

Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso¹



Yessica Sánchez Rangel

Susana Patricia Collado-Peña@

Médica cirujana
Especialista en Ginecología y Obstetricia
Maestra en Estudios de la Mujer

Ángeles Sánchez-Bringas

Profesora investigadora
Departamento de Política y Cultura
Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

Se me rompió la fuente y arrojé el tapón, entonces sentí que me mojé y no sentí dolor. Le dije a mi mamá que ya se me había roto la fuente y venimos aquí [*hospital de segundo nivel de atención para población abierta; Secretaría de Salud Federal, donde se realizó esta investigación*]. Dos doctoras me hicieron tacto y la cristalografía y dijeron que era positiva, lo pusieron en la hoja de referencia y me dijeron que mi parto iba a ser normal, pero que no me podían atender porque se necesitaba un tocógrafo o algo así y no había servicio ese día porque estaban limpiando. La doctora me dijo: “en cualquier otro hospital te tienen que atender” y me dieron la hoja. Ese mismo día fuimos a Contreras [*hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal*] y leyeron la hoja donde decía que la cristalografía era positiva, que se me había roto la fuente. Aun así, me hicieron tacto como cuatro doctoras y pues me dolía, pero me aguanté mucho. 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.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria; estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por considerarse como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada.

El embarazo es un fenómeno muy complejo en el que intervienen procesos biológicos, socioeconómicos y culturales. En cualquier momento de la gestación, en el parto y el puerperio, se pueden presentar complicaciones en

la saludⁱⁱ que ponen en peligro la vida de la mujer gestante, estas pueden ser agudas o derivarse de morbilidades previas agravadas por el embarazo. El riesgo es diferente y depende del contexto en el que se encuentren las mujeres, 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 características de estos, tanto en términos de habilidades técnicas como de infraestructura y organización.

Asimismo, se calcula que alrededor de 15% de los embarazos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico capacitado. Sin embargo, en los países emergentes y pobres este tipo de profesionales sólo atiende la mitad de los casos.² En México, aun cuando la extensa mayoría de las mujeres es atendida por personal médico durante el embarazo y el parto,³ existen problemas y obstáculos institucionales en el acceso a la atención obstétrica,⁴ los cuales pueden generar o agudizar complicaciones en las mujeres gestantes al momento de la resolución obstétrica y en el puerperio.

En este sentido, el propósito de este artículo es discutir algunas de las dificultades y las barreras de acceso en el caso de mujeres que concluyeron sus embarazos en un hospital de segundo nivel de atención para población abierta, ubicado al sur de la Ciudad de México.

Por lo general, la atención del embarazo inicia con el control prenatal, el cual 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 sugieren 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 de forma oportuna las

ⁱ Esta colaboración es una nueva versión del artículo “¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo”, publicado en el volumen 17, suplemento 1, de la Revista CONAMED,¹ disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/22>

[©] Correos electrónicos de la autoras principales: sarina94@hotmail.com y angeles15sb@gmail.com

ⁱⁱ Con este concepto se denomina a cualquier contratempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer, de su hija o hijo, o que origine secuelas graves e incluso la muerte.⁵

complicaciones y refiera a las mujeres que así lo ameriten a un nivel de atención con mayor capacidad resolutoria, lo cual se realiza a través del sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención a la salud.ⁱⁱⁱ

El acceso a servicios de salud de buena calidad (técnica y humana) es un aspecto fundamental para la mejor resolución de la gestación, con o sin complicaciones.^{6,7} En este sentido, la calidad de la atención se relaciona con los tiempos de espera y con los insumos necesarios para la prestación de los servicios, además también se vincula con el trato que las mujeres reciben por parte del personal de salud al interior de las instituciones y con la capacidad de las y los profesionales para resolver de manera oportuna y correcta los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico.

La accesibilidad, la calidad de la atención y el sistema de referencia y contrarreferencia son los eslabones en el proceso de atención que reciben las mujeres 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.

Este artículo se basa en un estudio cualitativo, cuyo propósito fue describir la atención obstétrica de un grupo de mujeres que ingresó para la resolución de su embarazo a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención para población abierta de la Ciudad de México. La investigación se enfocó en las barreras, los mecanismos de rechazo y los obstáculos en el sistema de referencia y contrarreferencia, así como en la atención brindada por el personal de salud (administrativo, médico y de enfermería) antes y después de la resolución del embarazo. Además, se describieron las consecuencias en el resultado materno y perinatal, cuando así fue el caso.

