



Universidad Nacional Autónoma de México

Posgrado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud. Campo de conocimiento en ciencias sociomédicas y humanidades en salud.
Doctorado en Antropología en Salud
Facultad de Medicina

Huellas de las morbilidades maternas extremas y violencias más allá del espacio clínico. Trayectorias de atención y queja médica como procesos hacia la construcción de ciudadanía reproductiva

TESIS

Para optar por el grado de
Doctora en Ciencias
Presenta

Graciela Beatriz Muñoz García

Directora de tesis

Dra. Lina Rosa Berrio Palomo

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
Pacífico Sur

Jurado de examen de grado

Dra. Ángeles Sánchez Bringas

Universidad Autónoma Metropolitana – Xochimilco

Dra. Montserrat Salas Valenzuela

Instituto Nacional de Nutrición

Dra. Mayra Lilia Chávez Courtois

Instituto Nacional de Perinatología

Dra. Guadalupe Fabiola Pérez Baleón

ENTS-Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, noviembre de 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

La presente disertación es el resultado de un conjunto diverso de voluntades e ideas. Agradezco a quienes durante estos años apoyaron de distintas formas este proceso; especialmente a las mujeres que participaron en la investigación por su complicidad, fortaleza para sobrevivir a las morbilidades maternas extremas y por levantar la voz mediante la queja médica para exigir a las instituciones respeto, dignidad y mejoras en la atención obstétrica en México.

Este estudio se llevó a cabo gracias a la beca del Programa Nacional de Posgrados de Calidad de CONACYT, el apoyo académico del Posgrado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, y las facilidades otorgadas por la Dirección de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Agradezco especialmente a Zuanilda Mendoza y Lina Berrio por dirigir este proyecto, por las reflexiones conjuntas y su amoroso acompañamiento a lo largo del posgrado; a Elia Nora Arganis y Yesenia Peña, por sus acertadas recomendaciones en cada una de las fases de la investigación; a Roberto Campos, Alfredo Paulo, Rosalynn Vega y Luis Alberto Villanueva por su apoyo y confianza.

Mi reconocimiento a Ángeles Sánchez Bringas, Mayra Chavez-Courtois; Fabiola Pérez, Monserrat Salas y a Carmen Rincón por su cuidadosa lectura y los valiosos aportes teóricos y metodológicos a la tesis.

Gracias a mis amigas y cómplices en la vida personal, académica y en la lucha feminista: Bianca Vargas, Karla Berdichevsky, Marta Martín, Paula Santana, Verónica Paredes, Arely Villarreal y Mónica Rascón.

Este trayecto no hubiera sido posible sin Bernardo Lámbarry, quien no ha dejado de apoyarme, alentarme y amarme en medio de la adversidad junto a Santiago, Eduardo, Esther y Paqui, mi amorosa familia.

Dedico este trabajo a mis padres, Eduardo Muñoz Covarrubias y Graciela García Caringelli, por una vida llena de cariño.

Es una pena que no puedan leer el resultado final de estos años de trabajo.

Descansen en paz.

Índice

Introducción	1
Capítulo 1. Punto de partida	9
1.1. Casos que marcan un precedente: Las rutas de la inconformidad en México.	10
1.2. Planteamiento del problema.	18
1.3. Preguntas de la investigación.	20
1.4. Objetivos.	20
1.5. Coordenadas para comprender el tema de investigación.	21
1.5.1. El sistema de salud, políticas públicas y programas de atención obstétrica.	21
1.5.2. Las morbilidades maternas extrema (MME).	31
1.5.3. Inconformidades por la atención médica: la queja CONAMED).	41
Capítulo 2. Ruta Teórico Metodológica.	48
2.1. Abordaje teórico.	48
2.1.1. Antropología médica y trayectorias de atención.	51
2.1.2. Antropología de la reproducción y las naturalizaciones invisibles.	62
2.1.3. Cuerpos múltiples y emociones.	67
2.1.4. Las violencias que se articulan durante la atención obstétrica.	84
2.1.5. Procesos de apropiación de los derechos y ciudadanía.	94
2.2. Abordaje metodológico.	99
2.2.1. Categorías de análisis.	99
2.2.2. Criterios de la investigación	101
▪ Inclusión.	101
▪ Exclusión.	101
▪ Eliminación.	101
2.2.3. Consideraciones éticas.	102
Capítulo 3. Estrategias de recopilación de datos y trabajo de campo	104
3.1. Encuentro etnográfico institucional: Comisión Nacional de Arbitraje Médico.	105
3.1.1. Trabajo de campo en la institución.	105
3.1.2. Descripción del proceso de queja médica.	107
3.1.3. Documentos que conforman el Expediente de queja médica.	110
3.1.4. Proceso de selección de casos de estudio.	111
3.1.5. Propuesta de análisis metodológico del expediente de queja médica.	113
3.2. Encuentros etnográficos con las mujeres.	118
3.2.1. Entrevistas semi-estructuradas: intimidas y procesos reflexivos.	118
3.3. Las herramientas diseñadas para la recopilación y sistematización de información.	120
Capítulo 4. Cinco mujeres: trayectorias de atención y queja médica.	121
4.1. Introducción.	121
4.2. Caso 1. Romina.	126
4.2.1. Antecedentes.	127

4.2.2. Trayectoria de atención.....	128
4.2.3. Trayectoria de queja médica.....	133
4.3. Caso 2. Viviana.....	134
4.3.1. Antecedentes.....	136
4.3.2. Trayectoria de atención.....	137
4.3.3. Trayectoria de queja médica.....	140
4.4. Caso 3. Maribel.....	142
4.4.1. Antecedentes.....	143
4.4.2. Trayectoria de atención.....	144
4.4.3. Trayectoria de queja médica.....	148
4.5. Caso 4. Rosa.....	150
4.5.1. Antecedentes.....	151
4.5.2. Trayectoria de atención.....	152
4.5.3. Trayectoria de queja médica.....	157
4.6. Caso 5. Luisa.....	159
4.6.1. Antecedentes.....	160
4.6.2. Trayectoria de atención.....	161
4.6.3. Trayectoria de queja médica.....	165

Capítulo 5. Las “huellas” de las morbilidades maternas extremas y las violencias marcadas en el cuerpo.....

5.1. Introducción.....	168
5.2. “Las huellas visibles”: secuelas físicas de las MME.....	170
5.2.1 Experiencias corporales vinculadas con el estado crítico de salud.....	172
5.2.2. Sangrado y secreciones.....	173
5.2.3. Naturalización y normalización del dolor físico, como forma de violencia.....	177
5.2.4. Daños funcionales relacionados al trauma obstétrico y la violencia.....	180
5.2.5. Extirpación uterina e infertilidad definitiva.....	182
5.2.6. Las cicatrices del género: la permanencia de las marcas de la atención médica en el cuerpo.....	184
5.3. Las “huellas invisibles”: consecuencias no físicas de las MME.....	185
5.3.1. La ruptura entre la expectativa y la experiencia en la atención.....	186
-Expectativas del nacimiento.....	186
-Expectativas de la atención institucional.....	189
5.3.2. Dimensión emocional – afectiva.....	193
- Las emociones encarnadas a partir de la atención obstétrica: miedo, ansiedad y culpa.....	194
- Ausencia de la menstruación e imposibilidad de otro embarazo.....	199
5.3.3. Dimensión social – relacional: hijos, pareja, familia.....	204
- Desapego y lactancia durante la hospitalización y la recuperación.....	204
- El aislamiento de las relaciones sociales y familiares.....	205
▪ - Consecuencias y reajustes familiares y de pareja: los silencios y los olvidos.....	207
5.3.4. Dimensión económico-laboral: mujer, pareja y familia.....	209
- Los gastos de bolsillo derivados de las morbilidades y sus secuelas.....	210
- Reincorporación de las mujeres a la vida laboral.....	211

5.4. Entre “lo visible y lo invisible”: las experiencias de violencia durante la atención médica	214
--	-----

Capítulo 6. La queja médica como búsqueda de la ciudadanía de las mujeres del estudio.....	217
6.1. Introducción.....	217
6.2. “No es lo mismo quejarse que denunciar”: las características del proceso de queja médica ante la CONAMED.	217
6.3. Motivaciones y expectativas de las mujeres al interponer la queja médica.	222
6.4. La experiencia institucional y significados que construyen las mujeres ante el resultado de su queja.	229
6.5. Pensando la ciudadanía reproductiva a partir la queja médica: procesos de apropiación y exigibilidad de derechos.	233

7. Conclusiones	238
------------------------------	------------

8. Anexos.	246
------------------------	------------

- Anexo 1. Guion de encuentro para las mujeres.
- Anexo 2. Guion de encuentro/dialógico con expediente de queja médica.
- Anexo 3. Cédula de registro base del expediente.
- Anexo 4. Consentimiento Informado.
- Anexo 5. Carta de confidencialidad firmada ante la CONAMED.
- Anexo 6. Gráficas trayectorias de atención y queja médica.

9. Relación de gráficos y tablas.	267
---	------------

- Gráfico 1. Sistema Nacional de Salud
- Tabla 1 Sistema de evaluación de triage obstétrico
- Gráfico 2 . Espectro de morbilidades maternas extremas respecto al total de gestaciones
- Tabla 2. Criterios para determinar casos de Morbilidades Maternas Extremas.
- Gráfico 3. Razón de Morbilidad Materna por cada 1000 nacidos vivos.
- Tabla 3. Estudios cuanti y cualitativos de MME.
- Gráfico 4. Esquema teórico.
- Gráfico 5. El cuerpo consiente: los tres cuerpos (Scheper Hughes & Lock; 1987).
- Gráfico 6. Triángulo y flujos de violencia de Galtung (2003).
- Gráfico 7. Violencia obstétrica: fenómeno sistémico y estructural.
- Gráfico 8. Proceso de construcción de la ciudadanía reproductiva Castro y Erviti (2014).
- Gráfico 9. Proceso de queja médica CONAMED.
- Tabla 4. CONAMED: Salas de especialidades médicas para atención de las quejas.
- Gráfico 10. Proceso de selección de los casos.
- Gráfico 11. Enfoque relacional/polifónico del expediente de queja médica.
- Tabla 5. Tabla casos de estudio. Datos generales.
- Tabla 6. Tabla casos de estudio: Derechohabiciencia y resultado de queja médica
- Gráfico 12. Trayectoria de atención: caso sin complicaciones.
- Tabla 7. Resumen historia reproductiva Caso 1

Gráfico 13. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 1. Romina. Tabla 8. Resumen de historia reproductiva Caso 2.
Gráfico 14. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 2. Viviana.
Tabla 9. Resumen historia reproductiva Caso 3
Gráfico 15. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 3. Maribel.
Tabla 10. Resumen historia reproductiva Caso 4
Gráfico 16. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 4. Rosa.
Tabla 11. Resumen historia reproductiva Caso 5
Gráfico 17. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 5. Luisa.
Gráfico 18. Factores que inciden en el ingreso de una queja médica.
Tabla 12. Quejas médicas de ginecología y obstetricia según distribución por grandes categorías de motivos, 2001-2015.
Tabla 13. Total de expedientes de quejas médicas CONAMED por MME (2013-2014).

10. Bibliografía268

Introducción

En los últimos diez años cada vez más medios de comunicación, miembros de la sociedad civil organizada a nivel nacional e internacional, académicos(as) y actores políticos de diferentes niveles se han interesado en abrir espacios de discusión y análisis para abordar el problema de las violaciones de derechos humanos y de los derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de salud.

En México instancias como la Comisión Nacional de Derechos Humanos, a partir del análisis de denuncias interpuestas por mujeres, ha emitido recomendaciones generales y específicas, que ponen en evidencia la magnitud del problema y los múltiples daños a la salud de las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos. Lo anterior está asociado a grandes carencias institucionales e implica una responsabilidad del Estado al no garantizar el respeto a los derechos de todas las mujeres (CNDH;2002,2017,2018, Castro y Erviti;2015, Sesia, Berrio, Bonfil y Díaz; 2018).

Una vía más para ingresar inconformidades sobre la atención médica es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la cual ha reportado que las especialidades médicas de ginecología y obstetricia se ubican en los primeros lugares de quejas médicas en el periodo de 2001 al 2015. Más del 11 por ciento del global de las quejas recibidas derivaron de problemas relacionados a la atención del embarazo, parto y puerperio (Fajardo-Dolci etl al. 2009, Fernández-Cantón y Rizo-Amézquita.;2018).

Análisis recientes de la CONAMED (2018) revelan que la mayoría de las quejas en ginecología y obstetricia se deben, entre otros aspectos, a deficiencias en la operación del Sistema Nacional de Salud, falta de personal capacitado en los diferentes horarios de atención generando sobrecarga para el personal especializado que se ve obligado a cumplir jornadas extendidas provocando cansancio, molestia y malas condiciones laborales que se reflejan en una menor calidad en la atención a las usuarias (Fernández-Cantón y Rizo-Amézquita;2018:33); esto coincide con las recomendaciones emitidas por las instancias de derechos humanos, que subrayan la necesidad de ofrecer una atención de calidad con calidez, que garantice la efectividad de los derechos de las mujeres (CNDH;2018).

Estudios críticos sobre las quejas médicas ante la CONAMED señalan que esta instancia se enfoca específicamente en identificar y compensar los daños ocasionados por la atención médica, bajo el argumento de que las quejas se originan por problemas técnicos y de calidad de la atención, sin considerar que éstas reflejan problemas mucho más amplios vinculados a la interacción humana del personal médico con los pacientes (Infante;2006:xii). El reducir las quejas médicas a problemas “técnicos”, sostiene Infante (2006) impide que se avance en un proceso integral de mejoras en las relaciones con los pacientes que conduzca a evitar la insatisfacción.

Las violaciones a los derechos de las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio inciden directamente en su salud y en la forma en la que estos procesos son vividos y significados. Para muchas de ellas, la atención obstétrica y el paso a la maternidad representan momentos positivos en sus trayectorias de vida, sin embargo, para millones de mujeres son *“sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte”*(OMS;2019), relacionado a diversas expresiones de maltrato y violencias ejercidas durante la atención, que además implican riesgos clínicos potencialmente letales.

La presente investigación, parte del análisis de las inconformidades ingresadas por mujeres que, sin ningún precedente de riesgo obstétrico, presentaron complicaciones extremadamente graves durante la atención obstétrica de su embarazo, parto y/o puerperio. Las quejas médicas analizadas son una de las vías extrajudiciales disponibles en México; éstas se presentan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud, especializado en resolver controversias civiles del sector salud público y privado, por la ruta de la asesoría, la conciliación y el arbitraje.

Con este estudio se busca evidenciar la relevancia de analizar las morbilidades maternas extremas y no únicamente los casos de mortalidad materna, como ha sido la tendencia en las últimas dos décadas; no únicamente por su dimensión sino por los efectos que tienen las morbilidades maternas en la calidad de vida de las mujeres, sus familias y comunidades. Se estima que del total de gestas anuales a nivel global, alrededor de 9 millones de mujeres sufren complicaciones severas que ponen en riesgo su vida, provocándoles secuelas y consecuencias graves a su salud (UNFPA: 2002 en Souza et.al. 2009). Las complicaciones

severas son aquellas en las que las mujeres son expuestas a alto riesgo de muerte, denominadas morbilidades maternas extremas (MME), ante las cuales se requiere una intervención médica urgente para prevenir el fallecimiento de la madre (Pattinson, 2003), es decir, son un estadio previo a la muerte materna (MM), si consideramos que la muerte materna es “la punta del iceberg”, las morbilidad serían la base de éste (Fortney y Smith,1996).

La MME, también conocida como complicación que amenaza la vida, morbilidad obstétrica severa o complicación potencialmente fatal (CPF) (Karolinski et.al.;2009), near-miss o severe acute maternal morbidity en inglés, se refiere a la categoría de morbilidad materna con episodios que amenazan la vida de la mujer, la cual permite ubicar a las mujeres que “casi fallecen” durante el embarazo y el parto, así como en el periodo de 42 días siguientes a la terminación del embarazo; incluye los daños, lesiones y complicaciones a la salud que se relacionan con o son agravadas por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Desde finales de la década de los ochenta y hasta el día de hoy, diferentes instancias civiles y gubernamentales, han dado seguimiento a las cifras y programas dirigidos a reducir las muertes maternas en el mundo (las tasas de mortalidad materna TMM y la razón de muerte materna RMM), considerado un índice de calidad de la atención de los sistemas de salud. Durante ese periodo y en diferentes foros se han logrado consensos internacionales globales¹ sobre la necesidad de establecer metas y acciones concretas dirigidas a mejorar la calidad de la atención materna, el acceso a la salud y la reducción de la mortalidad materna (MM). Ello se ha traducido en una serie de programas y políticas públicas que han contribuido en mayor o menor medida a reducir las muertes maternas en varias regiones, pero han dejado pendiente la visibilización y el análisis de los distintos factores que intervienen antes, durante y después de la atención materna en casos de complicaciones extremas. Las morbilidades maternas solo han sido exploradas desde la medicina y han quedado fuera del análisis integral y crítico de las ciencias sociales y sociomédicas, reduciendo el problema a un asunto biomédico y de salud pública.

¹ Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo realizada (1987), en la Cumbre a Favor de la Infancia (1990), la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), la Cuarta Conferencia sobre la Mujer (1995), la Cumbre del Milenio (2000) y en la Cumbre de Desarrollo Sostenible (2015)

Estimaciones señalan que cada año alrededor de 585 mil mujeres fallecen por causas relacionadas a la salud materna, presentando más de 50 millones de problemas de salud. Aproximadamente 300 millones de mujeres por año en el mundo sufren enfermedades y lesiones a corto y largo plazo vinculadas con la gestación, el parto y/o el puerperio (PRO-R02.52 Colombia; 2016:7).

Coincido con las posturas que desde el enfoque de derechos señalan que la mayoría de los casos de morbilidad materna a nivel global son evitables *“porque las intervenciones para prevenir sus causas más frecuentes son ampliamente conocidas, están probadas, disponibles y son costo-efectivas (OMS;2013)”* (Gruenberg en Díaz y Gruenberg;2016:20). El hecho de que actualmente se sigan presentando casos de morbilidades maternas extremas y muertes maternas que pudieron prevenirse, constituye graves violaciones a los derechos de las mujeres (ONU;2010 A/HRC/14/39.8, en Freyermuth;2013:89 y GTR;2017) por varios motivos; en primer lugar porque existe un alto nivel de tecnología médica y conocimiento clínico basado en evidencia suficiente para actuar en casos de emergencia obstétrica; por otra parte, a estas mujeres no se les está garantizando el acceso a servicios de atención a la salud materna con calidad y capacidad resolutive ante el riesgo de presentar complicaciones obstétricas. Son también una violación a sus derechos porque estos casos dan cuenta de deficiencias en la atención por parte de las instituciones de salud, tanto respecto a su organización como al uso de los recursos disponibles, todo ello vinculado con una distribución diferencial del acceso a la salud materna, tamizada por intersecciones como el género, la edad, la raza/etnia, el estatus y la clase socioeconómica, violando el principio de universalidad y equidad en el acceso a servicios de salud oportunos y de calidad para todas las mujeres, por mencionar algunos (Sesia y Schiavon;2013).

Los casos que presenta esta tesis doctoral muestran que el cursar un embarazo en países en vías de desarrollo como el nuestro, implica un riesgo a la vida y a sufrir complicaciones severas, disfuncionalidades crónicas y discapacidades diversas. Riesgos que no resultan exclusivos de mujeres en condiciones de pobreza, marginalidad y exclusión, en tanto incluye a mujeres con seguridad social que acceden a la red de hospitales públicos del

Sistema Nacional de Salud, residentes de centros urbanos, como la Ciudad de México, capital del país.

El problema de las morbilidades maternas extremas tiene varias aristas en el que intervienen factores macro, meso y micro sociales que impactan de manera directa los cuerpos femeninos, con consecuencias en la vida de las mujeres al salir de los hospitales, las cuales no han sido suficientemente exploradas. Estas morbilidades extremas y violencias durante la atención materna requieren ser visibilizadas desde un enfoque crítico. Sin embargo, más allá de exaltar el rol de víctimas de las mujeres, en este estudio interesa retomar el enfoque de los derechos humanos en salud sexual y reproductiva, que las ubica como sujetos activos y con derechos, analizando casos en los que las mujeres afrontan a las instituciones de salud por la atención recibida, tomando la ruta de la inconformidad.

La investigación se centra en mujeres con seguridad social que experimentaron morbilidades obstétricas severas y debieron ser intervenidas para realizarles una histerectomía o extirpación del útero, en medio de largos procesos marcados por situaciones de violencia o inadecuada atención. Ellas, de manera individual y sin vínculos con los movimientos de mujeres o las organizaciones civiles, presentaron quejas por estos casos ante la CONAMED y se autorizaron a sí mismas para exigir justicia y reparación de los daños generados por la atención de su embarazo, parto y/o puerperio cuyas complicaciones las llevaron al borde del fallecimiento, provocándoles lesiones y discapacidades importantes. Se trata de mujeres que desplegaron estrategias para que sus experiencias institucionales de atención reproductiva, el sobrevivir a las morbilidades maternas extremas y los daños generados por la atención médica recibida, trascendieran su experiencia individual y fueran analizados por las instancias correspondientes del Estado.

