vómito, así como la disminución y/o ausencia de movimientos fetales, constituyen un motivo para buscar atención sin demora.

El hospital como institución social

El hospital, no es sólo uno de los componentes del sector salud que ofrece servicios de salud sexual y reproductiva, cuando es el caso. Es también, una institución social que se relaciona con el resultado materno y perinatal a través de diferentes mecanismos. Un primer señalamiento se refiere a las actividades primarias del hospital, pues éste no es solamente un centro de atención a la salud de la población, sino que también es un sitio de enseñanza para la formación de recursos humanos que brindan dicha atención; y en ocasiones se generan tensiones y contradicciones entre estas dos funciones axiales del hospital, como se analizará más adelante.

Por otro lado, puede observarse que el género y la clase, son algunos de los códigos que intervienen en la organización hospitalaria, en su infraestructura y en la definición de sus metas y políticas. Asimismo, la disponibilidad de personal capacitado que en él labora y de los insumos para la atención de posibles complicaciones, los aspectos subjetivos de todo el personal al interior de dicha institución, y la forma en cómo se organiza la atención que en él se brinda, participan de manera directa en la percepción de las usuarias sobre las características del trato y atención que reciben y, de esta manera, en la decisión de buscar o no atención médica; así, algunos de los argumentos que se esgrimen para no acudir a un servicio de salud son el maltrato que las mujeres perciben en los hospitales y la carencia del personal en ellos (Menéndez, 1984; Cordero, 2004; Cardaci y Sánchez Bríngas, 2007; Fernández Moreno, 2008; Castro, 2010).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud señala el hecho de que el sector salud valida las relaciones desiguales de poder que afectan a las mujeres:

El sector salud es un espejo de la sociedad respecto de sus expectativas acerca de las mujeres y los varones. Por ejemplo, los mensajes de educación para la salud están dirigidos en su mayor parte a las mujeres, ya que se considera que son las responsables de la salud de la familia. Se supone que las mujeres deben aceptar la autoridad y no cuestionar la visión y las decisiones de los/las proveedores de salud. En muchos ámbitos, el sector salud da por supuesto que todos los varones y las mujeres son heterosexuales, casados y monógamos, y cualquier persona que no se ajusta a ese patrón es vista con desaprobación. En otras palabras, el sector salud es otra institución social que sostiene las formas de ser hombres y mujeres (OMS, 2001, p 72).

A la premisa de que el sector salud es una institución social que valida las formas específicas de ser mujeres en una sociedad y contexto histórico determinados, se puede agregar otra: que también vigila y regula dichas formas, castigando a quienes no

las llevan a cabo de la manera en que se espera socialmente, con lo cual el sistema de salud legitima las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres. Ejemplos de ello se pueden encontrar en los servicios de planificación familiar, en donde aún es posible ver que se solicite la autorización por escrito del varón para que a la mujer se le pueda practicar una oclusión tubaria bilateral como método contraceptivo definitivo. Es decir, no sólo no se respeta el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sobre el número y el espaciamiento de los hijos, sino que además, a través de este tipo de exigencias, las instituciones de salud refrendan la subordinación de las mujeres a la voluntad de los varones. Se puede decir más al respecto: si a pesar de tal exigencia por parte de la institución, la mujer insiste en su petición y solicita que se mantenga como confidencial su solicitud de esterilización, puede suceder que el personal haga caso omiso de tal solicitud e informe al varón al respecto o bien, explicita en la documentación que se le entrega a las usuarias al momento del egreso hospitalario la adopción de algún método contraceptivo¹⁷, con lo cual incluso puede quedar en riesgo de sufrir agresiones por parte de su pareja y/o sus familiares una vez que abandona la institución.

Así, las relaciones desiguales de poder en las que se encuentran inmersas las mujeres, muchas veces van más allá de las que se esconden en el espacio de lo privado, pues al interior de los servicios de salud quedan expuestas a un posible ejercicio abusivo del poder médico o del personal que ahí labora, situación que también representa obstáculos para la oportuna y satisfactoria resolución de un problema de salud. Por

¹⁷ Circunstancia que se observó durante el trabajo de campo de esta investigación, como una práctica rutinaria.

todo ello, resulta oportuno discutir sobre tal ejercicio de poder, pues cabe señalar que la relación médico/médica-paciente se sigue estableciendo desde una perspectiva paternalista, en la cual el o la médica posee la verdad absoluta, y las usuarias tienen la obligación de obedecer ciega y *pacientemente* los mandatos del o la experta, sin cuestionar, agradeciendo incluso los errores que éstos puedan cometer. A este respecto, Cardaci y Sánchez Bringas señalan:

A partir de la palabra del médico tomamos conciencia de las limitaciones del cuerpo y, también, de sus posibilidades de recuperación. Pero, ¿qué supuestos culturales atraviesan los diagnósticos y las terapéuticas de la atención médica?

El cuerpo se transforma en territorio dispuesto a todo tipo de intervenciones, territorio de experimentación en el que se producen ensayos y errores de los que nadie se hace enteramente responsable. En los hospitales se crea una nueva versión de nuestra identidad en la medida en la que somos reducidos a las nosografías que se nos asignan, a la condición de objetos pasivos de investigación y tratamiento (Cardaci y Sánchez Bringas, 2007, p 10 y 11).

Elas ejemplifican las premisas anteriores con el caso de una mujer que busca el embarazo y se somete a diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aun cuando ya existía el diagnóstico de problemas de fertilidad en su pareja, sin que se le informe de manera clara ni suficiente, e incluso sin contar con su consentimiento para ello. A este ejemplo de relación asimétrica entre el personal de salud y las mujeres, se pueden sumar otros. Tal es el caso de aquellas mujeres a quienes se les practican (u omiten) procedimientos quirúrgicos, diagnósticos y/o terapéuticos sin que existan indicaciones claras –y sin su autorización para ello– como también lo consigna Freyermuth:

La convicción de que a las mujeres que van al hospital se les realiza la *ligadura* ha determinado que acudan a él principalmente las parturientas que ya no desean más hijos, con la certeza de que será su último parto. Sin embargo, esto no siempre es así, como lo demuestra el caso de una mujer que, como ya tenía el número de hijos deseado, acudió al hospital a atenderse lo que

pensaba sería su último parto, al detectar ausencia de movilidad fetal (el producto había muerto in útero). El esposo nunca pudo transmitir al personal del hospital el deseo de la mujer de ser esterilizada, pero salieron de ahí creyendo que había sido *ligada*. Un año después, murió durante el parto (Freyermuth, 2003, p 294).

Estos ejemplos permiten identificar que las prácticas u omisiones del personal de salud impactan en la decisión de acudir a los servicios de salud, pues al existir la convicción de que las mujeres que se atienden en los hospitales son esterilizadas, se puede tomar la decisión o no de solicitar atención en ellos. Por otro lado, es frecuente que el personal de salud tome decisiones sobre los cuerpos de las mujeres sin consultarles al respecto, como en este caso en el que posiblemente dio por hecho que, al tratarse de un producto que había fallecido in útero, la mujer desearía volver a embarazarse. Al asumir dicha premisa, no ofertó métodos anticonceptivos, teniendo esto como consecuencia, finalmente, el deceso de la mujer. A este respecto, Erviti, Sosa y Castro consideran que:

El modo en que son constituidos los "problemas dignos de atención" al interior de la institución médica así como los procesos y prácticas formativas a través de las cuales se configuran las distintas "realidades médicas" –que se reflejan en las interacciones médico-usuarios,– repercuten en la institucionalización de las respuestas profesionales "médicas" a dichos problemas (Erviti, Sosa y Castro, 2007, p 161).

Ante este panorama, puede inferirse que la relación personal de salud-paciente no se caracteriza por ser respetuosa de la autonomía de las mujeres, afectiva, solidaria, y tampoco parece estar basada en el legítimo interés por lograr el máximo beneficio para ellas, por lo que no podemos hablar de que la atención brindada mediante la relación

personal de salud-paciente tenga una perspectiva de respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Aquí, cabe preguntarse, como bien señalan Cardaci y Sánchez Bringas, ¿qué supuestos culturales del personal de salud subyacen a sus actos u omisiones? En todos los casos en los que los derechos de las mujeres son violentados al interior de las instituciones de salud, ¿se es conciente de ello o es posible que tales violaciones sean involuntarias y debidas a una actuación sesgada por una mezcla de creencias, valores y la propia ignorancia del personal de salud no sólo sobre los conceptos de derechos humanos, trato digno y calidad de la atención, sino también de los conocimientos técnicos mínimos que exige su práctica profesional?

Además de los supuestos culturales, los valores y creencias personales de los proveedores de los servicios de salud con respecto a la representación que tienen de las mujeres, de sus derechos humanos y de sus derechos sexuales y reproductivos, vale la pena tomar en cuenta que en la interacción de dicho personal con las mujeres usuarias de estos servicios también existen condiciones dadas por la forma en cómo se organizan éstos. Así, en los hospitales públicos que tienen personal de salud en formación, es particularmente interesante la organización de los servicios, pues ésta se basa fundamentalmente en una estructura jerárquica entre sus miembros, particularmente en los gremios médico y de enfermería.

Teóricamente, tal organización se basa en la articulación de la asistencia con la docencia; es decir, idóneamente, el personal con mayor experiencia y conocimientos

debe atender a las pacientes y, de esta manera, enseñar –adiestrar– al personal en formación. Sin embargo, en la cotidianidad, esto no necesariamente sucede así en todos los casos, pues con mucha frecuencia se delegan las obligaciones hacia los miembros de menor jerarquía (cuyos conocimientos y experiencia son mínimos), quienes deben asumir y resolver los problemas que puedan presentarse prácticamente sin solicitar ayuda, como si eso fuera un valor y una demostración de que son dignos de confianza y respeto por parte de sus compañeros y superiores (Villanueva y Collado Peña, 2004; Fernández, 2008).

Esto, sumado a todos los elementos previamente mencionados, coincide de alguna manera con Erviti, Sosa y Castro cuando afirman que:

Los partidarios del movimiento de salud de las mujeres, los hacedores de políticas y los profesionales médicos no pertenecen a las mismas comunidades discursivas. En general, tampoco los llamados compromisos, ni lo que definen como prioritario en el interior de dichas comunidades discursivas tiende a ser lo mismo...los médicos como miembros de una comunidad discursiva construyen sus discursos y se comprometen con lo que se ha legitimado en dicha comunidad...(Erviti, Sosa y Castro, 2007, p 164).

Así, es posible que en un ambiente jerárquico se cometan abusos no sólo hacia las usuarias sino también entre los propios médicos en formación (Fernández, 2008) y que en muchas ocasiones se corra el riesgo de utilizar a las mujeres a fin de aprender a llevar a cabo procedimientos sin que éstos tengan justificación real y un impacto positivo en su salud. Llama la atención que esta es una práctica reconocida, justificada e incluso aceptada por las propias mujeres quienes acuden a los hospitales públicos sabiendo que pueden ser sujetas de experimentación. En concordancia, Jasis considera que:

Los valores que han regido el entorno de la atención a la salud reproductiva han sido eminentemente masculinos (la jerarquía, la parcialización del cuerpo, el rechazo a la subjetividad y a la emocionalidad, el ver a las mujeres despersonalizadas y asexuadas, sólo como madres o como esposas). Se ha conformado, entonces, un modelo médico hegemónico basado en la moral masculina y masculinizante, que se impuso por el poder a otros modelos de atención. Es un modelo biologicista que actúa frente al síntoma despreciando lo subjetivo y lo social. La relación médico-paciente es una relación jerárquica y desigual, de una persona que cree saberlo todo y otra a la que considera que no sabe nada, que es ahistórica y asocial, permeado por las diferencias de género, el cual tiene que cambiar si se pretenden dar servicios de calidad (Jasis, 2001, p 27).

Para esta y otras autoras, la forma en cómo se ha desarrollado y se perpetúa el poder médico en México es uno de los grandes impedimentos para tener servicios de calidad para las mujeres y enfatiza que la infantilización de las usuarias en los servicios de salud, la utilización de lenguajes inentendibles, la falta de contacto visual durante la consulta, la explicación incompleta sobre los tratamientos, los largos tiempos de espera para las consultas, así como la jerarquización de otras mujeres en los servicios como las enfermeras y las recepcionistas, son los elementos que guían la ética que rige el quehacer de los médicos en las instituciones (Jasis, 2001; Cordero, 2004; Fernández, 2008).

Así, en relación al papel del hospital como institución social, vale la pena señalar que la calidad de la atención que en él se brinda va más allá de acortar los tiempos de espera para ser atendida. Me refiero al trato que las mujeres pueden recibir por parte del personal de salud: discriminatorio, despectivo, humillante y sexista. Posiblemente esto suena agresivo, sin embargo es mucho más agresivo que quien recibe todo este maltrato sea una mujer y, además, una mujer en condiciones de vulnerabilidad. Existen

algunos trabajos etnográficos que confirman las premisas anteriores, señalando el hecho de que el personal médico cuestiona y maltrata tanto a las mujeres hasta hacerlas llorar mediante su infantilización, insultos, juicios de valor al ejercicio de su sexualidad, o mediante el descuido de su intimidad y privacidad cuando se les realizan exploraciones reiteradas, dejándolas al desnudo antes, durante y después de que éstas se les practican (Cordero, 2004; Fernández, 2008).

Finalmente, el poder económico es otro de los factores relacionados con la atención a la salud y puede estar *generizado* e institucionalizado al interior de los servicios de salud. Es decir, en muchas ocasiones es la mujer o su familia quienes toman las decisiones en función de su capacidad de pago (o bien en función del valor socialmente asignado a esa mujer al interior de su familia), y si esta capacidad se encuentra limitada, optan por buscar alternativas más accesibles a su poder adquisitivo, generando con ello retrasos en la resolución de los problemas de salud. Por otra parte, es el propio personal de salud quien puede limitar el acceso a la atención argumentando, por ejemplo, la falta de *derecho-habencia*¹⁸ a algún sistema de seguridad social. De esta manera, azuzan a las mujeres y sus familias para buscar otras opciones de atención por los costos que implicaría el que se otorgue el servicio o la atención si no se cuenta con tal *derecho-habencia*. Esto muchas veces pone en riesgo la vida de las mujeres embarazadas y viola la ley al negar los primeros auxilios

¹⁸ Los servicios públicos de salud se dividen en los que son para población abierta y los que cotizan para tener derecho a la seguridad social a través de instituciones como la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE). Es decir, los servicios de salud (a través de la Secretaría de Salud) para población abierta son aquellos que se brindan a las personas que no tienen ingresos económicos fijos, y por lo tanto, no tienen ningún tipo de *derecho-habencia*.

ante una emergencia obstétrica¹⁹ bajo el argumento de que éstas no son derechohabientes.

Identificar que la atención a la salud sexual y reproductiva está basada en un modelo biologicista y patriarcal al interior de las instituciones de salud, permite guiar el análisis del fenómeno de la morbilidad materna y del proceso por el que pasan las mujeres durante la resolución de sus embarazos.

III. De la salud a la muerte a causa del proceso reproductivo y las características de su atención en México

Existen diferentes posibilidades de terminación de un embarazo, es decir, de resolución obstétrica, y también diferentes tipos de abordaje para cada una de estas posibilidades, que tienen la finalidad de obtener el mejor resultado materno y perinatal posible, además de limitar la posibilidad de secuelas derivadas de alguna complicación. Con la finalidad de abatir el problema de la mortalidad materna, se ha empleado tradicionalmente el enfoque de riesgo para identificar las condiciones que incrementan la probabilidad de que una mujer presente complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio (Ransom y Yinger, 2002; MacDonald y Starrs, 2003). Sin embargo, tal enfoque se ha visto limitado debido a que, como se comentó anteriormente, muchas de las complicaciones que se presentan al momento del parto no tenían forma de haber sido identificadas con oportunidad y por ello, actualmente se está dando prioridad al

¹⁹ Cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer o de su hijo durante el embarazo, parto o puerperio, o que origine secuelas graves e incluso la muerte (CONAMED, 2004).

enfoque de la capacidad resolutoria ante la urgencia obstétrica (Secretaría de Salud, 2007) y a la elaboración de un plan de seguridad como un modelo de intervención que reconoce los servicios necesarios para garantizar la atención obstétrica de emergencia, identificando las actividades y funciones que corresponden a cada actor y nivel (Freyermuth, Meléndez y Meneses, 2009).

Opciones de resolución obstétrica

El embarazo inicia, en promedio, 7 días después de la fecundación de un óvulo con un espermatozoide, una vez que el óvulo fecundado se implanta en la cavidad endometrial (existe la posibilidad de que dicha implantación se de anormalmente fuera del útero). A partir de ese momento es posible detectar y cuantificar los niveles sanguíneos de la hormona gonadotropina coriónica humana que confirman la gestación. Una vez que ha tenido lugar la implantación, existen diferentes posibilidades de conclusión para ese embarazo: aborto, embarazo ectópico, embarazo molar, parto normal, parto pretérmino, (estos dos últimos se pueden resolver por vía vaginal o mediante operación cesárea).

El *aborto*, es la interrupción del embarazo que sucede antes de las 20 semanas de gestación y puede ser espontáneo o inducido. Las causas más frecuentes de aborto espontáneo en el primer trimestre de la gestación, son las relacionadas con alteraciones genéticas, mientras que en el segundo trimestre son las que se asocian a procesos infecciosos. Existen diferentes variantes clínicas del aborto espontáneo, sin embargo, todas pueden dar lugar a una hemorragia que ponga en peligro la vida de la mujer, si ésta no se corrige oportunamente. Las infecciones son también posibles complicaciones de un aborto mal atendido. Cuando se trata de abortos inducidos, los

riesgos para la salud tienen que ver con el tipo de maniobras abortivas que se utilicen, así como con la capacidad de resolver las complicaciones que puedan presentarse, como por ejemplo la perforación uterina y la esterilidad secundaria, entre muchas otras. La mayor parte de los abortos del primer trimestre se pueden resolver mediante la técnica de aspiración manual endouterina y los del segundo trimestre mediante la práctica de un legrado uterino instrumentado, posterior a la expulsión del feto.

El *embarazo ectópico* es aquél que se implanta fuera del útero, y es causa importante de morbilidad e incluso de mortalidad materna si no se diagnostica y trata oportuna y adecuadamente, pues generalmente da lugar a una hemorragia interna que, a su vez, puede derivar en otro tipo de complicaciones, como sería el daño renal permanente o la pérdida de el o los órganos afectados (trompa uterina, ovario) y, por supuesto, en la muerte. Dependiendo del momento en el que se haga el diagnóstico de esta complicación, el tratamiento puede ser farmacológico o quirúrgico; siendo las alternativas de resolución quirúrgicas el abordaje laparoscópico (cirugía de invasión mínima) o la laparotomía exploradora.

El *embarazo molar* se caracteriza porque no se desarrolla el feto, sólo la placenta. Tal desarrollo, puede tener un comportamiento parecido al que tiene el cáncer y, a corto plazo, sus complicaciones son la hemorragia, la hipertensión, las alteraciones tiroideas, hepáticas y pulmonares. Por ello es importante su identificación y manejo, mismo que implica no sólo la evacuación uterina (mediante la técnica de aspiración), sino el seguimiento de las mujeres que hayan tenido este tipo de complicación durante al menos un año, evitando un nuevo embarazo durante ese período.

El *parto vaginal*, puede o no ser a término, lo mismo que la operación *cesárea*. A ésta puede recurrirse por diferentes motivos, y finalmente terminar en *cesárea-histerectomía* cuando por algún motivo impere la necesidad de extirpar el útero, como por ejemplo en el caso de hemorragia que no puede corregirse o que no responde a otro tipo de tratamientos.

Finalmente, para hacer frente a toda la gama de resoluciones obstétricas y a las posibles complicaciones que se pueden presentar en cualquier momento del embarazo, el parto y el puerperio, es necesario contar con servicios de atención obstétrica con capacidad resolutive, es decir, que cuenten con personal capacitado, con servicios de medicina transfusional, de cuidados intensivos adultos y neonatales, disponibles en todos los horarios, los 365 días del año, que además sean accesibles geográfica, cultural y económicamente para todas las mujeres.

Causas de morbilidad y mortalidad maternas

Sin duda, las cifras relacionadas con la muerte materna en México siguen siendo muy altas y, en su mayoría, evitables; además, sólo representan el extremo apenas visible de una situación más grave. A pesar de que nuestro país ha ratificado numerosos acuerdos y tratados internacionales que tienen que ver con el bienestar y la salud de las mujeres –comprometiéndose con ello a vigilar el cuidado y la protección de la salud de éstas a nivel legislativo– la muerte ocasionada por problemas relacionados con el embarazo, aborto, parto y puerperio, sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en mujeres en edad productiva y reproductiva. Asimismo, constituye un indicador de la profunda desigualdad social y de la inequidad de género a las que se

enfrentan las mujeres por tratarse de un problema evitable y por estar relacionado con la pobreza, con el acceso a servicios de salud de calidad y con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, entre muchos otros (Romo Gamboa, s/f; OIT/OPS, 1999; OMS, 2004; Ramos, *et al.*, 2004; Elu y Santos, 2005; Marrugat, 2006).

Las cifras que a continuación se presentan, corresponden a lo que se conoce sobre muerte materna²⁰ en México, y permiten tener una aproximación sobre algunos de los problemas a los que se enfrentan las mujeres embarazadas en nuestro país. En el Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, capítulo Distrito Federal (Marrugat, 2006), se reportó que anualmente ocurren alrededor de 4 millones 200 mil embarazos, de los cuales sólo llega a término el 60%; el restante 40% (un millón 680 mil embarazos) terminan en abortos espontáneos o inducidos²¹.

Las cifras oficiales reportadas hasta el año 2009 (Secretaría de Salud, 2010), indicaban que la tasa de mortalidad materna a nivel nacional era de 62.2 fallecimientos por cada 100 mil nacidos vivos. Además, es en 12 entidades federativas donde se concentra el 75% del total de las defunciones maternas. Estas entidades y sus respectivas tasas de mortalidad materna por cada 100, 000 nacidos vivos son: Guerrero 107.8; Oaxaca 98.3; Morelos 80.7; Chiapas 75; Veracruz 72.5; Puebla 70.1; Nayarit 71.3; Hidalgo 67.3; Estado de México, 63.1; Guanajuato 60.9; San Luis Potosí 59.2; y Distrito Federal 55.4.

Algunas precisiones al respecto son las siguientes:

²⁰ La muerte materna se define como la muerte de una mujer debida a cualquier causa mientras se encuentra embarazada o durante los 42 días siguientes a la terminación del embarazo (CONAMED, 2004).

²¹ Desde el punto de vista médico, aborto se define como la terminación del embarazo antes de las 20 semanas de gestación, o bien cuando el producto de la gestación pesa menos de 500 gramos (Instituto Nacional de Perinatología, 2002).

Destacan como los estados con menos muertes maternas: Nuevo León con una tasa de 33, le sigue Coahuila con 31.9 y Colima con 29.5 defunciones maternas por cada 100, 000 nacidos vivos. Hasta 2008, las principales causas directas²² de muerte materna reportadas fueron: 1) las hemorragias obstétricas, con 24.25%; 2) los trastornos hipertensivos²³, con un 24.16% del total; y 3) las complicaciones del aborto, con 6.68%, que en conjunto representan el 55.09% del total de defunciones maternas (Secretaría de Salud, 2010).

Cabe resaltar que a pesar de los esfuerzos por reportar correctamente las cifras de muerte materna, siguen existiendo obstáculos para su adecuado registro, entre los que destaca la falta de información por parte del personal de salud sobre el correcto llenado de los certificados de defunción, o bien, el posible costo político que puede tener para los servidores públicos el reportar que una mujer murió por un hecho evitable (Romo Gamboa, s/f; López-García y Anaya-González, 2002; Freyermuth, 2003; Díaz, 2006; Marrugat, 2006).