Respecto a las mujeres y sus familias, se consideró el impacto de las condiciones de género y clase en el acceso a la atención obstétrica y las estrategias que establecieron para acceder a estos servicios; es decir, si contaron con redes de apoyo social y cuáles fueron estas.

El trabajo de campo se realizó en el periodo de febrero a mayo del año 2008, durante el cual el hospital seleccionado contaba con una unidad de Tococirugía, donde cada mes se realizaban en promedio 500 procedimientos obstétricos con la siguiente distribución aproximada: 50% partos, 30% cesáreas y 20% legrados uterinos instrumentados por aborto. A partir de lo anterior, se realizaron de manera secuencial entrevistas semiestructuradas a 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato al momento de la entrevista.^{iv} En el aspecto ético, de forma verbal se les solicitó su consentimiento para ser entrevistadas y grabadas, con lo que se enfatizó el respeto a su confidencialidad y se garantizó el anonimato de su testimonio.

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 de la o el recién nacido. La información sobre la referencia y contrarreferencia se obtuvo de manera directa de los testimonios de las mujeres, pues en la mayoría de los casos no existía un documento en el expediente clínico, ya sea porque no se les entregó a las mujeres en las diferentes instituciones que visitaron, previo a su ingreso al hospital de estudio en el cual se atendió la resolución obstétrica o porque el personal del área de urgencias no lo anexó al momento del ingreso.



ⁱⁱⁱ El sistema de referencia y contrarreferencia es el flujo organizado de envío y traslado de usuarias y usuarios entre los tres niveles de atención. La referencia es el procedimiento para canalizar de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutoria para que se reciba atención médica integral. La contrarreferencia es el procedimiento por el que, una vez resuelto el problema de diagnóstico/tratamiento, se retorna a la persona usuaria a la unidad que lo refirió para llevar el control o el seguimiento y continuar con la atención integral.⁵

^{iv} 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 complicaciones, parto pretérmino, operación cesárea, laparotomía exploradora por embarazo ectópico y aborto, que ameritó legrado uterino instrumentado.

Las mujeres del estudio

El grupo de estudio se integró con 35 mujeres que se encontraban en puerperio inmediato y mediato. La edad promedio fue de 24.7 años, la más joven tenía 15 años y la mujer con más edad contaba con 43 años; además, 77% eran originarias del Distrito Federal, 9% del Estado de México y 14% de otras entidades federativas. En el caso de residencia habitual en el Distrito Federal, 41% provenía de Tlalpan, 18% de Coyoacán e Iztapalapa, respectivamente, 15% de Xochimilco y 8% del resto de las delegaciones.

En relación con el estado civil al momento de la entrevista, 63% vivía con pareja estable y 37% no estaba en esa situación. Entre las primeras, 73% refirió estar en unión libre y 27% estaba casada; mientras que en el segundo grupo, ocho de cada diez se encontraban en soltería y dos de cada diez estaba separada. La escolaridad promedio fue de 10 años, lo que implica que habían cursado poco más que la secundaria.

Respecto a su ocupación, 74% se dedicaba a su hogar, 3% eran estudiantes y 23% tenía un trabajo remunerado. Entre estas últimas, la mayoría declaró ser empleada y una menor proporción manifestó que era empleada del hogar. Con la información anterior se afirma que ocho de cada diez mujeres que participaron en esta investigación no contaban con ingresos económicos propios y, en particular a quienes dijeron dedicarse a su hogar, se les interrogó sobre fuentes propias de ingresos, pero ninguna contaba con ellos. Las parejas de las mujeres unidas tenían ocupaciones como ayudante de albañil, empleado, chofer y comerciante. Asimismo, 86% pertenecía al medio socioeconómico bajo y 14% a un nivel medio. En cuanto a la religión, 97% de las mujeres dijo ser católica y 3% refirió ser testigo de Jehová.