La propuesta de análisis aborda las quejas médicas como construcciones sociales que expresan insatisfacción de los pacientes, las cuales si bien, derivan de anomalías técnicas (errores, negligencia, impericia), son motivadas principalmente por experiencias negativas durante la atención, sustentadas por situaciones de maltrato, falta de comunicación, o de respeto a la dignidad de las mujeres por parte del personal de salud al interior de las

instituciones (Infante;2006). Ellos supone dirigir la atención a la perspectiva de quienes ingresan la queja, las mujeres en su calidad de sujetas de derechos, como ciudadanas.

Esta disertación parte la mirada antropológica para explorar las formas en que las experiencias en la trayectoria de atención médica del embarazo, parto y puerperio se relacionan con procesos de apropiación de los derechos, factores que inciden en la autorización que las mujeres se dan a sí mismas para inconformarse ante las instituciones en la construcción de su ciudadanía reproductiva.

Asimismo, busca visibilizar el carácter disruptivo de las morbilidades maternas extremas evitables en las vidas y los cuerpos de mujeres; planteamiento que lleva consigo una reflexión sobre los impactos a corto y largo plazo de las relaciones de poder y las violencias que se intersectan durante la atención institucionalizada del embarazo, parto y puerperio, la responsabilidad del Estado en diversas acciones y omisiones que constituyen violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y, sobre las estrategias que ellas despliegan para exigir la reparación del daño, mediante la vía extrajudicial de las quejas médicas interpuestas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED.

Este análisis cualitativo de corte interpretativo, se desarrolló en el periodo de 2014 a 2020, en la Ciudad de México a partir de la revisión de expedientes de queja médica de la CONAMED y con información de primera mano generada por entrevistas semi-estructuradas realizadas durante el trabajo de campo con mujeres que ingresaron quejas ante dicha Comisión.

El trabajo se presenta en cinco capítulos: **Capítulo 1. Punto de partida** inicia con el planteamiento del problema, las preguntas de investigación, los objetivos centrales y presenta los antecedentes. El **Capítulo 2. El Abordaje teórico-metodológico**, muestra en un primer apartado los ejes epistemológicos y los conceptos principales para el análisis. El segundo apartado está enfocado las categorías de análisis; explica la estrategia metodológica utilizada desde el análisis de los expedientes de queja médica, la sistematización de los datos extraídos de ellos y cómo fue decantada la información para la selección de cinco casos de estudio que se presentan. Asimismo, se describen las características, condiciones y herramientas utilizadas durante los tres periodos de trabajo de campo.

A lo largo del **Capítulo 3. Trayectorias de atención y queja: Cinco mujeres sobrevivientes a la morbilidad materna extrema**, se presenta una reconstrucción analítica de los casos, desde el enfoque de la antropología médica. Se describe y analiza el recorrido de cinco mujeres en las instituciones de salud para la atención de sus procesos reproductivos; la reconstrucción de las trayectorias de atención médica inician con la confirmación del embarazo, la atención durante el parto y el postparto e incluyen las condiciones y características en las que se presentaron las morbilidades maternas extremas y la atención de las secuelas derivadas de las complicaciones obstétricas, así como el papel de la pareja y las redes familiares de apoyo y las emociones vividas por las mujeres. De este recorrido y a partir de las experiencias particulares de cada una de las mujeres, se describen las trayectorias de búsqueda de reparación del daño y justicia que las llevaron a interponer una queja médica ante la CONAMED, como una ruta más que se entrelaza con la de atención; se busca desentrañar los significados, expectativas y motivaciones del proceso de queja, desde el ingreso hasta la conciliación de las partes implicadas y/o la emisión del laudo.

El **Capítulo 4. Las huellas encarnadas en los cuerpos maternos: morbilidades y violencias**. Analiza las consecuencias a corto y largo plazo de las experiencias de atención médica desde la perspectiva de las mujeres. A lo largo del capítulo, se recuperan las narraciones de las mujeres al describir las “huellas físicas y no físicas” que dejaron a su paso las morbilidades y las formas y daños de la violencia en sus cuerpos derivados de la atención médica recibida.

En el primer apartado se describen huellas o secuelas físicas/visibles, aquellas perceptibles en los cuerpos, en lo material que pueden “leerse” a través de los múltiples daños a la salud, cicatrices, disfuncionalidades y discapacidades permanentes. En un segundo apartado, se exploran las consecuencias o huellas que no son tan evidentes, las que viven las mujeres de manera más íntima y que se presentan de forma velada, principalmente porque sus cicatrices no son físicas ni clínicamente medibles pero que pueden estar impactando multidimensionalmente sus vidas y relaciones.

Por último, el **Capítulo 5. La queja médica como proceso de ciudadanía de las mujeres del estudio** muestra un análisis crítico del proceso de queja médica ante la

CONAMED, como una vía de búsqueda de justicia desplegada por las mujeres del estudio. A lo largo del capítulo, se presenta una reconstrucción etnográfica del proceso de queja médica, propone un modelo conceptual de las motivaciones, expectativas y los significados que las mujeres han construido a partir de la conclusión de la queja médica y, se debaten los alcances y efectos de esta ruta de inconformidad. Se busca aportar evidencia etnográfica de las posibles estrategias de apropiación del cuerpo femenino, de sus propios derechos sexuales y reproductivos y sus derechos a una ciudadanía reproductiva.

Finalmente, en la conclusión se exponen algunas reflexiones derivadas del análisis, se responden las preguntas de la investigación poniendo a discusión los datos etnográficos a la luz de los conceptos centrales; en el cierre de la investigación se exponen las aportaciones, teóricas y metodológicas del estudio a los debates contemporáneos en el tema.

Capítulo 1. Punto de partida

Esta investigación coincide con los aportes de Haraway (1995; 1993) quien distanciándose de las posturas de neutralidad, universalidad y autonomía de la producción del conocimiento científico moderno, señala que todo conocimiento es parcial y localizado, debido a que surge en un lugar socio histórico, político y cultural definido, cuyas particularidades son determinadas por los sujetos y grupos situados en los contextos desde donde se generan. Esta perspectiva crítica conlleva una *objetividad encarnada* que reconoce la parcialidad, las diferencias y da cuenta de las desiguales distribuciones de poder en que se conforman:

“Yo quisiera una doctrina de la objetividad encarnada que acomode proyectos de ciencia feminista paradójicos y críticos: la objetividad feminista significa, sencillamente, conocimientos situados” (Haraway; 1995: 324)

El plantear preguntas y buscar respuestas a ellas, requiere un posicionamiento teórico y una serie de estrategias metodológicas que se operacionalizan en el campo a partir de interacciones, de relaciones dinámicas entre el/la investigadora y el/las sujetas del estudio, lo que implica que se reconozcan las subjetividades de una y de las otras, estableciendo diálogos y significados intersubjetivos. Durante el proceso metodológico, lejos de presuponer una distancia fría con el objeto de estudio y los/las sujetas, supone una *reflexividad fuerte* (Harding; 1987 y 1993), es decir, una participación comprometida con las personas que participan en el estudio y con los efectos que provoca la investigación.

Esta investigación surge de reflexiones conjuntas, con mujeres sobrevivientes de morbilidades maternas, académicas y médicos(as) que han expresado el problema de la invisibilización de las mujeres que “casi fallecen” durante la atención de sus procesos reproductivos y se inspira en la lucha de mujeres que han trazado estrategias de búsqueda de justicia y reparación del daño mediante diferentes vías.

El análisis que se expone a continuación ha sido tamizado por mi perspectiva y experiencia subjetiva como mujer, como feminista, como antropóloga, como madre y como usuaria de los servicios públicos de atención a la salud en la Ciudad de México.

1.1. Casos que marcan un precedente: Las diferentes rutas de la inconformidad en México

“Durante la lenta recuperación, frente a tanto maltrato, lo único que quiero es morirme. De mi vagina sigue escurriendo pus...además, soy estéril. Mi familia, para consolarme, me dice que no soy ni la primera ni la última a la que le sucede esto, que ya me olvidaré de esta pesadilla, que me resigne.

Y es allí, en medio del dolor físico y moral, de la rabia y la impotencia, que me pregunto: a las que ahora son niñas y un día decidirán ser madres, ¿les va a suceder lo mismo que a mí?

¿Hasta cuándo vamos a esperar para denunciar, hablar, exigir?”

(Rincón en Bunch et.al. 2000:116-17)

El 6 de septiembre de 1994, durante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, en el marco del Foro de Organizaciones No Gubernamentales se intercambiaron reflexiones en torno a los derechos humanos y la salud reproductiva de las mujeres en el mundo. Entre los testimonios presentados está el de una mujer mexicana que relató su traumática experiencia de atención materna en la cual falleció su hija durante la atención del parto y ella presentó alto riesgo de muerte con secuelas como infertilidad irreversible por extracción de útero y ovarios, daños renales e impactos en diferentes esferas de su vida. En ese foro con asistentes de todo el mundo, ella describió cómo la atención médica que recibió ha transformado radicalmente su vida sexual y de pareja, sus relaciones familiares, su forma pensar el cuerpo femenino, la reproducción y la maternidad, su situación económica y académica e impulsó su interés por involucrarse en el activismo político feminista en pro de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en nuestro país (Rincón en Bunch et.al. 1999).

Carmen a los 28 años de edad presentó un embarazo sano, al sentir contracciones fue atendida por su médico en un hospital privado en la capital del Estado de Hidalgo, con el que había llevado el control prenatal desde el inicio del embarazo. El médico para inducir el nacimiento vía vaginal, le administró medicamentos oxitócicos, sin embargo, excedió la dosis que ella podía resistir, provocando tetanización de las fibras musculares uterinas,

la contracción permanente del útero y asfixia del producto. Finalmente le realizó una cesárea de urgencia para sacar a la bebé sin vida. Tres días después, Carmen fue dada de alta del hospital, pero ocho días más tarde, durante la revisión de los puntos de la cesárea, el médico corroboró que ella presentaba fiebre y flujo vaginal fétido, ambos signos de infección, por lo que recomendó que la ingresaran al servicio de urgencias de seguridad social (IMSS-Pachuca), porque él salía de vacaciones y no podría atenderla en el ámbito privado.

Ante esta situación los familiares de Carmen iniciaron una búsqueda de atención; un médico privado accedió a revisarla, aunque insistió que estaba muy delicada de salud y en alto riesgo de complicaciones extremas. Este segundo médico la ingresó al hospital y después de administrarle antibióticos por vía intravenosa por 24 horas y sin poder combatir el estado séptico generalizado que presentaba, le realizó una histerectomía total (la extracción del útero) y Ooforectomía (extirpación de ovarios). Carmen permaneció hospitalizada tres semanas más, con tratamiento antibiótico, sufrió daño renal, fue una recuperación dolorosa y lenta, que la indujo a un estado depresivo severo. Sin embargo, con apoyo de su pareja inició una larga búsqueda de justicia (Bunch et.al. 2000. Meza y Alcalá; 2000)

“¡en 1987 no... no había en donde quejarse...no existía la CONAMED...la violencia obstétrica no era un delito...no había ningún espacio para ser escuchada... para buscar justicia y que se hicieran responsables, no se esperaba una reparación del daño!”

Señaló Carmen al comentarle que iniciaría mi proyecto de tesis doctoral sobre mujeres que presentaron morbilidades maternas extremas y que ingresaron quejas ante le CONAMED, recordando que en la búsqueda de justicia y reparación del daño, ella se enfrentó a un sistema judicial que desconocía la forma de recibir y procesar la demanda, con obstáculos de todo tipo, tanto de los abogados que la rechazaban y los que la representaron ante los juzgados como de los funcionarios del sistema. Al seguir la vía jurídica, gastó energía, tiempo y dinero en estudios, dictámenes, asesorías, servicios de representación y defensoría legal. La demanda se ingresó ante el Juez del Estado en contra del médico privado que atendió su parto y que después se fue de vacaciones dejándola desprotegida; el proceso duró de marzo de 1988 a 1992, periodo durante el cual él, respaldado por el gremio médico del estado, se defendió ingresando un juicio de amparo, lo que alargó los

tiempos del proceso. Después de cinco años de haber sufrido la mala atención médica, el Juez le dio la razón a Carmen determinando, según la última modificación de la sentencia, una multa económica a favor del Erario por el delito de lesiones culposas, prisión de 3 años 6 meses, la suspensión del ejercicio profesional por 6 meses y el pago económico a la agraviada por reparación del daño y lesiones (Meza y Alcalá; 2000).

Paralelo al proceso judicial, Carmen siguió una ruta extrajudicial de denuncia pública, ella literalmente se paró en las oficinas de los principales periódicos para dar a conocer su caso, con lo cual atrajo la atención de periodistas locales y nacionales quienes siguieron paso a paso la demanda y las reacciones de los diferentes grupos que se involucraron en el debate, generando una presión política importante. Mujeres activistas como Marta Lamas y Elena Poniatowska² hicieron declaraciones públicas apoyando el proceso de búsqueda de justicia por las violaciones a los derechos de Carmen y buscaron que el caso dejara de ser individual para volverlo una denuncia colectiva, en la que se involucraron organizaciones de derechos humanos y grupos feministas; fue un proceso que impactó y polarizó a la comunidad médica y a la sociedad hidalguense.

“no sólo está en cuestión el caso de Carmen...son incontables las mujeres mal atendidas en México quienes quedan estériles o con complicaciones”
(Poniatowska; La Jornada; 26 de marzo de 1990 en Alcalá y Meza;2000).

Sin embargo, no todas las mujeres optan por la vía judicial para emitir sus inconformidades por la atención obstétrica recibida en nuestro país, ya sea por falta de apoyo familiar, insuficiencia del presupuesto para los gastos de médicos y de los abogados o por desconfianza en las instituciones de impartición de justicia, por mencionar algunos de los múltiples motivos por los que las mujeres en este país, no se quejan.

Algunas de ellas ingresan de manera individual denuncias ante las Comisión Nacional de Derechos Humanos o las Comisiones Estatales; quienes han emitido recomendaciones generales y específicas dirigidas a las autoridades federales y locales para mejorar la atención y el trato hacia las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos.

² Elena Poniatowska publicó en el diario la Jornada en 26 de marzo de 1990 un artículo titulado *¿Justicia en Pachuca?* En el que expresa su solidaridad con Carmen “no sólo una mujer completa, sino íntegra y valiente”; a lo largo del texto cuestiona no solo el quehacer del Gineco obstetra implicado sino en general del gremio médico y del sistema de procuración de justicia (Poniatowska;1990). Ver debate sobre el papel del caso en los medios de comunicación mexicana en tesis de Alcalá Contreras M. y Meza Escorza TE (2000).

Otro de los casos es el de Raquel, quien en 2016 presentaba un embarazo sano y a término y en su trayectoria de búsqueda de atención sufrió multi-rechazo hospitalario en la Ciudad de México, generando complicaciones a su salud y la de su hijo; fue sometida a una cesárea de emergencia después de una importante demora en la atención (nueve horas después de su ingreso a Toco cirugía), provocando el fallecimiento del bebé; además la cesárea generó complicaciones a la salud de Raquel, por lo que fue trasladada a un tercer hospital en donde permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos, fue sometida a un procedimiento quirúrgico sin su consentimiento previo e informado, para finalmente 19 días después ser dada de alta con graves daños a su integridad:

“Los hechos que motivaron los puntos recomendatorios forman parte del contexto de invisibilización de la violencia obstétrica, como un patrón de violencia institucional en contra de las mujeres, en razón de género, y evidencian la falta de perspectiva y enfoque de género en el actuar cotidiano de las autoridades de la Ciudad de México (CNDHCM Recomendación 05/2019)³.

Esta recomendación emitida en 2019, fue la primera en la cual la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México reconoce a la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional contra la mujer, y no como un asunto exclusivo de violación al Derecho a la Salud, marcando un precedente importante.

Otra de las vías alternativas de búsqueda de justicia y reparación del daño, son los denominados “litigios estratégicos” también llamados litigios de interés público o de alto impacto, por su traducción del concepto *impact litigation* en inglés.

Los litigios estratégicos son procesos por la vía jurídica o de derechos humanos nacional y/o internacional para apoyar a víctimas por las violaciones de sus derechos humanos y que tienen como objetivo lograr un efecto significativo en las políticas públicas, la legislación y la sociedad civil (Correa; 2008 en Coral-Díaz et.al. 2010).

En el caso mexicano, encontramos procesos impulsados por organizaciones de la sociedad civil para apoyar a mujeres que buscaron atención materna durante el embarazo, parto y/o puerperio en alguna instancia del sistema nacional de salud. Sesia (2016) presentó un

³Esta Comisión había emitido (antes de 2016) ocho recomendaciones sobre salud materna y tres más sobre violencia obstétrica; no obstante, el caso de Raquel en 2019 es la primera que reconoce la violencia obstétrica como una forma de violencia institucional contra la mujer. Disponible en: <https://cdhcm.org.mx/2019/07/recomendacion-05-2019/>

análisis de los procesos promovidos durante el periodo de 2013 a 2014, identificando ocho casos que fueron llevados ante los tribunales federales, la Comisión Nacional de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, cuyas resoluciones o recomendaciones tienen implicaciones de exigibilidad del Estado Mexicano y sus instituciones, debido a que se presentan en el marco de un Estado de derecho democrático con la responsabilidad de promover, defender y respetar los derechos humanos y ciudadanos.

Uno de los casos emblemáticos de “judicialización de la salud materna” (Sesia;2016:73), fue el impulsado por el Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE) a favor de Irma, una mujer indígena mazateca que en 2014 asistió a un Centro de Salud en Oaxaca, fue revisada por una enfermera quien le dijo que aún no estaba en trabajo de parto, ante el rechazo institucional Irma salió y al poco tiempo parió a su hijo en el patio, a unos metros de la entrada al Centro de Salud. La imagen de Irma pariendo al aire libre fue captada y publicada en medios de comunicación masiva, lo que derivó en una queja de oficio de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

GIRE en acuerdo con Irma, asumió su representación legal para ampliar la recomendación de la CNDH señalando que lo ocurrido fue un caso de violencia obstétrica, puesto que fueron vulnerados sus derechos a la integridad personal, a la salud, a la igualdad y a la no discriminación, tanto de ella como del recién nacido (GIRE;2014). La estrategia utilizada por GIRE fue tanto jurídica como extrajurídica; la vía jurídica se llevó a cabo mediante un juicio de amparo contra la CNDH por considerar que la recomendación emitida por el caso de Irma, no estipulaba de manera clara y directa las formas de *reparación del daño* y las medidas de *no repetición* entre otras inconsistencias señaladas por GIRE como vulneraciones a los derechos de las víctimas de violencia obstétrica institucional. El juicio no fue declarado a favor de Irma y GIRE, pero la organización logró fortalecer la vía extrajudicial, mediante diversas estrategias de presión política, a través de la visibilización y la difusión en medios de comunicación; también lograron un convenio de reparación del daño a Irma y su hijo negociando directamente con el Gobierno Estatal; finalmente todo el proceso de judicialización se vió fortalecido con la alianza de diversas organizaciones civiles en torno al caso (Sesia;2016;100-1).

Esta estrategia intencional de GIRE, utilizando el argumento de violencia obstétrica en el caso de Irma, tuvo como propósito fortalecer la premisa de que no es un caso único ni aislado y señalando que “¡como ella hay otras mujeres en México!”. El caso de Irma representa a una gran diversidad de mujeres cuyos derechos son vulnerados por el Estado, no de manera incidental o anecdótica sino bajo la lógica de un sistema que a nivel estructural normaliza la violencia hacia estas mujeres:

“Ante la CNDH y la CIDH, se argumentó la negación al derecho a la atención obstétrica de Irma como una situación emblemática de violaciones sistemáticas que sufren las mujeres parturientas, de escasos recursos e indígenas por parte del sistema público de salud” (Sesia;2016:93)

A partir del caso y mediante la actuación de las abogadas de GIRE, ejecutando tanto estrategias judiciales y extrajudiciales de búsqueda de justicia, se obtuvieron resultados relevantes como la reparación integral más allá de lo económico; el sistema público aceptó su responsabilidad en las violaciones incurridas y se lograron transformaciones concretas en el sistema de atención, como ejemplo de esto se determinó la política “*cero rechazo*” a mujeres embarazadas que soliciten atención materna, por retomar algunas de las aportaciones analíticas al respecto (Sesia;2016).