En las fuentes oficiales no se encuentra información detallada sobre las complicaciones obstétricas a las que sobrevivieron las mujeres que las tuvieron. Sin embargo, lo que sí se sabe es que ninguna de ellas debió quedar con secuelas, pues todas son evitables cuando se detecta y trata oportuna y correctamente la urgencia obstétrica que las ocasionó. Tampoco se conoce con exactitud el impacto que tienen en su calidad y proyecto de vida, pues la mala condición de salud en la que quedan les imposibilita –o

²² Las causas obstétricas directas de morbilidad y mortalidad materna se definen como: *aquellas debidas a complicaciones obstétricas del estado grávido-puerperal por intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o una serie de eventos resultantes de los anteriores, como puede ser: hemorragia, preeclampsia-eclampsia, infección, anestesia, etc.* Por su parte, las causas indirectas se refieren a: *aquellas resultantes de una enfermedad preexistente o que se desarrolla durante el embarazo, no debida a causas obstétricas directas, pero que fue agravada por los efectos fisiológicos de la gestación* (CONAMED, 2004).

²³ Los trastornos hipertensivos en el embarazo pueden ser: enfermedad hipertensiva gestacional, preeclampsia-eclampsia, hipertensión crónica e hipertensión crónica con preeclampsia sobre-agregada. La mayor proporción de las muertes maternas asociadas a trastornos hipertensivos en el embarazo corresponde a los casos de preeclampsia-eclampsia.

al menos les hace mucho más difícil- lograr su desarrollo personal y social (Rendón, Langer, y Hernández, 1995; Ashford, 2002; MacDonald y Starrs, 2003). Entre las complicaciones a corto, mediano y largo plazo a las que se enfrentan las mujeres que sobrevivieron al embarazo, parto y puerperio, se encuentran las que se relacionan con un manejo inadecuado o no oportuno de:

- a) La hemorragia obstétrica: síndrome anémico²⁴, insuficiencia pituitaria²⁵, infertilidad²⁶.
- b) Los procesos infecciosos y/o sépticos durante y después de la resolución del embarazo: enfermedad pélvica inflamatoria²⁷, dolor pélvico crónico, lesiones en órganos reproductivos y adyacentes, como la vejiga o el intestino.
- c) Un parto prolongado u obstruido²⁸: incontinencia²⁹, fístula³⁰, prolapso genital³¹, ruptura uterina, desgarros vaginales, lesiones nerviosas.
- d) Algún estado hipertensivo asociado al embarazo: hipertensión crónica, insuficiencia renal, trastornos neurológicos.
- e) Las secuelas de un aborto realizado en condiciones de riesgo: infección del canal reproductivo, lesiones del útero, infertilidad, enfermedad pélvica inflamatoria, dolor pélvico crónico (CONAMED, 2004).

²⁴ Condición que limita la capacidad para realizar actividades físicas, genera mayor susceptibilidad a presentar infecciones, y además incrementa el riesgo de tener un parto pretérmino o productos con bajo peso al nacer (Cassanueva, de Regil y Flores-Campuzano, 2006).

²⁵ Padecimiento que se presenta como resultado de una hemorragia obstétrica que limita el aporte sanguíneo y la oxigenación de la glándula pituitaria. Se caracteriza por incapacidad para la lactancia, fatiga, pérdida del vello púbico y axilar, amenorrea o falta de sangrado menstrual, disminución en los niveles de azúcar en sangre y en la presión arterial, así como alteraciones en el funcionamiento de las glándulas tiroideas y suprarrenales.

²⁶ Cuando para corregir la hemorragia obstétrica se recurre a la realización de una histerectomía, se tiene una infertilidad derivada de ello.

²⁷ Hace referencia a la infección del útero, salpinges, ovarios, de manera conjunta o por separado, con el riesgo de pérdida de su función reproductiva y hormonal, pudiendo requerir de cirugía y hospitalización prolongada para su manejo. Incrementa también el riesgo de un embarazo subsiguiente fuera del útero.

²⁸ Se refiere al hecho de que el feto no desciende adecuadamente por el canal de parto, comprimiendo en todo momento los tejidos y nervios maternos con la potencialidad de lesionarlos de manera irreversible, particularmente si no se da un manejo oportuno y correcto.

²⁹ Lesión nerviosa derivada generalmente de un parto obstruido, o bien de desgarros del canal de parto que se caracteriza por la incapacidad para contener la salida de orina, de materia fecal, o de flatos.

³⁰ Comunicación anormal entre la vagina y la vejiga o entre la vagina y el recto, generalmente a consecuencia de una presión extrema en los tejidos maternos y de su lesión durante un parto prolongado. Da como resultado la pérdida constante de orina y/o materia fecal a través de la vagina.

³¹ Se refiere al descenso de órganos pélvicos a través de la vagina como el útero, vejiga, recto. Suele ser resultado de la ruptura o debilidad del soporte del piso pélvico después de un trauma obstétrico.

Para que una complicación obstétrica pueda ser identificada oportunamente, debe existir, inicialmente, un acceso real a la información y a los servicios de salud donde sea tratada correctamente, como se expone a continuación.

Accesibilidad, calidad de la atención y el sistema de referencia y contra-referencia

Como se ha mencionado con anterioridad, el acceso que tienen o no las mujeres embarazadas a servicios de salud de buena calidad (técnica y humana) es un aspecto fundamental en la buena resolución de la gestación, con o sin complicaciones. En materia de salud, el concepto de accesibilidad se refiere a la "posibilidad que tiene la población de recibir atención de la salud en los establecimientos de salud" (MINSA, s/f). Esta posibilidad está determinada por muy variados factores; algunos de ellos tienen que ver con las usuarias, como son las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres y entre las propias mujeres, la distancia geográfica que existe entre ellas y los establecimientos de salud, el costo económico que representa acudir, así como la confianza que tengan en ellos. También se encuentran los factores que están relacionados con las instituciones de salud, tales como su operatividad, es decir que cuenten en todo momento con recursos humanos, materiales y la estructura adecuados para las necesidades y demandas de la población (OMS, 2001); así como la organización y la calidad de la atención que brindan.

En la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio y del recién nacido (Secretaría de Salud, 1995), se le llama calidad de la atención a "la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario (oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera, así

como los resultados)". Tomando como punto de partida esta definición, la accesibilidad representa un elemento constitutivo de la calidad con la que se brindan los servicios de salud. En la definición mencionada, se habla de oportunidad de la atención, la cual está descrita en el mismo documento como la "ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada". Sin embargo, hablar de calidad de la atención no sólo tiene que ver con los tiempos de espera para ser atendida y con los insumos necesarios para la prestación de los servicios; tiene que ver también con el tipo de trato que las mujeres reciben por parte del personal de salud al interior de las instituciones y con la capacidad de dicho personal para resolver oportuna y correctamente los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico.

A pesar de que estas definiciones se encuentran en un documento que es de observancia obligatoria para todas las instituciones que componen el Sistema Nacional de Salud (tanto públicas como privadas), no parecen ser suficientes cuando se analizan las características de los procesos por los que pasan las mujeres durante la resolución de la gestación. Así, vale la pena contemplar otros conceptos como el de trato adecuado, el cual Puentes-Rosas, Ruelas, Martínez-Monrroy y Garrido-Latorre (2005) desglosan como un concepto que debe ser diferenciado del de "satisfacción del paciente", el cual se relaciona tanto con las interacciones clínicas como con aspectos no médicos; el trato adecuado, por su parte, se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción del usuario con el sistema y no incorpora los aspectos clínicos de esta interacción. Estos autores señalan que con fines operacionales, el trato adecuado puede desagregarse en ocho dominios:

Autonomía, capacidad del usuario para intervenir en la toma de decisiones relacionadas con su salud; **confidencialidad**, que se relaciona con el derecho de los usuarios a mantener el control sobre el acceso a la información sobre su salud; **comunicación**, que significa que el usuario tenga el tiempo y la oportunidad de obtener toda la información que considere pertinente sobre su problema y sobre las distintas opiniones de tratamiento; **trato digno**, que implica que el usuario sea atendido con pleno respeto a su dignidad y a sus derechos como persona; **atención pronta**, que se refiere al tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la recepción de ésta; condiciones de las comodidades básicas, que evalúa, entre otros aspectos, la limpieza de los baños y de las salas de espera, la amplitud de éstas y la calidad de los alimentos servidos a los hospitalizados; **acceso a redes de apoyo social**, que implica que los usuarios hospitalizados no se encuentren aislados y se mantengan en contacto con sus familiares o con otros miembros de sus redes de apoyo; y **capacidad de elección del proveedor del servicio**, que significa que los usuarios pueden decidir con quién y dónde atenderse (Puentes-Rosas, Ruelas, Martínez-Monroy y Garrido-Latorre, 2005, p S12).

El concepto de trato adecuado parece mucho más cercano al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, a su respeto por parte del personal de salud y a la calidad con la que dicho personal otorga la atención. Sin embargo, como se verá más adelante, este concepto tampoco logra ser una realidad al interior de las instituciones de salud que brindan servicio a las mujeres embarazadas.

Por su parte, el sistema de referencia y contra-referencia, también cuenta con su propia definición oficial. Así, el Manual de referencia y contra-referencia de pacientes es un instrumento elaborado por la Secretaría de Salud (2002b), con la participación de las instituciones del Sector Salud que atienden a población abierta, con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que “facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar los servicios”. Este manual define al sistema de referencia y contra-referencia como:

Flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido. Referencia es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutoria, con el fin de que reciba atención médica integral. Contra-referencia es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o el seguimiento y continuar con la atención integral (Secretaría de Salud, 2002b).

A la luz de estas definiciones, vale la pena considerar que un funcionamiento inadecuado de este sistema de referencia y contra-referencia puede generar posibles violaciones a los derechos humanos al constituir un retraso en la atención obstétrica.

Además del enfoque de derechos humanos y justicia social (Ramos, *et al.*, 2004) para explicar la morbi-mortalidad materna, también se ha utilizado el modelo de los retrasos en la atención obstétrica³². Este enfoque busca conocer los momentos críticos para la atención del embarazo y los retrasos en la búsqueda de dicha atención que puedan llevar a un estado de morbilidad temporal o permanente, e incluso a la muerte:

El primer retraso se refiere a que las mujeres no reconocen los signos de complicaciones; el segundo tiene que ver con el hecho de posponer la decisión de buscar atención, una vez reconocidos estos signos; el tercero se asocia con el tiempo que tardan en llegar al lugar donde se proporciona dicha atención; y un cuarto retraso se relaciona con una atención deficiente o que se brinda con demasiada lentitud en los establecimientos de salud (Ransom y Yinger, 2002, p 3).

Accesibilidad, calidad de la atención y el sistema de referencia y contra-referencia son, de alguna manera, eslabones en el proceso de atención que reciben las mujeres

³² El modelo de los retrasos que aquí se presenta tiene como punto de partida la teoría de las demoras de Deborah Maine: demora en tomar la decisión de buscar ayuda; demora en llegar a la instalación del tratamiento; y demora en recibir el tratamiento adecuado en la instalación (Maine, Akalin, Ward y Kamara, 1997).

embarazadas que acuden a los servicios de salud para su resolución obstétrica, y sus características subjetivas se relacionan con el ejercicio y respeto de sus derechos y con el resultado materno y perinatal.

Una consideración más en relación a las posibles explicaciones sobre las características de la atención que brindan actualmente los servicios de salud, de su accesibilidad y del “envío y traslado de pacientes” es la que se refiere a la sobresaturación de dichos servicios. Debido a que en el Distrito Federal no se cuenta, en la práctica, con un sistema de referencia y contra-referencia para pacientes obstétricas adecuadamente estructurado (con ambulancias suficientes para los traslados, ni con la certeza de que una vez solicitado el envío de una mujer a una institución de mayor capacidad resolutive, ésta será recibida sin demora), el nivel de ocupación entre las diferentes instituciones para población abierta es variable. Así, es posible encontrar hospitales de segundo y tercer nivel subutilizados, mientras que otros se encuentran –por mucho– rebasados en su capacidad de atención, tanto por la falta de espacio físico, como por la carencia de personal y de recursos materiales. Ante este panorama, para el personal de salud una mujer más puede representar sobrecarga de trabajo, falta de sueño, o descanso y la posibilidad de tener conflictos laborales al aceptarla porque previamente se giró la instrucción de no hacerlo.

A la fecha, no existen medidas reales y eficaces que garanticen el rechazo cero en los servicios de salud para población abierta. Cuando una mujer presenta una complicación obstétrica y tiene algún tipo de seguridad social (IMSS, ISSSTE), al menos cuenta con la posibilidad de ser trasladada en ambulancia a un nivel de mayor capacidad

esolutiva. Por el contrario, si carece de dicha protección social, puede verse obligada a buscar atención *por sus propios medios* donde ser atendida, o bien a depender del buen juicio y sensibilidad de un proveedor o proveedora de servicios de salud que la reciba y la ayude, a pesar de haber recibido la indicación de limitar los ingresos hospitalarios. Cuando nadie garantiza que todas las mujeres embarazadas en este país tengan asegurado donde atenderse, nos encontramos ante una flagrante violación a sus derechos humanos, sexuales y reproductivos, ante una vergonzosa muestra de injusticia social en la que viven las mujeres mexicanas y ante una impostergable necesidad de replantear o re-estructurar el sistema de salud para abatir el rechazo del que son objeto.

IV. La atención obstétrica en un hospital general de referencia de la ciudad de

México: una descripción etnográfica

A continuación se describen las características del hospital seleccionado para llevar a cabo esta investigación en relación a la atención que brinda, así como la organización de sus actividades y las relaciones que existen entre el personal que en él labora y las que dicho personal establece con la población usuaria, tomando siempre como referencia los planteamientos teóricos expuestos en los capítulos anteriores.

Antecedentes históricos

El hospital en el que se desarrolló el trabajo de campo de nuestra investigación, se inauguró en la ciudad de México el 19 de mayo de 1947, con la finalidad de atender pacientes con tuberculosis, fue declarado Instituto Nacional de Neumología en 1952; sin embargo, debido a que el número de pacientes tuberculosos disminuía progresivamente, en 1971 se otorgaron espacios para las especialidades de medicina interna, pediatría, cirugía general y ginecología y obstetricia (Santillán, 2005). Desde 1972, el Instituto se convirtió en el único hospital general de referencia en la zona sur de la ciudad de México, y para el año 2005 se reportaba que en él se atendían 200 mil pacientes al año, siendo algunas de las áreas de mayor demanda la de urgencias y la de obstetricia. En este nosocomio laboran 160 médicos, 430 enfermeras, 239 técnicos y 28 profesionales paramédicos; cuenta con 63 consultorios, 55 especialidades, 13 quirófanos, unidades de urgencias, terapia intensiva, tococirugía, planificación familiar, endoscopia diagnóstica y terapéutica, patología, radiología e imagen, medicina nuclear, citología, medicina transfusional y genética, rehabilitación, foniatría y terapia física.

Cabe mencionar que el 2004 fue el año en el que más eventos obstétricos se atendieron hasta ese momento en la historia del hospital, pues la cifra aumentó casi 20 por ciento (Santillán, 2005), posiblemente debido a un incremento importante en el número de nacimientos y a la reapertura del área de hospitalización gineco-obstétrica y de tococirugía, tras 5 años de remodelación³³.

Población que atiende

La mayoría de los y las pacientes que llegan al hospital en busca de atención médica, provienen del Distrito Federal y su zona conurbada; entre las delegaciones que solicitan atención en esta institución se encuentran principalmente Tlalpan, Xochimilco, Iztapalapa, Magdalena Contreras, Coyoacan e incluso Tláhuac y Benito Juárez. Un 22% de la población que acude al hospital proviene del interior de la República, principalmente de los estados circundantes al Distrito Federal, es decir, Morelos, Guerrero, Estado de México, Hidalgo y Puebla; sin embargo, también llegan pacientes de Oaxaca y Veracruz, entre otros.

Debido a que se trata de un hospital de segundo nivel de atención para población abierta, generalmente, dicha población se atiende en el área de consulta externa, cuando es referida de un primer nivel de atención, como serían los centros de salud. Las personas que acuden con un problema de salud que pone en peligro la vida, son atendidas en el área de urgencias, en donde una vez resuelta dicha condición, suelen pasar al área de hospitalización para su seguimiento, y a su egreso son enviadas –

³³ Vale la pena mencionar que en ese año, el subdirector de gineco-obstetricia dio la indicación de no rechazar a ninguna paciente que ameritara ingreso hospitalario, independientemente del nivel de ocupación en el servicio.

idealmente– al área de consulta externa, de donde finalmente serán derivadas al nivel de atención que les dará el seguimiento final, generalmente a los centros de salud que conforman el primer nivel de atención a la salud. Más adelante se describe cuáles son las delegaciones políticas a las que este nosocomio le corresponde atender.

El servicio de ginecología y obstetricia: infraestructura, recursos humanos y el proceso de enseñanza-aprendizaje

En mayo del 2007, se iniciaron los trabajos de remodelación del cuarto piso, correspondiente al área de cirugía plástica, y durante dichos trabajos las instalaciones del área de gineco-obstetricia (tercer piso) se vieron afectadas. Esta situación llevó a limitar al máximo posible los ingresos de pacientes y a modificar la disposición de los espacios físicos que conforman el área. Antes de esta eventualidad, el servicio de Ginecología y Obstetricia contaba con un total de 27 camas censables³⁴ para hospitalización (tanto para pacientes con padecimientos ginecológicos, como para aquellas con condiciones obstétricas), una unidad de tococirugía, en la que se tienen 4 camas en el área de labor y 4 en el área de recuperación, así como dos quirófanos (de los cuales sólo uno estaba habilitado), una sala de expulsión con dos mesas para pacientes y un cunero de transición.

³⁴ Cama censable se refiere a aquella que se encuentra instalada en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internados/as, mientras que cama no censable es la que se destina a la atención transitoria o provisional, ya sea para la observación de pacientes, iniciar tratamientos o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos, como es el caso de quienes se encuentran en las áreas de urgencias y de tococirugía. Las camas censables se relacionan con los egresos hospitalarios.

En el tercer piso, se encuentra también un área destinada a la histeroscopia diagnóstica³⁵ y terapéutica, un espacio para la realización de ultrasonidos, así como una sala de juntas y las oficinas de tres de las cinco jefaturas: la subdirección de ginecología y obstetricia, la jefatura de la división de ginecología y la de obstetricia. Todos estos espacios se rigen por un horario laboral matutino, de lunes a viernes.

El área de urgencias de gineco-obstetricia se encuentra en la planta baja del hospital y en ella que se cuenta con 8 camillas para revisión de pacientes. Existen otras áreas que corresponden a este servicio que se encuentran fuera de la torre de hospitalización: un consultorio de planificación familiar, un área de colposcopia³⁶, así como un consultorio de obstetricia y dos de ginecología (éstos se localizan en el área de la consulta externa del hospital y también operan de lunes a viernes por las mañanas).

Con respecto a los recursos humanos (y hasta el momento en el que concluyó el trabajo de campo de esta investigación), el personal médico que labora para la subdirección de ginecología y obstetricia es el siguiente: un subdirector, dos jefes de división, un jefe del departamento de salud reproductiva, un jefe del departamento de detección oportuna de cáncer ginecológico (todos ellos desempeñan sus funciones en el turno matutino); 6 médicos/as adscritos³⁷ en el turno matutino (una mujer y cinco

³⁵ Método clínico que realiza un ginecólogo/a para estudiar la parte interna del útero mediante una técnica de endoscopia ya sea con fines de diagnóstico o terapéuticos que facilitan la realización de procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

³⁶ Procedimiento ginecológico que consiste en la observación microscópica del cuello uterino, las paredes vaginales y el periné con fines diagnósticos y terapéuticos relacionados principalmente con la infección por el virus del papiloma humano y las lesiones premalignas asociadas a éste.

³⁷ En este caso, un médico/a adscrito, es un médico/a gineco-obstetra titulado, con o sin certificación por el consejo de la especialidad, que labora en el hospital mediante un contrato temporal o bien, que cuenta

varones), 2 en el turno vespertino (mujeres), 2 en el nocturno (una labora lunes, miércoles y viernes, y el otro martes, jueves y sábados) y 2 en el turno especial (varones, laboran sábados, domingos y días festivos). Todos ellos son gineco-obstetras generales, algunos tienen diplomados en colposcopia, ultrasonido, urología ginecológica, laparoscopia, histeroscopia, y sólo una es subespecialista en ginecología oncológica.

Las/os médicos adscritos tienen actividades primordialmente asistenciales –es decir, *atienden* pacientes, ya sea dando consultas médicas o realizándoles procedimientos diagnósticos y/o quirúrgicos– durante su turno laboral (de 8 horas en el caso de quienes laboran de lunes a viernes en la mañana y en la tarde, de 12 horas quienes laboran en el turno especial). También llevan a cabo actividades docentes, pero sin un nombramiento formal para ello en la mayoría de los casos, pues si bien existe un profesor titular del posgrado y 2 profesores adjuntos avalados por la Universidad, el resto de los médicos adscritos carece de sueldo y, en ocasiones, de reconocimiento curricular al respecto.

Así, durante el turno matutino, estos médicos/as se encuentran asignados a las diferentes áreas que conforman el servicio de ginecología y obstetricia y sus labores son atender a las usuarias, supervisar las actividades asistenciales de los médicos y médicas residentes que se encuentran con ellos, además de participar en sus sesiones académicas. Tienen un rol asignado a las diferentes áreas que conforman el servicio de

con una plaza de base, y por ello goza de prestaciones como la seguridad social, vacaciones pagadas y estímulos económicos, entre otros. En ambos casos, perciben un salario quincenal.

ginecología y obstetricia, rol que generalmente corresponde con el adiestramiento específico que cada uno tiene, cuando es el caso. Sin embargo, es el jefe del servicio quien designa el tipo de rotación por las áreas y la duración de la misma. Cuando se trata de médicos que laboran en los turnos matutino, vespertino y nocturno, tienen derecho al menos a dos períodos vacacionales al año de 10 días hábiles cada uno, y dependiendo de la antigüedad con la que cuenten en el hospital, dichos períodos vacacionales se van incrementando en duración³⁸.

Por su parte, las/os médicos en formación³⁹ (internos/as y residentes) tienen actividades asistenciales y académicas. Se cuenta con 6 residentes en el primer año de la especialidad, 6 de segundo año, 5 de tercero y 5 de cuarto año. Las/os residentes de mayor jerarquía son los que se encuentran en el cuarto y último año de la especialidad, quienes están sujetos a las decisiones que toman las/os médicos adscritos. Cada dos meses rotan un promedio 8 a 12 médicas/os internos de pregrado. Son estos últimos quienes tienen la menor jerarquía médica dentro de la organización hospitalaria y quienes deben ser supervisados por las/os médicos residentes de primer año. En términos generales, todos ellos laboran de lunes a viernes, de las 7 a las 15 horas.

Las/os médicos residentes, cada año, tienen derecho a dos períodos vacacionales de 10 días hábiles cada uno, así como a 5 días de descanso por riesgos profesionales.

³⁸ Siempre y cuando sean personal de base, pues no todas esas prestaciones las tienen quienes laboran mediante contratos temporales.

³⁹ Las/os médicos internos de pregrado son estudiantes del 5° o 6° año de la carrera de medicina, según la universidad de origen, y su paso por el hospital tiene una duración de un año, a lo largo del cual, rotan en promedio dos meses por las diferentes especialidades médicas con las que cuenta la institución. Las/os médicos residentes son médicos generales, titulados que se encuentran haciendo la especialidad en ginecología y obstetricia, misma que tiene una duración de 4 años. En ambos casos, perciben una beca que no se considera un sueldo o salario.