Hallazgos sobre salud reproductiva del grupo de mujeres estudiado

En el cuadro 1 se resumen algunos de los datos recopilados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que participaron en esta investigación:

Cuadro 1. 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 Hijas e hijos	Ha usado anti-conceptivos	Nunca ha usado anti-conceptivos	Se ha realizado Papanicolaou	Nunca se ha realizado Papanicolaou
25	18	53%	47%	2	86%	14%	46%	54%

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

De acuerdo con lo anterior, las entrevistadas comenzaron a tener relaciones sexuales a los 18 años de edad en promedio, indicador similar a la edad mediana que registró la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2009.⁸ Además, 53% refirió haber tenido un compañero sexual, 26.5% indicó haber tenido dos y 20.5% mencionó tres o más. En ningún caso mencionaron haber vivido relaciones homosexuales y cuando se les interrogó sobre el uso de métodos anticonceptivos, se identificó que 86% los ha utilizado en algún momento previo al embarazo por el que acudieron al hospital en esa ocasión y aunque es un porcentaje alto, 14% refirió no haber utilizado jamás un contraceptivo. Tal vez estas mujeres presentaron baja fecundidad porque muchas de ellas no vivían con una pareja (37%). Asimismo, el promedio de hijas e hijos fue de dos y el intervalo entre un embarazo y otro fue de cuatro años.

Características del control prenatal

Las mujeres del estudio que llevaron control prenatal representaron un porcentaje bajo (77%), si lo comparamos con el nacional de quienes sí asistieron a consulta durante el embarazo (97%).³ Esto es significativo si consideramos que la mayoría fueron residentes del D.F. y, por otro lado, que 23% no acudió a la consulta prenatal. En este sentido, es importante resaltar que las mujeres con control prenatal recibieron un mayor número de consultas de las que recomienda la Norma Oficial Mexicana (NOM) 007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido;⁹ sin embargo, poco más de la mitad de quienes conformaron este grupo de estudio presentó alguna complicación.

Aquellas que recibieron atención prenatal acudieron a un promedio de 6.5 consultas y en 63% de los casos estas se otorgaron en algún centro de salud, 26% en un consultorio privado y 11% en algún hospital público. Respecto al sitio donde se llevó a cabo el control prenatal, la mayor parte de las mujeres que mencionaron haber acudido a algún medio privado lo hicieron en consultorios en farmacias, donde usualmente laboran médicas y médicos generales, cuyos honorarios se desprenden del consumo de los medicamentos que ahí se venden. El costo de la consulta en estos lugares fluctuó entre 25 y 35 pesos.

En 41% de los casos la atención prenatal inició en el primer trimestre de la gestación, mientras que 59% lo inició a partir del segundo; es decir, más de la mitad de las mujeres tuvo control prenatal tardío.^v Debido a lo anterior, no tuvieron acceso oportuno a la detección de posibles circunstancias que incrementan la probabilidad de desarrollar complicaciones, como infecciones genitourinarias o periodontales, así como trastornos nutricionales, síndrome anémico y condiciones de violencia familiar. Por otro lado, en ninguno de los casos existió una evaluación pre-concepcional.

A las mujeres que no acudieron a control prenatal se les interrogó sobre sus motivos para no asistir o hacerlo de forma tardía. La naturalización del embarazo y la condición precaria de algunas mujeres fueron aspectos que influyeron:

[...] 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.

También se les interrogó sobre las actividades que se llevaron a cabo en las consultas del control prenatal, tomando como punto de partida la NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido,⁹ y de manera arbitraria se seleccionaron ocho para fines de esta investigación: registro del peso y de la presión arterial maternas, 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 haber recibido asesoría sobre las opciones anticonceptivas. Así, se encontró que el número promedio de actividades que se llevaron a cabo en el control prenatal fueron 6.8, aunque cabe mencionar que en la norma oficial se contemplan más acciones.

Resolución del embarazo

En 43% de los casos las mujeres tuvieron un parto vaginal a término sin complicaciones. Sin embargo, a pesar de que las dos terceras partes del grupo de estudio recibió control prenatal, 57% presentó complicaciones, entre las que se documentaron parto pretérmino (9%), embarazo ectópico roto que ameritó laparotomía exploratoria (11%), legrado uterino instrumental por aborto incompleto (14%) y operación cesárea (23%).

Asimismo, se observó que las complicaciones no siempre fueron identificadas en el control prenatal; por ejemplo, entre quienes tuvieron parto pretérmino, todas asistieron a consultas prenatales en las que no se registró la presencia de factores de riesgo para esta complicación y acudieron a buscar atención hospitalaria hasta el momento en el que presentaron molestias:

^v Cifra que está por debajo del porcentaje nacional (84%) registrado por la ENADID 2009.⁸

A mí me quitaron un pólipo del cuello de la matriz y me dijeron que tenía amenaza de aborto e infección en el segundo mes de embarazo [todas estas condiciones son factores de riesgo para parto pretérmino]. En mi octavo mes, fui al ISSSTE de Ermita-Iztapalapa [hospital de segundo nivel de atención para población derechohabiente] porque tenía dolores [dolor abdominal] y 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 me seguía sintiendo mal, fui con un doctor particular [primer nivel de atención, ginecoobstetra 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 ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones.