La presente investigación, explora otra de las rutas de la inconformidad en nuestro país; se trata de las quejas médicas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

En 2016, al cumplirse 20 años de la creación de la CONAMED, el Comisionado Lic. Onofre Muñoz Hernández, propuso un análisis crítico de diversos aspectos del quehacer institucional de la Comisión. Señaló que este órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, surgió en 1996 para ofrecer mecanismos alternativos para la solución de controversias en el sistema nacional de atención a la salud y mejorar la calidad de la atención médica en México. Subrayó que son dos los factores que motivaron la creación de la Comisión, por un lado, el acelerado desarrollo y la integración de nuevas tecnologías de atención a la salud que, si bien ayudan al perfeccionamiento de la calidad diagnóstica médica, también incrementan el riesgo de recurrencia de errores y eventos adversos; por otro lado, desde el gremio médico y la política pública la CONAMED tenía como objetivo contrarrestar los efectos, desde su perspectiva potencialmente “negativos”, de la creciente

“judicialización de los conflictos derivados del acto médico”, que generaba intranquilidad entre la comunidad médica, por un “supuesto incremento” de la “industria del litigio médico”:

“Para el sistema de salud la incidencia de estos dos factores representaba una enorme amenaza; por un lado, “justificaba” la aplicación de una práctica médica “defensiva”, sobre la cual ya en ese entonces existía plena evidencia de sus efectos negativos en la calidad técnica de la atención, al incrementar significativamente sus costos y la falta de apego a la lex artis⁴ médica. Por otra parte, en la dimensión interpersonal de la atención a la salud, empezaban a aparecer indicios claros de un deterioro en las relaciones del personal de salud con los pacientes y sus familiares a partir de una desconfianza creciente entre ambas partes” (Muñoz Hernández, Onofre y Meijem Moctezuma, José en CONAMED;2016: 9-10).

En concordancia con los cambios en el entorno nacional e internacional, la Comisión ha admitido la necesidad de transformarse, de reconocer a la salud como un derecho humano y ha asegurado que el esquema de arbitraje médico, esencialmente conciliatorio, tiene como propósito tutelar el derecho a la protección de la salud, la seguridad del paciente y mejorar la calidad de los servicios médicos (CONAMED;2016:10). Es decir, la Comisión ha asumido oficialmente su responsabilidad de garantizar los derechos humanos a los usuarios del sistema nacional de salud, lo que conlleva a intervenir expresamente en este sentido, en los casos de inconformidades y quejas médicas.

Sin embargo, la producción de estudios sobre las quejas médicas en México son escasos y suelen enfocarse en el análisis cuantitativo de los datos emitidos por la Comisión, también se encuentran estudios de caso sobre el proceso de queja médica desde la perspectiva

⁴ La *lex artis ad hoc* es un concepto del Derecho Sanitario y en él descansa la definición del marco general de actuación del profesional, técnico y auxiliar de las disciplinas para la salud: definiciones como la de Luis Martínez Calcerrada señalan que *Lex artis ad hoc* es: “El criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria -, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida.”... El artículo 2º del Reglamento de procedimientos para la atención de quejas médicas y gestión pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, expresa a la letra: PRINCIPIOS CIENTIFICOS DE LA PRÁCTICA MEDICA (LEX ARTIS MEDICA).- El conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo” en “¿Qué es la *lex artis ad hoc*?” (CONAMED; 2006).

clínica y jurídica y en menor medida análisis con un abordaje social⁵. Sin embargo, estudios como el de Infante (2006), proponen un planteamiento distinto, en el que se señala que “nada tienen que ver las quejas y demandas médicas con la práctica de una medicina defensiva”.

Desde esta perspectiva y después de analizar puntualmente el origen teórico y empírico de las quejas médicas, los procedimientos y los expedientes de queja médica en la CONAMED, Infante sostiene que este mecanismo de denuncia no está determinado exclusivamente por errores y negligencia médica, sino que las quejas médicas son, antes que nada, un problema social que da cuenta de una amplia gama de conflictos que se desprenden de la interrelación entre el/la paciente y los médicos, de los/las usuarios(as) con las instituciones, desgastados por la burocracia. En este sentido agrega la necesidad de utilizar el enfoque social al abordar el problema:

“Naturalmente se identifican problemas de atención médica atrás de las quejas, muchos de los cuales son, de manera lamentable, frecuentes...Sin embargo...Lo que sí muestra el análisis de las quejas, desde el enfoque de las ciencias sociales, es el modo en que la población experimenta la atención médica y cómo aquella enfrenta las dificultades que ahí encuentra...Los pacientes comprenden y pueden llegar a perdonar muchos errores médicos, lo que no perdonan es el maltrato y que no se les informe qué está pasando o qué sucedió. El respeto y la dignidad conforman el requerimiento de los individuos en la mayoría de las quejas” (Infante;2006:xi-xii)

Esta óptica incorpora al análisis a los usuarios de los servicios del sistema nacional de salud, al no reducir las quejas médicas a un mecanismo dedicado a identificar anomalías técnicas durante la atención médica y responder mediante la compensación del daño generado, principios centrales de la bioética y la práctica médica, sino ampliando su espectro al analizarlas como construcciones sociales de los pacientes sobre experiencias insatisfactorias de atención, en los que intervienen múltiples factores sociales que se concretan en el encuentro clínico como: la interrelación institucional, la comunicación entre el personal de salud y los usuarios de los servicios e incluso una serie de expectativas del modelo de servicio médico construido por los usuarios y expectativas no cumplidas en la propia experiencia al transitar por las instituciones de salud (Infante;2006:xiii).

⁵ Ver Revista CONAMED (publicaciones 1998-2020)

1.2. Planteamiento del problema

El problema central en el que se enmarca esta investigación es la falta del reconocimiento pleno de las mujeres como ciudadanas, con capacidad de agencia y autonomía sobre su cuerpo, su sexualidad y sus procesos reproductivos. La ubicación de las mujeres en el sistema social, político y económico actual no reconoce el ejercicio pleno de las mujeres sin distinción, no garantiza la igualdad sustantiva ni sus derechos sociales, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

Los casos de Carmen, Raquel e Irma, muestran por un lado, a mujeres urbanas e indígenas de diversos contextos socioeconómicos y culturales, quienes con o sin derechohabencia a los servicios de seguridad social, se encuentran expuestas -en mayor o menor medida- a la violación normalizada de sus derechos sexuales y reproductivos durante la atención obstétrica en México; por otro lado, revelan las estrategias implementadas por estas mujeres en busca de reparación del daño, reconocimiento de sus derechos y acceso a la justicia. En palabras de Petchesky y Judd (2006) estas mujeres “construyeron una voz que les permitió hablar de su propio cuerpo”, a través de procesos de apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos, situados en experiencias y contextos particulares.

Si bien todas las mujeres somos sujetas de derechos y éstos están estipulados y respaldados por acuerdos internacionales y nacionales, no necesariamente son asumidos colectiva o individualmente, ni tampoco son garantizados por las instituciones y los Estados, incluidas las instancias de atención a la salud.

Los derechos son una serie de normas que, entre otros aspectos, avalan la igualdad y nivel máximo de bienestar, salud y desarrollo para las personas, pero están ubicados en un nivel macrosocial y no siempre son manifiestos, tangibles y exigibles; es al nivel meso y micro social que las personas otorgan significados cotidianos a los derechos y buscan hacerlos efectivos según sus posibilidades definidas por las condiciones de vida atravesadas por la edad, el género, la raza, la adscripción étnica y otros aspectos culturales, históricos, económicos y políticos.

Las mujeres requieren libertades y el reconocimiento de sus derechos para experimentar un embarazo sin que ello represente un riesgo de perder la vida, la interrupción voluntaria

de un embarazo y experiencias positivas del parto para poder participar plenamente en la vida social y comunitaria. Los derechos de las mujeres al mayor grado de calidad y calidez en la atención a su salud sexual y reproductiva son indispensables para reivindicar el lugar central que ocupan las mujeres en el sistema social, económico y político.

Es prioritario aportar elementos de análisis sobre la morbilidad materna potencialmente letal, entre otros aspectos debido a que la evidencia científica señala que tanto estas morbilidades que derivan en casos de muerte materna son evitables, suelen presentarse relacionadas con acciones u omisiones por parte del personal médico: falta de organización y coordinación del personal, situaciones de negligencia, incompetencia o impericia durante la atención médica. Asimismo, estudios revelan que se han incrementado los riesgos de morbimortalidad materna debido a la híper medicalización del nacimiento, la naturalización del dolor y de control sobre los cuerpos femeninos en las instituciones de salud que operan sin alinear sus protocolos y prácticas a las recomendaciones de las instancias internacionales para la atención técnica adecuada y la experiencia positiva del parto establecida por la Organización Mundial de la Salud (2018)⁶ para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030⁷.

Además, el analizar las quejas médicas en un sentido amplia, como hechos sociales (Infante;2006) y no como únicamente como trámites de para la conciliación de los conflictos derivados del acto médico entre usuarios y prestadores de servicios, puede significar aportes tanto para la práctica médica y la salud pública sino también visibilizar la perspectiva del paciente como sujetos de derechos.

En la presente investigación, se analizan casos de mujeres quienes presentaron morbilidades maternas extremas e ingresaron inconformidades extrajudiciales por la atención médica recibida, mujeres que utilizaron “su voz” para quejarse ante las instituciones del Estado y busca responder a las siguientes preguntas de investigación:

⁶ OMS 2018. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar.

⁷ <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

1.3. Preguntas de la investigación

A partir de la experiencia de atención obstétrica de las mujeres del estudio:

1. ¿Cuáles son los factores que intervienen para que las mujeres se reconozcan como sujetas de derechos, se autoricen a sí mismas para interponer una queja médica
2. ¿el ingresar una queja médica supone un proceso de apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos y de constitución de ciudadanía reproductiva?
3. ¿Qué características y puntos de inflexión definen las trayectorias de atención del embarazo, parto y puerperio y de queja médica de las mujeres?
4. ¿Cuáles son las secuelas y consecuencias de las morbilidades maternas extremas sobre sus cuerpos y sus vidas?
5. ¿Cómo se relacionan las violencias durante la atención obstétrica con las quejas médicas?

1.4. Objetivos

1. Comprender los procesos en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, los derechos y la ciudadanía reproductiva de mujeres urbanas con experiencias de atención médica del embarazo, parto y puerperio con alto riesgo de muerte y que ingresaron quejas médicas ante la CONAMED.
2. Re construir y distinguir las trayectorias de atención del embarazo, parto y puerperio en mujeres que presentan MME, visibilizando los daños a la salud y sus impactos a vida cotidiana de las mujeres.
3. Analizar y visibilizar la normalización de las violencias hacia las mujeres durante la atención del embarazo, parto y puerperio y sus vínculos con las trayectorias de queja médica.

1.5. Coordenadas para comprender el tema de investigación.

1.5.1. El sistema de salud, políticas públicas y programas de atención obstétrica.

En 2013⁸ el Consejo Nacional de Población, estimó que en nuestro país, la población era de 118.4 millones de personas, de las cuales más de la mitad eran mujeres, proporción que no ha variado en los últimos años. Actualmente la población aproximada en México es de 125 millones de personas, de las cuales 63.9 millones son mujeres (CONAPO;2013 y 2018).

En términos generales el desarrollo demográfico en México muestra un descenso en la mortalidad tanto en hombres como mujeres; un incremento en la esperanza de vida y una disminución de la fecundidad, lo cual responde a una serie de políticas públicas y programas implementados para reducir el crecimiento poblacional, mediante el control de la reproducción. En la década de los setenta, las cifras indicaban que cada mujer tenía aproximadamente siete hijos, a diferencia de 2.22 hijos por mujer en 2013. La tasa global de fecundidad descendió drásticamente y la tendencia es que continúe esta reducción (CONAPO; 2010; CONAPO; 2013). En 2016 se registraron 2.3 millones de nacimientos a nivel nacional, principalmente atendidos en las diferentes unidades y niveles de atención del Sistema Mexicano de Salud.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE;2016) ha reportado que México enfrenta necesidades de atención en salud complejas y retadoras, en el marco de un panorama epidemiológico preocupante, el cual refleja múltiples desigualdades que afectan a los colectivos sociales con mayores vulnerabilidades, incluidas las mujeres.

El acceso a atención médica es uno de los derechos humanos y constitucionales principales. Según las cifras de la encuesta Intercensal realizada por el INEGI en 2015, 82.2% de las mujeres en nuestro país se encuentran afiliadas al menos a una institución o programa de salud pública del sistema nacional de salud (INEGI/INMUJERES, 2018)⁹.

⁸ He tomado las cifras de 2013 para ubicar el contexto en el que las mujeres de los casos de la investigación presentaron sus embarazos, partos y puerperios complicados; siempre revisando las cifras actualizadas.

⁹ Por entidad federativa, San Luis Potosí, Nuevo León, Campeche, Colima y Zacatecas registran la mayor proporción de población afiliada (hombres y mujeres) a alguna institución o programa de salud. Por el contrario, los menores porcentajes se presentan en Michoacán, Ciudad de México, estado de México, Veracruz y Puebla (INEGI/INMUJERES; 2018)

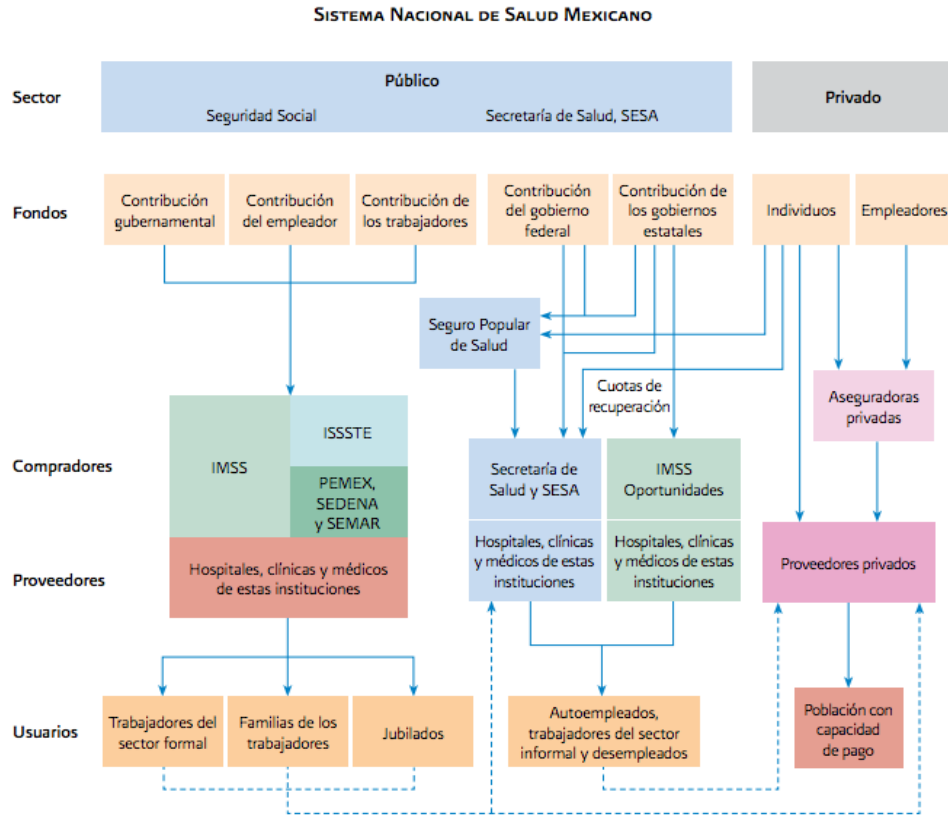
Estas cifras son resultado de una serie de políticas del Estado implementadas por el sistema mexicano de salud, el cual se estructura a partir de dos grandes sectores, el público y el privado. El sector público está formado por las instituciones de seguridad social: 1. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 3. Petróleos Mexicanos (PEMEX), 4. Secretaría de la Defensa (SEDENA), 5. Secretaría de Marina (SEMAR) y las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social: Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (SESA), Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud (SPS).

Por su parte, el sector privado comprende tanto a las compañías aseguradoras como a los prestadores de servicios de atención, quienes establecen una relación contractual de servicios en salud con cualquier persona que pague por ellos.

La población que atiende el Sistema de Salud se divide en tres grupos de beneficiarios: a) los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; b) los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias, y c) la población con capacidad de pago. (Gómez-Dantés et. al.; 2011:S224).

Entre las instancias públicas, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre a más del 80% de la población de trabajadores del sector formal, activos y jubilados y sus familias, a través de sus unidades médicas y una estructura presupuestaria tripartita conformada por aportaciones del Estado, de los empleadores y de los trabajadores. El 18% de esta población, es atendida por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los servicios médicos para los empleados de PEMEX, SEDENA y SEMAR en conjunto se encargan de proveer de servicios de salud a 1% de la población con seguridad social (Gómez-Dantés et. al.; 2011:S224).

Gráfico 1. Sistema Nacional de Salud



Fuente: Gómez-Dantés O. et al., *Sistema de salud de México. Salud Pública*, México. 2011, 53 supl. 2:S220-S232.

Para resolver las necesidades de salud, la población que no cuenta con seguridad social, es decir, –aquellos no asalariados, informales y desempleados- cuentan con los servicios que ofrece la red de hospitales de la Secretaria de Salud SESA y al IMSS-Oportunidades, y desde 2004 se implementó el programa de protección de la salud denominado Seguro Popular en Salud (SPSS), sustituido por el Instituto Nacional para el Bienestar (INSABI) en 2020.

El grupo de la población con capacidad de pago, asiste a los servicios privados de atención. Sin embargo, la población en general con o sin seguridad social, hace uso de los servicios privados de manera alterna a los públicos, principalmente en servicios ambulatorios en hospitales y clínicas; en consultas y análisis, en farmacias y laboratorios clínicos, por mencionar algunos; cuyos costos varían mucho según el nivel de especialización, la

ubicación geográfica y otros factores del mercado de la salud y representa importantes gastos de bolsillo en salud para la población mexicana¹⁰.

En el marco de este sistema de atención, se ubican los programas y las políticas enfocadas a la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres; los cuales se han intensificado en las últimas décadas con el objetivo de cumplir con los acuerdos globales y locales sobre los derechos de las mujeres. En 1993 se conformó el Comité Promotor de la Maternidad Sin Riesgos¹¹ en México, buscando reducir la muerte materna y buscando que las mujeres decidieran voluntariamente sobre su maternidad, sin violencia y con calidad en la atención (Elu y Santos, 2005 en Rincón y Sánchez Bringas; 2014:198).

En la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo en 1994 en El Cairo y un año después en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Pekín (1995), se convocó a los países asistentes a reducir las morbilidades y muertes maternas para que dejaran de ser un problema de salud pública; se acordó garantizar el acceso universal a los servicios de calidad de atención materna, y mejorar y aumentar el acceso a información básica sobre la salud materna en el mundo desglosada por género y etnia para permitir su análisis con mayor precisión (Sánchez Bringas; 2014:28)

En el 2002 en la Cumbre del Milenio y los Estados miembros de las Naciones Unidas acordaron, entre otros asuntos, el reducir la muerte materna en tres cuartas partes en 15 años; en 2015 en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se acordó implementar programas específicos que deberán de ser evaluados en 2030.

La presión de organizaciones sociales nacionales e internacionales para que el Estado mexicano asuma los compromisos estipulados en los Objetivos del Milenio (ODM) 2000-15, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) 2015-20, ha provocado la intensificación de estrategias y programas específicos para combatir los principales problemas que enfrentan las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos, en especial aquellos que dirigen a las mujeres a la muerte materna (Berrio, 2013).

¹⁰ Sobre gastos de bolsillo en Salud: MÉXICO EVALUA (2011) Centro De Análisis De Políticas Públicas 10 puntos para entender el gasto en salud en México: en el marco de la cobertura universal.

¹¹ Ver texto de Bárbara, Kwast “*Maternidad sin riesgo: meta de la asistencia obstétrica*” Foro mundial de la salud Vol. 12; 1991 en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/53647/WHF_1991_12_n1_p1-7_spa.pdf;jsessionid=39BBBFA484AAC39047C6CE0C32142B85?sequence=1

Entre estos programas destaca *Arranque Parejo en la Vida (APV)*, el cual inició en el 2000, y en los primeros seis años de su implementación, centró su modelo de atención y funcionamiento en la concepción de alto y bajo riesgo obstétrico, buscando mejorar la calidad de la atención calificada durante el parto. El objetivo era reducir la brecha de desigualdad entre las mujeres mexicanas, en particular la inequidad en el acceso a los servicios de salud materno infantil. El esquema incluía una red de hospitales, clínicas, módulos y posadas (tipo albergues) con el objetivo de garantizar a las mujeres una atención evitando los riesgos generados por la falta de acceso a los servicios oportunos y a la detección de complicaciones. En el periodo de 2007 a 2012, sustentado por el *Programa Sectorial de Salud* del mismo periodo, el programa APV pretendía dar seguimiento a cuatro metas centrales:

“Disminuir la razón de mortalidad materna en los 100 municipios con el menor índice de desarrollo humano incluida en el Sistema de Metas Presidenciales que deberá ser reportada en forma anual a la Oficina de la Presidencia; Reducir la razón de mortalidad materna en 24%; reducir la tasa de mortalidad neonatal en 15%; incrementar a 92% la cobertura de atención del parto por personal calificado”. (SESA: APV;2008: 39)

Sin embargo, este programa enfrentó problemas presupuestales que frenaron su funcionamiento, dando como resultado un avance limitado de sus objetivos, impidiendo al Estado mexicano, cumplir con las metas de reducir la morbilidad materna, acordadas en los ODM para el 2015. APV ayudó a consolidar el programa transexenal del *Seguro Popular en Salud (SPS)*, el cual desde 2003 se propuso dar cobertura a la población excluida de la seguridad social, lo que representaba la mitad de la población del país (Freyermuth, 2014: 33).