Cabe mencionar que aun cuando existen horarios claros y bien delimitados en relación a sus alimentos, éstos se toman en función de la carga asistencial que tengan. Además de las actividades que realizan en el horario ya mencionado, llevan a cabo guardias llamadas ABC, lo cual quiere decir que el día que tienen guardia entran a las 7 de la mañana y salen alrededor de las 15 horas del día siguiente, situación que vuelven a vivir dos días después durante al menos los tres primeros años de la especialidad. En el último año, además de rotar por algunas áreas del servicio en el hospital (y de “cubrir” las ausencias de las/os médicos adscritos), deben cumplir con un servicio social profesional de 4 meses en algún hospital materno-infantil del Distrito Federal.

Vale la pena hacer la aclaración de que la principal carga asistencial la tienen los/as médicas residentes. Las/os médicos internos colaboran con ellos/as, mientras que las/os médicos adscritos supervisan las actividades de estas/os médicos en formación y atienden a las usuarias que por su gravedad así lo requieren. Esto puede obedecer a varias circunstancias: por ser personal en formación, se asume que deben ver la mayor cantidad de pacientes posible para adquirir las habilidades y destrezas que la profesión exige; por otro lado, son el personal más vulnerable, en términos de derechos y obligaciones laborales, pues no son tomados en cuenta como trabajadores, sino como estudiantes, lo cual redundaría en el hecho de que no pueden ausentarse de sus áreas de trabajo como sucede en el caso del personal sindicalizado.

Una razón más que puede participar en la distribución del trabajo tiene que ver con el sistema de socialización jerárquico que impera en el área médica (Fernández, 2008), en el cual existe un ejercicio de poder con base en el grado académico, puesto laboral y/o

antigüedad, de tal forma que siempre el personal de mayor jerarquía manda u ordena a sus subalternos, delegando responsabilidades, y con ello se deslinda con frecuencia de sus obligaciones.

Con respecto a las actividades académicas de las/os residentes, éstas son programadas de acuerdo al año de la especialidad que estén cursando. Tales actividades incluyen sesiones temáticas que ellos mismos presentan, bajo la coordinación de alguno de los médicos adscritos, así como sesiones clínicas en las que se presentan los casos relevantes y se analizan con una revisión médica temática al respecto, de igual forma, bajo la supervisión y coordinación de alguno de los médicos adscritos. Una más de sus actividades académicas es la revisión de artículos científicos. Cuando se llevan a cabo estas sesiones, sólo permanecen en los servicios para la atención de las usuarias el número mínimo de médicos residentes y adscritos, con la finalidad de que el resto asista a tales actividades. Generalmente, la persona que decide quién puede o no asistir a las sesiones, de acuerdo a las necesidades del servicio es la/el médico adscrito o la/el residente de mayor jerarquía.

Existe un programa académico avalado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México para cada año de la especialidad y un coordinador de las actividades académicas de los residentes, quien se encarga de evaluarlos y enviar tales evaluaciones a través del área de enseñanza del hospital a la Universidad, de tal suerte que al final del año académico puedan ser promovidos al siguiente año de la especialidad. Tal coordinador es un médico/a adscrita a la subdirección de ginecología y obstetricia, designado por el profesor titular de la especialidad, que carece de

remuneración económica por llevar a cabo tales funciones. También existe un examen escrito que llevan a cabo en la Facultad de Medicina, sin embargo, tal evaluación no se considera determinante para la promoción, pues la decisión final de promover o no a las/os residentes está sujeta al juicio del o los profesores del curso de posgrado en el hospital (quienes son los médicos adscritos que ya se han mencionado) y se toman en cuenta no sólo sus conocimientos teóricos demostrados mediante exámenes y exposiciones temáticas, sino también los aspectos subjetivos relacionados con el tipo de atención que brindan a las pacientes, la calidad de sus relaciones interpersonales, es decir, si se trata o no de personas propositivas y no conflictivas, si se presentan puntualmente a sus actividades, si las llevan a cabo y si tienen la capacidad para resolver problemas tales como sacar adelante las consultas que tengan asignadas, realizar los procedimientos quirúrgicos que se presentan y responsabilizarse de sus pacientes. Sin embargo, esto es sumamente subjetivo y existen múltiples casos en los que el o la médica residente no da el seguimiento adecuado a sus pacientes o bien no cumple a cabalidad con sus funciones ni tiene los conocimientos teóricos ni prácticos idóneos y, sin embargo, se le promueve al siguiente año de la especialidad. Cuando se encuentran en el último año de la residencia, deben presentar una tesis a partir de un protocolo de investigación (que a su vez, debe ser aprobado por el comité de ética e investigación del hospital) para poder obtener el título universitario y la cédula profesional que los acredite como especialistas. Sin embargo, cuando no cumplen con este requisito, de todas formas el hospital les extiende un diploma por haber realizado ahí la especialidad.

Por lo anteriormente descrito, es difícil afirmar que el proceso de enseñanza-aprendizaje se lleva a cabo de manera idónea, y se puede suponer que los egresados no contarán en todos los casos con la calidad técnica y humana que se requiere para una práctica de calidad futura. Esto genera incongruencia en el papel del hospital como centro de formación de recursos humanos y como institución asistencial, debido a que las y los médicos adscritos no tienen una preparación formal en docencia, ni un reconocimiento y obligaciones al respecto, y a que la forma en la se articula la docencia con la asistencia, permite relaciones desiguales de poder entre profesores y alumnos y entre éstos y las usuarias. A este respecto, Fernández señala:

Las formas de apropiación del conocimiento y de las prácticas médicas se dan en el día a día del proceso de práctica de formación profesional, primero en el proceso de introducción y adaptación de manera progresiva, que sin mayor cuestionamiento, introduce al estudiantado en estructuras fuertemente jerarquizadas, controles estrictos, normas y restricciones con las que se encuentra desde el primer día con un importante factor: este personal, futuro profesional es ya parte del engranaje de la estructura de poder de la institución, con saberes técnicos y habilidades y destrezas "científicas" que avalan su punto de partida para acercarse a la población usuaria del servicio...La conducta a seguir la define la institución, dando lugar a la priorización de las relaciones institucionales por encima de las razones y circunstancias de los pacientes y de sus enfermedades, por ello, ser médico obedece más a los dictados del entorno profesional e incluso al entorno institucional, más que al espacio específico de su práctica, incluida en ésta el paciente...Se mantiene la desvinculación entre la formación y la prestación de servicios de salud...(Fernández, 2008, pp 290-292).

La verticalidad de las relaciones entre el personal docente y las/os alumnos y entre éstos, permite abusos de poder, y paradójicamente, una franca laxitud al momento evaluarlos, pues al ser una mano de obra barata sobre la que descansa una práctica más cómoda en los médicos adscritos, al hospital no le conviene reprobar o deshacerse de residentes.

Así, considero que se requiere de un sistema más claro de evaluación no sólo en lo concerniente a quién certifica la formación técnica, sino de qué manera se evalúa la calidad humana y ética de los egresados. Para esto último, se debería de tomar en cuenta la opinión de las usuarias en las evaluaciones de residentes e internos/as, ya que la forma en la que se lleva a cabo el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación médica puede tener repercusiones sobre su salud.

La atención obstétrica: el control prenatal y el área de urgencias

En la consulta externa de obstetricia se lleva el control prenatal de mujeres con embarazos de alto riesgo. Para que éstas tengan acceso a tal servicio deben acudir referidas —o enviadas— de su centro de salud o de un hospital con menor capacidad resolutive, o bien ser derivadas del área de urgencias de gineco-obstetricia del propio hospital en donde se identificaron factores de riesgo que complican o pueden complicar la gestación. Algunos de estos factores son: las edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 y mayor de 35 años de edad), antecedentes obstétricos adversos (malformaciones fetales, productos con bajo o elevado peso al nacimiento, abortos, muerte fetal, entre otros), enfermedades subyacentes (como lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial crónica, diabetes mellitus, tiroidopatías, insuficiencia renal, alteraciones cardíacas, entre otras), complicaciones obstétricas del embarazo actual (embarazo gemelar, trastornos hipertensivos inducidos por la gestación, trombosis venosa profunda, diabetes gestacional, por ejemplo), cirugías uterinas previas (generalmente miomectomías, antecedente de dos o más cesáreas, resección de tabiques uterinos), entre otros. También se lleva el control prenatal de mujeres

sanas, sin factores de riesgo debido, por lo regular, a que conocen a alguien dentro del hospital, que de alguna manera les facilita el acceso al servicio.

Si la mujer llega a la consulta externa en el último trimestre del embarazo es poco probable que sea vista ahí. Esto se debe en buena medida a que, por la gran cantidad de pacientes que se atienden, el intervalo entre una cita y otra no permite darles seguimiento a estas mujeres, por lo que son enviadas directamente al área de urgencias de gineco-obstetricia para su atención cuando presenten algún dato de alarma.

La consulta externa es atendida por un médico/a residente del segundo año de la especialidad y por un médico/a especialista. El horario de atención en este sitio comienza a las 08:30hrs y concluye entre las 14 y las 15hrs, de lunes a viernes; se atienden un promedio de 8 a 10 pacientes subsecuentes, y entre 4 y 8 de primera vez. Cabe mencionar que estas/os médicos residentes rotan cada 2 meses por las diferentes áreas que conforman el servicio de ginecología y obstetricia: consulta externa de obstetricia, de ginecología, cirugía ginecológica, terapia intensiva, hospitalización y unidad tocoquirúrgica; de tal manera que es poco probable que una mujer embarazada lleve todo su control prenatal con el mismo médico/a. De acuerdo con los registros diarios de actividades de los médicos, en el año 2006 se otorgaron en promedio 283 consultas mensuales, tanto de ginecología como de obstetricia.

En el área de urgencias se encuentran dos médicos/as residentes del primer año de la especialidad, un residente de 3er año y uno o dos médicas/os internos de pregrado,

bajo la supervisión de un médico/a adscrito, de lunes a viernes desde las 7:00 hasta las 15:00 hrs. De acuerdo con los registros diarios de actividades de los médicos, en el año 2006 se otorgaron en promedio 1679 consultas mensuales en esta área⁴⁰.

Una vez que concluye el turno matutino –entre las 14 y las 15 horas, de lunes a viernes–, la guardia médica se compone, en promedio, de 3 médicos/as internos de pregrado, uno a dos residentes de cada año de la especialidad (excepto el de cuarto año) y uno o dos médicos/as adscritos/as (quienes se encargan de supervisar tanto el área de urgencias como la de tococirugía). Si alguno de ellos falta (ya sea por incapacidades, períodos vacacionales, permisos especiales, etc.), generalmente no es reemplazado. Esto tiene un impacto directo en el trato que reciben las usuarias debido a que al haber menos personal, tiene que esperar más para ser atendidas y por otro lado, están siendo valoradas por personal médico en formación que no siempre cuenta con las habilidades, conocimientos y destrezas suficientes para identificar posibles problemas de salud.

En la entrada al área de urgencias de gineco-obstetricia, existe un anuncio en el que se especifica una especie de regionalización para la atención a la población por delegaciones, cuya leyenda dice:

Con la finalidad de ofrecerle un mejor servicio y acercar los servicios de salud a usted, se efectuó un programa de referencia y contra-referencia entre los tres hospitales generales de la Secretaría

⁴⁰ En ese año, se brindaron un total de 20,149 consultas en el área de urgencias, lo que corresponde a las 1679 consultas mensuales y esto a su vez equivale a que diariamente se atendieron en promedio 56 pacientes en esta área. Tales cifras deben analizarse críticamente pues resulta difícil hacer la afirmación categórica de que estaba rebasada o no la capacidad del hospital, sin embargo, ese año el porcentaje de ocupación del mismo, de acuerdo a los registros oficiales, fue del 187.9%, cifra que sí rebasaba –por mucho– la capacidad de atención.

de Salud en el Distrito Federal llamado "Eje norte-centro-sur", en donde cada hospital dará atención a las siguientes delegaciones:

Hospital Juárez de México (norte): Azcapotzalco, Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Miguel Hidalgo, Venustiano Carranza.

Hospital General de México (centro): Benito Juárez, Cuauhtémoc, Iztacalco, Iztapalapa.

Hospital Gea González (sur): Álvaro Obregón, Coyoacán, Magdalena Contreras, Milpa Alta, Tláhuac, Tlalpan, Xochimilco.

Cuando una mujer embarazada acude a esta área, su primer contacto es una secretaria que se encuentra en la entrada, ésta la interroga sobre el motivo por el que solicita atención con la finalidad de saber si las hojas de revisión con las que pasará a consulta deben ser para atención ginecológica u obstétrica. Una vez que la paciente o el familiar con el que acude, paga la consulta, pasa al área de urgencias⁴¹ donde es valorada por un médico/a residente, quien decide si amerita o no ingreso hospitalario, o el manejo que requiere, dependiendo no sólo de las condiciones clínicas que presente la mujer, sino también de eventualidades como las remodelaciones de las áreas, el espacio físico disponible para su atención, la presencia o ausencia de un médico/a adscrito responsable del turno, la delegación en la que reside, entre otras. Esta decisión suele estar avalada por el o la médico/a adscrito responsable del turno, o bien, por la/el médico/a residente de mayor jerarquía que en ese momento se encuentre de guardia.

Previamente se mencionó que en el año 2004, se atendió el mayor número de nacimientos registrados hasta ese entonces en la historia del hospital. Esta

⁴¹ En el caso de este hospital, este es el sitio donde generalmente se lleva a cabo el rechazo de pacientes, cuando quien lleva a cabo la valoración médica –médicos en formación y/o adscritos– decide, por los motivos antes mencionados, que las usuarias no ingresan a pesar de amentar ser hospitalizadas y que deben acudir a otro sitio para su atención. Cabe también la posibilidad de que cuando existe una indicación precisa para no ingresar pacientes, como el sobrecupo o la presencia de infecciones en las áreas de atención, sea el policía de la entrada o la secretaria quienes de inicio le digan a las usuarias que no hay ingresos.

circunstancia no cambió, por el contrario, el número de procedimientos obstétricos realizados se incrementó aun más al año siguiente. A continuación se presenta un resumen de las cifras registradas en los archivos del hospital entre los años 2002 y 2007⁴²:

Cuadro 1

Procedimientos obstétricos realizados, consultas otorgadas, muertes maternas y óbitos fetales, según año en el que se produjeron, 2002-2007

AÑO	Nacimientos	Legrado uterino	Embarazos ectópicos	Óbitos fetales	Muertes maternas	Consulta externa	Consulta urgencias	% de Ocupación
2002							18231	
2003	4893						17708	
2004	6266	1372	88	124	11	3037	15338	164.1
2005	6907	1380	83	99	8	3685	16802	183.7
2006	6675	1369	91	105	5	3395	20149	187.9
2007	3742	817	68	86	3	2059	10944	135.1

Fuente: elaboración propia a partir de los registros de la división de obstetricia existentes hasta el 25 de septiembre de 2007.

Vale la pena hacer algunas consideraciones al respecto de estas cifras. A pesar del elevado número de nacimientos y de padecimientos obstétricos atendidos en el período analizado, no se incrementó el número de plazas del personal que ahí labora; ni tampoco el espacio físico de las áreas de atención. La forma en la que se hizo frente a tal incremento en la demanda de atención, consistió en acortar los tiempos de estancia

⁴² Del año 2002, sólo se cuenta con la información del total de consultas en urgencias de gineco-obstetricia. Del año 2003 se carece de información, excepto el número de nacimientos. Los registros correspondientes a los años 2005 y 2006 se encuentran completos y las cifras de 2007 comprenden hasta el 25 de septiembre. Todos las cifras tienen como fuente los registros de la división de obstetricia, excepto las relacionadas con el número de consultas en el área de urgencias gineco-obstétricas, éstas corresponden a los registros de urgencias, de la subdirección de ginecología y obstetricia; las cifras del año 2007, comprenden hasta el 25 de noviembre. Toda esta información es registrada por las/os médicos residentes.

hospitalaria, de tal suerte que las mujeres que se habían atendido de un parto o de un aborto y que normalmente permanecían hospitalizadas 24 horas, comenzaron a ser egresadas entre 6 y 8 horas después de la resolución del evento obstétrico; mientras que las mujeres a las que se les practicó una operación cesárea o una laparotomía exploradora fueron egresadas a las 36 horas del postoperatorio, cuando previamente permanecían 48 horas en observación. Otra estrategia que se implementó fue que las mujeres pasaran su estancia en el área de labor en sillas de ruedas y/o camillas, mientras esperaban la realización de algún procedimiento obstétrico (atención de parto, cesárea, legrado uterino, laparotomía exploradora, etc.). También pasaban las primeras horas del puerperio en sillas jardineras de plástico en un pasillo de dicha área.

Tales estrategias, conllevan riesgos para la seguridad de las pacientes, pues están expuestas a que si son egresadas de manera prematura, no será posible identificar posibles complicaciones, asociadas a las cirugías, por ejemplo. Por otro lado, pueden caerse y lesionarse al encontrarse en sillas en vez de permanecer en espacios adecuados a su condición física. Por todo lo anterior, al momento de concluir esta investigación tales estrategias habían sido abandonadas y sólo se aceptaban pacientes hasta agotar el espacio físico disponible para su atención, situación que implica rechazar a muchas otras mujeres que acuden a este hospital.

V. Resultados: de la teoría a la cotidianidad

A la luz de los planteamientos teóricos que se han expuesto previamente, se presentan a continuación los resultados que se obtuvieron durante la etapa del trabajo de campo. En una primera parte de este capítulo, se presenta la información de las 35 mujeres que participaron en este estudio relativa a: sus características sociodemográficas, salud reproductiva, su control prenatal y la resolución obstétrica que tuvieron. Posteriormente se analizan las entrevistas más representativas, mismas que se eligieron en función del resultado obstétrico y del rechazo que denunciaron, tomando como guía de análisis las categorías descritas en los capítulos anteriores: una perspectiva feminista, de derechos sexuales y reproductivos, accesibilidad y trato en los servicios de salud, el sistema de referencia y contra-referencia para la resolución obstétrica, así como una perspectiva médica-técnica. El propósito de este capítulo fue dar respuesta a las preguntas centrales de nuestra investigación: si el sistema de referencia y contra-referencia en materia de atención obstétrica oculta un fenómeno de multi-rechazo hospitalario y si esto ocurre, cuáles son las consecuencias de este fenómeno sobre el resultado materno y perinatal.

Características sociodemográficas

El grupo de estudio se compuso de 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato. Su edad promedio fue de 24.7 años, la más joven tenía 15 años y la mujer con más edad tenía 43 años; el 77% eran originarias del Distrito Federal, el 9%, del Estado de México y el 14% restante, de otros estados. En relación al sitio de residencia habitual en el Distrito Federal, y desde donde acudieron a solicitar su

atención a este hospital, los hallazgos por delegación fueron los siguientes: las que provenían de Tlalpan 41%, Coyoacán e Iztapalapa 16%, respectivamente, Xochimilco 15% y el resto de las delegaciones en su conjunto representaron el 22%.

Con respecto a su estado civil, al momento de la entrevista, el 63% tenía pareja estable y el 37% no. De las mujeres unidas, el 45% refirió vivir en unión libre y el 18% estar casadas; las demás dijeron ser solteras en un 31% y separadas en un 6%. La escolaridad promedio en años fue de 10.14, es decir, habían cursado poco más que la secundaria. Por ocupación, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: el 74% se dedicaba a su hogar, el 23% tenía un empleo remunerado, de las cuales, el 9% refirió ser empleada doméstica el 14% empleada, y 3% eran estudiantes, de tal forma que el 77% de las mujeres que participaron en esta investigación, no contaban con ingresos económicos propios, pues a pesar de haber referido ser amas de casa, se les interrogó sobre fuentes propias de ingresos, pero ninguna las mencionó. Las parejas de las mujeres unidas, tenían ocupaciones entre las que se encontraron: ayudante de albañil, empleado, chofer y comerciantes. El 86% pertenecía a medio socioeconómico bajo y el 14% a un nivel medio. Por otro lado, con respecto a la religión, el 97% de las mujeres dijo ser católica, mientras un 3% refirió ser testigo de Jehová.

Hallazgos sobre salud reproductiva del grupo de mujeres estudiado

En el cuadro que se presenta a continuación se resumen algunos de los datos recopilados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que participaron en esta investigación:

Cuadro 2
Indicadores de salud sexual y reproductiva de las mujeres entrevistadas, 2008

Edad (promedio)	Edad al inicio vida sexual (promedio)	Con una pareja sexual	Más de una pareja sexual	Promedio Hijos	Ha usado anticonceptivos	Nunca ha usado anti-conceptivos	Se ha realizado Papanicolau	Nunca se ha realizado Papanicolau
25	18	53%	47%	2	86%	14%	46%	54%

Fuente: Elaboración personal con base en la guía de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo.

Las mujeres de este estudio comenzaron a tener relaciones sexuales en promedio a los 18 años de edad. El 53% de ellas refirió haber tenido un compañero sexual, el 26.5% dijo haber tenido dos, el 14.5% mencionó tres y el 6% dijo que ha tendido cuatro compañeros sexuales; en ningún caso mencionaron relaciones homosexuales⁴³. Cuando se les interrogó sobre el uso de métodos anticonceptivos, se pudo identificar que el 86% los ha utilizado en algún momento antes del embarazo por el que acudieron al hospital en esta ocasión y, aunque este porcentaje es alto, un 14% refirió no haber utilizado jamás ningún método anticonceptivo. En promedio, estas mujeres han tenido dos hijos y el intervalo de tiempo entre cada uno de ellos, fue de cuatro años.

Otros porcentajes que llaman la atención son los que se relacionan con la prevención de enfermedades. Tal es el caso de la detección oportuna de cáncer cervico-uterino pues más de la mitad de las mujeres entrevistadas jamás la ha llevado cabo. Así, el 54% nunca se ha hecho un examen de Papanicolau y sólo el 46% se lo ha practicado en los últimos dos años. Vale la pena mencionar que se les interrogó sobre los motivos

⁴³ Aun cuando en la guía de preguntas no se explicitó si las relaciones sexuales eran o no heterosexuales, sí se les preguntó en las primeras entrevistas si habían tenido relaciones homosexuales, conforme fueron respondiendo que no, se dejó de preguntar.

por los cuales no se han realizado dicho estudio (que además es gratuito en las instituciones públicas) y entre las respuestas obtenidas, se encuentran algunas que muestran la postergación de las propias necesidades en función de otros, y otras que evidencian un alto grado de desinformación sobre las medidas de prevención primaria que se han venido difundiendo ampliamente entre la población:

"No lo considero importante... No le puse atención... No lo consideré conveniente... Por desidia... El temor a que me duela... Me da miedo que me vayan a lastimar como a mi mamá... Porque no tengo pareja... No sabía que se debía realizar... Porque me da pene que me vean. Por falta de tiempo ya que tengo una bebé de 6 meses... Porque no quiero... Porque creo que ahorita es más importante cuidar a mi bebé... No lo consideré necesario... Porque cuando fui, me dijeron que no me lo iban a hacer porque yo estaba bien... Porque no tengo relaciones sexuales seguido... Si me lo hice, pero no he ido por el resultado..."

El hecho de que más de la mitad las mujeres entrevistadas nunca se hayan realizado una prueba de detección de cáncer cervicouterino –habiendo iniciado por primera vez las relaciones sexuales en promedio a los 18 años de edad– sugiere, por un lado, que aún existe desinformación sobre la indicación y los beneficios de este estudio tanto en la población usuaria como en el sector salud⁴⁴ (hay mujeres y personal de salud que asocian la actividad sexual a la necesidad de llevarlo a cabo, cuando ésta no es un requisito); por otro lado, lleva a considerar si existe una falta de noción de autocuidado. A través de las respuestas obtenidas, también puede observarse el peso que tienen las experiencias previas en los servicios de salud (en este caso referidas por alguna otra mujer) al momento de decidir o no acudir a ellos, e incluso, una de las respuestas sugiere que el propio personal de salud no sabe o no quiere dar el servicio, pues la detección se realiza precisamente a las mujeres que se encuentran aparentemente

⁴⁴ Esta asociación entre la actividad sexual y la indicación de un Papanicolau en el personal operativo de los servicios de salud es una observación personal a lo largo de mi práctica profesional.

sanas para poder identificar si tienen alguna enfermedad. A pesar de que una de las entrevistadas manifestó haberse practicado el examen, dijo no haber acudido por el resultado, situación que puede sugerir que no comparten la responsabilidad de su cuidado con las instituciones de salud.