Martha, 29 años. Parto pretérmino a las 33 semanas de gestación en el área de urgencias del hospital donde se realizó la investigación.

Obstáculos y barreras institucionales en la atención obstétrica

Entre las 35 mujeres que conformaron este grupo de estudio, 43% pudo ser atendida de manera resolutive en el primer sitio al que acudió y más de la mitad de los casos (57%) se vio obligada a buscar al menos dos hospitales para recibir atención. Así, 25% de las mujeres acudió a dos unidades de atención, 17% a tres y 15% a más de tres. De esta forma, es necesario mencionar que el número máximo de nosocomios a los que acudieron algunas mujeres fue nueve.



Yessica Sánchez Rangel

En este sentido, uno de los principales hallazgos de la investigación es que el 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 y resolutive durante la conclusión de sus embarazos. Así, se observó que una conducta pertinente por parte de las usuarias, como la identificación de signos de alarma, no facilitó el ingreso a un hospital resolutive:

Yo llegué a tiempo, llevé mi control de embarazo y cada mes me hacía mis estudios por mi cuenta, mi glucosa y todo. No se vale que eso suceda, a cuántos hospitales fuimos y dijeron que no se me había roto nada [tuvo ruptura prematura de membranas motivo por el cual acudió a diferentes hospitales]. Si me hubieran provocado los dolores 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], desde un principio, mi bebé hubiera nacido sin ningún problema y yo no llevaría ocho días aquí, sin siquiera conocerla. Nadie me la presentó cuando nació.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria. Estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada.

La aceptación y agilidad de la atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud depende en gran medida del personal administrativo, de seguridad (policías) o del secretarial, como se ejemplifica con el testimonio de una de las mujeres con complicación de preeclampsia:

Como tengo una prima en el hospital [segundo nivel 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 nada más entré para ver si me daban un papel para que me atendieran más rápido.

Claudia, 19 años, el embarazo se resolvió mediante cesárea por preeclampsia severa.

También se reconoce la ausencia de habilidades técnicas en el personal médico de primer y segundo nivel de atención, tanto de instituciones públicas como privadas, para llevar a cabo una atención primaria de las urgencias obstétricas:

A mí ya me habían 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, un médico general [primer nivel de atención, privado]. Estuve ahí como una hora, me revisó y me dio unas gotas para subirme la presión y al final me dijo que 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.

Lucía, 28 años de edad. Se le tuvo que realizar una laparotomía exploradora y salpingectomía derecha por un embarazo tubario roto que generó una hemorragia de 2500cc.

Así, se observó y documentó que el retraso en la atención obstétrica resolutive se presenta al interior de los servicios de salud, situación que pone en entredicho la habilidad, los conocimientos técnicos y la calidad de la atención que brinda el personal de salud de estas instituciones, independientemente de que sean públicas o privadas, del nivel de atención que ofrecen y de que sean estatales o federales.

De igual modo, se identificó que el personal hospitalario no ofreció métodos anticonceptivos o no logró que las mujeres optaran por algún contraceptivo, a pesar de que muchas de ellas sí lo deseaban. Lo anterior se considera como una negligencia en la atención, pues no se previene el riesgo de un nuevo embarazo ni se ofrecen los beneficios de prolongar el período intergenésico por lo menos dos años. Además, se evidenció que con frecuencia el personal no respeta la decisión de las usuarias que desean un contraceptivo definitivo:

Yo quiero una operación, pero me dijeron que pasara a planificación. Me quería operar de una vez, pero no, una enfermera o doctora, no sé qué era, me dijo que no y que pasara a prevención, que después ellos me mandaban de aquí mismo para que me operaran. Yo quería que fuera de una vez, pero me dijeron que ahorita nada más va a ser parto, pero nada de operación.

Juana, 23 años. Parto a término sin complicaciones.

Antes de que naciera mi bebé [durante la atención del parto], me dijeron que con qué me iba a cuidar y pues yo les dije que me quería operar y me dijeron que no se podía, que si me hacían cesárea sí, pero como fue parto no, entonces me preguntaron que si quería el DIU y yo les dije que sí, si es que no había otra opción, pero no sentí que me lo pusieran y ya no me dijeron si me lo habían puesto.