En 2008 mediante el *Programa Embarazo Saludable*, el Gobierno Federal instituyó la afiliación inmediata de las mujeres embarazadas al *Seguro Popular*, buscando asegurar el acceso universal a todas las mujeres. Un año después, se estableció el *Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica (CGCIAEO)* instrumento con el propósito de hacer efectivo el acceso universal de salud a las mujeres embarazadas, buscando evitar tres problemas: las barreras de acceso por derechohabencia; la inexistencia de una red de unidades médicas sectorial y los gastos de

bolsillo para recibir la atención materna (SESA;2012); este Convenio se implementó en ocho estados, para evitar las múltiples *demoras* que incrementan el riesgo obstétrico. (Freyermuth;2018)

Se han denominado *demoras* o *retrasos* a aquellas situaciones que impiden por uno u otro factor que la mujer sea atendida eficazmente y se logre resolver la complicación en caso de una emergencia obstétrica potencialmente fatal. El *primer retraso* se presenta cuando la mujer no reconoce los signos de complicación durante el embarazo, parto y/o puerperio y por ello no acude a una instancia de salud; el *segundo* constituye el hecho de posponer la decisión de acudir a solicitar atención adecuada, una vez que se han identificado los signos de alarma; *el tercero* se asocia con el tiempo de traslado para recibir la atención médica adecuada y con capacidad resolutive. El último *retraso*, consiste en la resolución de la complicación dentro del sistema de salud, ya sea porque la atención es lenta o deficiente (Maine et al, 1997:15 Ransom y Yinger,2002:3: Collado S en Sánchez Bringas 2014: 138).

Freyermuth (2014) señala entre las *demoras* documentadas, por organizaciones sociales e instancias de salud, destacan:

“el rechazo de las mujeres; la postergación de su ingreso a la unidad; la tardanza en la indicación médica y el tratamiento; el incumplimiento de las normas para la atención de la urgencia obstétrica; el retraso entre la urgencia y la cirugía, y entre las áreas de Urgencias y Terapia Intensiva; y la ausencia de puestos de sangrado y, por lo tanto, la dilatación entre el requerimiento y la ministración” (CNEGSR Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; 2009 en Freyermuth:2014:33-34)

El objetivo del *Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas* es fijar los lineamientos generales para que cualquier mujer en edad gestacional que presente una emergencia obstétrica sea atendida, con lo que se pretende abatir la mortalidad materna a nivel nacional; el convenio establece compromisos entre la Secretaría de Salud, el IMSS, incluido el IMSS-Prospera y el ISSSTE, Instituciones del Sistema Nacional de Salud, las cuales en total cuentan con 467 unidades médicas con capacidad resolutive, distribuidas en las 32 estados de la república. El *Sistema de Registro de Emergencias Obstétricas* (SREO), reporta las emergencias atendidas de 2011 a 2019, alcanzando un total de 10,214, la mayoría de ellas atendidas en el IMSS: 4,939 e en el IMSS –Prospera: 121; seguido por los programas de la Secretaría de Salud: 3,731 y el

ISSSTE:1,423 (DGPYDS;2019). La implementación del *Programa de Acción Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)*, surge como en el marco del Plan Nacional de Desarrollo (PND) del periodo 2013-2018, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) del mismo periodo, con el objetivo de impactar positivamente en la salud materna y perinatal (DGPYDS; 2019).

El *Programa de Salud Materna y Perinatal*, es el instrumento implementado por el Estado mexicano para contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM 2000. Entre los principales servicios se encuentran:

“la atención pregestacional y prenatal; acceso a la atención de la emergencia obstétrica (AEO) e integración de los servicios de urgencias y formación de los Equipos de Respuesta Inmediata (ERI); atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel y manejo calificado en el segundo nivel y de la emergencia obstétrica, con intervenciones de probada eficacia; cesáreas por indicación médica únicamente; envío de pacientes con emergencias obstétricas y neonatales de manera efectiva y manejo de eslabones críticos y morbilidad severa para prevenir la muerte... y conducir acciones comunitarias...a través de la promoción y creación de equipos de trabajo entre los miembros de la comunidad, las autoridades locales del municipio, del estado y de la federación para crear y hacer funcionar redes de apoyo social, vinculadas a las redes de atención médica, que aseguren el acceso oportuno de las mujeres durante el embarazo, el parto, el puerperio y del recién nacido a los servicios de salud” (CNEGSR;2019)

A pesar de que la cobertura de la atención del parto en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud ha incrementado desde 2001 alcanzando hasta el de 94.5% en 2012 (ENSANUT 2012 en Lazcano et. al. 2013); Mediante el Seguro Popular, después a través del Programa de Inclusión Social Prospera y recientemente por el Programa de Salud Materna y Perinatal, esta amplia cobertura no ha reflejado una mejora integral de la calidad en la atención materna, ni ha logrado abatir las morbilidades maternas extremas y muertes materna prevenibles; según Freyermuth (2018) por dos problemas principales: la sobresaturación de los servicios para atender a mujeres que no tendrían necesidad de acudir, y la mala calidad de la atención por dicha saturación.

Otro de los factores que inciden en la incidencia y prevalencia de las morbilidades maternas extremas, se relacionan con la falta de criterios homogéneos para la identificación y el manejo hospitalario de las emergencias obstétricas.

Ante ello, en el Sistema Mexicano de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) y en coordinación con las instituciones públicas y privadas, presentaron en 2016 los Lineamientos técnicos de Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica, para ser implementados en los casos en los que se presenten mujeres embarazadas o puérperas ante los servicios de urgencias obstétricas, tanto en los hospitales de segundo y tercer nivel. Estos lineamientos buscan calificar y categorizar el tipo de atención que se requiera en cada caso.

El Triage obstétrico es un proceso de valoración técnico-médica rápida de las pacientes obstétricas, mediante la aplicación del sistema de escalas, que permite clasificarlas en función de su gravedad/emergencia a fin de recibir la atención adecuada. Su correcta aplicación, permite que se identifiquen las pacientes candidatas a la activación del Código Mater¹² para la participación del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), este es un equipo interdisciplinario que:

“incluye personal médico, paramédico o de apoyo de diferentes especialidades y/o servicios, que colegiadamente participan en la valoración integral y/o en el tratamiento médico o quirúrgico de la paciente para atender la gestación como entidad nosológica, sino también de los estados morbosos que repercuten a otros aparatos y sistemas generados por complicaciones obstétricas o por patología concomitante y/preexistente, que determinan la vía y el momento idóneo para la interrupción del embarazo y evalúan las condicionantes de salud del binomio madre-hijo y/o las características del producto de la gestación”. (CNEGSR;2019:30)

En el siguiente cuadro, se incluyen los indicadores de valoración que debe de ser aplicado a las mujeres ingresen a los servicios de toco cirugía y urgencias (CNEGSR;2019).

¹² El Código Mater, se denomina así al llamado/activación de alerta al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación

Tabla 1. Sistema de evaluación de triage obstétrico

	OBSERVACIÓN		
	CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	CÓDIGO AMARILLO (urgencia calificada)	CÓDIGO VERDE (urgencia no calificada)
Estado de conciencia	Alteraciones (somnolienta, estuporosa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de la piel	Cianótica/acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal
INTERROGATORIO			
Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/presente No pulsátil	Ausente
Acúfenos/Fosfenos*	Presentes	Ausentes	Ausente
Epigastralgia/Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente
*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla			
SIGNOS VITALES			
Tensión arterial (Hipertensión)	Igual o mayor a 160 /110 mmHg	Menor a 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor a 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (Hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto	Menor a 80/100 latidos por minuto y mayor a 50/60 latidos por minuto	60-80 lpm
Índice de Choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20
Temperatura	Menor a 35°C Mayor a 39°C	37.5°C a 38.9°C	Mayor a 35° C Menor a 37.5° C

Fuente: CNEGSR: 2019. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica. Lineamiento técnico.

El Gobierno Federal, señala que todas las emergencias obstétricas deben ser clasificadas con este sistema, lo cual ayudaría en mayor o menor medida a reducir el riesgo de morbilidades maternas extremas. Sin embargo, un criterio a considerar se que el sistema de clasificación es tamizado el personal de salud, el cual puede pasar por alto algunos indicadores fundamentales para activar el Código Mater, poniendo en riesgo a las mujeres.

La capital del país, cuenta con acuerdo local denominado Convenio General de Emergencias Obstétricas de la CDMX (2009-2016), al que se adscriben hospitales y unidades de alta especialidad, capaces de resolver las emergencias obstétricas.

La infraestructura de la Secretaría de Salud adscrita al Convenio, cuenta con 12 Hospitales Generales, un Hospital de la Mujer y un Instituto de Perinatología; dando un total de 14 Hospitales con capacidad resolutive, 13 de ellos con Unidades de Cuidados Intensivos¹³.

El IMSS cuenta con 7 hospitales ubicados en tres zonas de la Ciudad: al Noreste, Sureste y Suroeste, 4 de ellos tienen Unidades de Cuidados Intensivos¹⁴. Mientras que el ISSSTE cuenta con 8 hospitales, todos con Unidades de Cuidados Intensivos¹⁵.

En una ciudad con más de 20 millones de habitantes, con una importante oferta pública de atención en salud y cobertura durante la gestación, el parto y el postparto a través de la seguridad social, el seguro popular y los programas específicos, no se ha logrado garantizar una atención integral de la salud, respetuosa de los derechos sexuales y reproductivos para todas las mujeres, en consecuencia se siguen presentando morbilidades maternas extremas prevenibles¹⁶.

¹³ Hospital General de Ticomán (Gustavo A Madero); Hospital General Villa (Gustavo A Madero); Hospital General Regional Iztapalapa (Iztapalapa); Hospital de Especialidades Belisario Domínguez (Iztapalapa); Hospital General Milpa Alta (Milpa Alta); Hospital General Balbuena (Venustiano Carranza); Hospital General Enrique Cabrera (Álvaro Obregón); Hospital General Tláhuac (Tláhuac), Hospital General Ajusco Medio (Tlalpan); Hospital Juárez de México Gustavo A. Madero; Hospital General Gea González (Tlalpan); Hospital General de México (Cuauhtémoc); Hospital de la Mujer (Miguel Hidalgo) y el Instituto Mexicano de Perinatología (Miguel Hidalgo)

¹⁴ Unidades Médicas de Alta especialidad HGO3 CM La Raza (Azcapotzalco); HGP 2A Magdalena de las Salinas (Gustavo A. Madero) HGZ2A Paso-Troncoso (Iztacalco) HGZ 47 Vicente Guerrero (Iztapalapa); HGZ 32 Villa Coapa (Coyoacán) y UMAE HGO 4 San Ángel (Álvaro Obregón).

¹⁵ Hospital Regional Gral. Ignacio Zaragoza (Iztapalapa); CMN “20 de noviembre” (Benito Juárez); Hospital General “Dr. Fernando Quiróz G” (Álvaro Obregón); Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”; Hospital Gral “Tacuba” (Miguel Hidalgo); Hospital Regional “Primero de Octubre” (Gustavo A. Madero); Hospital Gral “Dr. Darío Fernández Fierro” /Benito Juárez; Hospital Gral José María Morelos y Pavón (Iztapalapa).

¹⁶ “no sólo es necesario garantizar la atención universal del parto por un profesional de la salud sino que ésta la debe proporcionar personal calificado de acuerdo con el nivel de atención y con un sistema de redes de atención funcionales, además de fortalecer la calidad de la atención obstétrica y los programas de planificación familiar, e implementar políticas innovadoras de salud con acciones intersectoriales en un marco de derechos humanos” (Lazcano et al.; 2013:S215).

1.5.2. Las morbilidades maternas extremas

“La salud materna se está deteriorando en el mundo debido a múltiples factores, entre los cuales se encuentran...la mayor tasa de cesáreas, la falta de estandarización de la práctica clínica y la atención inapropiada de las urgencias obstétricas son las que contribuyen tremendamente al incremento de complicaciones obstétricas graves y muerte materna” (Mateus;2016:397).

Ante el complejo panorama de la salud materna en el Mundo, resulta necesario explorar los diferentes factores que intervienen en la aparición de las complicaciones obstétricas que exponen a las mujeres al riesgo de muerte, sus secuelas y consecuencias. Aquí cabe responder a la pregunta *¿cuáles son estas complicaciones extremas y cómo han sido abordadas por la biomedicina y las ciencias sociales?*:

Se denomina como *complicación que amenaza la vida, morbilidad obstétrica severa, complicaciones potencialmente fatales CPF* (Karolinski;2015) o morbilidad materna extrema (MME) a la categoría de morbilidad que aparece durante el embarazo, el parto y/o durante el puerperio, que incluye incidentes clínicos que advierten un riesgo latente de muerte de la gestante. Este concepto, tiene el objetivo de ubicar a las mujeres que lograron sobrevivir a la muerte materna, también llamadas *near-miss* en inglés.

Stone W, Lan W, Al-Azawi F y Kelly M en 1991 publicaron *“An investigation of maternal morbidity with identification of life threatening “near miss episodes”*, artículo el cual utiliza, por primera vez, el término *near miss morbidity*, para definir la categoría de morbilidad materna con episodios que amenazan potencialmente la vida de la mujer durante el proceso reproductivo.

Aún no hay un consenso global sobre la definición de las morbilidades maternas extremas (MME), para Langer, Lozano y Hernández (1994) las morbilidades maternas extremas, incluyen al menos una de las siguientes clasificaciones (directas, indirectas y crónicas):

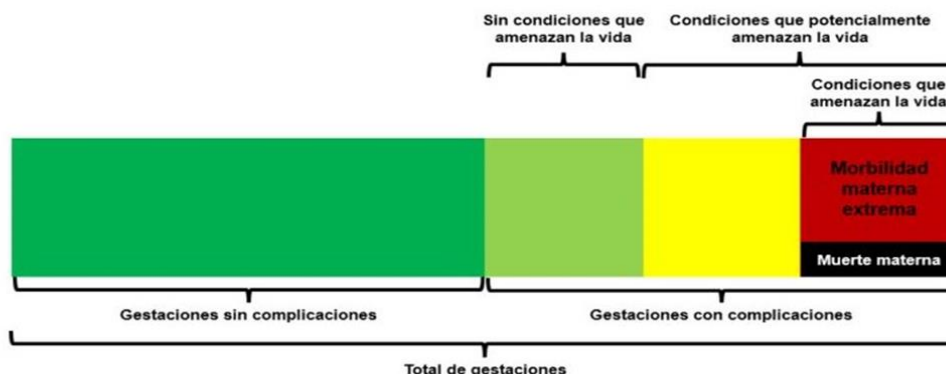
- *“Las complicaciones agudas, denominadas también complicaciones obstétricas directas que ocurren en el embarazo, trabajo de parto, nacimiento y postparto inmediato...entre las más comunes se registran: hemorragia, infección..., hipertensión inducida por el embarazo, aborto séptico y las secuelas de la violencia sexual.*

- *Las enfermedades [preexistentes al embarazo]...que se complican con éste; complicaciones obstétricas indirectas: anemia, hepatitis, malaria, diabetes, hipertensión y algunas Enfermedades de Transmisión Sexual.*
- *Los problemas crónicos que se presentan algún tiempo después del embarazo pero que se originaron en alguna de las etapas de la gestación: lumbalgia, prolapso vesico vaginal , prolapso recto vaginal, dispareunia (coitalgia o coito doloroso), hemorroides, incontinencia urinaria, esterilidad quirúrgica e insuficiencia renal” (Langer, Lozano y Hernández;1994 en Rincón y Sánchez Bringas; 2014:200)*

Cecatti et. al. (2007), explican cuál es el “espectro de morbilidad”, también denominado “espectro de gravedad clínica”, el cual va desde gestaciones sin complicaciones hasta las muertes maternas y, en ese continuo, ubican las condiciones que son potencialmente peligrosas para la vida de las mujeres y requieren intervención médica urgente pues podrían desencadenar en muerte materna (Pattinson;2009). A pesar de que millones de mujeres en el mundo presentan complicaciones obstétricas y muchas de estas complicaciones dejan a mujeres con discapacidades y problemas de salud importantes (Ashford, 2002); el rezago en el estudio y la prevención de las morbilidades maternas se debe principalmente a las dificultades para homogeneizar los criterios de clasificación e identificar su magnitud.

Mediante una representación gráfica, se ha descrito la proporción del problema de las morbilidades extremas respecto a las gestaciones “sanas”. En la figura anexa, la zona roja representa las morbilidades maternas extremas, cuya base (en negro) simboliza los casos de muertes maternas (Say et.al.;2009).

Gráfico 2 . Espectro de morbilidades maternas extremas respecto al total de gestaciones



Fuente: Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care.

Fuente: Say et.al. (2009).

La Organización Mundial de la Salud define morbilidad materna extrema (MME) a:

“aquellas complicaciones de salud (lesión o incapacidad) que se presentan no sólo durante el embarazo y el parto, sino que también pueden ocurrir dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo. Las complicaciones pueden estar relacionadas con o agravadas por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS; 2008:4).

Dado el amplio espectro de las morbilidades maternas extremas, se han establecido criterios que permiten su identificación y clasificación. Desde el criterio de Waterstone (2001) sólo se incluyen los aspectos relacionados con la enfermedad específica, mientras que desde el criterio de Mantel (1998) se incluyen los relacionados con la falla orgánica y su manejo, incluyendo los accidentes anestésicos y la histerectomía obstétrica de emergencia. Say. L (2004) retoma ambas normas y sugiere que las morbilidades maternas extremas (MME) deben ser definidas a partir de tres criterios diagnósticos vinculados con el nivel de complejidad en la atención obstétrica:

Tabla 2. Criterios para determinar casos de Morbidades Maternas Extremas.

Criterios relacionados con la enfermedad específica:	Criterios relacionados con la falla de algún órgano	Criterios relacionados con el manejo:
<ul style="list-style-type: none"> •Eclampsia (desórdenes hipertensivos) •Choque séptico (infección severa) •Choque hipovolémico (hemorragia severa) 	<ul style="list-style-type: none"> •Cardíaca •Vascular •Renal •Hepática •Metabólica •Cerebral •Respiratoria •Coagulación 	<ul style="list-style-type: none"> •Transfusión de 3 unidades de cualquier homoderivado (sangre y/o plaquetas) •Ingreso a la unidad de cuidados intensivos UCI •Intervención quirúrgica adicional al parto o cesárea (histerectomía principalmente)

Fuente: Elaboración propia, con referencias de Say L. 2004 y Acelas-Granados et.al. Rev Chil Obstet Ginecol 2016; 81(3): 181 - 188

Para la selección de los casos de esta investigación doctoral, he adoptado la perspectiva de la OMS, que considera los dos criterios generales para definir las morbilidades maternas extremas:

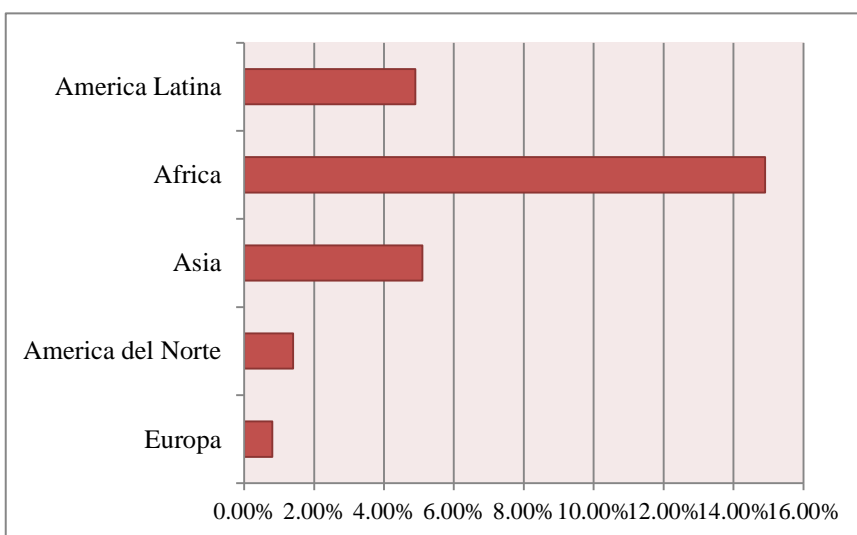
1. Que para salvar la vida de la mujer durante la atención de su embarazo, parto y/o puerperio haya sido necesaria la intervención quirúrgica denominada Histerectomía Obstétrica de Emergencia (HOE): la extirpación del útero, y que implica el cierre de la vida reproductiva, es decir, produce infertilidad definitiva.
2. Que la mujer haya sido ingresada a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (Jahan, S., Begum, K., Shaheen, N. & Khandokar, M. (2006) en PRO-R02.52 Colombia; 2016:2)

Según la OMS, las principales morbilidades que ponen el riesgo de muerte a las mujeres a nivel mundial son: a) Hemorragias graves (choque hipovolémico); b) Infecciones (choque séptico y síndrome HELLP); c) Trastornos hipertensivos (eclampsia y preeclampsia); d) Parto obstruido y abortos.