Características del control prenatal

El 77% de las mujeres entrevistadas, llevó control prenatal en el embarazo que motivó su ingreso al hospital, mientras que un 33% no acudió a la consulta prenatal previa a este ingreso. Vale la pena resaltar que las mujeres con control prenatal recibieron un mayor número de consultas del que recomienda la norma oficial mexicana y sin embargo, como se verá más adelante, poco más de la mitad de quienes que conformaron este grupo de estudio presentó alguna complicación.

Las mujeres que recibieron atención prenatal, acudieron a un promedio de 6.5 consultas, mismas que fueron otorgadas en algún centro de salud en el 63% de los casos, en un consultorio privado en el 26% y en algún hospital público en el 11% restante. Respecto al sitio donde se llevó a cabo este control prenatal, la mayor parte de las mujeres que mencionaron haber acudido a medio privado, se referían a consultorios en farmacia, donde generalmente laboran médicos generales cuyos honorarios se desprenden del consumo de los medicamentos que ahí se venden, y el costo de la consulta en tales sitios fluctuó entre los 25 y 35 pesos.

En el 41% de los casos, la atención prenatal inició en el primer trimestre de la gestación, mientras que el 59% de las mujeres entrevistadas lo inició a partir del 2º

trimestre. Es decir, más de la mitad de las mujeres tuvieron un control prenatal tardío, por lo que no tuvieron un acceso oportuno a la detección de posibles circunstancias que incrementan la probabilidad de desarrollar complicaciones, tales como infecciones genitourinarias o las periodontales⁴⁵, así como trastornos nutricionales, síndrome anémico y condiciones de violencia familiar. Por otro lado, en ninguno de los casos existió una evaluación pre-concepcional.

Aquellas mujeres que no acudieron a control prenatal, cuando se les interrogó sobre los motivos por los cuales no asistieron o lo hicieron tardíamente, señalaron: *mi mamá no me dejó ir porque dice que el embarazo es algo normal y que ella nunca fue. No sabía que estaba embarazada. No tenía dinero.*

Tales respuestas pueden sugerir que estas mujeres no tienen una autonomía plena sobre el cuidado de su salud, pues existe alguien en su familia que las coacciona o bien porque no tienen la solvencia económica necesaria, así como el hecho de que en el imaginario colectivo, el embarazo se percibe como un evento normal que no requiere de cuidado especializado⁴⁶. Por otro lado, la respuesta de no haber acudido al control prenatal por desconocimiento del embarazo, permite suponer que el embarazo no es un

⁴⁵ Las infecciones genitourinarias comprenden, por un lado, a aquellas localizadas en las vías urinarias que pueden incluso asociarse a riesgo de muerte materna por sepsis cuando se trata de pielonefritis. Por otro lado, las infecciones genitales pueden ser originadas por microorganismos que incrementan el riesgo de parto pretérmino. A su vez, las infecciones periodontales se refieren a un conjunto de enfermedades localizadas en las encías y en las estructuras de soporte de los dientes, la trascendencia de su identificación y manejo oportunos radica en que existen investigaciones que sugieren la correlación entre la enfermedad periodontal y el desarrollo de preeclampsia en el embarazo.

⁴⁶ Con esto no quiero decir que los cuerpos de las mujeres y sus procesos deban medicalizarse, sin embargo, por la importancia que tiene la morbi-mortalidad materna en México, un enfoque de identificación de factores de riesgo y de capacidad resolutive en las urgencias obstétricas por parte del personal de salud, puede disminuir significativamente este problema de salud pública.

evento planeado, lo cual a su vez obliga a cuestionar cómo se está llevando a cabo el ejercicio de la sexualidad⁴⁷. También existe la posibilidad de que las mujeres entrevistadas hayan deslindado la responsabilidad de su autocuidado en alguien más, circunstancia que se articula con un fenómeno observado a lo largo del trabajo de campo de esta investigación y documentado por diferentes autores/as: la infantilización de las usuarias de los servicios de salud (Jasis, 2001; Cordero, 2004; Cardaci y Sánchez Bringas, 2007; Erviti y Castro, 2007; Fernández, 2008).

Se interrogó también sobre las actividades que se llevaron a cabo en las consultas del control prenatal y las ocho que se consideraron arbitrariamente para fines de esta investigación fueron: registro del peso y de la presión arterial maternos, administración de ácido fólico (o al menos su prescripción), explicación de los datos de alarma en el embarazo, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, solicitud de estudios de laboratorio y de ultrasonido, así como el haber recibido asesoría sobre las opciones anticonceptivas. A este respecto, se encontró que el número promedio de actividades que se llevaron a cabo en el control prenatal fueron 6.8. Aquí cabe mencionar que en la norma oficial mexicana se contemplan muchas más actividades⁴⁸.

⁴⁷ De hecho, a todas se les preguntó: ¿te querías embarazar o saliste embarazada?, y una proporción importante respondió haber salido embarazada, no se explicita este dato porque no se contempló dentro de los objetivos de esta investigación, pero sí se menciona porque fue un hallazgo del trabajo de campo.

⁴⁸ Tales actividades son: la elaboración de una historia clínica; la identificación de signos y síntomas de alarma; medición y registro de peso, talla y presión arterial, su interpretación y valoración; valoración del riesgo obstétrico, del crecimiento uterino y del estado de salud del feto; determinación del grupo sanguíneo, biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta y en las subsecuentes, dependiendo del riesgo); examen general de orina (desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36); detección de virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres de alto riesgo; prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, aplicación de toxoide tetánico; orientación nutricional; promoción para que la mujer embarazada acuda acompañada a las consultas; promoción y orientación sobre lactancia materna, planificación familiar y medidas de autocuidado de la salud; establecimiento de un diagnóstico integral (Secretaría de Salud, 1995).

Una de las actividades interrogadas del control prenatal fue si recibieron datos de alarma obstétrica. Una explicación clara, suficiente, completa y veraz en relación a estos datos de alarma en el embarazo puede hacer la diferencia entre la vida y la muerte⁴⁹. De ahí la importancia que tiene el hecho de que las mujeres los conozcan para poder identificar posibles complicaciones que ameritan la búsqueda de atención médica. Por este motivo, se les preguntó sobre los datos de alarma en el embarazo que ellas conocen, independientemente de si se los explicaron o no en el control prenatal. Vale la pena destacar que del total de mujeres que sí tuvo consulta prenatal, al 80% de ellas se les explicaron en dicho control los datos de alarma (así lo manifestaron), mientras que un 20% dijo no haber recibido esta información; este porcentaje no es bajo si se considera la trascendencia de conocer los motivos por los cuales se debe acudir a los servicios de salud durante el embarazo y que puede asegurar su supervivencia.

Por otro lado, aunque el 80% de las mujeres dijeron haber sido informadas sobre los datos de alarma en el embarazo en las consultas del control prenatal, un 9% no fue capaz de mencionar alguno cuando se le preguntó cuáles conocía, un 23% señaló tres signos y sólo un 6% mencionó ocho de ellos. Entre los signos de alarma en el embarazo que destacaron se encuentran: la salida de líquido transvaginal, el sangrado transvaginal, el dolor abdominal o contracciones, las náuseas, el vómito, el dolor abdominal no asociado a contracciones, la disminución de los movimientos fetales, la

⁴⁹ Como se mencionó previamente en este documento, tales datos de alarma son —en cualquier momento de la gestación— el dolor abdominal, la salida transvaginal de líquido y/o sangre, fiebre, molestias urinarias, colporrea o flujo vaginal, edema o hinchazón de manos y cara. Después de las 20 semanas de gestación, a los datos anteriores se agregan: el dolor de cabeza, las alteraciones visuales, auditivas, la náusea y el vómito, así como la disminución o la ausencia de los movimientos fetales.

falta de los mismos, el dolor de cabeza, el zumbido de oídos, las alteraciones visuales y auditivas, entre otros. Cabe destacar que cuando mencionaban los datos de alarma y se les interrogaba sobre lo que ellas creían que debían hacer en consecuencia, mencionaron que acudir a los servicios de salud; sin embargo, no refirieron un sitio específico de atención al cual asistir y manifestaron que desconocían a dónde ir. Esto me lleva a cuestionar la calidad de la información que se brinda en las consultas del control prenatal, así como el énfasis que se pueda hacer a la población sobre la identificación de los datos de alarma y sobre las alternativas de atención a dónde acudir en caso de así requerirlo.

Resolución del embarazo

Como se señaló anteriormente, a pesar de que las dos terceras partes de las mujeres de este grupo de estudio recibieron control prenatal, en el 57% de ellas se presentaron complicaciones: 9% tuvo un parto pretérmino, a un 11% se le tuvo que practicar una laparotomía exploradora por embarazo ectópico roto, al 14% se le realizó un legrado uterino instrumental por aborto incompleto y a un 23% se le realizó una operación cesárea. En 43% de los casos, las mujeres tuvieron un parto vaginal a término sin complicaciones.

Una vez concluido el embarazo y, en su caso resueltas las complicaciones, sólo el 31% de ellas dejó el hospital con algún método anticonceptivo, (únicamente dispositivo intrauterino y esterilización quirúrgica), es decir, el 69% no contaba con método contraceptivo al momento de salir del hospital. Entre las causas de esto, mencionaron:

Por la urgencia, no supe qué contestar cuando me dijeron si me querla ligar... Me dijeron del DIU pero no lo quise porque mi hermana se embarazo con él y además yo no tengo pareja... Yo quería que me ligaran pero me dijeron que no, que me ponlan el DIU y yo no quise... No me dijeron y yo ni me acordé... Como me dijeron que tengo la presión alta, me da miedo que me vaya a hacer daño... No quise porque una tía me dijo que el DIU duele... Ya ni les pregunté porque estaba toda adolorida... No sé, yo les dije que sí quería DIU cuando llegue... Me dijeron que no había anesthesiólogo para ligarme... Yo querla que me ligaran, pero me dijeron que no, por algo me dijeron que no... Yo no quise porque nomás tienen DIU... No quise porque la vez pasada se me salió el DIU... Yo querla condones porque me de miedo que me lastime el DIU... No quise porque me han dicho que luego se entierra en la matriz... No acepté el DIU porque me provoca hemorragias.

Como el acceso al uso de métodos anticonceptivos –idóneamente post-evento obstétrico⁵⁰– es un derecho sexual y reproductivo, se interrogó al respecto y se encontró que a las mujeres que acuden para la resolución de sus embarazos a este hospital, como en muchos otros, se les ofrecen solamente dos opciones anticonceptivas: el dispositivo intrauterino medicado con cobre (DIU) y la oclusión tubaría bilateral, pues el resto de los anticonceptivos sólo se encuentra en el área de planificación familiar (es decir, fuera de la unidad de tococirugía y del área de hospitalización) que opera de lunes a viernes de 9 de la mañana a las 13:30 horas, en donde tampoco se cuenta con toda la gama de contraceptivos actualmente disponibles.

Por otro lado, con frecuencia encontré discordancia entre lo que referían las mujeres y lo que estaba asentado en el expediente clínico al respecto de la anticoncepción post-

⁵⁰ La anticoncepción post-evento obstétrico se refiere al hecho de que las mujeres adopten algún método anticonceptivo de acuerdo a sus condiciones de salud, lactancia y puerperio, antes de abandonar la institución donde se resolvió su embarazo.

evento obstétrico. Así, en el expediente de las mujeres que durante la entrevista referían llevarse puesto un dispositivo, decía “no aceptó”. Esto, me lleva a considerar dos escenarios posibles. Por un lado, existe la posibilidad de que las mujeres hayan mentido y dijeran que sí llevaban el DIU para que nadie más les insistiera en optar por éste, dado que es el único método temporal que les fue ofertado y están en todo su derecho a no desearlo. Por otro lado, cabe la posibilidad de que quien mienta sea el o la médica que brindó la atención, en cuyo caso, estaríamos ante una flagrante violación a los derechos de estas mujeres, pues no se respeta su decisión y solicitud de recibir el mejor método anticonceptivo, sino que además, son egresadas de la institución creyendo que sí se les colocó, cuando no es así. Cuando se detectó esta discrepancia y se les aclaró que no lo llevaban puesto, la gran mayoría de ellas solicitaron y aceptaron su colocación.

Desde este segundo escenario, vale la pena investigar a qué obedece tal fenómeno, si tiene relación con el exceso de carga asistencial que pudiera favorecer que por olvido o descuido no se atiende la solicitud de anticoncepción de las mujeres, si el personal de salud carece de los conocimientos técnicos sobre los métodos contraceptivos, si los proveedores del servicio tienen alguna objeción personal en cuanto a la contracepción, o bien, si es la representación de las mujeres que dicho personal tiene lo que facilita que los derechos sexuales y reproductivos de ellas sean violentados de esta manera.

El énfasis en estos señalamientos, va más allá de cumplir con lo que lo marca la norma oficial mexicana. Se trata de que al omitir una oferta adecuada de anticoncepción post-evento obstétrico se expone a las mujeres a un riesgo innecesario de complicar su

salud. Sin duda alguna, la asesoría anticonceptiva debe otorgarse desde el control prenatal y a este respecto, de las mujeres que tuvieron esta atención, el 46% dijo haber recibido tal asesoría, mientras que el 54%, no. Sin embargo, de acuerdo a lo que las mujeres mencionaron en las entrevistas, en la institución hospitalaria donde se resolvió el evento obstétrico tampoco se brindó realmente ningún tipo de asesoría anticonceptiva. Aun cuando las mujeres acudan con una urgencia obstétrica, en la que es prioridad que ésta sea resuelta, no existe justificación para que sean egresadas sin que se les haya ofertado un método anticonceptivo, pues generalmente pasan por lo menos 24 horas entre la resolución del evento obstétrico y el egreso, tiempo en el que una vez resuelta la emergencia, se debe brindar una asesoría anticonceptiva clara, completa y veraz para que las usuarias puedan ser participes en la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

Finalmente, al no brindarles la asesoría anticonceptiva también se está perdiendo la oportunidad de darles información sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, pues este es un momento adecuado para orientarlas al respecto y sobre su derecho a exigir a sus parejas el uso del preservativo⁵¹.

¿Referencia y contra-referencia o multi-rechazo hospitalario?

Si bien, de las 35 mujeres que conformaron este grupo de estudio, el 43% pudo ser atendido de manera resolutiva en el primer hospital al que acudieron, más de la mitad

⁵¹ Una tercera consideración al respecto de la anticoncepción post-evento obstétrico tiene que ver con algo que observé durante el trabajo de campo –tanto en las usuarias como en los prestadores de servicios de salud–: la idea de que los anticonceptivos son dañinos para el cuerpo y sobre la "naturaleza" reproductiva de las mujeres, ante cuyo caso, valdría la pena problematizar este fenómeno desde el género.

de los casos tuvo que buscar al menos dos hospitales para ser atendidas. Así, el 57% de las mujeres que tuvieron que buscar más de un hospital para su resolución obstétrica, se puede desglosar de la siguiente manera: el 29% visitó dos hospitales, el 11% tuvo que acudir a cuatro hospitales, el 6% a cinco, y un 11% de las mujeres recorrió más de seis hospitales para finalmente ser atendida. Vale la pena mencionar que la mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios. Para describir un poco mejor el proceso por el que pasaron estas mujeres, se analizaron las entrevistas más representativas tomando en cuenta, primordialmente, el número de hospitales a los que tuvieron que acudir.

El primer caso que aquí se presenta corresponde al de una mujer de 19 años de edad, quien es originaria del Distrito Federal, residente de la delegación Iztapalapa, terminó la escuela secundaria y vive en unión libre desde hace un año y medio. Se dedica de manera exclusiva a su hogar; su pareja es ayudante de mecánico, ambos son católicos y como ya deseaban el primer embarazo, ella suspendió los anticonceptivos hormonales orales. Tuvo cinco consultas de control prenatal en su centro de salud, a partir del segundo trimestre y cursó con un embarazo sin complicaciones, de acuerdo a lo que mencionó. Dijo no haberse realizado nunca la detección oportuna de cáncer cervico-uterino por *desidia* y, aun cuando era de término, el embarazo que motivó su atención hospitalaria culminó en una operación cesárea por preeclampsia severa, mediante la que se obtuvo un producto femenino de 38.2 semanas de gestación, con un

peso de 2853 gramos y una calificación de Apgar⁵² de 7/9. Esta mujer, acudió a tres hospitales, uno de ellos en medio privado y dos para población abierta:

Yo en la noche estaba dormida y me desperté porque me empezó a doler la cabeza muy fuerte y empecé a ver muchas lucecitas. Mi esposo me llevó a un hospital particular [primer nivel de atención] porque a esa hora el centro de salud [primer nivel de atención, para población abierta] ya está cerrado y lo primero que le dijo el doctor [facultativo privado, se desconoce si era especialista] fue que me llevaran al hospital porque tenía la presión alta, que me iban a tener que hacer cesárea porque sino me iba a convulsionar... Como yo tengo una prima que trabaja en el hospital de Xochimilco [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ella nos llevó ahí, pero desde la entrada el policía nos dijo que no había ginecos. Entonces ya nada más entré para ver si me daban un papel para que me atendieran más rápido. Ahí una doctora y mi prima me tomaron otra vez la presión, pero obviamente me dijeron que de nada servía que estuviera ahí porque pues no había doctor que me atendiera. Entonces, por eso ya nos vinimos para acá [hospital de segundo nivel de atención para población abierta donde se realizó este estudio, Secretaría de Salud Federal].

Esta mujer llevó el número de consultas que se recomiendan en la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido de la Secretaría de Salud. En estas consultas se llevaron a cabo las acciones mínimas como fueron: el registro de la presión arterial y el peso maternos, la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, la administración de ácido fólico, la consejería anticonceptiva (aunque no se interrogó a detalle sobre este rubro durante la entrevista), la solicitud de estudios de laboratorio básicos y de ultrasonidos obstétricos, así como la explicación sobre los datos de alarma en el embarazo. Sin embargo, aun cuando ella y su pareja deseaban el embarazo y por ello suspendió los anticonceptivos, el control prenatal inició hasta el cuarto mes de gestación. Es decir, no se tuvo consulta

⁵² La evaluación de Apgar sirve para identificar si hubo o no asfixia al nacimiento; una calificación por debajo de 7 se asocia a esta complicación, que puede dejar como secuela una lesión neurológica permanente en el recién nacido. Los parámetros que se evalúan son la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, el tono muscular, la irritabilidad refleja y la coloración, al primer minuto y a los 5 minutos de vida (INPer, 2002).

pre-concepcional que permitiera la administración de ácido fólico previo a la gestación, ni se inició el control prenatal desde el primer trimestre: acciones idóneas contempladas en la prevención de la morbi-mortalidad materna.

Partiendo del modelo de los retrasos en la atención obstétrica, en este caso, la mujer identificó perfectamente bien el dolor de cabeza y el hecho de “ver muchas lucecitas” (cefalea y fosfenos) como datos de alarma y actuó en consecuencia al solicitar a su esposo que la llevara al médico. No perdió tiempo en acudir al centro de salud, pues dio por hecho que por ser de noche, éste se encontraría cerrado. Sin embargo, aun cuando el médico particular diagnosticó la hipertensión y le indicó la presencia de esta complicación, no dio el manejo inicial de la misma: reposición de volumen efectivo circulante a base de soluciones cristaloides, neuroprofilaxis con sulfato de magnesio, monitorización de parámetros hemodinámicos maternos básicos como diuresis, frecuencia cardíaca, respiratoria y registro de la presión arterial; por el contrario, administró un analgésico que no tenía ninguna indicación o justificación desde el punto de vista médico. Cabe mencionar que todos los médicos, con o sin especialidad en ginecología y obstetricia, tienen la obligación de identificar e iniciar el manejo mínimo de los trastornos hipertensivos del embarazo debido a que éstos, particularmente la preeclampsia, son la primera causa de muerte materna en nuestro país. A pesar de ello, el médico le indicó a la mujer que debía acudir a un hospital, pero sin haber hecho una evaluación completa (a decir de la mujer, no auscultó la frecuencia cardíaca fetal), sin contar con un diagnóstico preciso, sin haber iniciado ningún manejo básico, sin aclarar a dónde acudir y sin darle una hoja de referencia donde especificara la valoración y el diagnóstico realizados. El médico hizo el diagnóstico pero fue incapaz de

proporcionar el tratamiento adecuado, y aunque le señaló a esta mujer que debía irse a un hospital, no se responsabilizó de que ella llegara a una institución resolutoria que le otorgara la atención adecuada.

Ella utilizó sus redes de apoyo social, pues acudió a una familiar (prima) que trabaja en un hospital con la esperanza de que por este motivo, ahí fuera atendida. Sin embargo, el primer contacto que ella tuvo una vez que arribó a dicho hospital fue el *policía de la entrada*, quien de inicio le advirtió que no había ginecólogos. A pesar de ello, la mujer y su pareja insistieron en la búsqueda de atención ahí y aun cuando sí encontraron personal médico, dicho personal (una doctora, cuyo cargo se desconoce, pero se asume que no es gineco-obstetra) tampoco llevó a cabo las acciones resolutorias mínimas antes mencionadas, ni realizó una exploración completa ya que tampoco auscultó la frecuencia cardíaca fetal, como lo mencionó la mujer entrevistada. La narrativa muestra que tanto el policía como la médica en turno centraban su interés en deshacerse de esta usuaria sin asumir ningún tipo de responsabilidad.

De nueva cuenta la mujer fue enviada, por sus propios medios, sin hoja de valoración ni de referencia a buscar otro hospital, sin haber recibido información sobre dónde acudir y las posibles complicaciones de no recibir atención oportuna. Ella y su pareja, finalmente, decidieron acudir al hospital donde se realizó esta investigación por recomendación de otros familiares, quienes lo sugirieron por experiencias de atención positivas.

Una vez que llegó al área de urgencias del hospital donde se ingresó –a pesar de que refiere haber tenido que esperar menos de 15 minutos para ser atendida– tampoco recibió atención inmediata. Su primer contacto en este hospital, fue la secretaria de la recepción del área de urgencias, a quien ella indicó el diagnóstico y motivo de consulta. A pesar de ello, alguien más –cuyo nombre o cargo se desconoce– le indicó que fuera a pagar la consulta primero (es decir, antes de recibir la valoración médica). La usuaria entró al hospital acompañada de su esposo, por lo que pudo haber sido valorada en ese momento por el personal médico, mientras su pareja acudía a pagar la consulta y a dar los datos para la elaboración de la hoja de revisión obstétrica. Sin embargo, esto no sucedió así.

Cuando se le preguntó sobre la calidad de la atención recibida en los diferentes sitios que visitó, en ningún caso refirió haber recibido una mala atención. Ante esta respuesta, caben algunas reflexiones: sobre si esta mujer no reconoció que fue mal atendida, o bien, si lo identificó por qué no lo dijo, e incluso por qué no exigió otro tipo de atención. Es comprensible que esta mujer no sepa que la preeclampsia es la primera causa de muerte materna en México, que por ello todas las unidades de salud de los diferentes niveles de atención tienen la obligación de dar el manejo inicial a este tipo de complicaciones (como se establece en el lineamiento técnico para la prevención diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia de la Secretaría de Salud) y que pudo haberse complicado aun más –por ejemplo, haber presentado un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, muerte fetal, crisis convulsivas eclámpticas, ruptura hepática, entre muchas otras–. Sin embargo, todo esto sí deberían saberlo quienes brindan los servicios de salud.