Lorena, 22 años. Parto a término sin complicaciones, en la nota de atención de parto se encuentra la leyenda: "no aceptó método".

Aunque existieron casos en los que la condición de urgencia obstétrica hizo imposible que las mujeres dieran su consentimiento informado para algún contraceptivo, la mayoría de ellas permaneció hospitalizada al menos 24 horas después de haber sido resuelta dicha condición, tiempo en el cual se pudo haber ofrecido contracepción. Entre quienes integraron el estudio, 26% mencionó haber recibido asesoría

contraceptiva en la consulta prenatal y 63% no contaba con un método anticonceptivo al momento de la entrevista.

Respecto a los procesos y las trayectorias de búsqueda de atención que vivieron las entrevistadas para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria, se encontró que en la mayor parte de los casos utilizan transporte público, lo que incide en gastos que exceden los ingresos de sus familias. Además, en los sitios donde están siendo rechazadas no hay directorios que les permitan ubicar la institución que les corresponde, por lo que tuvieron que resolver esta situación con sus propios medios, a pesar de que varias cursaban con complicaciones potencialmente mortales:

Al día siguiente ya no aguantaba 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*].

Laura, 22 años. Su embarazo se complicó con preeclampsia y ruptura prematura de membranas. Le realizaron cesárea.

De igual forma, la narrativa de las entrevistadas mostró que el personal de salud no se considera responsable por el desenlace que pudiera ocasionar la falta de atención y la referencia inadecuada al siguiente nivel de atención:

Un ginecólogo me revisó y me dijo que ya tenía dos centímetros de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones. 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*] me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [*no pudo comprobar la derechohabiencia*], 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, que cómo me atrevía a llegar sin avisar, por eso no me deje revisar. Entonces 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*]. Llegamos entre seis y siete de la mañana, me recibieron la hoja, pero hasta las 11 de la mañana me dijeron que estaba lleno, no tenían incubadoras, no había ginecólogos ni lugar y que el único ginecólogo estaba ocupado. Entonces me revisaron y me dieron una hoja para irme a otro hospital, 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.

Martha, 29 años. Parto pretérmino a las 33 semanas de gestación en el área de urgencias del último hospital al que acudió.

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

Asimismo, en la mayoría de los casos se documentaron distintos grados de violencia obstétrica^{vi} por parte del personal de salud, la cual fue ejercida por personal de áreas como la administrativa, de enfermería y médica, y se expresó a través de actitudes de rechazo, regaños e insultos. En varios testimonios se constata que durante la resolución del embarazo existieron agresiones verbales, amenazas, coacciones 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:

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

^{vi} Se entiende como aquellas violaciones a los Derechos Humanos, a la salud y reproductivos de las mujeres, ejercida por las y los prestadores de servicios en el cuerpo y en el proceso reproductivo de las mujeres, las cuales suceden en los servicios de salud públicos y privados. Consiste en un trato inhumanizado y de maltrato hacia la mujer embarazada. Además, es resultado de un conjunto de factores entre los que destacan la violencia institucional y la violencia de género.⁴⁻¹⁰



era normal y que me fuera a caminar dos horas. Entonces mi mamá le dijo: “aunque sea dele algo para que se le baje 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”. Después, ya aquí, las doctoras me decían que pujara [médicas residentes de primero y segundo año de Ginecología y Obstetricia, hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud Federal], 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?”.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria, estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada. El diagnóstico que le dieron en uno de los hospitales a los que acudió, preeclampsia, no tuvo seguimiento en el último sitio de atención.

Diversas situaciones similares vividas por algunas mujeres embarazadas tuvieron como consecuencia que al percibir un mal trato postergaran la solicitud de atención, lo que generó posibles retrasos que incrementaron la probabilidad de un resultado materno y perinatal adverso:

Al día siguiente empecé con dolor, contracciones y arrojé un material como verduoso, grumoso. Mi mamá me dijo que fuéramos al doctor [a alguno de los hospitales previamente visitados], pero le dije que no porque me iban a volver a regañar, que mejor hasta que se me rompiera bien la fuente.