Las tasas de morbilidad materna en el mundo, muestra grandes diferencias mientras en países de altos ingresos presenta tasas de 0,8% en Europa y máximo de 1,4% en Estados Unidos, en países de medianos y bajos ingresos presentan tasas mucho más altas, de 4,9% en América Latina, 5,1% en Asia y hasta 14,9% en África (Tunçalp, Ö., Hindin, M. J., Souza, J. P., Chou, D., & Say, L.; 2012).

Generalmente las cifras de morbilidad materna van en paralelo con las tasas de mortalidad materna que va de 0.6 a 8.5% en los países industrializados (Calvo-Aguilar et.al.;2010;78(12):660) y debido a la intersección de factores que van más allá de los signos y síntomas clínicos, tales como las condiciones sociales, demográficas, económicas, étnicas y de género en las que viven las mujeres y las limitaciones en el acceso y la calidad de la atención materna.

Gráfico 3. Razón de Morbilidad Materna por cada 1000 nacidos vivos



Fuente: Elaboración propia con datos de Tunçalp, Ö., Hindin, M. J., Souza, J. P., Chou, D., & Say, L. (2012).

Los estudios que exploran las morbilidades maternas extremas y factores asociados a éstas, son principalmente estudios de corte cuantitativo y en menor medida cualitativos, desarrollados desde la perspectiva biomédica; en algunos de ellos identificaron vínculos entre la incidencia y prevalencia de las morbilidades maternas extremas con características locales de la población analizada como el estatus migratorio, la raza, la etnia, la edad, las condiciones de pobreza y vulnerabilidad alimentaria, la baja escolaridad, por mencionar algunos. En la Tabla 4, se muestran algunos de los factores asociados a las Morbilidades Maternas, las cifras de Razón de Morbilidad Materna, en estudios de diferentes regiones, con el objetivo de mostrar un panorama general de las morbilidades en el mundo.

Tabla 3. Estudios cuanti y cualitativos de MME

Autores (Año)	Continente/País/Región	Método	Razón de MME	Factores clínicos	Otros Factores relacionados/resultados
Zwart et. al. (2008)	Europa/ Holanda	Cuantitativo	7,1	Hemorragia	1,3 + Riesgo en inmigrantes no occidentales en comparación con las mujeres occidentales no inmigrantes.
Kydona et.al. (2000)	Europa/Grecia/ Thessaloniki	Cuantitativo		Hemorragia	21% mujeres migrantes sin seguridad social
Tunçalp, Ö. et.al. (2013)	África/Ghana/Accra	Cuantitativo	28,6	Hemorragia, sepsis	vulnerabilidad alimentaria
Adeoye; Onayade, & Fatusi, (2013)	África/Nigeria	Cuantitativo	12	Hemorragia y trastornos hipertensivos	
Ali et.al. (2011)	África/Sudan		22,1	40% Hemorragia; 21% Infecciones, 18% Trastornos hipertensivos	
Almerie et.al (2010)	Asia/Siria/Damasco	Cuantitativo	32,9	Trastornos hipertensivos	
Khosla et.al. (2000)	Asia/India	Mixto Cuantitativo y cualitativo		Eclampsia, sepsis durante el embarazo y abortos	Entrevistas mostraron falta de acceso a salud y atención deficiente del personal
Muñiz Rizo et al. (2016),	América y Caribe/Cuba/ Guanabacoa	Cuantitativo		Hipertensión arterial (49,2 %); Diabetes mellitus y el asma bronquial hemorragias	Mayores riesgos en edades extremas de la vida reproductiva -15 años y +45. Durante el puerperio
Pratz Álvarez et.al.;2011	América y Caribe/Cuba/ Pinar del Río	Cuantitativo		Hemorragias severas, Sepsis como principal causa de muerte en el puerperio	

Autores (Año)	Continente/País/Región	Método	Razón de MME	Factores clínicos	Otros Factores relacionados/resultados
Reyes-Armas et. al. (2012)	América/Perú	Cuantitativo	9,34	42% Enfermedad hipertensiva y hemorragia en el puerperio	
Rööst et. al. (2010)	América/Ecuador/ Guayaquil	Cuantitativo		Eclampsia severa	+35 años de edad Baja escolaridad
Ávila Mellizo et.al. (2014)	América/Colombia/Cali, Cartagena, Bogotá, Guajira	Cuantitativo		Trastornos hipertensivos	Incremento número de casos: de 7 761 casos en 2013 a 10 499 en 2014 + incidencia en zonas pobres de Bogotá y Antioquia
Souza et.al.(2009)	América/Brasil	Mixto: Cuantitativo Cualitativo	21,1	eclampsia, hemorragia y sepsis	+40 años edad Baja escolaridad
Pereira et. al. (2015)	América/Brasil/Piauí	Cuantitativo	9,6	Enfermedades hipertensivas (86.1%), Hemorragias (10%).	Encontraron una relación entre mayor riesgo de MME con resolución del parto mediante cesárea, largos periodos de hospitalización y peores resultados perinatales APGAR -7
Calvo-Aguilar et. al. (2010)	América/México/Oaxaca	Cuantitativo	14,9	Causas directas: estados hipertensivos (47,7 %), hemorragias obstétricas (17,6 %) y sepsis puerperal (11,1 %) . Indirectas: padecimientos hematológicos (14,3 %)	El grupo de edad más frecuente fue el de 18 a 23 años (31 %) y la vía de resolución más frecuente fue la cesárea (41 %). 67% de las mujeres acudió a 10 2 consultas prenatales durante el 1er trimestre
Mejía Monroy, et. al. (2012)	América/México/Edomex	Cuantitativo	17,4	Trastornos hipertensivos (77,2%)Hemorragia postparto (11,7 %) sepsis (3,6 %)	

Fuente: Elaboración propia (2018).

Entre los estudios incluidos en la Tabla, cabe destacar las aportaciones del grupo interdisciplinario formado por Souza, Cecatti, Parpinelli, Krupa, & Osis (2009), quienes a partir de un estudio cualitativo en Brasil, analizaron las experiencias de las mujeres con MME. En el artículo *“An Emerging -Maternal Near-Miss Syndrome-: Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth”* identificaron dos temas principales:

“uno más estrechamente relacionado con la experiencia de una enfermedad grave y otro a la experiencia de atención...se encontró una compleja serie de reacciones en las mujeres que sobrevivieron, lo que

indica la aparición de trastornos relacionados con estrés agudo, con sentimientos de miedo y muerte inminente” (Souza et.al. en PRO- R02.052; 2016:5)

El estudio muestra diferentes aspectos de la experiencia de las mujeres brasileñas enfrentarse a las morbilidades maternas extremas con impactos físicos y a las consecuencias de vivir un evento traumático. Sin embargo, el artículo no ahonda más al respecto, ni vincula a las morbilidades con conceptos centrales para comprender y dimensionar el problema, como la violencia obstétrica y la violación de los derechos de las mujeres durante la atención médica, lo cual se debe a que es un estudio biomédico y que reduce lo que las mujeres expresaron en las entrevistas realizadas, a secuelas psicológicas.

Por otro lado, en México se han realizado principalmente estudios cuantitativos como el de Calvo-Aguilar et.al. (2010) en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca, estudio observacional, transversal, en el que revisaron y analizaron expedientes clínicos en el periodo de enero a diciembre de 2009. Algunos de los resultados obtenidos, fueron que la mayoría de las mujeres que presentaron MME, tuvieron una atención prenatal deficiente o no recibió consultas durante la gestación¹⁷; la complicación se presentó durante la semanas 35.7 de gestación: 55% de los casos se presentaron en el anteparto 12% durante el trabajo de parto, 31% durante postparto y 2% no se contabilizó. El 80% de los casos de mujeres que presentaron MME, fueron atendidas por cesárea y 23% de éstas, requirieron histerectomía en el puerperio inmediato.

El estudio reportó que las MME en Oaxaca afectan principalmente a mujeres con grados bajos de desarrollo humano y vulnerabilidad: el 84% de las mujeres tenían educación

¹⁷ *“Más de la mitad de ellas (55%) acudió a una consulta de control prenatal durante el primer trimestre, con dos consultas 12% y sólo 1% con tres consultas. El restante 32% de las pacientes no visitaron algún médico durante el primer trimestre. El 87% de las pacientes tuvieron una o menos consultas de control prenatal en el primer trimestre. El control prenatal posterior al primer trimestre mostró que 20 pacientes (12%) no acudieron a consulta prenatal, mientras que la media de consultas recibidas fue 4.5 consultas por paciente. El 45% tuvieron control prenatal irregular (cuatro o menos consultas); el restante 55% tuvo control prenatal regular con cinco o más consultas durante el embarazo” (Calvo Aguilar et.al. 2010: 78(12):663-4)*

primaria y secundaria, mientras 11% no recibió algún tipo de escolaridad; del total de las mujeres atendidas el 89% no contaba con seguridad social.

Desde otro enfoque, Sánchez B. y Pérez Baleón (2014) muestran los resultados de un análisis cuantitativo sobre los síntomas de morbilidad materna en mujeres mexicanas que tuvieron un embarazo en el periodo 2004-2009 a partir de la información recopilada por la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica (ENADID) en 2009. El estudio revela el efecto de algunos aspectos socioeconómicos y reproductivos en la prevalencia de síntomas de morbilidad materna, dividieron la información de la Encuesta en dos grupos distintos: las mujeres unidas con jefes de hogar y las no unidas con jefes de hogar y analizaron los principales síntomas durante el embarazo, el parto y postparto:

-Durante el embarazo: pies y cara hinchadas (34.4%), dolor de cabeza, visión borrosa o zumbidos en los oídos (26.8%) y sangrado vaginal (20.2 %). -Durante el parto y posparto: sangrado abundante o grave (15.9%), presión alta (13.7%) y ruptura de fuente antes de tiempo (11.9%), signos relacionados con posibles complicaciones prevenibles. (Sánchez B y Pérez en Sánchez Bringas 2014:71-103)

El estudio, concluyó que las diferencias sociales y reproductivas prevalecientes entre las mujeres unidas y no unidas no se reflejaron significativamente en la presencia de síntomas de morbilidad. Adicionalmente evidencian la falta de registros adecuados para identificar las morbilidades maternas experimentadas por las mujeres mexicanas, invisibilizando la magnitud del problema en nuestro país.

Rincón y Sánchez (2014), exploran desde el enfoque antropológico y de género la situación de las morbilidades maternas en la ciudad de Pachuca, Hidalgo. El objetivo de dicho estudio objetivo era la identificación de las secuelas de las morbilidades maternas, encontrando que 228 mujeres de las 352 que respondieron a la encuesta, sí presentaron complicaciones durante alguno de sus embarazos, partos y/o puerperios. De esas, 228 mujeres, 127 presentaron secuelas crónicas; en orden descendente de frecuencia fueron: prolapsos, hipertensión arterial, infección renal y lumbalgias. Esto se traduce en trayectorias de atención largas y complejas, de mujeres que después del evento obstétrico complicado continuaron con problemas de salud a corto, mediano y largo plazo. Algunos de los hallazgos más relevantes son:

“–los expedientes clínicos y las bases de datos de los archivos hospitalarios-... dejan de lado el registro de los problemas crónicos asociados al suceso obstétrico...lo que manifiesta la presencia de una cultura institucional de la salud que centra su atención en el embarazo y el parto... dejando en manos de la familia el cuidado del puerperio y de las posibles secuelas derivadas del embarazo” (Sánchez B. y Rincón; 2014:207)

El estudio señala que 40% de las mujeres que presentaron morbilidad, no tenían un trabajo remunerado y dependían de sus familiares, pareja o hijos para ser derechohabientes del seguro social. Los datos revelaron que en los casos analizados existía menor riesgo de presentar morbilidades cuando las mujeres contaban con seguridad social por ser trabajadoras asalariadas (ídem: 208), es decir, el trabajo formal con prestaciones representa un factor de protección a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Es decir, las condiciones de vida social, cultural y económico-laboral exponen a menor mayor riesgo a las mujeres de presentar morbilidades maternas.

Rincón (2013), exploró el impacto de las condiciones socioeconómicas y de género, y las características de la atención institucionalizada de la salud en Hidalgo, analizando casos de mujeres que padecieron pre eclampsia durante el embarazo, que tuvieron complicaciones a su salud después de la atención obstétrica con secuelas físicas importantes, principalmente insuficiencia renal crónica, revelando que:

“se vio que las secuelas no atendidas se tradujeron en un problema de diagnóstico, de atención y de prevención oportuna de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Se hizo evidente la carencia de un programa de vigilancia más allá del puerperio que permitiera el seguimiento, prevención y atención oportuna de la hipertensión arterial. Del mismo modo, el estudio mostró la insuficiencia de la infraestructura médica y material, requerida para el cuidado de embarazos de alto riesgo y para la resolución de emergencias obstétricas. El impacto de la morbilidad materna a largo plazo se tradujo en la reducción de la calidad y esperanza de vida de las mujeres sujetas de estudio. Así también, se observó como con el tiempo, las secuelas derivadas del embarazo trastocaron el ejercicio de la maternidad y el desempeño del trabajo doméstico y la vida productiva de las mujeres del estudio”. (Rincón;2013:7)

Los estudios sobre las morbilidades maternas mencionados, dan cuenta de la complejidad de este problema, el cual no es exclusivamente biomédico ni de salud pública sino un problema social que puede impactar a las mujeres una vez que han salido de los hospitales, con secuelas y consecuencias que no han sido exploradas a profundidad en nuestro país.

1.5.3 Inconformidades por la atención médica: la queja CONAMED.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, surge en la década de los noventa en respuesta a un cambio de paradigma en la atención a la salud que buscaba reconocer y defender los derechos de los pacientes, al tiempo que protegía a los médicos de involucrarse en demandas civiles y/o penales por ejercer su labor.

Teniendo como antecedente, la tendencia de los derechos y su efectivo cumplimiento en el tema de la atención en salud, desde la década de los ochenta, en diferentes países de Europa y el Reino Unido, se crean mecanismos para la atención y el análisis de las quejas de los ciudadanos sobre los servicios recibidos en los sistemas de salud. Estados Unidos, por su parte, con un sistema de salud orientado a los servicios privados, reproduce la forma de operar de las empresas de seguros médicos, ofreciendo asesorías y defensa legal a las demandas en salud. Ante la publicación del informe sobre los errores humanos que afectan a miles de personas al ser atendidos en el sistema de salud denominado: *“To err is human: Building a Safer System”* (Kohn et. al:1999) y el reporte sobre la seguridad del paciente titulado *“Patient safety. Achieving a new standard for care”* (Kohn et. al:2004), se propusieron una serie de “medios” que ayudara a prevenir los errores en la atención médica, minimizando los daños y reduciendo las demandas y las quejas, en un proceso continuo de mejoramiento de la calidad de la atención en salud (Infante; 2006: 72-3). Esta nueva perspectiva de la atención y la práctica médica, centraba su perspectiva en los pacientes y ya no únicamente en la perspectiva médica.

En México, existen diferentes mecanismos mediante los cuales las personas pueden exigir el respeto a sus derechos a la protección de la salud. Meza. et.al. (2015) describen dos vías: la extrajudicial y la judicial.

Los primeros mecanismos (extrajudiciales) se subdividen en:

a) Mecanismos internos a la Secretaría de Salud: Mecanismos Conciliatorios y Periciales, como los realizados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y las Comisiones Estatales.

b) Mecanismos políticos: Comisiones Estatales y Nacionales de Derechos Humanos que emiten recomendaciones a las autoridades. En el caso de las inconformidades respecto a la atención materna, existe en nuestro país el Observatorio de Muerte Materna, el cual realiza ejercicios de contraloría y transparencia. Estos mecanismos políticos, utilizan a los medios de comunicación como una vía de denuncia social y presión política.

El segundo mecanismo, es el que se busca una solución mediante la vía Jurídica, es decir, denuncias ingresadas a la Procuraduría de Justicia que tienen la capacidad de sancionar, regidas, por ejemplo, por el Código Penal.

Infante (2006) sostiene que existen dos diferentes niveles a través de los cuales las personas externan su insatisfacción respecto a los servicios en salud. El primer nivel es el *informal*, es decir, aquellas quejas que se dirigen de forma personal con el médico y el personal de salud. En este nivel también se incluyen las que se expresan ante las instituciones en donde se reciben los servicios: los hospitales, el director de la clínica, la oficina de relaciones públicas o de atención al derechohabiente.

En un segundo nivel, se ubican las quejas formales, que se interponen ante una instancia mediadora entre el paciente y el prestador de los servicios. En México, estas instancias son la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); cada una cuenta con atribuciones para recibir quejas, normas y procedimientos para su atención y para sancionar o emitir recomendaciones a quienes incurran en responsabilidad.

En el caso de las insatisfacciones de los pacientes que son atendidos por las Instituciones Públicas (IMSS; ISSSTE y Secretaría de Salud), la relación médico paciente está regulada con base en el desempeño de los médicos en calidad de servidores públicos, por lo que se establece una *Responsabilidad Administrativa*. Los profesionales de la salud como funcionarios del gobierno, están regulados por la Ley Federal de Responsabilidades de los

Servidores Públicos, por lo cual el Estado y sus Instituciones pueden aplicarles procedimientos disciplinarios por las faltas que incurran los funcionarios a sus obligaciones. Estas medidas se concretizan en sanciones administrativas disciplinarias como: apercibimiento, amonestación, suspensión, destitución del puesto, sanción económica e inhabilitación temporal para desempeñar cargos en el sector público (Infante; 2006:77).

Tal como lo sugieren Meza et.al. 2015, desde el punto de vista del Derecho, se puede interponer una Demanda Civil, pues la relación médico-paciente constituye un contrato regido por el Código Civil.

“el medico está obligado a actuar con diligencia, pericia y sin dolo...la falta de conocimientos, la impericia, la imprudencia y la negligencia son considerados culpas graves” (Infante;2006:77)

El personal médico también tiene responsabilidades de índole Penal, denominado mecanismo Judicial, el cual mencionamos anteriormente. Las demandas Penales o Judiciales son aquellas que se estipulan en el Código Penal Federal y de los Estados en Materia del Fuero Común y de Fuero Federal entre ellas encontramos las siguientes: - Prescribir narcóticos no autorizados en la Ley General de Salud; -Si los profesionistas, técnicos y auxiliares son responsables de un delito en el ejercicio de su profesión; -Si los médicos haciéndose cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso a la autoridad correspondiente; -Si ejercen sin el título profesional que los acredite oficialmente para ello (Hernández; 2002:20-22)

“Para que haya culpa penal [en el ámbito del ejercicio médico] es necesario que se cumplan tres elementos: un error de conducta cometido por imprudencia, impericia, negligencia, violación a reglamentos o inobservancia de determinados deberes; un resultado dañosos, como la muerte o lesión en una persona, y relación de causalidad entre el error de conducta y el resultado dañoso” (Córdoba: 1997:77)

En nuestro país, los ciudadanos(as) desconfían cada vez más de las instituciones, sus exigencias y expectativas sobre la atención médica son mayores. Mediante estos mecanismos e instancias, las mujeres pueden manifestar la violación a sus derechos a la protección en su salud materna, así como sus inconformidades sobre la calidad de la atención obstétrica recibida. El objetivo gubernamental de crear una instancia como la

CONAMED era dar un espacio que permitiera “garantizar” los derechos de los ciudadanos a quejarse y para “reducir” las demandas civiles y penales, a través de la resolución de conflictos vía conciliación y arbitraje.

Estos mecanismos son producto de condiciones sociales, culturales y políticas que permiten a las personas *expresarse y alcanzar tres fines*: 1.- *Preventivo*: pueden corregir o fortalecer las acciones en salud para evitar la ocurrencia de violaciones de derechos humanos, es decir cumplen una función preventiva, fomentando estrategias de capacitación e incluso de incrementos en el presupuesto en salud materna; 2.- *Disuasivo*: están los mecanismos disuasivos, que tienden a inhibir conductas violatorias de derechos humanos, con acciones como los de ejercicios de rendición de cuentas y los mecanismos cuya consecuencia última es la sanción y de 3.- *Reparación del daño*: finalmente los mecanismos que buscan la reparación, es decir para resarcir el daño de alguna forma a la víctima (Meza et.al.; 2015:362).