Algo más que vale la pena rescatar es que a esta mujer no se le ofreció ningún método anticonceptivo post-evento obstétrico. Ella tampoco lo solicitó porque dijo que tenía dolor. Sin embargo, dada la complicación⁵³ que presentó en este embarazo, se le debió haber propuesto algún método de contracepción. Es de llamar la atención que en el expediente clínico se consignó que fue ella quien no aceptó ningún método anticonceptivo y que tal situación se pudo advertir en varias de las mujeres entrevistadas. Normalmente, una mujer que se opera de cesárea, permanece hospitalizada 48 horas en promedio, en el caso de que la cesárea haya sido indicada por un trastorno hipertensivo, el tiempo de hospitalización está en función de la recuperación de la mujer. Si bien, al momento de la resolución obstétrica y del manejo de la complicación pudo haberse pasado por alto la oferta de anticoncepción, una vez estabilizada y resuelta la complicación, se debió brindar asesoría contraceptiva, cuando las condiciones clínicas e incluso afectivas de la usuaria lo permitieran a fin de que ella pudiera tomar una decisión autónoma sobre su salud en materia de anticoncepción.

Este caso muestra que un número de consultas prenatales adecuado no garantiza que las mujeres puedan llegar de manera más expedita a una institución que les brinde una atención integral durante la resolución de sus embarazos. También nos muestra que una conducta adecuada por parte de las usuarias, como en este caso fue la identificación de signos de alarma, no les facilita necesariamente el ingreso a un hospital resolutivo. La aceptación y agilidad de la atención que reciben las mujeres en

⁵³ Las mujeres que presentan este tipo de complicaciones, son citadas para su seguimiento periódicamente al área de urgencias para modificar el uso de los antihipertensivos con los que son egresadas, cuando es el caso. Al finalizar la etapa del puerperio (en promedio 6 semanas después de la conclusión del embarazo) son vistas en el área de la consulta externa para poder identificar si la hipertensión arterial remitió por completo o si persistirá de por vida. Lo que he observado durante mi ejercicio profesional, es que casi nunca se lleva a cabo asesoría contraceptiva en tales consultas.

las instituciones de salud, depende fuertemente del personal administrativo, el policía o la secretaria. También se reconoce la ausencia de habilidades técnicas en los médicos/as de primero y segundo nivel de atención (tanto de instituciones públicas como privadas) para llevar a cabo una atención primaria de las urgencias obstétricas. De igual forma, la narrativa muestra que el personal de salud no se considera responsable por el desenlace que pueda ocasionar la falta de atención y la referencia inadecuada a un segundo nivel de atención. Finalmente, el personal hospitalario no tomó en consideración la prevención del riesgo de un nuevo embarazo en un contexto de período intergenésico corto y preeclampsia aún sin reclasificar o sin haberse resuelto. Por todo lo anterior, los derechos sexuales y reproductivos de esta mujer fueron violentados en las diferentes instituciones a las que acudió para su resolución obstétrica, particularmente: su derecho a la vida, a una atención médica de calidad, a la protección de la salud, a gozar de los beneficios del progreso científico, a la información y a tomar decisiones reproductivas autónomas.

El siguiente testimonio corresponde a una mujer de 18 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, que estudió hasta el segundo año de la escuela secundaria, misma que abandonó debido a que se embarazó. Es católica, soltera, se dedica a su hogar y su manutención corre a cargo de su madre, quien se desempeña como mesera. No deseaba el embarazo, sin embargo refiere que no utilizaba ningún método anticonceptivo porque pensó que no se embarazaría; por el contrario, la pareja sí deseaba el embarazo, pero la dejó cuando éste se presentó y ella dijo que ya no quiere nada con él porque es muy posesivo y celoso. Llevó su control prenatal a partir del segundo trimestre en el centro de salud, donde recibió seis consultas. Se realizó el

estudio de Papanicolau durante el embarazo pero aún no ha recogido los resultados.

Este es su primer embarazo y concluyó en un parto a término sin complicaciones, en el que se obtuvo un producto femenino de 39.5 semanas con un peso de 3190 gramos y una calificación de Apgar de 8/9. Acudió a tres hospitales para población abierta:

La doctora del control prenatal [centro de salud, primer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal] me revisó hace 15 días y me dio una hoja de referencia para que me atendieran en el hospital que está por ahí por canal del norte [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], y me dijo que cuando ya me sintiera mal fuera. Ayer fui porque ya llevaba yo las contracciones y me tuve que formar, y entonces el doctor nos dijo a mi y a otra señora "aquí ya no hay lugar, váyanse a otro hospital porque aquí ya no hay camas". Ni siquiera nos hablan revisado, entonces mi mamá fue con la trabajadora social y le dijo que me tenían que atender y por eso el doctor me dijo "a ver pásate y ya, tienes 6 cm de dilatación, pero aquí ya no te puedo atender, si quieres te atiendo aquí en una camilla normal o ahí en el pasillo, hacemos la labor de parto bajo tu responsabilidad". Pues yo le dije que no, y él me dijo "firmame esta hoja de que recibiste atención médica y datos de alarma y pones que ya no vas a venir a este hospital y vas a ir a otra unidad". Entonces yo le dije ¿y si no me atienden en la otra unidad?, ¿qué voy a hacer?... aquí le voy a poner que si no me atienden en otra unidad voy a regresar a este mismo hospital y así lo puse en la hoja. Mi mamá se enojó mucho, yo llevaba muchos dolores, entonces me llevó a un hospital de la colonia Morelos [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal] y ahí también, desde la recepción ni siquiera era un doctor, me dijeron que no había camas, que me iban a revisar pero que no había ginecólogos y anestesiólogos. Entonces, una amiga de mi mamá fue la que nos dijo que viniéramos para acá [hospital de segundo nivel de atención para población abierta donde se realizó este estudio, Secretaría de Salud Federal].

Esta mujer tuvo un número adecuado de consultas prenatales, con respecto a lo que marca la norma, sin embargo tal control inició hasta el segundo trimestre del embarazo y, como en el caso anterior, no existió una evaluación pre-concepcional con las ventajas ya mencionadas de tal evaluación. Las acciones que se llevaron a cabo en las consultas prenatales fueron: el registro del peso y presión arterial maternos, la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, la administración de ácido fólico, la

asesoría anticonceptiva, la solicitud de estudios de laboratorio básicos y de ultrasonido obstétrico, así como la explicación de los datos de alarma en el embarazo. A pesar de que en este caso la resolución obstétrica y el resultado materno y perinatal pueden definirse como exitosos desde un punto de vista estrictamente técnico (dado que la mujer entrevistada y su hija egresaron en condiciones sanas a su domicilio después de un parto eutócico), esta mujer tuvo que visitar tres instituciones de salud para población abierta para lograr la atención hospitalaria y, a lo largo del proceso para acceder a dicha atención, es posible observar diferentes formas de maltrato de las que fue objeto. Cuando se le preguntó sobre la calidad de la atención que recibió en los diferentes hospitales que visitó, su respuesta fue la siguiente:

En el de la colonia Morelos [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal] fue muy mala porque no, ni siquiera nada, y en Inguarán [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], pues peor, porque además me mandaron a hacer un ultrasonido al laboratorio TJ [privado], que me salió en 700 pesos porque era urgente y ahí me dijeron que tenía el cordón enredado y ya que lo llevé [el estudio], el doctor me dijo que no me iba a atender y que eso [el reporte del estudio ultrasonográfico] no tenía nada que ver, que el ultrasonido nada más era para ver cómo estaba el bebé. Yo ya llevaba las contracciones y que te digan que no, pues se te hace algo así como rechazo.

La atención que recibió por parte del médico en el primer hospital al que acudió no fue adecuada, pues si bien cabe la posibilidad de que no existan los insumos y la infraestructura que se requieren para dar respuesta a las necesidades de toda la población demandante de los servicios de salud, esto no justifica que se responsabilice a las usuarias de las carencias bajo las que estos servicios operan, haciéndolas firmar documentos para deslindar responsabilidades. En este caso en particular, puede identificarse que la usuaria sí identificó el maltrato y, de alguna manera, manifestó su

inconformidad ante dicho trato. Sin embargo, no podemos dejar de señalar que, de acuerdo a los testimonios, las mujeres están siendo rechazadas en las instituciones sin recibir al menos una valoración médica que corrobore que sus condiciones de salud les permiten buscar atención en otro sitio por sus propios medios.

Con respecto a la anticoncepción post-evento obstétrico, esta mujer refirió que no aceptó que le pusieran un dispositivo intrauterino porque conoce casos de otras mujeres a quienes se los han puesto y han tenido complicaciones. Cabe mencionar que, de acuerdo con lo que comentó durante la entrevista, no hubo mayor asesoría por parte del personal que atendió el parto a este respecto que permitiera aclarar dudas y mitos relacionados con el dispositivo intrauterino y tampoco le fue ofertado otro contraceptivo, de tal manera que en el expediente quedó asentado que ella no aceptó ningún método y abandonó el hospital sin un contraceptivo que le permita aplazar un próximo embarazo de manera segura. Así, en este caso también se pueden apreciar violaciones a los derechos sexuales y reproductivos pues no se respetó el derecho a la protección de la salud, a un trato digno y respetuoso en los servicios de salud durante la resolución obstétrica, a la información, a gozar de los beneficios del progreso científico ni a tomar decisiones reproductivas autónomas, que implica el acceso a anticonceptivos modernos y seguros.

El tercer testimonio corresponde a una mujer de 28 años de edad, originaria del Distrito Federal, con residencia habitual en Guadalajara, casada, con escolaridad preparatoria terminada, dedicada a su hogar, perteneciente a un nivel socioeconómico medio, católica. Hace dos años que se realizó la detección oportuna de cáncer cervico-uterino.

Ella y su esposo deseaban el embarazo, por lo que ella acudió a que le retiraran el dispositivo intrauterino unos meses antes. Ha tenido 3 embarazos, de los cuales el primero fue un aborto, el segundo fue una cesárea, con un período intergenésico de cuatro años con respecto al tercero, motivo de la atención en esta ocasión. Éste culminó en una laparotomía exploradora de urgencia y una salpingectomía derecha por un embarazo ectópico ampular roto⁵⁴, con una hemorragia interna de 2500ml. No tuvo control prenatal porque se desconocía embarazada. Asistió a tres instituciones de salud, dos de ellas en medio privado y una para población abierta:

A mi ya me hablan quitado el dispositivo, pero tenía dolor en el estómago y por eso fui con una ginecóloga particular [primer nivel de atención, privado], pero me dijo que no podía estar embarazada porque estaba menstruando. Como el dolor se hizo más fuerte, fui con otro doctor particular [primer nivel de atención, privado], un médico general. Estuve ahí como una hora, me revisó y me dio unas gotas para subirme la presión y al final me dijo que me tenía que ir de urgencia a otro hospital [sin especificar a cuál] porque probablemente era un embarazo fuera de mi matriz y ellos no se podían hacer responsables, entonces me subió a una silla de ruedas para llevarme al coche. Cuando llegamos aquí [hospital de segundo nivel de atención para población abierta donde se llevó a cabo esta investigación, Secretaría de Salud Federal; era el hospital más cercano], a mi mamá le pidieron que fuera a comprar una prueba de embarazo y como salió positiva, entonces me hicieron el ultrasonido. Ya luego, me dijeron que me iban a subir a quirófano y que si me quería ligar, pero pues por la urgencia yo ya no supe ni qué les contesté.

Evidentemente, esta mujer no llevó control prenatal debido a que la duración de su embarazo fue muy breve, además de que no fue diagnosticado hasta que se presentó de manera clara la complicación por la que estaba pasando (ella no se sabía embarazada pues aparentemente no existía retraso menstrual y cuando acudió a que la valoraran por dolor abdominal, se le negó la posibilidad de un embarazo). Cabe

⁵⁴ La laparotomía exploradora es una intervención quirúrgica mediante la cual se revisan los órganos abdomino-pélvicos y de acuerdo a los hallazgos transoperatorios, se decide la conducta a seguir. En este caso, se tuvo que quitar la trompa uterina derecha porque en ella se encontraba el embarazo ectópico, el cual provocó la hemorragia interna de 2.5 litros.

mencionar que cuando ella acudió a retirarse el dispositivo por deseo de embarazo, esa asistencia a un servicio de salud –privado, en este caso– debió constituirse como una consulta pre-concepcional en la que se identificaran los factores de riesgo que esta mujer tenía para un embarazo ectópico, como por ejemplo el antecedente de ya haber tenido una operación cesárea y de haber sido portadora de dispositivo intrauterino. También se debieron solicitar cultivos cervico-vaginales que permitieran la identificación de posibles infecciones de transmisión sexual capaces de originar procesos inflamatorios en las trompas uterinas que, a su vez, incrementan la probabilidad de presentar un embarazo ectópico o de tener amenaza de aborto y de parto pretérmino.

Volviendo nuevamente al modelo de los retrasos en la atención obstétrica, el relato de esta mujer da cuenta de que a pesar de que ella identificó el dolor abdominal y buscó atención para ello, en ninguno de los sitios en los que solicitó dicha atención se actuó de manera asertiva ni oportuna pues ni siquiera en el hospital de segundo nivel de atención para población abierta en donde finalmente se resuelve su problema de salud, se actuó de manera inmediata: toda mujer en edad reproductiva, con vida sexual activa, con o sin retraso menstrual, con o sin uso de algún método contraceptivo, que presenta dolor abdominal y presión arterial baja (la usuaria mencionó que le dieron gotas para subirle la presión), puede tener un embarazo ectópico hasta demostrar lo contrario. Por ello, el diagnóstico de esta complicación debe buscarse de manera dirigida e inmediata hasta agotar todas las posibilidades antes de dar una falsa idea de que todo está bien y de dar por hecho que no puede haber embarazo suministrando manejos que puedan ocultar el verdadero problema –como fue el hecho de usar gotas para subir la presión arterial–, pues todo eso favoreció que la vida de esta mujer se pusiera en riesgo por

una causa evitable de morbi-mortalidad y la expuso a la posibilidad de quedar con complicaciones permanentes como la insuficiencia renal crónica por la demora en la resolución de la hemorragia obstétrica –segunda causa de muerte materna en nuestro país– derivada del embarazo ectópico que presentó.

Por otro lado, cuando una mujer acude a un servicio de salud –independientemente de que sea público o privado– refiriendo dolor abdominal, con el antecedente de haberse retirado el dispositivo intrauterino unos meses antes porque buscaba embarazarse, y que le pusieron unas gotas para subirle la presión, no se le hace perder tiempo y dinero en pruebas de embarazo. Se trata de un diagnóstico predominantemente clínico, para el cual no era requisito indispensable dicha prueba. Ahora, en casos de urgencia (a ella se le encontraron dos litros y medio de sangre en el abdomen por un embarazo ectópico roto) que ameritan cirugía, es factible realizar una laparotomía exploradora aun sin ultrasonido, pues la sospecha clínica de embarazo ectópico roto, lo justifica ante el riesgo de choque hipovolémico⁵⁵, de las posibles complicaciones derivadas de un manejo no oportuno e inadecuado de éste y de muerte por la hemorragia interna que se asocian a este tipo de embarazos.

Si bien es cierto que esta mujer no murió ni quedó –afortunadamente– con secuelas derivadas del choque hipovolémico al que estuvo sometida, es importante señalar que tampoco existe ninguna justificación para retrasar su diagnóstico y su manejo en

⁵⁵ El estado de choque hipovolémico se refiere al estado físico que se deriva de una hemorragia y se caracteriza por un aporte insuficiente de sangre y oxígeno hacia los diferentes aparatos y sistemas, comprometiendo su función y que, de no corregirse oportunamente, puede concluir en la lesión permanente de estructuras como el riñón, e incluso en la muerte.

ninguno de los tres sitios de atención a los que acudió, pues desde el primer nivel (en este caso la consulta con la ginecóloga privada) se debió considerar la presencia de una complicación y la referencia a un siguiente nivel de atención con mayor capacidad resolutoria, iniciando las medidas generales para la prevención y manejo de un posible choque hipovolémico, como son la indicación de acudir a la referencia de manera inmediata, evitar la ingesta de analgésicos y, en el caso del segundo médico particular al que acudió, la administración parenteral de soluciones cristaloides con referencia asistida al siguiente nivel de atención y no por sus propios medios como sucedió.

Aun en el entendido de que existe la posibilidad de fallar en el diagnóstico, eso tampoco justifica el hecho de que esta mujer recibiera un trato como el que ella describe, de hecho, su narrativa sugiere una falta de conocimientos médicos mínimos en los tres sitios a los que acudió, así como una falta de compromiso y de ética por parte del médico que sospecha el diagnóstico y no actúa en consecuencia, quien por el contrario, da la impresión de que trataba de deshacerse de ella y de evadir su responsabilidad al no hacer una referencia adecuada, sin emitir siquiera documento alguno de su "valoración", de la sospecha diagnóstica y de los motivos por los que niega la atención.

Cuando se le preguntó sobre las características del trato recibido en los sitios a los que acudió, ella señaló:

Cuando fui con el particular [el segundo sitio al que acudió], yo fui para que me atendieran ahí, yo les iba a pagar, pero no se quisieron hacer responsables... Y aquí, muy bien, si me explicaron, de los riesgos de la operación, que se podía infectar y abrir y eso... pero la verdad, a mi me hicieron sentir gorda y, pues yo se que tengo que bajar de peso, pero yo siento que usan las palabras como para agredir [cuando le explicaron que tenía riesgo de infección y dehiscencia de la herida

quirúrgica le dijeron que tal posibilidad se debía al sobrepeso con el que cursaba en ese momento].

Ante estas respuestas, cabe considerar que sí identificó un mal trato tanto en la institución privada que sugiere el diagnóstico y le niega una atención resolutive, como en la institución pública que la ingresa, sin embargo, no exigió un trato mejor de manera formal, mediante una queja, por ejemplo, al momento de su egreso. Una posible explicación ante este fenómeno, como en los casos anteriores, puede incluir el hecho de que ella no sabe, ni tiene forma de saber, que la complicación a la que sobrevivió pudo haber sido diagnosticada de manera más oportuna y así, recibir el tratamiento adecuado sin tanta demora. Por otro lado, el haber sufrido retraso en su atención resolutive puede explicar, al menos parcialmente, el hecho de que califique como muy buena la atención en el hospital donde finalmente la operan, por el solo hecho de que ahí sí resolvieron –quirúrgicamente– su problema de salud, a pesar de que también le hicieron perder tiempo y dinero de manera innecesaria, y de que ella menciona el hecho de haberse sentido agredida verbalmente. Lo que no puede dejar de señalarse es que el personal de salud de instituciones tanto públicas como privadas, carece de los conocimientos técnicos mínimos para la identificación, manejo y referencia oportunos de este tipo de complicaciones obstétricas, y/o está evadiendo su responsabilidad al respecto.

Finalmente, aunque ella menciona que sí le ofrecieron la oclusión tubaria como método anticonceptivo definitivo, debido al dolor y a la situación de urgencia en la que ingresa, no supo qué contestarle a los médicos, por lo que se va de la unidad hospitalaria sin un

método anticonceptivo. Es comprensible que por las condiciones de inestabilidad hemodinámica con las que ingresó, era difícil que ella diera un consentimiento libre, pleno e informado al respecto, sin embargo, hasta el momento de la entrevista (un día previo a su egreso hospitalario, con una estancia de tres días desde que fue admitida en el servicio de urgencias) nadie le había brindado asesoría anticonceptiva, como en los casos previamente expuestos, para ofertarle algún otro método de contracepción que le permita recuperarse de la complicación a la que sobrevivió y prepararse para llegar con mejores condiciones de salud a un próximo embarazo si ella así lo deseara.

Por todo lo anterior, nuevamente se puede observar que los derechos sexuales y reproductivos de esta mujer fueron violentados en las diferentes instituciones a las que acudió para su resolución obstétrica, particularmente: su derecho a la vida, a una atención médica oportuna y de calidad, a la protección de la salud, a gozar de los beneficios del progreso científico, a un trato digno, a la información y a tomar decisiones reproductivas autónomas.

Ahora se presenta el caso de una mujer de 22 años de edad, originaria del Distrito Federal, residente de la delegación Tlalpan, quien estudió hasta el primer año de la licenciatura de biología, misma que abandonó por el embarazo. Cuando se entrevistó, se encontraba desempleada; solía trabajar tomando muestras a pacientes en un laboratorio médico privado y su madre se hacía cargo de su manutención; ambas vivían en casa de su abuela. Es católica y soltera, su pareja la abandonó al enterarse del embarazo. Ella mencionó que le fallaron las pastillas anticonceptivas que tomaba y que su estudio de Papanicolau lo realizó previo al embarazo. Tuvo un aborto espontáneo

con otra pareja 2 años antes, así que este fue su segundo embarazo. Cabe mencionar que ella dijo tener diagnóstico de prolactinoma⁵⁶, para lo cual llevaba tratamiento con una médica endocrinóloga (no especificó si a nivel público o privado). Inició su control prenatal en el segundo trimestre del embarazo en un centro de salud (primer nivel de atención, para población abierta), de donde la refirieron a un hospital de segundo nivel de atención (también para población abierta, de tipo materno-infantil), sitio en donde ella mencionó que no la quisieron atender bajo el argumento de no contar con el servicio de endocrinología, motivo por el cual la enviaron al hospital donde se llevó a cabo esta investigación (en donde no recibió valoración por el servicio de endocrinología, sólo por el de obstetricia). Entre los tres sitios mencionados, tuvo un total de siete consultas prenatales y, a pesar del antecedente del prolactinoma y de haber tenido una infección en las vías urinarias y una amenaza de aborto, el embarazo llegó a término en condiciones aceptables, desde un punto de vista médico.

El desenlace de su embarazo fue una operación cesárea indicada por sufrimiento fetal con antecedente de ruptura prolongada de membranas⁵⁷, a través de la cual se obtuvo un producto femenino de 39.4 semanas con un peso de 3394 gramos y una calificación de Apgar de 7/7, con asfixia e infección perinatales. Las complicaciones maternas fueron síndrome anémico, derivado de un hemorragia obstétrica de 1500 ml durante la

⁵⁶ Un prolactinoma es una tumoración, generalmente benigna, de la glándula hipofisiaria; produce una hormona llamada prolactina y se asocia a alteraciones menstruales, infertilidad y secreción mamaria láctea.

⁵⁷ La ruptura prematura de membranas se refiere a la salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad en las membranas corioamnióticas, antes del inicio del trabajo de parto. Se le considera prolongada cuando existe un período de latencia entre la ruptura y el nacimiento igual o mayor a 24 horas, en cuyo caso se asocia a un incremento en la probabilidad de que la madre y/o el producto de la concepción desarrollen un proceso infeccioso.

cesárea⁵⁸ por un desgarro uterino (que ameritó la transfusión de dos concentrados eritrocitarios, datos referidos por la propia usuaria, pues dijo haberlo escuchado durante su cirugía y corroborados en el expediente clínico), así como un síndrome febril probablemente secundario a un seroma⁵⁹ en la herida quirúrgica, a una infección de vías respiratorias superiores y a congestión mamaria (no pudo lactar a su bebé por todas las complicaciones de ambas). Tales circunstancias fueron el motivo por el cual ella y su hija estuvieron hospitalizadas 8 y 15 días, respectivamente. Esta mujer tuvo que acudir en ocho ocasiones a diferentes hospitales para población abierta –siete públicos y uno privado– en un lapso de 4 días para su resolución obstétrica:

A mi se me rompió la fuente y arrojé el tapón, sentí como que me mojé, pero no dolor, entonces mi mamá me trajo aquí [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal, donde se llevó a cabo este estudio y donde ella tuvo sus últimas consultas prenatales]. Dos doctoras me hicieron tacto y la cristalografía, dijeron que era positiva y lo pusieron en una hoja de referencia porque no había servicio ese día porque estaban limpiando, me dijeron que mi parto iba a ser normal, pero que necesitaba un tocógrafo para ver la frecuencia cardíaca del bebé y la doctora me dijo "en cualquier otro hospital te tienen que atender". Saliendo fuimos a Contreras [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], leyeron la hoja, me hicieron tacto como cuatro doctoras, y pues me dolía pero yo me aguante mucho y luego vino el jefe y me iban a hacer otra cristalografía. Les dije que ya no, que estaba muy lastimada y me puse a llorar por el dolor. Una de las doctoras se enojó y me dijo "ay, pues eso hubiera pensado antes de embarazarse", entonces me pidieron un ultrasonido pero mi mamá no quiso y, como mi tía les reclamó que me trataran así, las doctoras mandaron llamar a un policía y hasta la sacaron del hospital. De ahí nos fuimos al hospital general [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal], me volvieron a hacer tacto, me pidieron un ultrasonido y me dijeron que me regresara a mi casa. Al día siguiente empecé con dolor, contracciones y a arrojar un material como verdoso, grumoso. Mi mamá me dijo que fuéramos al doctor [a alguno de los hospitales previamente

⁵⁸ La cantidad normal de sangrado durante un parto vaginal es de 500 ml y durante una cesárea es de 1000 ml. Un sangrado mayor a estas cifras se considera hemorragia obstétrica.