Laura, 22 años. Cesárea sin indicación médica detallada en la nota preoperatoria, estuvo ocho días hospitalizada por fiebre y hemorragia obstétrica que ameritó hemotransfusión. Su recién nacida estuvo hospitalizada el mismo tiempo por haber sido considerada como potencialmente infectada por ruptura prematura de membranas prolongada

Finalmente, entre los motivos de rechazo hospitalario que se identificaron en este estudio se encuentran la falta de personal médico y de espacio físico para las mujeres embarazadas y para sus bebés, en el caso de que sean pretérmino, la no derechohabencia a la seguridad social y en muchos casos no se identificaron razones que justificarán el rechazo.

Para concluir

Los hallazgos de esta investigación permiten afirmar que el acceso a la atención obstétrica para la resolución del embarazo se ve demorado por la existencia de mecanismos de rechazo, barreras y ejercicio de violencia obstétrica en las unidades de salud de los tres niveles de atención y en unidades médicas públicas y privadas. En este sentido, es posible señalar que el sistema de referencia y contrarreferencia no existe, en particular entre la población

sin derechohabencia a la seguridad social y en lugar de cumplir la función de canalizar el flujo de usuarias hacia los distintos niveles de atención, es utilizado parcialmente para rechazar el ingreso a las unidades médicas. También se constató que este fenómeno tuvo un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y en la salud de las mujeres que participaron en este estudio.

Así, no es una realidad el flujo organizado de envío y recepción de usuarias entre los diferentes niveles de atención e instituciones de salud – públicos y privados–, pues se rechaza de forma cotidiana a las mujeres con y sin complicaciones. A lo largo del proceso atención prenatal-resolución del embarazo se observaron violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de quienes participaron en esta investigación: su derecho a la vida, a tomar decisiones reproductivas autónomas, a la información, a la atención médica de calidad y a la protección de la salud y a gozar de los beneficios del progreso científico.

De acuerdo con los testimonios de las entrevistadas, quienes refirieron haber recorrido más de un establecimiento de salud en búsqueda de atención para la resolución de sus embarazos, también se concluye que las condiciones actuales del llamado sistema de referencia y contrarreferencia son las siguientes: no en todos los casos las mujeres son debidamente valoradas antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, por lo tanto están siendo rechazadas y el procedimiento de canalizarlas a otro hospital no garantiza la atención resolutive en el siguiente nivel de atención. En las instituciones involucradas nadie se responsabiliza por el rechazo. Los motivos de este 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.

En este escenario, el sistema de referencia y contrarreferencia constituye un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna. Derivado de ello y 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 flagrante de violación a los derechos sexuales y reproductivos de quienes lo viven.

Cuando las mujeres son “referidas”, no siempre reciben la hoja de referencia y contrarreferencia que documente que fueron evaluadas correctamente ni que indique u oriente respecto a cuál es el siguiente sitio al que deben acudir. De

acuerdo con los resultados de la investigación, esto obedece a una omisión intencionada que no permite dejar constancia de la responsabilidad del personal de salud y la institución que ejerce el rechazo. De esta forma, el manejo de la información parece darse a conveniencia de quien la brinda y no de la usuaria a la que se le da. Por lo tanto, pareciera que en las instituciones, públicas y privadas, se privilegia la posibilidad de manipular la información para evitar posibles problemas médico-legales y en el ámbito privado se manipula para perpetuar el papel de las usuarias como un medio de ganancia económica y no como un fin en sí mismo.

De igual forma, se constató que la falta de derechohabencia a la seguridad social es motivo de rechazo hospitalario y con ello de retraso en la atención resolutive. Cabe aclarar que desde 2007 existe un convenio interinstitucional¹¹ que obliga a atender a las mujeres con una urgencia obstétrica, independientemente de su condición de seguridad social, situación que pudiera evitar que se les exija comprobar la afiliación a las usuarias que presentan alguna complicación, con el fin de no demorar su atención resolutive. El rechazo para brindar la atención también sucede con el argumento 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 servicios sanitarios que visitaron, fue que el personal de salud les indicaba acudir por sus propios medios al hospital que les correspondiera geográficamente.

Los testimonios de las entrevistadas y las observaciones que surgieron durante el trabajo de campo permiten identificar los mecanismos que posibilitan la existencia de barreras y mecanismos que dificultan la atención obstétrica, como son la ausencia de lineamientos claros que regulen la referencia y la contrarreferencia de pacientes obstétricas, la inexistencia de controles de calidad del trabajo respetuoso y de retroalimentación para las y los prestadores de los servicios de salud y la ausencia de una figura que se responsabilice del rechazo que viven las mujeres cuando buscan atención obstétrica en los hospitales, del seguimiento a las posibles quejas y de crear las estrategias que permitan evaluar a este sistema desde la perspectiva de las usuarias. Esto permite afirmar que las instituciones de salud tienen una responsabilidad directa en la morbimortalidad materna y perinatal.