Sin embargo, todas las medidas mencionadas (judiciales y extrajudiciales/ formales o informales) son *limitadas*, debido a que como advierten Meza et.al. (2015):

“...ninguna de ellas...es efectiva en situaciones de riesgo inmediato para la vida, como en el caso de las emergencias obstétricas, debido a que son mecanismos que solo se pueden utilizar a posteriori y en un plazo mediano a partir de que se presenta una situación de riesgo, inconformidad o maltrato, de tal manera que esta falta de o resolución inmediata puede constituirse en un riesgo importante para la vida de las mujeres” (Meza et.al. 2015:362)

Como mencioné antes, en México se han presentado casos de mujeres que en su búsqueda de reparación y justicia han implementado tanto estrategias jurídicas como extrajudiciales, e incluso ambas, mediante los litigios estratégicos, en los cuales las mujeres han sido respaldadas por organizaciones de la sociedad civil y han logrado avances significativos en las políticas públicas y el reconocimiento de los derechos de las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos (Sesia; 2017); las quejas médicas, son una de las rutas de inconformidad, que no han sido suficientemente exploradas por las ciencias sociales.

La CONAMED señala que las quejas médicas son peticiones para que la institución intervenga con el objetivo de impugnar un rechazo de atención a la salud o bien por

irregularidades que los pacientes identifican; son un mecanismo gratuito de reclamación, de disgusto de insatisfacción por la atención recibida¹⁸. El proceso de queja médica, inicia con la solicitud ciudadana de revisar su caso; la Comisión lo analiza e inicia el proceso de conciliación entre el usuario y el prestador del servicio médico. El proceso es gratuito y no es necesario que el quejoso esté representado por un abogado. En el caso de que una queja no se resuelva mediante la conciliación las partes pueden asignar a la CONAMED como árbitro para solucionar la controversia y pronunciar un laudo, que obliga a las partes a cumplirlo en un periodo estimado de tiempo.

Este tipo de quejas han sido analizadas principalmente desde la perspectiva médica, de salud pública y perspectiva jurídica (Valdés-Salgado:2001; Fajardo-Dolci:2009; Hernández Torres;2009; Ríos Ruiz;2014); ópticas que tienden a reducir las inconformidades a una cuestión de calidad en la atención y de seguridad del paciente¹⁹, sin considerar que las quejas médicas dan cuenta de problemas macro, meso y micro sociales que sustentan los motivos por los que las personas, a pesar de tener poca credibilidad en las instituciones, “se autorizan a sí mismos” a quejarse, con el fin de que sea reparado el daño o bien porque se haga justicia y dicha situación no se repita, es decir, buscan que mediante la queja se impulse un cambio en las formas de atención médica, en este sentido Infante advierte:

“Al radicar las quejas, los usuarios solicitan que se atienda su problema personal, pero, en muchos casos, también subyace la intención (implícita o explícita) de que su denuncia sirva para evitar que su problemática se repita en otro paciente y se mejoren los servicios en general...las quejas médicas son construcciones hechas por los pacientes sobre experiencias de atención médica vividas...involucran tanto la insatisfacción de los usuarios como la manifestación de la insatisfacción (Infante;2006:xii)

Estos aspectos, centrales de las quejas médicas no han sido desarrollados ampliamente en México, los estudios son escasos y los que existen son desarrollados por la Comisión y/o

¹⁸ Reglamento de procedimientos para la atención de la queja médica y gestión pericial CONAMED; Art.2: XVIII.

¹⁹ Ver: Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009. Y Leape L, Berwick D, Clancy C, Conway J, Gluck P, Guest J, et al. Transforming healthcare: a safety imperative. Qual Saf Health Care. 2009; 18(6): 424-428.

bajo una mirada médico - jurídica. En 2009, Fajardo-Dolci et al. presentaron un análisis de las quejas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en un periodo 1996-2007, con el objetivo de formular recomendaciones para prevenirlas y mejorar la planeación para su atención. El perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas, mostró que de las 18,443 quejas del periodo, el 58% fueron ingresadas por mujeres, de entre 25 y 34 años y de 65 y más años. Es decir, en los periodos en los que las mujeres solicitan intervención médica para la atención de sus embarazos, partos y/o abortos; y al final de la vida reproductiva cuando suelen asistir a los servicios médicos por problemas relacionados a enfermedades severas y/o crónicas como cáncer de mama, cáncer cérvico uterino, por mencionar algunos. El 27% de las quejas atendidas por la Comisión, los autores señalan que “hay evidencia de mala práctica médica”, siendo las especialidades de ginecología y obstetricia las que presentan el mayor porcentaje de quejas, daño físico y gravedad del daño.

En dicho análisis, no se dividen los casos de quejas en las especialidades de ginecología y obstetricia, lo cual que imposibilita la identificación de la proporción de casos relacionados a morbilidades durante el embarazo, parto y el puerperio. Esto se debe al registro y clasificación de las quejas en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), es decir, es un problema de recopilación de la información por parte de la institución, lo que como expongo más adelante, se resuelve con un análisis detallado de cada expediente de queja médica, tamizando la información hasta obtener los casos de morbilidades maternas extremas, ya que la CONAMED no incluye esta categoría en su sistema de información.

Fue hasta el 2018, que la CONAMED, publicó un artículo en los que se exponen una serie de datos sobre las quejas médicas interpuestas por mujeres por complicaciones relacionadas al embarazo, parto y/o puerperio. Fernández-Cantón y Rizo-Amézquita, adscritos a la Dirección General de Difusión e Investigación, publicaron el resultado de un estudio observacional, transversal, descriptivo de la queja médica de los servicios de ginecología y obstetricia, basados en la información interna recopilada por el SAQMED en el periodo de 2001-2015.

De los 241,358 asuntos atendidos por la Comisión, 24,393 fueron quejas concluidas mediante los procedimientos de conciliación y arbitraje. Del total de quejas recibidas en

dicho periodo, nuevamente resulta que la mayoría de ellas son ingresadas por mujeres (60% del total); en los servicios de Ginecología y Obstetricia, especialidades que ocupan los tres primeros lugares de quejas ingresadas durante dicho periodo.

De los más de 24 mil casos concluidos, el 11.3%, es decir 2,758 (2001-15) se refieren a quejas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres mexicanas. (Fernández-Cantón SB;2018; 23(1) 33-42). Los resultados muestran que 66% de las quejas correspondió a pacientes atendidos en instituciones de seguridad social (50% del IMSS y 16% del ISSSTE), y 26% a pacientes atendidos en el sector privado; estos porcentajes son similares a la proporción de la población general que de forma regular se atiende en tales instituciones.

Los diagnósticos principales identificados durante la atención, que motivaron la queja en ginecología y obstetricia en el periodo de 2001 a 2015, fueron problemas durante el embarazo, parto y/o puerperio (39.3%), complicaciones durante la atención médica y quirúrgica (20.2%) y procedimientos médicos, incluyendo complicaciones (4.4%), el resto se refieren a otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva que no se vinculan con posibles morbilidades maternas extremas. Sin embargo, dicho artículo, no permite identificar claramente las quejas medicas relacionadas con complicaciones potencialmente letales para la mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos (CONAMED:2018; 23 (1); 36).

Capítulo 2. Ruta teórico metodológica

El cuerpo femenino, la reproducción y la construcción de la ciudadanía han sido objetos de estudio de la antropología y de otras disciplinas sociales, con abordajes distintos y contextos socio culturales, históricos e ideológicos diversos. Esta pluralidad epistemológica, implica un posicionamiento teórico, metodológico y político, que se desarrolla a lo largo del capítulo, con el objetivo de enmarcar “la forma de mirar y abordar” el problema de investigación.

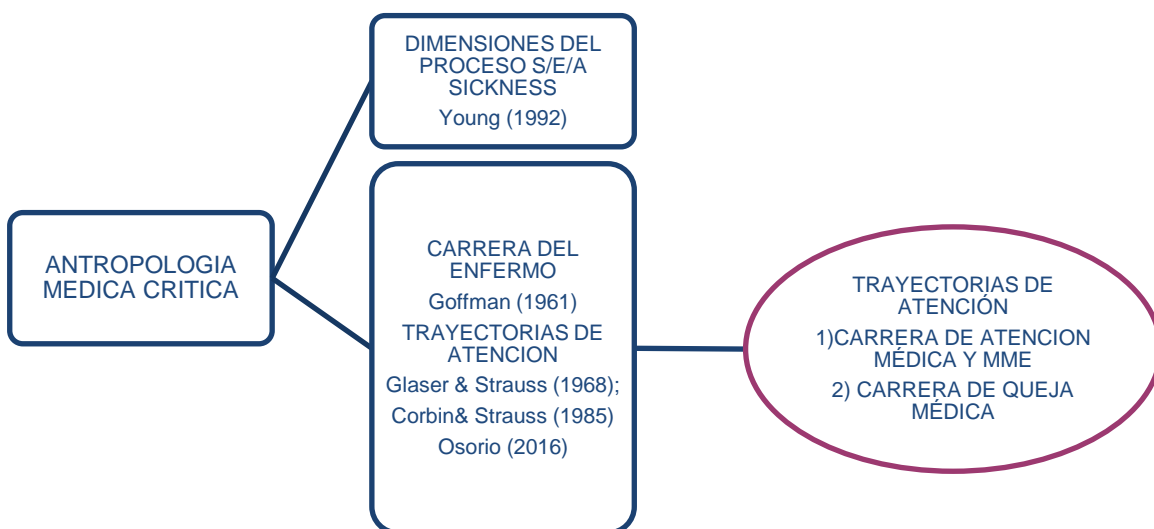
Este capítulo se divide en dos apartados, el primero muestra las bases teórico metodológicas generales en las que se inserta el estudio, los principales conceptos y las categorías de análisis.

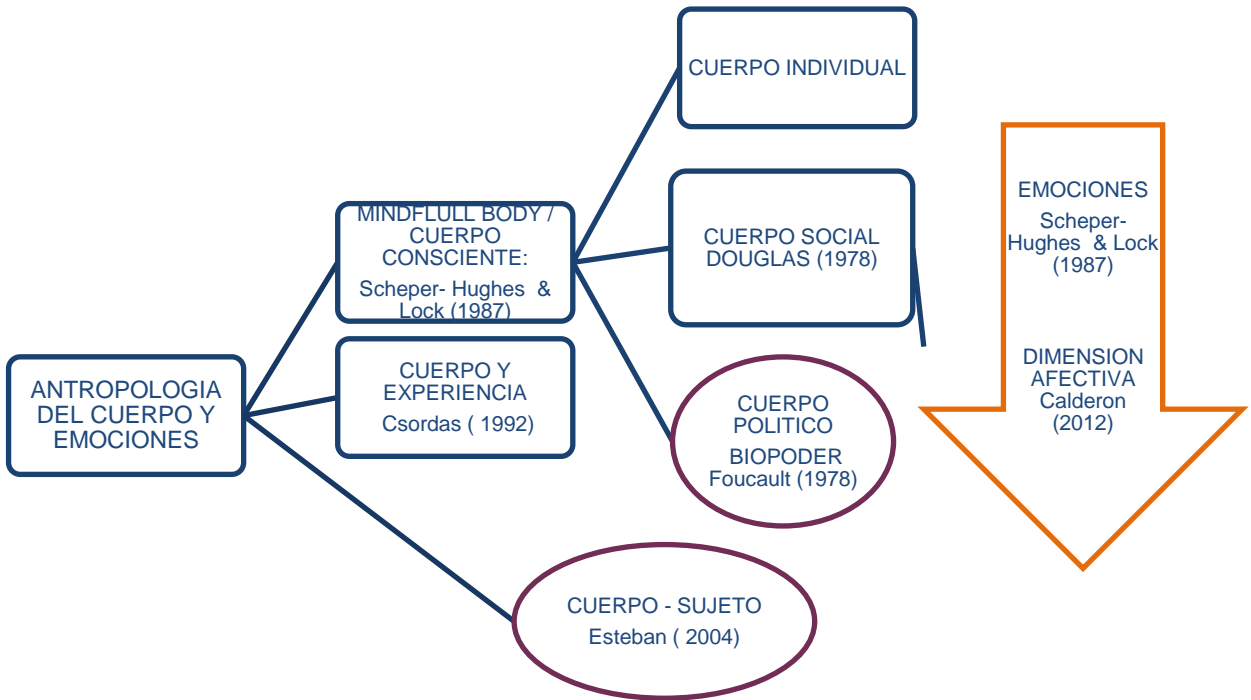
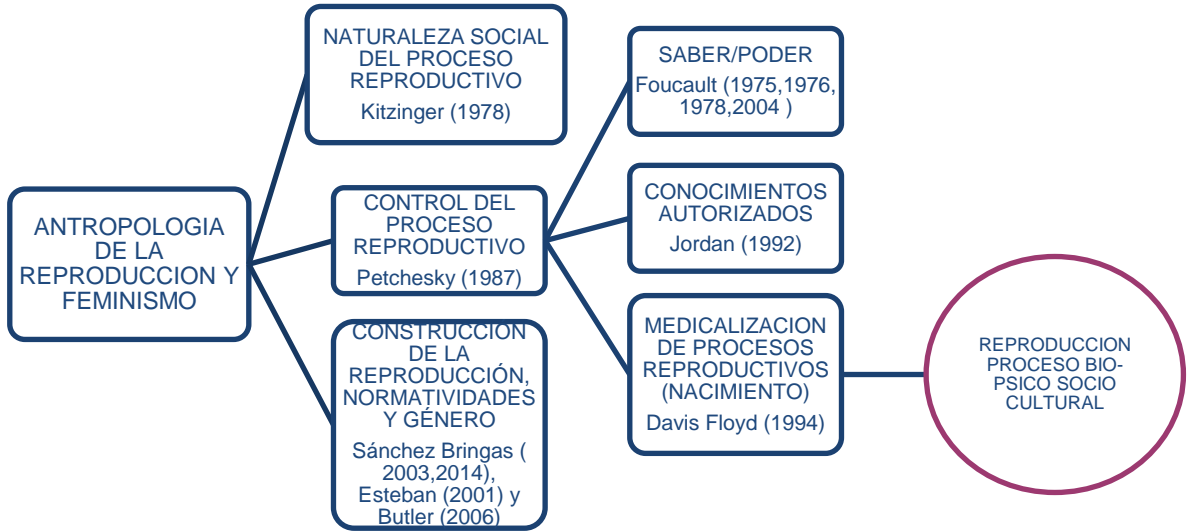
En el segundo apartado se describen las estrategias metodológicas y las herramientas utilizadas para la recopilación de los datos en el trabajo de campo y su respectivo análisis.

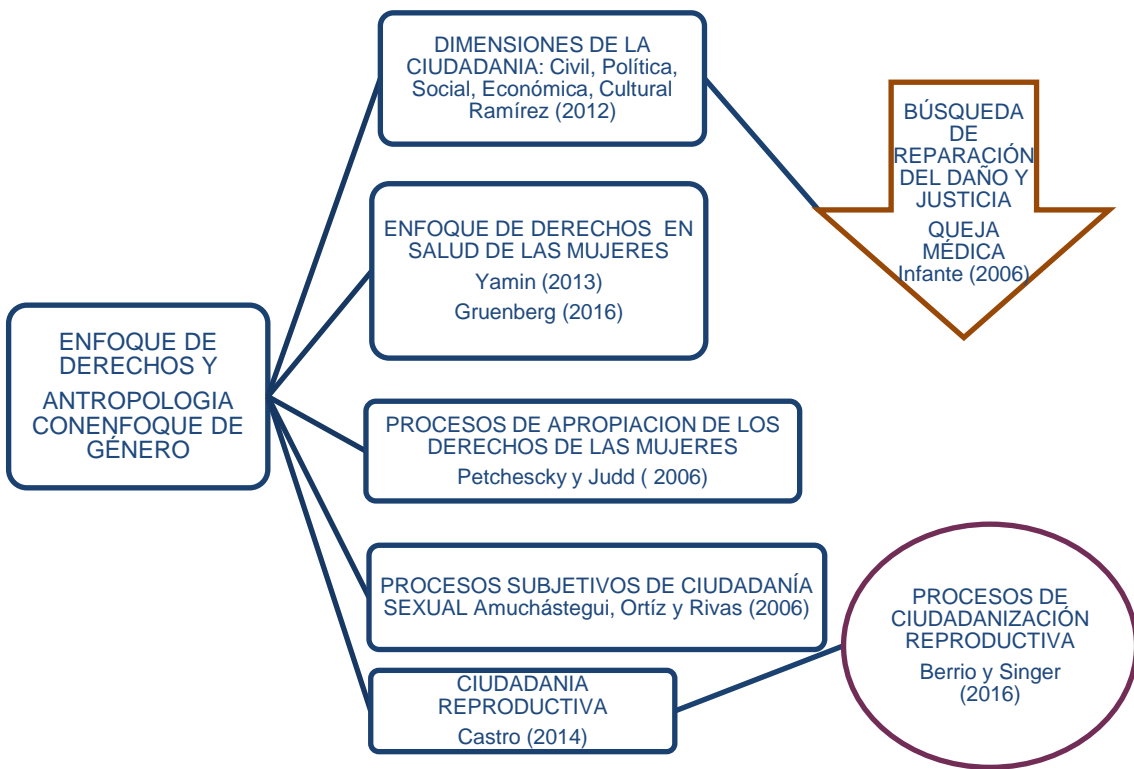
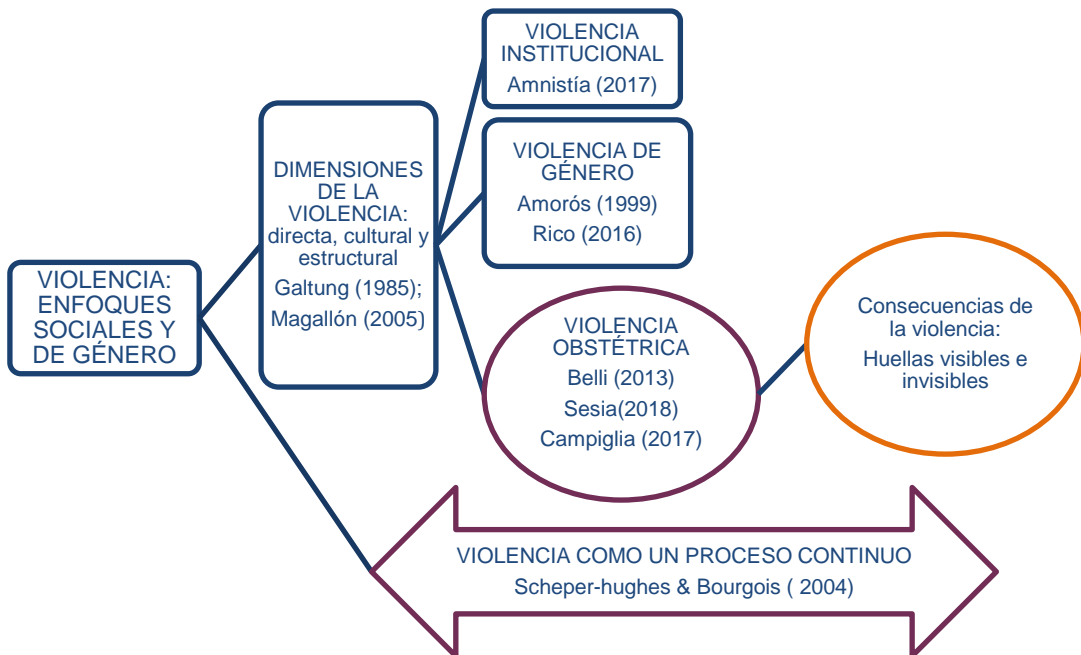
2.1. Abordaje teórico

A lo largo de esta sección se desarrollan los principales conceptos y categorías que sirven de guía para pensar el problema de investigación, sintetizadas en el siguiente esquema teórico:

Gráfico 4. Esquema teórico de la investigación.







2.1.1. Antropología médica y trayectorias de atención

La primera referencia teórica de la investigación surge de la antropología médica, rama de la antropología social que, sin desvincular la parte biológica, se ha centrado en analizar las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud, enfermedad y atención que ponen en práctica los diferentes conjuntos socioculturales.

Este enfoque, desarrollado a partir de la década de los sesenta, propone una forma integral de analizar los procesos biológicos, tomando en cuenta el momento histórico, geográfico, político y cultural en el que se presentan, distanciándose de las perspectivas biomédicas occidentales que reducen los procesos del cuerpo, incluidas las morbimortalidades maternas y los procesos como el nacimiento, exclusivamente a lo orgánico, etiquetándolas como *disfunciones biológicas*, propias del *cuerpo individual del paciente* (Martínez Hernández;2008, Comelles y Martínez; 1992).