⁵⁹ Acumulación de líquido seroso localizada por debajo de la piel en la herida quirúrgica, en el tejido celular subcutáneo, no representa una infección, pero sí puede interferir con el proceso de cicatrización, independientemente de que se agregue una infección o no. Incrementa el riesgo de dehiscencia de la herida.

visitados], pero yo le dije que no porque me iban a volver a regañar, que mejor hasta que se me rompiera bien la fuente. Al día siguiente ya no aguante mucho y nos fuimos al Belisario Domínguez [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ahí no me revisaron y no me aceptaron porque no me correspondía [desde el punto de vista de la regionalización geográfica con respecto a su domicilio]; entonces fuimos a Xoco [hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ahí me revisó un doctor y dijo que tenía la presión alta, que era normal y que me fuera a caminar dos horas.

Entonces mi mamá le dijo "aunque sea déle algo para que se le beje la presión" y el doctor le contestó "mire señora, usted no es nadie para venirme a decir qué tengo que hacer, el que estudió fui yo, no usted". Entonces nos fuimos [no regresó a su domicilio, mencionó haber caminado a los alrededores del hospital] y cuando regresé [al hospital previamente mencionado] me revisó otro doctor que me dijo que todo estaba bien [regresó a su domicilio]. Al día siguiente me sentía mal y fuimos a una doctora particular, perinatóloga [primer nivel de atención, privado], me dijo que mi bebé ya tenía que nacer urgente porque él y yo nos podíamos morir, nos dio una hoja para que viniéramos aquí porque ella nos cobraba veinticinco mil pesos. Cuando llegamos [al hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal, donde se realizó la investigación, donde tuvo consultas prenatales y el primer sitio donde fue rechazada cuando inició su búsqueda de atención hospitalaria], me subieron a piso, pero las doctoras me declaran que pujara [médicas residentes de primero y segundo año de ginecología y obstetricia], que mi bebé se iba a morir porque yo no cooperaba... era tanto el dolor que vomité y una doctora [especialista en anestesiología] dijo "¡ay qué asco!, díganme que eso es agua de sandía, ¿ya terminó de hacer su numerito?", hasta que llegó otro doctor [médico residente de cuarto año de ginecología y obstetricia, quien contaba en ese momento con la mayor jerarquía académica, no había médico gineco-obstetra adscrito] y dijo "ya, vamos a meterla" y entonces fue que me hicieron la cesárea.

Aunque su control prenatal lo llevó en diferentes hospitales, esta mujer tuvo dos consultas más de las que marca la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. De acuerdo a su testimonio, se llevaron a cabo las acciones mínimas contempladas en dicha norma y en los criterios de esta investigación: la realización de los estudios de laboratorio y ultrasonido, el registro de la presión arterial y el peso maternos, el registro de la frecuencia cardíaca fetal, la administración de ácido fólico, así como la explicación de los datos de alarma

en el embarazo. Ella comentó durante la entrevista que recibió la referencia hacia el siguiente nivel de atención debido a su padecimiento de fondo (el prolactinoma) en la primer consulta prenatal; sin embargo, refirió que para hacerla efectiva tuvo que visitar diferentes instituciones, posiblemente por desconocimiento de la médica tratante en el control prenatal, pues no la envió a un hospital general que contara con servicio de endocrinología, el cual por otro lado no era indispensable siempre y cuando el control prenatal lo llevara un especialista en ginecología y obstetricia. Este tipo de especialistas se encuentran en los hospitales a los que fue enviada inicialmente, por lo que no queda claro por qué no la atendieron ahí.

Dijo haber recibido asesoría anticonceptiva en el centro de salud al que acudía para su control prenatal, pero esta asesoría no fue brindada por personal médico sino por una trabajadora social, situación que deja en entredicho la calidad de las consultas prenatales pues dicha asesoría es una de las acciones que idóneamente debe llevarse a cabo (tuvo dos consultas prenatales en el hospital donde se le practicó la cesárea, y tampoco en éstas recibió orientación anticonceptiva).

Tomando como punto de partida el modelo de los retrasos en la atención obstétrica, cuando esta mujer presentó salida de líquido transvaginal, identificó esto como un signo de alerta y decidió, acertadamente, buscar atención en el último sitio donde llevó el control prenatal, de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud Federal. En él, se corroboró el diagnóstico de ruptura de membranas, misma que era indicación de ingreso para la inducción y conducción del trabajo de parto, durante el cual se deben limitar las exploraciones vaginales con la finalidad de disminuir las probabilidades de un

proceso infeccioso. Sin embargo, no fue aceptada bajo el argumento de que ese día se encontraban haciendo limpieza en el hospital y de que no se contaba con cardiotocógrafo. Vale la pena aclarar que, efectivamente y de acuerdo a los hallazgos encontrados durante el trabajo de campo, ese día se realizó un lavado exhaustivo de la unidad tocoquirúrgica, sin embargo dicho lavado no dura más allá de unas horas por lo que debió haber sido ingresada. Por otro lado, también es verdad que el cardiotocógrafo estaba descompuesto, pero su uso no es indispensable para la vigilancia del trabajo de parto, pues la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal puede llevarse a cabo mediante auscultación clínica intermitente. Partiendo de estas premisas, no quedan claros los motivos por los cuales la rechazaron, ni quién autorizó que esta mujer fuera enviada por sus propios medios a buscar otro hospital para su atención con una ruptura de membranas confirmada mediante exploración clínica y cristalografía, como lo refirió la propia usuaria.

Cuando acudió al siguiente hospital –segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal– ya tenía documentado el diagnóstico de la ruptura de membranas en la hoja de referencia que recibió en el primer hospital que la rechazó. A pesar de ello, tuvo que ser sometida a nuevas e injustificadas exploraciones que sirvieron como pretexto para un mal trato y un juicio al ejercicio de su sexualidad, pues bajo ninguna circunstancia se justifica que *cuatro* médicas realicen tactos vaginales para corroborar una ruptura de membranas y mucho menos que se argumente que la mujer “debió pensar eso antes de embarazarse”. Es posible que la ruptura de membranas esté presente aun cuando éstas se palpen aparentemente íntegras, situación difícil de diagnosticar a la que se le conoce habitualmente como

ruptura alta; sin embargo, si ya existía una cristalografía positiva y la mujer refería la salida de líquido, debió darse crédito a esta posibilidad.

En el tercer hospital al que acudió –segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal– tampoco fue tomada en cuenta la cristalografía positiva ni el antecedente de la salida de líquido que refería esta mujer (y que además estaba documentado en la hoja de referencia inicial que ella dijo haberles mostrado), indicándole que regresara a su domicilio. Además, aunque se hubiera hecho una nueva cristalografía, ésta ya no iba a ser valorable por todas las exploraciones vaginales que ya le habían practicado.

En el cuarto hospital –tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal– ni siquiera recibió valoración médica, bajo el argumento de que no le correspondía ese hospital, sin que quede claro quién rechazó en dicho hospital, si fue personal administrativo o el policía de la entrada, pues por el testimonio que ella dio, no fue atendida por personal médico. En el quinto que visitó, y al que de hecho acudió en dos ocasiones, –de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal–, sufrió otro ejemplo claro de negligencia, maltrato, rechazo y, por ende, retraso en su atención resolutive pues el médico que la atendió en este sitio le indicó acudir a su domicilio a pesar de haberle dicho que presentaba hipertensión y datos clínicos que sugerían la presencia de una preeclampsia (náusea, vómito, mareo y dolor de cabeza); por otro lado, cuando la madre solicitó su revaloración, la respuesta del médico fue grosera y prepotente. Es

posible que este personaje se sintiera cuestionado en su autoridad o en sus conocimientos, sin embargo, nada justifica su reacción.

Tras todas estas experiencias, la mujer decidió aplazar la búsqueda de atención por el temor de ser nuevamente rechazada, regañada y molestada con exploraciones vaginales tumultuarias. Cuando acudió con la médica particular –primer nivel de atención, medio privado– y ésta identificó la presencia de meconio (el líquido transvaginal verde y grumoso que la usuaria refirió durante la entrevista), hizo la referencia adecuada, sin embargo, mencionó algo que no necesariamente es verdad, que si no se realizaba una cesárea de urgencia, ella podía morir. Es cierto que la presencia de meconio, en una mujer nulípara con un trabajo de parto inicial puede terminar en un sufrimiento fetal por aspiración de este meconio, además de infección en la mujer y en el recién nacido por la ruptura de membranas, pero eso no es sinónimo de muerte inmediata en la madre. Así, existen dos posibilidades: que exista una sobre dimensión del riesgo de muerte por parte de la usuaria asociada a todo lo que ya había vivido, o bien, que el manejo de la información por parte de la médica particular tampoco haya sido precisamente honesto.

Cuando regresó y finalmente ingresó al hospital en donde comenzó la cadena del multi-rechazo que ilustra el caso de esta mujer, la historia de maltrato técnico y humano se repitió: debió valorarse la vía de interrupción del embarazo dados los antecedentes que ya tenía y, sin embargo, se le sometió a trabajo de parto sin que se le explicara la justificación de este manejo. Ahora, si el manejo correcto hubiera sido la conducción farmacológica del trabajo de parto, debió proponerse una analgesia obstétrica para

AMA XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO CLINICO

disminuir el dolor y sus molestias, situación que tampoco se llevó a cabo. Por el contrario, se le castigó verbalmente por expresar su dolor e incluso se le responsabilizó de la evolución del trabajo de parto y del resultado perinatal ("se va a morir su bebé porque usted no coopera"), como si la dilatación cervical y la progresión del trabajo de parto sucedieran a voluntad. Por otro lado, durante el período de dilatación, es frecuente la presencia de reflejo nauseoso, mismo que puede ser aun mayor y llevar al vómito si la dilatación cervical es súbita, como cuando ésta se fuerza manualmente durante una exploración vaginal. Esto fue lo que posiblemente le sucedió y, en vez de ser asistida con respeto y dignidad, fue víctima de burla y humillaciones por parte de la médica (anestesióloga, según hallazgos durante el trabajo de campo) que minimizó su sufrimiento, como si el vómito en esta circunstancia tan particular también fuera un fenómeno que se controla a voluntad. Finalmente, fue hasta el momento en que un doctor (el residente de mayor jerarquía, según hallazgos durante el trabajo de campo) hizo acto de presencia cuando se autorizó la cesárea. Si este médico era quien tenía el mayor grado académico y la autoridad para tomar decisiones a falta de un médico adscrito, cabe cuestionar dónde se encontraba mientras todo esto sucedía y por qué la demora en decidir interrumpir el embarazo por la vía abdominal.

Con respecto a la contracepción post-evento obstétrico, esta mujer mencionó durante la entrevista que a lo largo de su estancia hospitalaria, diferentes médicos y médicas le insistieron en que optara por un método anticonceptivo: exclusivamente la oclusión tubaria bilateral o la colocación del dispositivo intrauterino (cuando una alternativa viable, dados sus antecedentes y sus condiciones de salud, eran los hormonales de sólo progestina). Ya se ha mencionado la importancia de que las mujeres tengan

acceso a la anticoncepción post-evento obstétrico, sin embargo, esto no debe ser una imposición sino una decisión plenamente libre e informada y, en este caso, no existían los elementos que permitieran tomar tal decisión. Por ello, la insistencia en que firmara que era ella quien no aceptaba un método (así lo mencionó durante la entrevista) resulta digna de ser analizada, pues da la impresión de que en vez de brindar información a las usuarias para que tomen una decisión sobre su cuerpo, se les coacciona mediante un manejo inadecuado de la "información", ya que el sólo antecedente de la ruptura prolongada de membranas es una contraindicación para la colocación de un dispositivo intrauterino durante la realización de una cesárea, sin dejar de mencionar que ella no tenía paridad satisfecha y era incierto el pronóstico de salud de su bebé, como para haber optado por un contraceptivo definitivo, como la oclusión tubaria bilateral.

Cuando se le solicitó que evaluara el trato que recibió, su respuesta fue:

Yo quiero que tengan un poquito más de consideración. Hay mucha falta de respeto de parte de ellos, porque uno está dando a luz, o sea, estás teniendo una vida, o sea, son dos vidas ahí, y yo escuchaba cómo se reían y cómo hacían sus chistes y todo eso. Entonces, eso se me hace una falta de respeto porque ellos no saben cómo realmente viene la paciente, o sea, no saben si tuvo algún problema, o cómo se siente, qué miedo siente al ser mamá primeriza, o si es otro hijo si va a nacer bien. Ese tipo de cosas hacen que uno se sienta mal porque no nos tratan como seres humanos, ni si quiera como a un animal, nos tratan como a una máquina y eso no se vale porque somos seres humanos. Yo llevé mi control de embarazo, yo cada mes me hacía mis estudios por mi cuenta [en medio privado], yo llegué a tiempo, si me hubieran provocado los dolores aquí, hubiera nacido mi bebé sin ningún problema y yo no estaría aquí. Entonces, llevo 8 días aquí, no conozco a mi bebé, no la he visto, mi mamá me dice que va mejorando y es lo único que sé porque ni siquiera un pediatra se toma la molestia de subir a darte informes de sus bebés a las mamás que están en esta situación... Yo le pediría una oración por mi bebé, es lo único, porque a veces uno pierde la esperanza en los médicos y lo único que nos queda pues es recurrir a un Dios...

Durante la entrevista, esta mujer comentó que cuando nació su hija, el pediatra no le dio ninguna explicación. Se entiende que por su condición de salud (a ella la estaban operando y la recién nacida presentaba datos de asfixia perinatal), pudo no haber sido posible presentársela y brindarle la información correspondiente en ese momento, pero ello no justifica de ninguna manera que los o las médicas no le hayan informado sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su bebé durante todos los días que estuvo hospitalizada. Ante este panorama, cabe cuestionar de qué sirve que las mujeres y sus familias identifiquen el maltrato del que son objeto en las instituciones de salud, ¿es verdad que su única opción para recibir un trato digno y médicamente correcto es que sus *plegarias* sean escuchadas?

Como en los casos anteriores, surgen varias reflexiones. A pesar de que el análisis de la relación médico-paciente no fue parte de los objetivos centrales de la investigación, este tipo de trato no puede dejar de cuestionarse: dónde y cómo sucede tal relación, qué tipo de comunicación establece el personal de salud con las mujeres que atienden y sus familias, cuál es la justificación para este tipo de actitudes por parte de los *profesionales de la salud*, quién las permite, quién las evalúa, quién las debería sancionar. Por otro lado, aun cuando las usuarias identifican el maltrato del que son objeto en las instituciones de salud y exigen ser tratadas con respeto y dignidad, da la impresión de que el personal que en ellas labora se siente amenazado y responde mediante actos humillantes, represivos y violentos, que son francas manifestaciones de abuso de autoridad. Ejemplo de ello es el hecho de que cuando la tía de esta mujer manifestó verbalmente su molestia por el trato que recibió, la respuesta del personal de salud fue

mandarla sacar del hospital con el personal de vigilancia; por otro lado, dijo que su mamá se quejó con el jefe de la división de obstetricia del hospital donde le realizaron la cesárea ante la insistencia de que optara por un dispositivo intrauterino o por la oclusión tubaria bilateral. Aquí, cabe mencionar una observación durante el trabajo de campo en este caso en particular: hasta el momento en el que se llevó a cabo la entrevista (siete días después de la cesárea, momentos antes de su egreso), el jefe de división no había hecho comentario alguno con las/os médicos que tuvieron contacto con esta usuaria al respecto de todo lo sucedido ni de la queja verbal que su madre manifestó. Esto puede explicar de alguna manera el por qué las usuarias no establecen quejas formales cuando identifican un mal trato.

Otras interrogantes que surgen de lo observado durante el trabajo de campo en este caso es por qué nadie se presentó con ella como su cirujana/o para explicarle los posibles riesgos y complicaciones que podían presentarse en ella y en su bebé, como su testimonio lo indicó; por otro lado, una práctica ética mínima de un cirujano/a hacia su paciente es darle seguimiento (haya tenido o no complicaciones) durante su recuperación, revisarla y aclarar todas las dudas e inquietudes que pueda tener y, sin embargo, esto tampoco sucedió, como lo manifestó esta mujer durante la entrevista: comentó que su cirujana sí se presentó con ella en el puerperio inmediato (al día siguiente de la cesárea), pero no le dio seguimiento a las complicaciones que se presentaron durante el resto de su estancia hospitalaria. Cuando la mujer le preguntó a la médica residente que la operó cuál había sido la causa de la hemorragia que presentó durante la cesárea, la respuesta de esta última dejó mucho que desear: “sangraste y por eso tuvimos que ponerte sangre”. En el expediente clínico quedó

asentado que hubo una lesión uterina durante la cirugía y la propia usuaria dijo haber escuchado esto mientras la operaban; así, da la impresión de que se ocultó información, a la cual toda usuaria tiene legítimo derecho.

Como en los testimonios anteriores, se puede observar que un número apropiado de consultas prenatales no es garantía de un resultado materno y perinatal adecuado; por otro lado, el hecho de que las usuarias identifiquen oportunamente los datos de alarma que indican el comienzo de una complicación obstétrica no basta para que sean atendidas correctamente desde un punto de vista técnico-médico ni humano. Así, puede afirmarse que el retraso en la atención obstétrica resolutive se está presentando al interior de las instituciones de salud, situación que pone en entre dicho la habilidad, los conocimientos técnicos y la calidad de la atención que están brindando los personajes de estas instituciones, independientemente de que sean públicas o privadas, del nivel de atención que ofrecen, ni de que sean estatales o federales.

Con base en todo lo anterior, se concluye que los derechos humanos, sexuales y reproductivos de esta mujer fueron violentados en todos los sitios en los que solicitó atención médica, específicamente su derecho a la vida, a vivir una vida libre de violencia, al acceso a una atención médica de calidad, a la protección de la salud, a gozar de los beneficios del progreso científico, a la información y a tomar decisiones reproductivas autónomas.

El último caso corresponde a una mujer de 29 años de edad, originaria del Estado de México, residente de la delegación Iztapalapa del Distrito Federal, quien estudió hasta

el 3er semestre de ingeniería y aunque dijo ser empleada en el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, mencionó carecer de seguridad social. Vive en unión libre, su pareja es empleado de un laboratorio privado de medicamentos y ambos son católicos. La detección de cáncer cervico-uterino se la realizó el año pasado y aunque ella no deseaba embarazarse, lo hizo debido a un mal uso de los anticonceptivos hormonales orales. Tuvo 5 consultas prenatales a partir del segundo mes de gestación en un hospital público para población abierta de segundo nivel de atención, Secretaría de Salud del Distrito Federal, debido a que presentó una amenaza de aborto y donde le retiraron un pólipo cervical⁶⁰, así como una infección genito-urinaria. Esta mujer cursaba su primer embarazo, mismo que concluyó en un parto vaginal pretérmino asociado a una ruptura prematura de membranas, que se atendió en el área de urgencias del hospital donde se llevó a cabo este estudio, debido a que a su ingreso ya presentaba un trabajo de parto avanzado (no alcanzó a ingresar al área de tococirugía, donde idóneamente se atienden los partos). Su hija pesó 1280 gramos, se le calcularon 33 semanas de gestación, y tuvo una calificación de Apgar de 8/9, cuya evolución se desconoce porque la entrevista se realizó al día siguiente del nacimiento y cuando la usuaria estaba por ser egresada. Acudió a *nueve* instituciones de salud, públicas y privadas, para población abierta y al ISSSTE:

Yo fui al ISSSTE de Ermita-Iztapalapa [hospital de segundo nivel de atención para población derecho-habiente] porque tenía dolores [dolor abdominal] y porque sentí que me salía líquido [transvaginal], y ahí me revisó un ginecólogo y me dio unos supositorios de indocid y unos óvulos de nistatina porque tenía infección y amenaza de parto prematuro. Luego, fui con un médico general [primer nivel de atención, privado] porque me dolía la panza y me seguía saliendo líquido, él me recetó amoxicilina y fenazopiridina pero no me revisó. Como yo me seguía sintiendo mal,

⁶⁰ Tumorción generalmente benigna del cuello uterino que suele asociarse a sangrado genital anormal. En este caso en particular, su presencia y su retiro pudieron asociarse a la amenaza de aborto que se presentó.

fui con un doctor particular [primer nivel de atención, gineco-obstetra privado] pero tampoco me revisó, nomás me recetó una medicina que se llama Dactil OB. Como nada me hacía, me regresé a urgencias del ISSSTE [al hospital al que acudí inicialmente] y otro ginecólogo me revisó y me dijo que yo ya tenía 2 cm de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones y entonces me mandaron al ISSSTE de Zaragoza [hospital de segundo nivel de atención para población derecho-habiente], me dieron un pase pero me dijeron que no lo mostrara y que quién sabe a qué hora llegaba la ambulancia... todos me decían que eran movimientos del bebé. Cuando llegué al ISSSTE de Zaragoza [por sus propios medios] ahí me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [finalmente no pudo comprobar la derecho-habiente], me dijeron que fuera a Perinatología [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal]. Con todo y el suero puesto, fui y ahí me dijeron que no había lugar y que cómo me atrevía a llegar sin avisar y por eso yo no me deje revisar, entonces ellos me hicieron firmar una hoja para liberarlos de responsabilidad, pero no me dieron direcciones de otros hospitales. De ahí nos fuimos a Tláhuac [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], pero ahí dijeron que estaba lleno, que no tenían incubadoras, entonces me revisaron y me dieron una hoja para irme a otro hospital. Llegamos al Belisario Domínguez [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal] entre 6 y 7 de la mañana, me recibieron la hoja, pero hasta las 11 de la mañana me dijeron que no había ginecólogos ni lugar y que el único ginecólogo que había, estaba ocupado. Como yo les dije que entonces me mandaran en ambulancia a otro lado, ellos me dijeron que yo lo tenía que ver en trabajo social. Como yo ya no aguantaba los dolores, le hablé a mi hermana que conoce al jefe de gineco de aquí y así fue como me vine pare acá [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal, donde se realizó esta investigación].

Las consultas prenatales que esta mujer recibió fueron motivadas por complicaciones que se presentaron desde el inicio de la gestación: la amenaza de aborto, el retiro del pólipo cervical y la infección genito-urinaria. A pesar de no haber sido un control prenatal propiamente dicho, ella mencionó que en tales consultas se llevó a cabo el registro del peso y presión arterial maternos, de la frecuencia cardíaca fetal, la administración de ácido fólico y la solicitud de estudios de laboratorio y de ultrasonido, sin embargo dijo que no le explicaron los datos de alarma obstétrica ni recibió asesoría contraceptiva. El hecho de que las consultas fueran motivadas por las complicaciones

ya mencionadas y no por un control rutinario, no justifica de ninguna manera que no se llevaran a cabo todas las acciones que deben realizarse en cada consulta prenatal, como es una evaluación integral que incluya la identificación de factores de riesgo: ella presentó una amenaza de aborto, aparentemente secundaria a un pólipo cervical, mismo que fue retirado al inicio del embarazo. Este solo hecho incrementaba la probabilidad de aborto y de parto pretérmino, por lo que hubiera sido adecuado, valorar otros factores como la presencia de infecciones genito-urinarias (para las que además, ella dijo haber recibido tratamiento donde se atendía); así, desde un principio a esta mujer se le debió enviar a un nivel de atención con mayor capacidad resolutoria, donde se le ofreciera la posibilidad de tomar cultivos que permitieran identificar la presencia de infecciones y su tratamiento específico oportuno, así como donde se realizaran las pruebas pertinentes⁶¹ para pronosticar la probabilidad de un parto pretérmino y de esa manera valorar la administración de los medicamentos que aceleran la maduración pulmonar fetal en el momento adecuado.