En relación con el grado de ejercicio de sus derechos, algunas entrevistadas identificaron ser objeto de maltrato, que implicó la forma en

cómo el personal de salud delegó en ellas la responsabilidad del rechazo; sin embargo, aun cuando exigieron un trato digno y respetuoso, en las instituciones no existió un verdadero control de la atención que respondiera a tales demandas. A través de la mirada al proceso atención prenatal-resolución del embarazo fue posible evidenciar que en muchos casos el grado de ejercicio y respeto a los derechos reproductivos sigue siendo nulo.

Asimismo, se observó que la violencia obstétrica ejercida por el personal de salud hacia las mujeres, a través de insultos hacia el ejercicio de su sexualidad y la forma en que se les responsabiliza del resultado perinatal, estuvo cargada de significaciones de género y clase social. Estas prácticas discriminatorias fueron realizadas por mujeres y hombres servidores de la salud; además, los mecanismos institucionales de atención obstétrica posibilitaron esta forma de trato hacia las mujeres embarazadas, desde el momento en que no existe retroalimentación que permita identificar la mala praxis, su seguimiento y la corrección, cuando es el caso, y que además deriven en la reparación del daño. Por lo tanto, no basta con la apropiación de los derechos y la exigencia de un trato digno, es fundamental que el personal de salud incorpore en su práctica cotidiana la noción de derechos, los cuales tienen la obligación de respetar.

A través de los diversos testimonios, también se constató que las jerarquías de clase, género y violencia atraviesan las prácticas médicas e institucionales en la atención obstétrica en todas

sus etapas. Además, se evidenció que el rechazo hospitalario es un mecanismo que se deriva de la relación vertical y muchas veces autoritaria entre el personal de salud y las usuarias, por lo que se propone que este fenómeno sea investigado de manera integral para poder incidir en el proceso atención prenatal-resolución del embarazo y finalmente modificarlo con el objetivo de brindar un verdadero trato respetuoso, oportuno y técnicamente adecuado a las mujeres que acuden a los servicios de salud.

Los obstáculos y las barreras en la atención obstétrica constituyen un fenómeno complejo y multifactorial que debe ser estudiado desde todos los ángulos, de lo contrario seríamos cómplices de la deficiente atención que reciben las mujeres de forma cotidiana durante el ejercicio de su capacidad reproductiva. Por ello, se propone que tal fenómeno (del que forman parte el multi-rechazo hospitalario que encubre el sistema de referencia y contrarreferencia, la atención deficiente y la violencia obstétrica) 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.

Finalmente, es fundamental 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.



Referencias bibliográficas

1. Collado-Peña SP, Sánchez-Bringas A. ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo. Rev CONAMED [Revista en línea] 2012 [Consulta en línea]; 17 Supl 1. Disponible en: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/issue/view/22>
2. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna [Internet]. Washington, D.C: Population Reference Bureau; 2009. [Acceso 5 diciembre 2012]. Disponible en: http://www.prb.org/pdf/makmotherhdsafes_sp.pdf
3. Sánchez-Bringas A, Pérez Baleón F. La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En: Sánchez-Bringas A, editora. Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014. p. 71-103.
4. Castro R, Erviti J. La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: López P, Rico B, Langer A, y Espinoza G, compiladores. Género y Política en Salud. México: SSA- UNIFEM; 2003. p. 255-273.
5. Secretaría de Salud. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del Estado de México [Internet]. s.l.: Secretaría de Salud; 2002. [Acceso 5 diciembre 2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>.
6. 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. Ginecol y Obstet de Méx 2004; 72(6): 295-331.
7. Organización Mundial de la Salud. Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009. México: INEGI; 2009.
9. 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. México. Diario Oficial de la Federación. 6 de enero de 1995. [Acceso 5 diciembre 2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
10. Belli L. la violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. En Revista Redbioética/UNESCO. 2013; Año 4, 1 (7): 25-34. [Acceso: 18-09-2015] Disponible en: http://www.unesco.org/ushs/red-bioetica/fileadmin/ushs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
11. Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. [Acceso: 5-12-2012]. Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/07/convenio.pdf>.