La antropología médica analiza las dimensiones constitutivas de los procesos de salud/enfermedad/atención (S/E/A), diferenciándolas en: *enfermedad*, *padecimiento* y *malestar*, en inglés *disease / illness / sickness* (Fábrega;1974, Good;1994, Kleinman;1980 y 1995, Menéndez;1981, Young; 1980 y 1995). Cada una se refiere a diferentes aspectos: el biológico (enfermedad/disease), el cultural (padecer/illness) y el social (malestar/sickness).

Desde la perspectiva de Kleinman (1980) la dimensión *enfermedad/disease*, se refiere al mal funcionamiento de los órganos o a una mala adaptación de los procesos biológicos, es decir, un estado patológico, denominado así por los médicos y profesionales de la salud, cuyos conocimientos surgen y se estructuran a partir de un cuerpo teórico y técnico desarrollado por la biomedicina. Mientras que el *padecimiento/illness* es una construcción cultural que incluye los procesos de atención, las percepciones, conductas, problemas y demandas en salud de las diferentes poblaciones (Kleinman;1980:72-72). La tercera dimensión de los procesos S/E/A es el *malestar/sickness*, el cual en términos generales se refiere a los desórdenes que afectan a las poblaciones considerando los factores macro sociales que intervienen en las formas de nacer, enfermar, sanar y morir (Osorio;2000:33).

Young (1982) ampliando la visión propuesta por Fábrega, Good y Kleinman, desarrolla una perspectiva crítica de los procesos S/E/A. Para Young el *malestar/sickness* es el proceso mediante el cual se expresan tanto el *padecer/illness* como la *enfermedad/disease*, es decir, el proceso de socialización de las dimensiones de los distintos modelos explicativos, tanto los del paciente como de los curadores o profesionales de la salud (Young;1982:270). Esta postura integra al análisis las relaciones de poder de los diferentes actores que participan en el proceso de salud enfermedad y atención (S/E/A) (Menéndez; 1994), sin dejar de lado el contexto social, cultural, económico y político y los diferentes factores macro, meso y micro que intervienen en el proceso.

A partir de esta perspectiva crítica, se caracteriza con mayor precisión la unidad de análisis de esta investigación, que se centra en el *malestar/sickness*, debido a que pretende explorar las relaciones de poder que se concretan en la atención institucionalizada del embarazo, parto y puerperio, que derivan en morbilidades maternas extremas y alto riesgo de muerte. Las preguntas de la investigación han sido planteadas desde este enfoque crítico el cual:

“...enfatisa la importancia de las fuerzas políticas y económicas, incluido el ejercicio del poder, al moldear la salud, la enfermedad, la experiencia del padecer y el cuidado de la salud. En nuestros esfuerzos por construir una antropología médica crítica, buscamos desmontarla de su subordinación a la biomedicina (que no significa alejarla de la colaboración con los proveedores de salud) para llevarla hacia una comprensión más holística de las causas del padecer, las características clasistas, racistas y sexistas de la biomedicina como sistema hegemónico, las relaciones entre los sistemas médicos y las estructuras políticas, las disputas en las relaciones entre pacientes y médicos, la visibilización de la experiencia del sufrimiento de enfermar y la capacidad de actuar y resolver el problema de salud, en diversos y contrastantes contextos político-económicos (Traducción propia de Singer & Bear; 1995: 5-6.)²⁰.

²⁰ “The critical medical Anthropology (CMA) as we see it. By this we mean a critical medical Anthropology that emphasizes the important of political and economic forces, including the exercise of power, in shaping health, disease, illness experience, and health care. In our efforts to built a critical medical anthropology, we seek to move the sub discipline away from its service sector subordination to biomedicine (which in not say, away from collaboration with the care providers) toward a more holistic understanding of the causes of sickness, the classist, racist, and sexist characteristics of biomedicine as a hegemonic system, the interrelationship of medical systems with political structures, the contested character of provider patient relations, and the localization of suffer experience and action within their encompassing political-economic context” (Singer & Bear; 1995: 5-6)

De manera muy general, y tal como referí al explicar la propuesta de Young (1992), la perspectiva crítica de la antropología médica señala tres grandes aproximaciones para comprender los procesos S/E/A. En primer lugar: *las relaciones entre conocimiento y poder*, recuperando las aportaciones de las ciencias sociales para visibilizar las distintas fuerzas y relaciones de poder que afectan los cuerpos de ciertos conjuntos sociales de formas diferenciales y que definen las formas de atención a la salud de las personas.

En segundo lugar, comprender el *contexto* económico, político, socio cultural, geográfico y ambiental e histórico en los que se presentan los procesos de S/E/A, debido a que las características específicas de cada contexto influyen en la construcción de las estructuras de desigualdad que impactan en las formas de enfermar y resolver los problemas de salud; al acceder el contexto es posible identificar los distintos sistemas de atención a la salud y su organización jerárquica particular.

Finalmente, la tercera aproximación busca a partir del *análisis de casos* concretos recopilados en el trabajo de campo (*in situ*), analizar los *factores meso y macro estructurales* que influyen en las formas en las que las personas nacen, enferman y mueren.

“...Esta corriente es una estrategia de buscar vincular “el macro nivel de la economía política, el nivel nacional de la estructura política y de clases, el nivel institucional del sistema de atención en salud, el nivel comunitario de creencias populares, el micro nivel de la experiencia de la enfermedad y de sus conductas, significados y fisiología y el nivel de los factores ambientales”
(Singer;1995:81 en Martínez Hernández;2015:154)

Menéndez (1981) considerando las especificidades socioculturales, económicas y políticas latinoamericanas, retoma y enriquece la perspectiva crítica de la antropología médica. Tomando distancia de la antropología clásica, que no incluía en sus reportes etnográficos el importante rol de los procesos globales y de la economía política, ni contemplaba los procesos de colonización e imperialismo, plantea que dichos procesos históricos son fundamentales para comprender las diversas y desiguales realidades en salud en las que viven los conjuntos socioculturales.

Esta concepción materialista y sistémica en torno a la salud, se desarrolló a la par de su postura política, al punto de no separar el análisis de los procesos de S/E/A del papel de las relaciones de clase, género y etnia en la desigual distribución de los recursos en salud,

del acceso a ellos y en las formas en que son resueltos los problemas de salud por las personas de manera tanto individual como colectiva (Menéndez;1981, Martínez Hernández;2015).

La antropología médica crítica pretende identificar un problema mediante un abordaje crítico de la realidad con el objetivo de transformar o al menos proponer formas de incidir sobre el mismo y que ayuden a mejorar la salud de las personas; es decir, es una disciplina que se dirige hacia una antropología aplicada y a la transformación social y política. Tal como Singer señala:

“no es simplemente entender la realidad, sino cambiar aquellos patrones opresivos e inapropiados en la arena de la salud y más allá de ella” (Singer; 1995:81, traducción en Martínez Hernández; 2015:155)

Una de las aproximaciones a los procesos de S/E/A, desarrollados desde la antropología y la sociología en salud, es el análisis de las *formas de respuesta social ante las enfermedades y padecimientos*, es decir, la identificación de diversas acciones y decisiones que realizan las personas en la búsqueda de atención.

Para esta investigación, utilizo la *trayectoria de atención*, como una estrategia metodológica, para ordenar, describir y analizar el recorrido de las mujeres a través de las instituciones de salud y de atención a la queja médica. La manera en la que presento este recorrido es describiendo las decisiones que toman las mujeres y el personal médico durante la atención médica, la forma en que el personal de salud interviene en el proceso y la percepción que construyen las mujeres a lo largo de tránsito institucional de atención de su embarazo, el parto y el puerperio, el cual por razones vinculados con su manejo clínico, resulta en complicaciones denominadas morbilidades maternas extremas.

Las *trayectorias de atención médica* de las mujeres que participaron en el estudio, se vinculan también con una búsqueda de reparación de daño y/o justicia, que he denominado: *ruta o carrera de queja médica*, la cual inicia al ingresar una inconformidad ante la Comisión nacional de Arbitraje Médico (CONAMED); incluye el proceso de relaciones, trámites y acuerdos con las instancias implicadas en la atención y finaliza con el resultado de la queja médica dictado en la junta de conciliación o mediante con la emisión del laudo.

Estos recorridos en la atención son procesos que han sido reconocidos por la antropología médica y la sociología en salud como *procesos de búsqueda de la salud / health seeking process* (Chrisman,1977); también identificados como *itinerarios terapéuticos* por Mallart, *procesos del malestar/sickness* por Twaddle, y propiamente *trayectorias de atención* (Glaser y Strauss;1968), por mencionar algunos (Comelles;1985, Osorio;1982 y 2016).

Todas estas nociones se vinculan teóricamente con el concepto de *carrera moral del paciente o del enfermo (moral career)*, propuesto por Goffman (1961):

“La palabra carrera se ha reservado, tradicionalmente, a para quienes aspiran a escalar las sucesivas etapas que presenta una profesión...sin embargo, en su sentido más amplio [se ha utilizado], para referirse a cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida. La perspectiva adoptada en la de historia natural: se desatiende los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social... A esta luz quiero considerar al paciente...” (Goffman;1961 [2001]:133)

Una de las ventajas que él señala al utilizar la categoría de la carrera moral del paciente, consiste en su “ambivalencia”, es decir, por un lado, la carrera moral del paciente se relaciona con asuntos subjetivos e íntimos y, por otro lado, a la posición formal, a las relaciones sociales e institucionales de los pacientes (Goffman;1961[2001]). La reconstrucción de la carrera moral de los pacientes conduce a la identificación de diferentes momentos, etapas y estatus que ocupan las personas en dicho recorrido.

Estudios como los de Mechanic (1961) sobre la *conducta del padecimiento*, incorporan al análisis los diferentes caminos que ponen en práctica las personas para resolver sus problemas de salud, los aprendizajes socioculturales de los pacientes y sus grupos sociales; mientras que para Freidson (1978) la *carrera de la enfermedad* es una secuencia de acontecimientos sociales en los que intervienen los pacientes, las instituciones y diversos agentes involucrados, señalando que a través de la atención médica se ejercen mecanismos de control social.

Kleinman (1980), explora los determinantes que intervienen en la construcción de diferentes *carreras curativas* que siguen los enfermos; estos determinantes son los

síntomas, el nivel de gravedad en el que se presentan, el rol del enfermo, las condiciones sociales, económicas, culturales y de estatus de cada individuo, las redes sociales y el sistema de referencia socio cultural al que pertenecen las personas. (Kleinman (1980) y Osorio; 2000:39-41).

Para esta investigación se busca reconstruir el tránsito de las mujeres en los servicios de atención del embarazo, parto y puerperio, para lo cual los aportes de Goffman sobre la *carrera moral* del paciente que dan el peso en la descripción de dicho recorrido a los aspectos íntimos y subjetivos y las diferentes relaciones que se establecen en el encuentro clínico es pertinente, sin embargo años más tarde Glaser y Strauss (1968[1980]) proponen utilizar las contribuciones de Goffman pero desde con enfoque fenomenológico y describen de manera detallada una serie de etapas que experimentan los enfermos crónicos. Su propuesta, resulta metodológicamente adecuada. Además, Glaser y Strauss (1968[1980]) sugieren que su propuesta metodológica puede ajustarse a otras enfermedades y procesos de atención a la salud (Glaser & Strauss;1968(1980):vii), por lo que es justificable adoptarla en esta disertación para analizar las trayectorias durante la atención materna, a lo largo de la morbilidad y en el recorrido hacia la inconformidad.

En *Awareness of dying* (1965) y posteriormente en “*Time for Dying*” (1968)²¹, Glaser y Strauss describen los resultados de un amplio estudio comparativo de trayectorias de pacientes desahuciados, es decir, aquellos cuyo estado de salud es tan grave que se encuentran en proceso de muerte inminente²², identificando las siguientes características:

“las trayectorias de cada paciente cuentan con al menos dos propiedades principales. Primera, suceden en un tiempo determinado,[es decir], tienen

²¹ Las publicaciones de Glaser & Strauss “Conciencia de estar muriendo” (1965) y “Tiempo para morir” (1968) no han sido traducidas al castellano.

²² Glaser y Strauss analizaron los datos que recopilaron durante un trabajo de campo en hospitales en donde eran atendidos enfermos terminales. Ellos realizaron observación densa y trabajo intensivo -etnografía hospitalaria- en 10 instituciones en el área de la Bahía de San Francisco, todos los datos obtenidos en este trabajo *in situ* fueron cotejados con observaciones que *check-out rápido* en Italia, Grecia y Escocia. Además realizaron observaciones en hospitales en Japón, Tailandia, Melanesia, Islas Filipinas y Taiwán; Este método de investigación de campo les permitió realizar una extensa descripción comparativa de los cuidados terminales en diferentes tipos de servicios médicos y sobretodo, les dieron elementos de análisis abstracto que sostienen su esquema teórico.

una duración. Segunda, las trayectorias tienen una forma y estructura que es posible graficar” (Traducción propia. Glaser & Strauss; 1968 (1980: 5-6)²³

Otro de los elementos centrales desde esta perspectiva interpretativa, es que en torno a las trayectorias se construyen *expectativas* sobre la enfermedad, la atención y la posible muerte del enfermo. Estas expectativas son calculadas mediante la observación de los signos y síntomas, la clasificación del nivel de gravedad de cada caso y el tiempo estimado que durará la atención del paciente.

A partir de esos elementos Glaser y Strauss identifican cuatro diferentes tipos ideales de trayectorias: (1) *la trayectoria abrupta/rápida*: como la que acontece en la muerte accidental del paciente; (2) *la trayectoria prolongada*: la que se presenta en casos de enfermedades crónicas; (3) *la trayectoria aplazada, o de sentencia suspendida*: en las que se presenta un alivio temporal, el paciente es enviado a casa y puede vivir varios años más. (4) *la trayectoria de ingreso-reingreso*: en la que el paciente tiene una ligera recuperación, y tiene varios ingresos y egresos hospitalarios.

Con este orden de ideas, sobre el tema que interesa a esta investigación, se estima que actualmente la mayoría de los más de 100 millones de nacimientos por año en el mundo²⁴ son atendidos en instituciones de salud y suelen presentarse sin complicaciones para las mujeres y sus hijos, lo que nos *remite a esperar que la mayoría de las mujeres presenten trayectorias de corta duración y baja complejidad*.

En México, las guías prácticas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)²⁵, en la atención del parto sin riesgo obstétrico, se establece que las mujeres sean dadas de alta de 48 a 36 horas después del nacimiento del hijo(a), el egreso hospitalario dependerá de los signos y síntomas que reporte la mujer, durante le postparto inmediato, sea parto vaginal o cesárea, es decir, *el modelo ideal de trayectoria en la atención institucionalizada del nacimiento, sería corta, con un nivel de intervención médica y complejidad baja o media, (en el caso de las cesáreas sería de media complejidad por ser una cirugía)*.

²³ “*the...trajectory of each patient has at least two outstanding properties. First, it takes place over time: it has duration...Second, a trajectory has shape: it can be graphed. It plunges straight down...it vacillates slowly...then plunges abruptly to death*” (Glaser & Strauss; 1968 (1980: 5-6)

²⁴ <https://www.worldometers.info/es/>

²⁵ <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

Sin embargo, como lo muestro a lo largo de esta investigación, en nuestro país entre el 10% y hasta el 15% de las mujeres que acuden a las instituciones públicas de salud²⁶, pueden presentar complicaciones durante la atención obstétrica, provocando que las *trayectorias de atención calculadas* se transformen radicalmente, incrementando su duración y nivel de complejidad, al grado de ser expuestas a alto riesgo de muerte materna. A estos casos, según la propuesta teórica de Glaser y Strauss, se les denomina *trayectorias con un error de cálculo (miscalculation of trajectories)*, porque las expectativas construidas sobre ellas tiene cierto grado de desacierto de duración y forma/estructura; son los casos que trasgreden la regla general, “lo normal”, “lo esperado”. Estos *errores en el cálculo* afectan el curso normal de la trayectoria, el trabajo de atención médica, involucran más personal y tanto los pacientes como los familiares, presentan sentimientos y emociones desconcertantes durante el proceso.

Los autores advierten que las personas esperan que el resultado de la enfermedad y de la atención médica se presente de forma simple o al menos sin alto riesgo de complicaciones, por lo que al presentarse una *discontinuidad en la trayectoria calculada*, se ven implicados aspectos del orden sentimental. Específicamente sobre la atención obstétrica Glaser y Strauss señalan:

“ los sentimientos que se relacionan con los servicios de obstetricia son de alegría y optimismo. Cuando una mujer fallece en el parto, como ocasionalmente sucede, el caos que provoca es un rasgo visible de un patrón de sentimientos destrozados” (Traducción propia de Glaser & Strauss: [1968];1980: 14)

Desde esta perspectiva, las trayectorias presentan *coyunturas críticas (critical junctures)*, acontecimientos que ocurren ya sea de manera directa o trunca a lo largo de la trayectoria, que se vinculan con la organización temporal del trabajo hospitalario y se conforman *puntos de retorno/inflexión (turning point)*, es decir, momentos en los que se identifican claros indicios de gravedad, complicaciones severas de la salud del paciente que modifican el trascurso calculado de la trayectoria; esos momentos rompen con las

²⁶ Ver Capítulo 1 de esta disertación Gráfico 2 . Espectro de morbilidades maternas extremas respecto al total de gestaciones.

expectativas estimadas por el personal médico y cambiando las trayectorias (Glaser & Strauss: [1968];1980: 6-7).

En el caso de las trayectorias de las mujeres del estudio, es fundamental reconocer y describir las relaciones que enmarcan estas *coyunturas* y cuáles son los *puntos que cambian radicalmente* el trascurso de la atención obstétrica, la salud y la experiencia de las mujeres, esto con el objetivo de clasificar las trayectorias de atención médica y relacionarlas con las motivaciones, argumentos y expectativas que las mujeres construyen al inconformarse sobre la atención recibida, mediante el proceso de queja médica ante la CONAMED.

En un texto posterior, Corbin & Strauss (1985) señalan que las trayectorias, se construyen a partir de la intersección de tres carreras: 1) las carreras experienciales (*experiential careers*), 2) las carreras hospitalarias (*hospital careers*) y 3) la carrera biográfica (*biographical career*) (Corbin & Strauss;1985:14)²⁷. Aunque en dicho texto no definen claramente cada una de ellas, si presentan ejemplos etnográficos que evidencian algunos de los elementos centrales de estas carreras.

Retomando su propuesta, me refiero a *carreras experienciales* al conjunto de interpretaciones que las mujeres entrevistadas construyen de la atención y las morbilidades maternas, es decir, a la reconstrucción de lo vivido desde sus percepciones, emociones y expectativas, durante las distintas etapas del proceso, iniciando en el embarazo, la atención del parto, sus sensaciones corporales durante la intervención médica y al percibir que están en riesgo de morir, hasta su experiencia del proceso de queja médica y su resolución. La carrera experiencial, incluye la organización del trabajo de las mujeres y sus familias en torno al embarazo, parto, puerperio complicados y sobre el proceso de ingreso y resolución de la queja médica.

Las *carreras hospitalarias* son definidas por Glaser & Strauss ([1968];1980:15) como aquellas que se centran en los trabajos –acciones, acuerdos, decisiones- que realiza el

²⁷ “to experiences people have had with illness or in hospitals, and to pertinent personal experiences. For convenience, we termed these illness, hospital, and personal careers. Throughout this book, we shall have more to say about the intersecting of such careers. A few examples will illustrate their importance. Chronic patients, having lived with their symptoms for a time, often are experienced in reading them; sometimes they are more skilled in this than some staff members are, especially when the latter have had little experience with this disease” (Glaser & Strauss: [1968];1980: 14)

personal de salud en torno a la enfermedad, las cuales, en su caso, fueron observadas por los investigadores en los espacios clínicos. En el caso de la presente investigación, la propuesta para reconstruir la carrera hospitalaria de las mujeres del estudio es a partir de la revisión documental de los expedientes de queja médica, estableciendo una relación analítica dialógica con el documento buscando identificar los diferentes actores involucrados en la atención médica

Esta reconstrucción de la carrera hospitalaria, será nutrida por los datos obtenidos en las entrevistas a profundidad con las mujeres, sus interpretaciones de las relaciones establecidas durante la atención materna en los espacios clínicos, como las dinámicas entre el personal, el manejo de la comunicación sobre la complicación obstétrica y la percepción de la mujer sobre la experiencia hospitalaria.