Como en los casos anteriores, el modelo de los retrasos en la atención obstétrica es de gran utilidad para el análisis de lo que sucedió con esta mujer pues permite identificar que el retraso se está dando al interior de las instituciones de salud: ella fue capaz de reconocer los signos de alarma que sugerían la presencia de una complicación (salida de líquido transvaginal y dolor abdominal) y actuó en consecuencia al buscar atención médica sin demora acompañada de su pareja. Sin embargo, antes de haber sido

⁶¹ Por ejemplo, la prueba que permite identificar la fibronectina fetal, o bien, la medición de la longitud cervical mediante ultrasonografía. En ambos casos, estas pruebas, permiten identificar a las mujeres que tienen riesgo de desarrollar un parto pretérmino y esto a su vez permite llevar a cabo otras estrategias que limiten tal situación o las complicaciones derivadas de ella.

admitida en el hospital donde se atendió el parto, pasó por ocho sitios de atención que incluyeron tanto hospitales públicos –de hecho, dos de los cuales se consideran de tercer nivel de atención– como consultorios médicos privados, y a pesar de ello en ninguno de los sitios se llevó a cabo un manejo idóneo que pudiera haber evitado el desenlace de un parto pretérmino en las condiciones en las que éste se dio; incluso, cabe cuestionar la incongruencia de prescribir fármacos como la indometacina para una amenaza de parto pretérmino cuando a ella se le mencionó que el dolor abdominal que presentaba se debía a movimientos fetales. A pesar de la discrepancia que puede haber sobre la conducta médica ante una ruptura prematura pretérmino de membranas, sin lugar a dudas, debió llevarse a cabo primero un interrogatorio y una exploración física completos que permitieran identificar que además de la presencia de una amenaza de parto pretérmino⁶², ya se habían roto las membranas corioamnióticas, de tal manera que debió haber sido hospitalizada desde el primer sitio de atención al que acudió, a fin de iniciar tratamiento antibiótico, favorecer la maduración pulmonar fetal farmacológica, limitar el número de exploraciones vaginales por el potencial riesgo de infección sobreagregada y valorar la interrupción del embarazo por vía abdominal una vez completado dicho esquema, a fin de disminuir el riesgo de complicaciones neonatales asociadas a la prematurez como la hemorragia intracraneana.

Queda claro, que nada de esto se llevó a cabo y que no existe justificación por la cual esta mujer no haya recibido una evaluación adecuada antes de prescribirle fármacos

⁶² Esta mujer solicitó atención médica debido a que además de la salida de líquido transvaginal, presentaba dolor abdominal. Durante la entrevista mencionó que al referir tal molestia, le dijeron que se trataba de movimientos fetales, sin embargo, éstos no suelen generar dolor y mucho menos modificaciones cervicales que culminen en un trabajo de parto progresivo como el que desarrolló.

sin ningún fundamento y de manera incorrecta, pues ejemplo de esto es el hecho de que le indicaron medicamentos en los servicios de salud privados sin haber recibido una valoración completa, y en los servicios de salud públicos le dieron indometacina porque le dijeron que presentaba una amenaza de parto prematuro (situación incongruente con lo que ella mencionó de que le dijeron se trataba de movimientos fetales), misma que se contraindica para tal fin en embarazos mayores de 32 semanas de gestación pues se asocian a otras complicaciones en el producto (a su hija se le calcularon 33 semanas de edad gestacional al nacimiento). Como en los casos anteriores, el relato de esta mujer nos lleva a cuestionar las habilidades técnicas del personal de salud de los diferentes niveles de atención tanto públicos como privados, pues en ninguno de los sitios a los que acudió se dio un manejo adecuado para la complicación que presentaba; y también obliga a señalar que tal personal en las diferentes instituciones a las que acudió no se responsabilizó de que el envío o referencia, fuera efectiva. Vuelve a hacerse presente la posibilidad de que las instituciones de salud se deslinden de su responsabilidad y con ello queda en entre dicho no sólo las habilidades técnicas, sino también el tipo de trato, que ofrecen, el sentido y su misión para con sus usuarias.

Este caso ilustra de manera clara que el multi-rechazo hospitalario del que son objeto las mujeres que lo viven tiene consecuencias directas sobre el resultado materno y perinatal, y aquí resulta pertinente una consideración para este caso en particular: aunque no fue motivo de esta investigación, vale la pena cuestionar cómo es que teniendo un trabajo formal en una institución gubernamental, carezca de seguridad social. Cuando se interrogó a este respecto, la usuaria mencionó que tenía dos años

trabajando ahí, pero mediante contratos temporales y que debido a ello no había procedido su solicitud de trámite para tener acceso a los servicios de salud en el ISSSTE, circunstancia que pone en entredicho el marco legal en términos de derechos laborales. Así, debido a que esta usuaria no pudo comprobar la derecho-habencia a la seguridad social en el ISSSTE, tuvo que buscar por sus propios medios –mencionó haberse transportado en taxis– otros sitios de atención para población abierta en donde al haber sido nuevamente rechazada, no se dio un manejo adecuado y oportuno que evitara el desenlace que tuvo, sin que exista justificación ni argumento para ello.

Para el momento en el que la mujer hizo uso de su red de apoyo social (la hermana que conoce a un funcionario del hospital donde se realizó esta investigación), la historia natural de la complicación que presentó estaba demasiado avanzada como para haber podido ofrecerle un mejor manejo a ella y a su bebé. Por otro lado, cuando se le preguntó sobre la evaluación del trato que recibió en los diferentes establecimientos de salud que visitó, ella mencionó que:

Regular, porque hay mucha falta de organización, ni siquiera ven si pueden atenderla a una cuando ya te están rechazando. Los doctores deberían tener más sensibilidad porque creen que exageramos, a mi me orillaron a que gritara y me enojara porque me decían que me tenía que aguantar los dolores y aquí [en el área de urgencias del hospital donde se atendió el parto] una doctora [médica residente de primer año de ginecología y obstetricia] hasta se recargó en mis piernas para que yo no pujara, y en uno de los hospitales hasta me dijeron que cómo me atrevía a llegar sin avisar y que les firmara de que yo no me había dejado revisar [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal].

Gracias a los hallazgos del trabajo de campo, se verificó que esta mujer llegó al área de urgencias de gineco-obstetricia del hospital donde se llevó a cabo esta investigación con un trabajo de parto lo suficientemente avanzado como para haber podido atenderlo

en el área correspondiente, que es la unidad de tococirugía. Por ello, vale la pena cuestionar por qué en vez de implementar las medidas necesarias para el nacimiento, una médica residente intentó evitar que pujara –reflejo que no se controla a voluntad una vez que se encuentra en período expulsivo–. Debido a que no existe alguna explicación que justifique este tipo de trato, se pueden retomar los planteamientos que hace Fernández al respecto:

Problemas de comunicación en el trabajo con la población atendida se explican por la cultura de la gente, sus creencias y el obstáculo que estas representan para el trabajo...Antes de la comunicación con la persona atendida, se salvaguarda la responsabilidad del personal médico clínico, de suerte que *más que la comunicación, se privilegia la información* para la celeridad del trabajo (Fernández, 2008, p 241).

Así, da la impresión de que el personal de salud está más preocupado por evitar que las usuarias puedan quejarse o que sus quejas procedan, que atenderlas y resolver los problemas que presentan; pues el hecho de exigirles que firmen documentos donde se estipula que les brindaron la atención y la información que jamás dieron, puede sugerir que a través de ello responsabilizan a las usuarias de su mala praxis, de la falta de información, de no recibir la atención debida e incluso del resultado materno y perinatal.

Por otro lado y, como en los testimonios anteriores, un contraceptivo adecuado a sus condiciones de salud (puerperio de un parto pretérmino, con antecedente de ruptura de membranas corioamnióticas, e infección genito-urinaria), le puede permitir recuperarse antes de un nuevo embarazo; sin embargo, al momento de la entrevista y ya dada de alta, a esta mujer no se le había ofertado ningún método anticonceptivo.

Con todo lo que se ha mencionado, se puede concluir que a esta mujer le fueron violentados sus derechos a una atención médica de calidad, a la protección de la salud, a un trato digno, a los beneficios del progreso del avance científico, a la información y a tomar decisiones reproductivas autónomas y, así, a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de los hijos, pues tampoco se le ofertó ningún tipo de anticoncepción post-evento obstétrico.

VI. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES

Partiendo del objetivo principal de esta investigación, que fue analizar las características del sistema de referencia y contra-referencia en materia de atención obstétrica durante la resolución del embarazo y los mecanismos institucionales que lo posibilitan, los hallazgos de esta investigación permitieron concluir que: este sistema no existe en la cotidianidad –como se describe teóricamente–; oculta prácticas innegables que dan lugar a un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujeres; y que este fenómeno de multi-rechazo involucra a las instituciones de todos los niveles de atención, tanto públicos como privados.

Debido a que el *flujo organizado de envío y recepción de pacientes* entre las diferentes instituciones de salud en materia de atención obstétrica no es una realidad, sino que, por el contrario, en ellas se rechaza cotidianamente a mujeres con y sin complicaciones, se puede afirmar que existe una violación al derecho a la salud que permanece oculta en el sistema de referencia y contra-referencia durante la resolución del embarazo, de tal forma que en lugar de que dicho sistema sea una herramienta operativa que garantice la atención oportuna –como se asienta en documentos oficiales que no parecen tener conocimiento de lo que sucede diariamente al interior de las instituciones de salud– es sólo una definición impresa carente de utilidad.

De acuerdo a los testimonios de las mujeres entrevistadas, que refirieron una trayectoria de búsqueda de atención para la resolución de sus embarazos en la que

recorrieron más de una institución de salud, se puede concluir que las condiciones actuales bajo las que se lleva a cabo la referencia y contra-referencia son las siguientes: las mujeres no son debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, por lo tanto están siendo rechazadas; el envío de pacientes carece de sentido y sistematización; dicho envío no garantiza la atención resolutive en el siguiente nivel de atención; nadie se responsabiliza por el rechazo; los motivos de tal rechazo no quedan claros y carecen de justificación; se responsabiliza a las usuarias de la falta de capacidad resolutive de la unidad que rechaza y de llevar a cabo la referencia.

Cuando las mujeres son "referidas", no siempre reciben la hoja de referencia y contra-referencia, que documento que fueron evaluadas correctamente ni que indique u oriente respecto a cuál es el sitio al que deben acudir. De acuerdo con los resultados de la investigación, esto puede obedecer a una omisión intencionada que permite no dejar constancia de la responsabilidad del personal de salud y la institución que ejerce el rechazo. De hecho, el manejo de la información parece darse a conveniencia de quien la brinda y no de la usuaria a la que se le da. Así, da la impresión de que en las instituciones, tanto públicas como privadas, se privilegia la posibilidad de manipular la información para evitar posibles problemas medico-legales y en el medio privado ésta se manipula, además, para perpetuar el papel de las usuarias como un medio de ganancia económica y no como un fin en sí mismo. Además, llama la atención que en algunos casos sea el personal de vigilancia y/o administrativo (policías y secretarías) de las instituciones quien inicia la cadena del rechazo, lo que nos lleva a cuestionar la actual organización de los servicios de salud, pues pareciera como si uno de sus

propósitos fuera deshacerse de las usuarias. Así, como lo mencionó una de las entrevistadas, de nada sirve que lleguen a los servicios de salud si éstos no son resolutivos.

Este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contra-referencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario y, por ello, a partir de los hallazgos de esta investigación se propone que tal fenómeno sea contemplado como una causa de morbilidad materna y perinatal, así como una forma de violación flagrante a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que tienen que vivirlo.

De igual forma, pudo observarse que la falta de derecho-habencia a la seguridad social puede constituir un motivo de rechazo hospitalario y, a través de ello, de retraso en la atención resolutive. Algo similar sucede bajo la justificación de la “regionalización” en las instituciones para población abierta, pues uno de los motivos por los cuales las mujeres que participaron en este estudio mencionaron no haber sido atendidas en los diferentes hospitales que visitaron fue el hecho de que el personal de salud les indicaba acudir al hospital que les correspondiera geográficamente. Así, independientemente de los motivos para rechazar a las mujeres se les niega su derecho a la salud y, al ser enviadas por sus propios medios a buscar de hospital en hospital dónde ser atendidas, se les expone a riesgos innecesarios con la probabilidad de facilitar el desarrollo de complicaciones que eran evitables desde su inicio.

A la luz de los testimonios de las mujeres que participaron en esta investigación y de las observaciones que surgieron durante el trabajo de campo, los mecanismos que posibilitan la existencia de este fenómeno son: la ausencia de lineamientos claros que regulen la referencia y contra-referencia de pacientes obstétricas, ausencia de controles de calidad y de retroalimentación para los prestadores de los servicios de salud, inexistencia de una figura que se responsabilice del multi-rechazo hospitalario que enmascara el sistema de referencia y contra-referencia, del seguimiento a las posibles quejas y de crear las estrategias que permitan evaluar a este sistema desde la perspectiva de las usuarias.

Entre los motivos de rechazo hospitalario que se pudieron identificar a través de este estudio, se encuentran la falta de personal médico y de espacio físico tanto para las mujeres embarazadas como para sus bebés en el caso de que éstos sean pretérmino, la no derecho-habencia a la seguridad social y en muchos casos, no existe absolutamente nada que justifique el rechazo. Así, se puede pensar en varias hipótesis sobre las causales del rechazo:

- 1) La discriminación hacia las mujeres en tanto mujeres. En varios de los testimonios se pudo observar la presencia de agresiones verbales, amenazas, coacción mediante el dolor durante el trabajo de parto, así como críticas al ejercicio de la sexualidad de las usuarias por parte del personal de salud. Tales agresiones fueron ejercidas en varios de los casos por otras mujeres de dicho personal.

- 2) La ignorancia médica en cuanto a conocimientos técnicos que permitan prever, identificar y tratar oportunamente una complicación.
- 3) Una crisis de valores en la medicina en la que parece haberse perdido el sentido de la misma: las usuarias.
- 4) El abuso sistemático de poder sobre las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, toda vez que además no existen los mecanismos institucionales inmediatos que permitan la queja y el seguimiento de ésta, pues pocas son las quejas que reciben seguimiento a través de instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Sobre los procesos y trayectorias de búsqueda de atención que vivieron las mujeres entrevistadas para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria, se encontró que: utilizan transporte público en la mayor parte de los casos, con gastos promedios que exceden a los ingresos de sus familias; no existen directorios en los sitios donde están siendo rechazadas que les permitan ubicar geográficamente la institución que les corresponde; y tuvieron que resolver por sus propios medios tal proceso, a pesar de que varias de ellas cursaban con complicaciones potencialmente mortales.

Se encontró que una mujer embarazada puede llegar a visitar hasta 9 hospitales a lo largo de 24 horas para recibir atención obstétrica hospitalaria resolutive y que un resultado materno y perinatal adverso está directamente relacionado con el retraso en la atención obstétrica que se deriva del multi-rechazo hospitalario, pues fue posible identificar que las complicaciones que presentaron algunas de las mujeres que

participaron en esta investigación así como las de sus bebés, se debieron a la demora en la atención que se generó a través de la referencia y contra-referencia de la que fueron objeto.

Ante este fenómeno, algunas de las estrategias que ellas implementaron para ser finalmente recibidas en el hospital donde se llevó a cabo este estudio fueron: el no abandonar la institución o solicitar la atención cuando el trabajo de parto o una complicación ya se encontraban en una etapa avanzada, o bien, acudir a sus redes de apoyo social como sucedió en los casos de las mujeres que refirieron haber sido admitidas gracias a que algún conocido trabajaba en la institución donde finalmente fueron atendidas.

Aquí cabe mencionar que con respecto a la percepción de las mujeres sobre el trato que recibieron en las diferentes instituciones de salud a las que acudieron para su resolución obstétrica, se encontró que en su gran mayoría lo evaluaron como bueno. Esto puede obedecer al hecho de que finalmente fueron recibidas en la institución a la que evaluaban satisfactoriamente, que además es el sitio donde se llevó a cabo esta investigación e incluso a que quien las entrevistó, labora ahí. En uno de los casos se pudo observar que al percibir un mal trato, se postergó la solicitud de atención, generando con ello posibles retrasos que incrementaron la probabilidad de un resultado materno y perinatal adversos.

Afortunadamente, esta problemática no cuesta vidas en los todos casos; sin embargo, el mal trato y la violencia que se ejerce en contra de las usuarias en los servicios de

salud de atención obstétrica puede, a la larga, provocar mayores cifras de morbi-mortalidad materna al generar en ellas una falta de confianza, de credibilidad, así como temor y enojo que las lleven a tomar la decisión de aplazar la búsqueda de atención, generando así retrasos en su atención que incrementan la probabilidad de sufrir complicaciones asociadas a un impacto negativo en la resolución satisfactoria de la gestación y, a la larga, en su bienestar y desarrollo personal.

Esto permite afirmar que las instituciones de salud tienen una responsabilidad directa en la morbi-mortalidad materna y perinatal, y hay que recordar que tales instituciones son dirigidas por individuos, por lo que se propone que sus esfuerzos sean encaminados de manera más personal, involucrándose con los prestadores operativos de los servicios para que las recomendaciones o las iniciativas de mejora no queden únicamente impresas en documentos que nadie lee, que nadie interioriza. Así, se propone también que se deje de considerar que un resultado materno y perinatal que cae dentro de los parámetros de lo aceptable desde la óptica de la salud pública basta para afirmar que la atención que se brinda durante la resolución del embarazo es de calidad y respetuosa de los derechos reproductivos de las mujeres.

En relación al grado de ejercicio de sus derechos, algunas de las mujeres entrevistadas sí identificaron el mal trato y la forma en cómo las/os prestadores de servicios delegan en ellas su responsabilidad; sin embargo, aun cuando exigen un trato digno y respetuoso, no existe un verdadero control de calidad en las instituciones de salud que responda a tales demandas. A través de la mirada al *proceso atención prenatal-resolución del embarazo* que permitió este estudio, fue posible poner en evidencia que

el grado de ejercicio y respeto a los derechos reproductivos sigue siendo nulo en muchos casos.

Con respecto a los factores de género, resulta complejo analizar si el trato que recibieron en las diferentes instituciones a las que acudieron durante el *proceso atención prenatal-resolución del embarazo* obedece al solo hecho de ser mujeres, dado que no existe punto de comparación con los varones. Sin embargo, a través de los insultos hacia el ejercicio de su sexualidad y la forma en la que se les responsabiliza del resultado perinatal, es posible observar prácticas discriminatorias hacia ellas, generadas –como se pudo apreciar en varios de los testimonios– por otras mujeres y que son los mecanismos institucionales de atención obstétrica los que posibilitan tal forma de trato hacia ellas desde el momento en que no existen verdaderos controles de calidad que identifiquen la mala praxis, le den seguimiento y la corrijan, cuando es el caso, y además permitan la reparación del daño.

En este mismo sentido, parece no existir congruencia entre los planteamientos teóricos y la realidad institucional. Tal incongruencia no sólo se limita a las carencias de insumos y recursos humanos y materiales, sino que también tiene que ver con una falta de noción de las mujeres como sujetas de derechos al interior de las instituciones de salud. Así, no basta con que las usuarias se apropien de sus derechos y exijan un trato digno, mientras el personal de salud no incorpore en su practica cotidiana la noción de derechos, los cuales tienen obligación de respetar.

Para ejemplificar la premisa anterior, y con base en los hallazgos registrados durante el trabajo de campo, se comentará lo que se encontró al respecto de la contracepción, si bien ésta no fue un objetivo específico del presente estudio. A pesar de que en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se establece la meta de lograr que el 70% de las mujeres que se atiende de algún evento obstétrico abandone la institución con un método moderno de planificación familiar (Secretaría de Salud, 2002a), esta investigación permitió observar que dicha meta está aun muy lejana por cumplir. Así, como se mencionó previamente, sólo el 31% de las mujeres entrevistadas fue egresada de la unidad hospitalaria con un método contraceptivo, mientras que el 69% restante carecía de dicho método al momento de su egreso. Al identificar que los únicos métodos otorgados a estas mujeres fueron el dispositivo intrauterino medicado con cobre y la oclusión tubaria bilateral, es válido problematizar esta circunstancia: por qué ninguna mujer optó por un método diferente, si esto se debió a que no existían físicamente otros métodos contraceptivos en la institución o bien, si existen, por qué no fueron siendo ofertados, así como si existe la posibilidad de que esto se deba a una falta de conocimiento sobre anticoncepción o a preferencias personales de los proveedores del servicio. En cualquiera de los casos, no se está respetando el derecho sexual y reproductivo de estas mujeres a la información completa sobre los beneficios, eficacia y riesgos de toda la gama de métodos de regulación de la fertilidad, de tal forma que el consentimiento que otorgó el 31% de las mujeres que egresaron con un anticonceptivo no puede considerarse libre y pleno pues no se tenían los elementos para ello.

De igual forma, durante el trabajo de campo, se observó que existe poco o nulo respeto a la confidencialidad de las usuarias con respecto a la contracepción, pues aun cuando algunas de ellas solicitaron que no se informara a sus parejas o familiares si se les había practicado o no la oclusión tubaria bilateral, en sus hojas de alta hospitalaria se especificaba tal evento como parte del diagnóstico de egreso, exponiéndolas incluso a posibles conflictos con sus parejas y/o familias al quedar al descubierto el método contraceptivo definitivo por el que habían optado. Así, estos hallazgos abren otras líneas de investigación relacionadas con la anticoncepción post-evento obstétrico, en las que no puede quedar fuera un análisis de género y de procesos institucionales, toda vez que, además, no existe articulación entre el servicio de planificación familiar que opera en el área de la consulta externa y el de hospitalización obstétrica.

Con respecto a las condiciones de clase, las mujeres que participaron en esta investigación pertenecen en su mayor parte al medio socioeconómico bajo, su escolaridad promedio fue la secundaria y se pudo observar que económicamente dependían de alguien más, ya sea de su pareja o bien de su familia de origen, pues en la mayoría de los casos no contaron con recursos monetarios propios que les permitieran tomar decisiones sobre sus cuerpos, su cuidado y el de su embarazo sin tener que consultarlo con alguien más, quien resultó ser la pareja o la madre. Así, por ejemplo, se presentó un caso en el que fue la madre de la mujer entrevistada quien se opuso y le prohibió que acudiera al control prenatal, haciendo con ello evidente que aun existen condiciones socio-culturales que pueden incidir en el retraso de la búsqueda de atención obstétrica. Sólo una de las mujeres entrevistadas que acudieron a más de un hospital para su atención resolutiva, tenía un trabajo remunerado en una institución

gubernamental y, a pesar de ello, carecía de seguridad social. Es posible que esta falta de autonomía económica participe en el acceso a la atención hospitalaria. Se encontró también que las redes de apoyo social estuvieron constituidas fundamentalmente por otras mujeres de la familia, (madre, tías y abuelas), sobre todo en aquellas mujeres que no tenían pareja. En el caso de las mujeres unidas, fue la pareja quien las acompañó en el proceso de búsqueda de atención, sin embargo, esto no excluyó a la madre, ni parece haber influido en el trato recibido al interior de las instituciones de salud a las que acudieron pues, al menos en las de carácter público, no se permitió la participación de quien las acompañaba.

Por otro lado, se pudo identificar que a pesar de que el control prenatal puede brindar elementos que permiten identificar los datos de alarma que sugieran el desarrollo de alguna complicación, en el grupo de mujeres entrevistadas no se cumplió a cabalidad su papel educativo y preventivo, siendo esto más evidente en relación a la asesoría anticonceptiva, la cual no se brindó de manera sistemática ni a suficiencia. Esto pudo dar como resultado el que las mujeres carecieran de los elementos para solicitar y exigir algún método contraceptivo durante la resolución del evento obstétrico. También se encontró que en las consultas del control prenatal que tuvieron las mujeres que participaron en esta investigación, no recibieron orientación sobre las alternativas de atención obstétrica, específicamente sobre los posibles sitios de atención hospitalaria.

Esta investigación también contempló describir el tipo de trato y atención que recibieron las mujeres entrevistadas a lo largo del proceso atención prenatal-resolución del embarazo. Así, en concordancia con Cordero (2004) y Fernández (2008), este estudio

permitió identificar que las mujeres reciben tratos inhumanos y degradantes en los servicios de salud, situación que es evidente cuando por ejemplo, no se les da credibilidad con respecto al dolor físico que pueden experimentar durante el trabajo de parto. Muestra de ello es el caso de la mujer entrevistada que refirió que mientras tenía dolor intenso y vómito, fue ridiculizada por una anestesióloga al minimizar tal sufrimiento insinuando que estaba fingiendo (“ya terminó su numerito”).

Tal situación se articula con la discordancia que existe entre el papel asistencial y de formación de recursos humanos del hospital, que también se observó durante el trabajo de campo de esta investigación. Así, tomando como punto de partida las características operativas del hospital donde se llevó a cabo este estudio, surgen algunas reflexiones. Los hospitales públicos suelen ser conocidos como “hospitales-escuela” debido a que a ellos asiste personal en formación, principalmente de las áreas de enfermería, medicina general y de las diferentes especialidades. El entrenamiento en las distintas habilidades y destrezas que la profesión requiere se llevan a cabo idóneamente con base en un plan curricular avalado por una institución educativa, como la Universidad Nacional. Sin embargo, en la práctica, tal formación suele llevarse a cabo de acuerdo a las necesidades asistenciales de los servicios, y por ello cabe aclarar cuáles son éstas, pues a pesar de que el punto común entre la asistencia y la formación de recursos humanos debería ser el bienestar de las y los usuarios, parece que se prioriza el beneficio de la institución, después el aprendizaje de los y las alumnas y al final el bienestar de las usuarias quienes, de hecho, sirven en muchas ocasiones como modelos didácticos cuando se les realizan procedimientos injustificados o mal supervisados. Los testimonios de las mujeres entrevistadas sugieren que no existe una

supervisión permanente de los procedimientos que llevan a cabo las/os médicos en formación de pregrado y posgrado (internos y residentes).

En este sentido, el desarrollo de esta investigación me llevó a reflexionar que, debido a la forma en la que se articula la docencia con el servicio asistencial e incluso con la investigación, existen relaciones desiguales de poder entre el personal de salud y las usuarias y entre los propios miembros de dicho personal dependiendo del grado académico/jerárquico en el que éstos se encuentren. En el hospital donde se llevó a cabo el trabajo de campo de este estudio, se pudo observar una franca laxitud en la forma de evaluar al personal en formación por parte de las/os médicos adscritos que no tienen en todos los casos una preparación formal en el desempeño de la actividad docente, todo lo cual conlleva a que las usuarias estén expuestas a la ignorancia tanto de alumnos como de profesores. Ahora, no todo el personal adscrito tiene reconocimiento oficial por sus labores docentes, y por ende, tampoco tiene la obligación de rendirle cuentas a nadie de lo que fomenta o permite en el personal en adiestramiento, pues no existen normas claras y estrictas que les exijan una preparación formal en docencia y/o pedagogía.

También fue posible observar que cuando existe ausencia del personal, ya sea sindicalizado o en formación, generalmente no es reemplazado. Tal circunstancia explica de alguna manera la falta de personal en las áreas operativas y el hecho de que tal situación sea la justificación para no ingresar a las usuarias que en otras circunstancias serían admitidas, limitando el ingreso sólo a las mujeres que por la gravedad de sus complicaciones ya no pueden acudir por sus propios medios a buscar

otro sitio de atención. Sin embargo, debido a la carencia de personal, en muchas ocasiones quien lleva a cabo la valoración o la decisión de recibir o no a las usuarias es el personal más inexperto y el menos preparado para tomar este tipo de decisiones. El hecho de limitar los ingresos hospitalarios para evitar la sobre-ocupación, o la posibilidad de que ante una complicación no haya personal capacitado para resolverla, puede disminuir riesgos para las instituciones pero no representa una solución a las necesidades de atención de la población.

Las experiencias de las mujeres que participaron en esta investigación dan cuenta de que las instituciones de salud no cumplen a cabalidad con su papel resolutivo y de que tampoco cumplen con las misiones y visiones que dicen tener en relación al trato que brindar pues éste no se caracteriza por ser digno, respetuoso, profesional y tampoco técnicamente adecuado en todos los casos.

Así, este estudio permitió identificar que a través de diferentes mecanismos –como el sistema de referencia y contra-referencia– existen actos y omisiones en las instituciones de salud, a través de los que se violan de manera indiscutible y reiterada los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres. Este fenómeno es complejo y multifactorial, y debe ser estudiado desde todos sus ángulos pues de no hacerlo, estaríamos siendo cómplices de la mala atención que reciben las mujeres todos los días con motivo del ejercicio de su capacidad reproductiva.

Por ello, vale la pena profundizar en el abordaje cualitativo para el estudio de la atención que se brinda en los servicios de salud sexual y reproductiva –que incluye a

los servicios obstétricos— teniendo como eje de análisis la experiencia de los procesos de atención que viven las mujeres, a fin de comprender mejor las condiciones y los mecanismos que facilitan tales procesos. Las categorías analíticas de clase, género, calidad de la atención, rechazo hospitalario y relación personal de salud-usuarias se encuentran estrechamente relacionadas como se pudo observar en el presente estudio y por ello se propone que sean investigadas de manera integral, para poder incidir en los procesos que viven las mujeres durante el proceso atención prenatal-resolución del embarazo y, finalmente, modificarlos con el objetivo de brindar un verdadero trato respetuoso, oportuno y técnicamente adecuado a las mujeres que acuden a los servicios de salud.

VII. Anexos metodológicos

Guía de preguntas para la obtención de la información Datos sociodemográficos y gineco-obstétricos

CASO:

NOMBRE:

RN: 1. Sí () 2. No (), cuál: _____		MPF postevento obstétrico: 1. Sí () 2. No (), cuál: _____		Motivo por no MPF PEO: _____	
Edad paciente _____ años		Origen (estado): _____		Residencia (estado, delegación): _____	
Fecha: _____		Registro: _____			
1. Soltera () 2. Casada () 3. UL () 4. Separada () 5. Divorciada (), por qué: _____					Escolaridad paciente _____ (años)
Socioeconómico: 1. Alto () 2. Medio () 3. Bajo ()		Religión: 1. Católica () 2. Testigo de Jehová () 3. Cristiana () 4. Atea () 5. Otra ()			
Tipo de paciente: 1. Hogar () 2. Doméstica () 3. Comercio () 4. Estudiante () 5. Empleada () 6. Profesionalista () 7. Otro ()					Deseo embarazo: 1. Sí () 2. No ()
Edad pareja _____ años		Escolaridad de la pareja _____ años		Deseo de embarazo de la pareja: 1. Sí () 2. No ()	
Ocupación de la pareja: 1. Desempleado () 2. Ayudante/albañil () 3. Campesino () 4. Obrero/empleador () 5. Comerciante () 6. Profesionalista () 7. Otro () 8. Otro ()					
Opción: 1. AHO () 2. AHí () 3. DIU () 4. Barrera () 5. Naturales () 6. Ninguno (), por qué: _____					
Plau: 1. Sí, en los últimos 2 años () 2. Sí, hace más de 2 años () 3. Nunca (), por qué: _____				JVSA: _____ años	# compañeros sexuales: _____
Obstétrica: Gestas () Partos () edad _____ Cesáreas () edad _____ Abortos () edad _____ Ectópicos () edad _____					
Prenatal: 1. Sí () 2. No () _____, por qué: _____		consultas en el control prenatal: _____		Trimestre de inicio CP: 1 () 2 () 3 ()	
Control prenatal: _____		Peso: 1. Sí () 2. No ()	TA: 1. Sí () 2. No ()	Ac. Fólico: 1. Sí () 2. No ()	Datos alarma: 1. Sí () 2. No ()
Sí () 2. No ()		Datos de alarma en el embarazo que conoce (#): _____ cuáles.			
Sí () 2. No ()		USG: 1. Sí () 2. No ()	Consejería MPF: 1. Sí () 2. No ()	Referencia: 1. Sí () 2. No () Motivo: _____	Contrareferencia: 1. Sí () 2. No ()
Embarazo actual: 1. Hemorragia () 2. Amenaza de aborto () 3. Amenaza de parto pretérmino () 4. Infección de vías urinarias () 5. Cervicovaginitis () 6. Hemorragia puerperal () 7. Enf. hipertensiva () 8. RPM () 9. DPPNI () 10. síndrome anémico () 11. Ninguna ()					
Síntomas durante el embarazo actual: 1. Sí () 2. No () por qué: _____			Hemoglobina materna _____ g/100ml		Intergenésico: _____ meses
Tipo de parto: 1. Parto eutócico () 2. Parto distócico () 3. Cesárea () 4. Legrado uterino instrumentado () 5. Cesárea-histerectomía () 6. Laparotomía ()					
Conoce indicación: 1. Sí () 2. No ()		Conoce Dx: 1. Sí () 2. No ()		Conoce Tx: 1. Sí () 2. No ()	
Apgar 1' _____ Apgar 5' _____		Capurro: _____ semanas	Peso RN _____ gramos	Sexo RN: 1. Fem () 2. Masc ()	

**Guía de preguntas para la obtención de la información
Datos de referencia y contra-referencia y tipo de trato en la atención**

Tipo ref: 1. Centro de salud DF () _____ 2. Hospital DF () _____ 3. Hospital Federado () _____ 4. Médico privado () 5. Consultorio en farmacia () 6. Oficina de gobierno () _____ 7. Sin referencia ()		
Hora ref:	Turno ref: 1. Matutino () 2. Vespertino () 3. Nocturno () 4. Especial ()	
Persona que refiere: 1. Médico general/familiar () 2. Gineco-obstetra () 3. No sabe () 4. MIP		
Motivación ref: 1. Sí () 2. No ()	Consecuencias ref: 1. Sí () 2. No ()	Dx referencial: 1. Sí () 2. No (), cuál _____
Motivo ref: 1. Falta de personal () 2. Falta de espacio físico en GO () 3. Falta de espacio físico UCIN () 4. Falta de material () 5. Motivación/interconsulta () 6. Atención de parto () 7. No se especifica ()		
Transporte ref: 1. Propios medios () 2. Ambulancia ()	Le dijeron a donde acudir ref: 2. No () 1. Sí:	
¿En el sitio de referencia se llevó el control prenatal: 1. Sí () 2. No () 3. No aplica ()		
Calidad ref: 1. Muy buena () 2. Buena () 3. regular () 4. Mala () 5. Muy mala (), motivo: _____		
Hospitales visitados previos a este: _____	Cuáles: _____	Motivo: _____
Motivo por el que acudió a este hospital: 1. Por referencia escrita () 2. Por referencia verbal () 3. Por decisión propia () 4. Por cercanía con domicilio () 5. Por recomendación de otra persona () 6. Otros motivos:		
Tiempo de espera en sala de UGO: 1. \leq 15 min () 2. Entre 15-30 min () 3. Entre 30-45 min () 4. \geq 45 min ()		
Motivación:		
Atención recibida en UGO: 1. Muy buena () 2. Buena () 3. Regular () 4. Mala () 5. Muy mala () Motivo:		
Transportes para llegar a este hospital: _____	Gasto aprox.: _____	
Medio de transporte: 1. Autobús () 2. Microbús () 3. Metro () 4. Taxi () 5. Coche prestado () 6. Coche particular () 7. Ambulancia () 8. Más de un medio de transporte () 9. Otro:		
Principales motivos para no acudir al hospital en caso de urgencia: 1. Económicos/transporte () 2. Oposición de la pareja () 3. Oposición de otro miembro de la familia () 4. Temor de ser rechazada en el hospital () 5. Temor a no ser tratada con dignidad () 6. Ser atendida por personal no capacitado () 7. Falta de conocimiento dónde acudir () 8. Desconocimiento de signos que indican la presencia de complicaciones ()		
Sugerencias para mejorar la calidad de la atención en este hospital:		

VIII. Bibliografía

Amuchástegui, Ana y Marta Rivas. "Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética" en Ivonne Szasz y Guadalupe Salas (coords.), *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía: diálogos sobre un proyecto en construcción*, México, D.F., El Colegio de México, Centro de estudios demográficos urbanos y ambientales, Programa de salud reproductiva y sociedad, 2008, pp. 57-133.

Ashford, Lori. *Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados*, Washington, D.C. Population Reference Bureau, 2002, http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf.

Butler, Judith. *El género en disputa, el feminismo y la subversión de la identidad*, México, PUEG, UNAM/Editorial Paidós Mexicana, 2001.

Campbell, Oona MR y Wendy J. Graham. "Supervivencia materna 2. Estrategias para reducir la mortalidad materna: avanzar con lo que funciona". En *The Lancet*, vol. 368, s. l., 2006, pp 1284-99, http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Lancet2009_LAC.pdf

Cardaci, Dora. *Salud, género y programas de estudios de la mujer en México*, México. PUEG, UNAM/UAM-Xochimilco/OPS, 2004.

Cardaci, Dora y Ángeles Sánchez Bringas. "La salud reproductiva en la arena política: alcances y retos del feminismo frente a la política demográfica del Estado", en Alberto

Aziz y Jorge Alonso (coords.), *Sociedad Civil y Diversidad*, vol. III, México, CIESAS, Porrúa y Cámara de Diputados, 2005, pp.167-195.

Cardaci, Dora y Angeles Sánchez Bríngas. "¿Cómo es mi cuerpo ahorita?, enfoque biomédico y construcción social de la gestación", en *Zona Franca*, Revista de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, 2007.

Cassanueva Esther, Luz María de Regil y María Fernanda Flores-Campuzano. "Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Historia de un problema no resuelto", en *Salud Pública de México*, vol. 48, no. 2, México, 2006, pp.166-175.

Castro Roberto. "*Habitus* profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México", en Roberto Castro y Alejandra López Gómez (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo, Universidad de la República; México, UNAM, CRIM, 2010, <http://asa.international.pitt.edu/members/congresspapers/asa2009/files/CastroRoberto.pdf>

CEDES/CLAP. "La mortalidad materna como problema de salud pública y derechos humanos", en *Mortalidad materna en la Argentina: diagnóstico para la reorientación de*

políticas y programas de salud, Buenos Aires, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), 2004, <http://www.paho.org/clap>.

Cook, Rebecca J, Bernard M Dickens y Mahmoud F Fathalla. *Salud reproductiva y derechos humanos, integración de la medicina, la ética y el derecho*, Bogotá, PROFAMILIA/Oxford, 2003.

Cordero Marines, Liliana. "Y salí embarazada": Desencuentros en el Hospital de la Mujer, Ciudad de México, desde la perspectiva antropológica, tesis de licenciatura, México, Escuela Nacional de Antropología e Historia, 2004.

Díaz Echeverría, Daniela (coord.), *Muerte materna y presupuesto público*. México, Fundar, Centro de análisis e investigación, 2006, <http://www.mortalidadmaterna.com.mx/index.htm>.

Elu, María del Carmen y Elisa Santos (eds.), *A lo largo del camino*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR)/Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 2005.

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). *Material de apoyo para el curso de "importancia de la reanimación neonatal"*, ENEO/UNAM, México, 2006, <http://132.248.141.62/eneosite/servicioseducativos/materialesdeapoyo/rcpneonatal/tema1/resumentema1.pdf>

Erviti, Joaquina, Itzel A. Sosa y Roberto Castro. "Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva", en *Salud Pública de México*, vol. 49, no. especial, México, 2007, pp. 161-165.

Fernández Moreno, Sara Yaneth. "Violencia de género en las prácticas institucionales del personal de salud de una institución hospitalaria de la red pública de atención del Distrito Federal, México", tesis doctoral, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 2008.

Freyermuth Enciso, Graciela. *Las mujeres de humo, morir en Chenalhó*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Instituto Nacional de las Mujeres, 2003.

Freyermuth, Graciela, David Meléndez y Sergio Meneses. "Plan de seguridad: un modelo de diseño y puesta en marcha de acciones para disminuir la muerte materna", en Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coord.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie de evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2009, http://matemidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf

f

Freyermuth, Graciela y Paola Sesia (coord.) *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie de evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI*, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2009, http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf

f

García Prince, Evangelina. "Igualdad y equidad de género en políticas de salud", en Hernán Málaga (ed.), *Salud pública. Enfoque bioético*, Caracas, Editorial Desinlimed, C.A., 2005.

Gómez Gómez, Elsa. *Equidad, género y salud*, Santiago de Chile, OPS/OMS-FONASA, 2001, <http://www.paho.org/Spanish/HDP/hdw/chile-egg.PDF>.

Grupo coordinador para la emisión de recomendaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). "Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica", en *Ginecología y Obstetricia de México*, vol. 72, no. 6, México, 2004, pp.295-331.

Hernández Sampieri, Roberto, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio. *Metodología de la investigación*, México, McGraw-Hill, 4ª edición, 2008.

Instituto Nacional de Perinatología. *Normas y procedimientos de ginecología y obstetricia 2002*, México, INPer, 3ª edición, 2002.

International Planned Parenthood Federation. "Carta de los derechos sexuales y reproductivos", en *Revista Panamericana de Salud Pública* vol. 1 no. 2, s. l., 1997, pp 147-8.

Jasis Silberg, Mónica. "El Foro: una crónica desde dentro (o de cómo las mujeres nos apropiamos de la calidad de la atención a nuestra salud)", en Monserrat Salas Valenzuela (coord.), *Calidad de la atención con perspectiva de género, aportes desde la sociedad civil*, México, Plaza y Valdés, S.A. de C.V., 2001.

Langer, Ana y Rafael Lozano. "La condición de la mujer y salud", en Juan Guillermo Figueroa Perea (comp.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, México, El Colegio de México, 1998.

López Canales, José Rubén y Arnulfo Cárcamo Mejía. "Investigación operacional, riesgo reproductivo: su aplicación en la salud materno-infantil". En *Revista Médica Hondureña*, vol. 60, s. l., 1992, pp 111-121, <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1992/pdf/Vol60-3-1992-2.pdf>

López-García, Raúl y Miguel Anaya-González. "Mortalidad materna en México, Distrito Federal, con base en el estudio de los certificados de defunción 1998-1999", en *Cirugía y Cirujanos*, vol. 70, no. 1, México, 2002, pp.44-49.

MacDonald, Mia y Ann Starrs. *La atención calificada durante el parto, un cuaderno informativo*, Nueva York, Family Care International, Inc., 2003, <http://www.familycareintl.org>.

Maine, Deborah, Murat Z. Akalin, Victoria M. Ward y Angela Kamara. *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*, Columbia, Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de salud pública, 1997, <http://www.amddprogram.org/v1/resources/DesignEvalMM-SP.pdf>

Matamala, María Isabel (ed.). *Calidad de la atención, género, ¿salud reproductiva de las mujeres?*, Santiago de Chile, COMUSAMS-ACHNU/OPS, 1995.

Marrugat Mendoza, Nuria. *Monitoreo ciudadano de la política pública federal para reducir la morbimortalidad materna en México*, México, Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población, capítulo Distrito Federal, 2006, <http://www.mortalidadmaterna.com.mx/irindex.htm>.

Meriéndez, Eduardo L. "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos. Apuntes para una antropología medica crítica", en *Nueva Antropología*, año VI, no. 23, México, 1984, pp 71-102, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/23/cnt/cnt6.pdf>

Ministerio de Salud (MINSA). *Manual de operaciones del sistema de referencia y contra-referencia*, Lima, MINSA, s/f., http://www.minsa.gob.pe/psnb/docs/manuales/05C_MO%20Referencia-Contraref.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Organización de las Naciones Unidas. *Declaración universal de derechos humanos*, Geneva, ONU, 1948, <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/spn.pdf>

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/OIT. "Panorama de exclusión de la protección social en salud en América latina y el Caribe. Reunión regional tripartita de la OIT con colaboración de la OPS", México, n/e, 1999, <http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/step/download/38p1.pdf>.

Petchesky, Rosalind P y Karen Judd (coomp.). *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, políticas y religiones*. México, El Colegio de México/Centro de Estudios de Asia y África/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos, 2006.

Puentes-Rosas, Esteban, Enrique Ruelas, Tania Martínez-Monroy Econ y Francisco Garrido-Latorre. "Trato adecuado: respuesta del sistema mexicano de salud a las

expectativas no médicas de los usuarios", en *Salud Pública de México* no. 47 supl.1, México, 2005, pp S12-S21.

Ramos, Silvina, et al. *Para que cada muerte materna importe*, Buenos Aires, CEDES, 2004, <http://www.cedes.org/informacion/novedades.html>.

Ransom, Elizabeth I y Nancy V. Yinger. *Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna*, Washington, D.C., Population Reference Bureau, 2002, <http://www.prb.org>.

Rendón, Lisa, Ana Langer y Bernardo Hernández. "Situación de salud, condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina", en *Revista Cubana de Salud Pública*, no. enero-junio, s/f, 1995, pp.1-8.

Romo Gamboa, Carlos Enrique. *La mortalidad materna. Problema de salud en México*, s/f, s/f., <http://sociales.reduaz.mx/art ant/mortalidad materna mexico.pdf>

Sánchez Bringas, Ángeles. *Mujeres, maternidad y cambio, prácticas reproductivas y experiencias maternas en la Ciudad de México*, México, PUEG, UNAM/UAM-Xochimilco, 2003.

Santillán, María Luisa. "Germán Fajardo Dolci, El Hospital General Dr. Manuel Gea González", en *Médicos de México*, No 33, año 3, México, 2005, pp 6-11.

Secretaría de Salud. *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida*, México, Secretaría de Salud, 2002a.

Secretaría de Salud. *Lineamientos para la referencia y contra-referencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado de México*, s/l, Secretaría de Salud, 2002b, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>

Secretaría de Salud. *Programa Nacional de Salud 2007-2012*, México, Secretaría de Salud, 2007.

Secretaría de Salud. *Dirección General de Información en Salud*, México, 2010, <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html>

Secretaría de Salud. *Norma oficial mexicana NOM 007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio*. Diario Oficial de la Federación, México, 1995, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

Standing, Hilary. *El género y la reforma del sector salud*, s/l. OPS/Harvard Center for Population and Development Studies, 2000.

Scott, Joan J. "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en Marysa Navarro y Catherine R Stimpson (comp.), *Sexualidad, género y roles sexuales*, Argentina, Fondo de Cultura Económica, 1999.

Sheffield, Jill. "Atención del parto por personal calificado", en María del carmen Elú y Elsa Santos Pruneda, *A lo largo del camino*, México, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR)/Instituto Mexicano de Estudios Sociales, 2005.

Villanueva, Luis Alberto y Susana Collado Peña. "Actitudes y jerarquía de valores en un servicio de ginecología y obstetricia", en *Ginecología y Obstetricia de México*, número 6 volumen 72, México, 2004, pp 273-8.

World Health Organization (WHO). *Official Records of the World Health Organization No. 2*, New York, United Nations/World Health Organization/Interim Commission, 1948, http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf

World Health Organization (WHO). *Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer*, Geneva, WHO, 2004.