La *carrera biográfica* será construida a partir del contexto social y familiar de las mujeres, enfocando el análisis en las estrategias que despliegan las mujeres para responder a las morbilidades, las violencias durante la atención y el proceso de recuperación de la salud dentro y fuera de los hospitales. Corbin y Strauss (1985) apuntan que las trayectorias de la enfermedad impactan las carreras biográficas y viceversa:

“Otra característica contextual importante del manejo de la trayectoria es la tendencia a un cambio en el status de la trayectoria (o el trabajo realizado con el propósito de manipularla), o la biografía de la persona enferma (o el trabajo biográfico requerido para continuar o reconstruir su vida) lo que puede conducir a consecuencias mutuas... Estas consecuencias a su vez afectan y dan dirección al proceso de mantenimiento de cada una de ellas... [El denominado] impacto recíproco de la trayectoria a la carrera biográfica sucede en el curso de ambas... el impacto no se limita al inicio de la enfermedad, más bien ocurre a lo largo del curso de la trayectoria. Por lo tanto, cualquier cambio en el estado puede tener consecuencias drásticas. Sin embargo...el impacto puede variar en intensidad y permanencia...El impacto puede ser positivo/benéfico o negativo/perjudicial” (Traducción propia de Corbin & Strauss;1985: 230)

En el caso de esta disertación, interesa identificar y analizar los impactos en las vidas de las mujeres, para lo que propongo utilizar el concepto de *huellas de la atención y de las morbilidades maternas extremas*.

Osorio (2016) sostiene que las trayectorias son:

“la secuencia organizada de decisiones y estrategias instrumentadas por los sujetos para gestionar o hacer frente a un episodio concreto de enfermedad. Dicha ruta incluye todos los recursos de atención y actores sociales que participan del episodio. Las estrategias involucran un conjunto de saberes (representaciones y prácticas sociales) que se expresan en la toma de decisiones y en las acciones orientadas a la solución del problema” (Osorio; 2016:202)

A partir de las propuestas teóricas de Glaser y Strauss ([1968];1980), de Corbin y Strauss (1985) y considerando la estrategia de Osorio (2000,2008,2016) para utilizar las trayectorias como una categoría metodológica y analítica; entiendo como *trayectorias de atención al enlace de dos carreras o rutas*: la primera, denominada *carrera de atención materna* y la segunda *la ruta de la queja médica*.

La *carrera de atención materna* es el recorrido que realizan las mujeres durante la asistencia médica del embarazo, parto y puerperio. Esta ruta por las instituciones de salud se construye mediante el ordenamiento progresivo de las decisiones y estrategias de los involucrados en la atención -el personal médico, las mujeres y sus redes de apoyo, activadas principalmente durante el parto, en la resolución de las morbilidades maternas extremas y las secuelas clínicas derivadas de la atención. El tránsito que las mujeres realizan en los hospitales se presenta en el marco de relaciones e interacciones de poder que se manifiestan en el espacio clínico, la visibilización de estas relaciones y sus efectos en la experiencia de las mujeres, constituyen características centrales de este tipo de carreras, que se concatenan con la carrera de la inconformidad, que he nombrado la *ruta de la queja médica*.

La *ruta de la queja médica* se refiere al proceso de ejecución del instrumento extrajudicial utilizado para inconformarse ante las instituciones del Estado por un conflicto médico; tomando en cuenta las motivaciones, expectativas y resultados que construyen las mujeres desde sus contextos particulares.

Esta ruta inicia al ingresar la solicitud de inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje médica, se lleva a cabo la revisión, conformación y análisis del expediente de queja médica, para derivar en el procedimiento de conciliación o en algunos casos de arbitraje médico, y finaliza cuando las mujeres y su red de apoyo reciben el resultado de la queja; resultado que puede incidir en re significaciones de la experiencia vivida

Al vincular la carrera de la atención materna con la ruta de la queja e incluir los aspectos experienciales, hospitalarios y biográficos que sugieren Corbin y Strauss (1985), busco visibilizar las consecuencias y secuelas físicas y no físicas de la atención materna que impactan diferentes esferas de la vida de las mujeres, tales como: la socio-familiar, emocional y económico-laboral (Williams;1993, Williams & Jones;2017).

Los estudios de la antropología médica crítica y las perspectivas feministas han analizado a las instituciones, los procesos de control y dominación de los cuerpos femeninos y de los procesos como la reproducción; el siguiente apartado, muestra algunos de los aportes que se relacionan con esta investigación.

2.1.2. Antropología de la reproducción y las naturalizaciones invisibles.

Desde el surgimiento de los estudios antropológicos encontramos etnografías en las que se describen los tabúes, creencias, costumbres y rituales relacionadas con la reproducción en diferentes culturas (Malinowsky: 1932; Montagu: 1934). A finales de la década de los sesenta, estudios etnográficos como los de Margaret Mead y Niles Newton identifican diferentes sistemas de atención del parto, exploran la sexualidad en contextos culturales diferentes al occidental y apuntan el lugar central de las costumbres en la vida reproductiva y las relaciones de parentesco. Esta línea de investigación, es denominada *antropología de la reproducción*.

Entre las problemáticas que analizan esta línea destacan cuatro principales: *la naturaleza social del proceso reproductivo, el control del proceso reproductivo, la conceptualización dicotómica del proceso reproductivo y la construcción de género*. En este sentido Blázquez señala:

“la reproducción humana, no es sólo un proceso biológico, puesto que está determinada por las condiciones materiales y las relaciones sociales. Esta es una de las conclusiones extraídas de la revisión de estudios antropológicos dirigidos al embarazo, parto y posparto o puerperio...las representaciones como un proceso fisiológico, patológico y productivo aparecen como dicotomías que juegan un rol importante en la construcción de este fenómeno: naturaleza-cultura y producción-reproducción principalmente” (Blázquez;2005:1).

En la década de los setenta, se multiplican los estudios que exploran los diferentes aspectos involucrados en la atención institucionalizada del parto y el rol de las mujeres en el sistema médico hegemónico de atención médica en Occidente. Estudios como los de Nancy Stroller Show (1974) describen la formas atención obstétrica en hospitales norteamericanos en esa época, tomando en cuenta las narrativas de las mujeres sobre sus experiencias negativas en las clínicas prenatales; Sheila Cosminsky (1977) presenta un debate sobre la medicalización del nacimiento y el papel de la partería tradicional en Guatemala, mientras que Carol MacClain (1975) propuso el concepto de “etno-obstetricia” para referirse al nacimiento como un sistema cultural y no solo un evento fisiológico, por mencionar algunos.

Sheila Kitzinger (1978), explora la auto percepción de las mujeres en su rol de madres en diferentes contextos socioculturales y económicos, y propone desnaturalizar la maternidad, señalando la inexistencia del “instinto materno”, y desvinculándolo del ejercicio de la maternidad, argumentando su carácter como proceso cultural de interacción social y no del orden de lo innato o natural.

“siendo el embarazo y el parto procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino...nunca ocurren como un mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales” (Blázquez; 2005: 2)

En la década de los ochenta, se desarrollan etnografías y estudios aplicados sobre la situación de la atención obstétrica en diferentes entornos culturales; destacan aquellas que muestran el incremento en la medicalización de los procesos reproductivos, principalmente durante el embarazo y el parto, como el de Shelly Romalis (1981) que presenta un análisis crítico de la atención “medicalizada” y “tecnologizada” del nacimiento, evidenciando entre otros aspectos, la relación inequitativa entre los médicos y las pacientes, el importante rol de las parejas masculinas en el parto y la perspectiva médica del riesgo obstétrico, la cual ha sido utilizada por el discurso médico para justificar la “rigidez” en el control de la atención médica.

Otros estudios de este periodo, centran el análisis en los roles de las mujeres y del personal de salud durante la atención médica; William Ray Arney (1982) en *“Poder y la profesión de los obstetras”* (*Power and the profession of Obstetrics*) cuestiona la forma en el que los

médicos especialistas de la salud han ido “ganado el control” sobre la atención materna y Audrey Eccles (1982) analiza la práctica clínica británica y las formas en que las mujeres son interiorizadas en las salas de parto.

Estas reflexiones críticas se multiplican durante los años ochenta y noventa, cuestionando la subordinación de las mujeres en los espacios clínicos de atención obstétrica, controlados por los profesionales de la salud; debates vigentes hasta el día de hoy, principalmente en los países empobrecidos y en vías de desarrollo, en los que las inequidades de género directamente la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Los aportes de Rita Arditti (1980), Renate Klein y Barbara Rothman (1981), Judith Leavitt (1986 y 1987), Emily Martin (1987), Susan Irwin y Brigitte Jordan (1987), Karen Michaelson (1988), Carolyn Sargent y Nancy Stark (1989), Hency Goer (1995), Carole Browner y Nancy Press (1995), y Rayna Rapp (2000), coinciden en la necesidad de visibilizar el poder que se ejerce sobre los cuerpos femeninos y analizar las diferentes formas de control de la sexualidad y la reproducción.

Rosalind Petchesky (1984 y 1987) a partir de una discusión crítica en torno a las políticas de la reproducción, el feminismo, la bioética y el aborto plantea tres reflexiones centrales: 1) la necesidad de restaurar el lugar central de las mujeres en el embarazo, re contextualizando el lugar “intrauterino” del feto y ubicando a las mujeres en sus contextos sociales; 2) la necesidad de reconocer las inequitativas relaciones de poder durante la atención obstétrica, en las que las mujeres y sus conocimientos/saberes han sido relegados por los datos e imágenes que aportan los aparatos tecnológicos y las interpretaciones biomédicas y finalmente, 3) la necesidad de desarrollar una “ética feminista de la libertad reproductiva” que se complemente con políticas feministas (Petchesky;1987:286-288).

Uno de los aspectos centrales de la discusión académica desarrollada principalmente por mujeres feministas, es la construcción del conocimiento. Brigitte Jordan (1992) retomando el análisis sociológico de Bourdieu y Passeron (1977), y la perspectiva médica de Paul Starr (1982), introdujo el concepto de “conocimientos autorizados”, refiriéndose a aquellos respaldados por la tecnología, que se convierten en conocimientos “oficiales, potentes, válidos”, incluso aceptados como teorías legitimadoras de intervención y acción, entre

ellos en la práctica médica sobre los cuerpos femeninos y en particular en la atención de la salud sexual y reproductiva.

Jordan analiza el video de un parto hospitalario, para evidenciar la configuración de los conocimientos, por un lado “el conocimiento autorizado”, propio de los profesionales de la salud que atienden el parto, en contraste con “el no autorizado”, correspondiente al de las mujeres parturientas, cuyas posturas son desestimadas y sus saberes son devaluados por el conocimiento del “*profesional*” (Jordan;1992). Lo relevante al analizar los conocimientos autorizados no es si son correctos o no, sino que su estatus les da el poder-legitimado por el grupo que lo posee-, en el caso de la atención a la salud y los procesos reproductivos de las mujeres, pertenece a los profesionales de la salud:

“el conocimiento autorizado convence... porque parece natural, razonado y construido a partir del consenso. Por esas razones puede dar pie a poderosas sanciones, exclusiones del grupo social y coerciones físicas” (Jordan & Irwin; 1989 Traducción propia en Jordan;1992:4)

En esta investigación interesa, retomar este concepto porque ayuda a cuestionar críticamente por un lado, como se configura la atención materna en México, mediante guías y protocolos de atención que son manipulados a conveniencia por el personal “experto” para justificar las formas en que son atendidas las mujeres del estudio y por otro lado, porque es ese mismo cuerpo de conocimientos el que se utiliza para determinar si una queja médica procede o no, es decir, pareciera que el inconformarse ante las instancias competentes lleva a las mujeres a que sean evaluadas sus experiencias de atención desde el mismo campo de conocimientos y lógicas.

El papel de la biomedicina en la atención de los procesos reproductivos, ha sido explorado por la antropología médica, sin embargo, a analizarlos con *la óptica de género* se evidencia el rol de subordinación de las mujeres durante la atención del embarazo y el parto, en los que sus conocimientos son desautorizados por el del profesional, en este sentido Blázquez señala:

“el control ejercido principalmente por la medicina (Esteban, 2001b: 20-21), se enmarca dentro de un modelo médico particular: la biomedicina o medicina occidental, científica, alopática, cosmopolita, etnomedicina fisiológicamente orientada, o Modelo Médico Hegemónico descrito por

Ángel Martínez (1996), Joseph Ma. Comelles (1993 y 1985) y Eduardo Menéndez (1978). Dicho modelo biomédico dota a los sujetos, al cuerpo humano y a los procesos de salud/ enfermedad y atención, de unas determinadas características que han sido recogidas por Martínez (1996) y llamadas presunciones de cientificidad. Todas ellas van a estar presentes en el proceso reproductivo, y potencian el modelo de control mediante la medicalización de este proceso. Sin embargo este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular con las mujeres, que refuerza su situación de dependencia y por tanto, su posición subordinada. Lo que nos induce a relacionar la institución médica y su praxis con la reproducción y mantenimiento de un sistema social de control y regulación de las mujeres” (Blazquez;2005: 7).

Estas características de los estudios sobre la reproducción, sobre todo aquellos con una perspectiva de género, logran mostrar las “naturalizaciones invisibles” que viven las mujeres en el mundo (Esteban;2006). Una las *naturalizaciones* centrales, es la percepción esencialista y biologicista del cuerpo, que implica que ciertos cuerpos sean ubicados en una posición de marginalidad sobre otros, estableciendo diferencias de género -lo masculino sobre lo femenino-, y las jerarquías antes mencionadas (etnia, raza, edad, status). La *naturalización* de los criterios de marginación social a partir de las características biológicas, instauran un orden tanto de relaciones sociales, como económicas y políticos –de corte determinista, occidental, patriarcal-, que aunque en realidad es profundamente desigual y jerárquico se le ha presentado a las mujeres como normal, natural y legítimo (Esteban;2006).

Estas *naturalizaciones invisibles* también trasminan las políticas públicas y las instituciones de salud, estableciendo las formas “*naturales* y legítimas” en los que deben de ser atendidos los procesos reproductivos de las mujeres, es decir, mediante la tecno medicina (Davis-Floyd;2001) la cual supone la intervención del embarazo, el parto y el postparto, la manipulación con uso de herramientas, aparatos tecnológicos y medicamentos, con el objetivo de controlar y “eficientar” todo el proceso, bajo su carácter exclusivamente biológico, patológico y de riesgo²⁸, desacreditando el hecho de que la reproducción es un proceso bio-psico-sociocultural complejo.

²⁸ Robbie Davis Floyd (1994), señala que en la atención de la reproducción, se produce el establecimiento de las reglas sociales; la reproducción humana es también la reproducción de sujetos sociales, y tanto la madre como el padre y el hijo al nacer, viven un *ritual de paso*, cada uno cumple un rol y es mediante este ritual de paso que se reconstituyen los vínculos de parentesco, el estatus de madre-padre (progenitores) y el

En esta investigación se retoma la perspectiva feminista de proceso reproductivo - embarazo, parto y puerperio- que lo entiende como un proceso bio-social, lo que implica analizar la reproducción de seres humanos, que además es un procesos vivido y significado de manera diferencial por los conjuntos sociales y está atravesado por desigualdades económicas, culturales y de género (Sánchez Bringas; 2014).

Una de las aspiraciones de este estudio, es contribuir al debate de la antropología de la reproducción, ampliando la visión de estos procesos, analizando los factores que intervienen en los casos de mujeres sanas que ingresan a los hospitales para la atención de su embarazo, parto y puerperio, para enfrentarse con panoramas desoladores que vulneran sus derechos llevándolas a complicaciones maternas severas y violencias que resulta urgente explorar y erradicar de las instancias de atención médica.

2.1.3. Cuerpos múltiples y emociones.

Una de las categorías emergentes de esta investigación es el cuerpo femenino, que a partir de las preguntas de la investigación, los encuentros con los expedientes y el trabajo de campo, fue surgiendo como un concepto central para comprender el problema de investigación.

El cuerpo ha sido conceptualizado, valorizado, significado y reivindicado de diferentes formas según el contexto socio-histórico, cultural y político en el que se analice. Actualmente, señala Ortega (2010), “*vivimos en una coyuntura favorable para hablar del cuerpo*”, en palabras de Turner (1994) en “*contexto de emergencia del cuerpo*” debido a la producción teórica que da cuenta de la diversidad de perspectivas para mirar y analizar.

A través de múltiples expresiones tenemos acceso a las nociones del cuerpo y a los debates en torno su carácter ontológico y epistemológico, histórico y sociocultural. La secularización de la sociedad moderna, ha contribuido a que el cuerpo y la corporalidad

nacimiento de un nuevo “ser social”. Davis Floyd sostiene que la reproducción, es un micro proceso en el que se da cuenta de la organización social y cultural, los principios ideológicos que sustentan esta organización y las interacciones entre dichos principios. En este sentido, la reproducción más allá de ser un evento biológico, tiene funciones simbólicas, socioculturales e incluso económicas.

tengan un papel principal, tanto en la vida de las personas como en el análisis social (Martínez Barreiro;2004:127-132).

El interés teórico por el cuerpo ha atravesado disciplinas como la biomedicina, la filosofía, la teología, la literatura, el psicoanálisis, la historia, la sociología, la antropología, las teorías feministas y los estudios de género, entre otras que han buscado delimitar conceptualmente al cuerpo y han expandido sus horizontes más allá de lo biológico o conjunto de las partes que forman al ser humano, Csordas (1994) advierte:

“El tipo de cuerpo al que nos hemos acostumbrado [pensar] en la escuela y en la opinión popular por lo general es una entidad fija y material sujeta a las reglas empíricas de la ciencia biológica, que existía antes de la mutabilidad y el flujo del cambio cultural y la diversidad y se caracteriza por necesidades internas indescifrables. El nuevo cuerpo que ha comenzado a identificarse ya no puede considerarse como un bruto objeto de la naturaleza” (Traducción propia. Csordas;1994:1)²⁹

El cuerpo ha sido entendido como base biológica y pre social (Ch. Shilling;1993); con historia y como lugar primordial de la teoría social (Elias;1988, Feher et.al.;1991, Laquer y Gallagher; 1987, Laquer y Bourgois;1992, Sennett;1997); se ha analizado la significación simbólica del cuerpo, el lenguaje corporal y el comportamiento social (Goffman;1971, Merlau-Ponty;1976); hay genealogías de la sexualidad y el cuerpo, se ha definido el biopoder y las técnicas de disciplinamiento de los cuerpos (Foucault;1971;1976).

También se ha explorado su base ontológica y la dicotomía naturaleza/cultura del cuerpo (Turner;1984); lo han identificado como signo de la distinción y el individualismo, composición de la persona y recinto del ego (Le Breton;1995); se han descrito las técnicas corporales (Mauss;1934); otros lo han entendido como la metáfora central del orden político y social (Barkan, 1975; Kantorowicz, 1957; MacRae, 1975; O’Neill, 1985); han diferenciado el cuerpo físico y el social, a partir de la mediación cultural, el lenguaje y los

²⁹ *“the kind of body to which we have been accustomed in scholarly and popular thought alike is typically assumed to be a fixed, material entity subject to the empirical rules of biological science, existing prior to the mutability and flux of cultural change and diversity and characterized by unchangeable inner necessities. The new body that has begun to be identified can no longer be considered as a brute fact of nature”* (Csordas;1994:1)

símbolos (Douglas;1988); a esos dos cuerpos se les ha integrado el cuerpo político, como artefacto del control social y político (Scheper Hughes & Lock;1987), por mencionar algunas aproximaciones al concepto.

Otras perspectivas se han enfocado en desarrollar el cuerpo encarnado/corporizado (*embodiment*) y la experiencia (Csordas;1994); se han situado los cuerpos femeninos más allá del dominio de las ciencias, re configurando las categorías del sexo y el género (Butler;1990,1993;2006, Esteban;2001) y cuestionando las relaciones entre naturaleza y tecnología a partir del cuerpo *cyborg* (Haraway;1991).

Dados los objetivos de estudio, presento una revisión general de los estudios del cuerpo, para detenerme más adelante en el enfoque que me interesa adoptar en esta disertación. Los estudios sobre el cuerpo pueden dividirse en tres grandes grupos: el cuerpo analítico, el cuerpo temático y los cuerpos múltiples (Csordas;1994):

1. Los estudios que abordan el ***cuerpo analítico / analytic body***, son aquellos que analizan las *percepciones, prácticas, partes, procesos o productos* del cuerpo en diferentes contextos y estructuras socioculturales. Entre los aportes centrales catalogados en este grupo, se encuentra el análisis de las prácticas del cuerpo desarrolladas por Marcel Mauss (1934 [1973]) quien introdujo el concepto *técnicas del cuerpo*, para denominar a aquellas actividades como nadar, bailar o el ritual de la respiración al meditar, en las que el cuerpo tiene múltiples características y funciones, al ser al mismo tiempo una *“herramienta, un agente y un objeto”* (Csordas;1994:5):

“[las]«técnicas corporales» son un medio importante para la socialización de los individuos en la cultura; a través de ellas y de su cuerpo, un individuo llega a conocer una cultura y a vivir en ella” (Martínez Barreiro;2004:129).

Otros estudios clasificados en este grupo han analizado los procesos corporales y los elementos del cuerpo como: los estudios de Fitzgerald, Buckley y Gottlieb (1988) sobre la sangre y la menstruación, la menopausia (Skultans;1988); el proceso reproductivo y el nacimiento (Bordo;1990), el sexo (Mead;1928), el llanto y la risa (Douglas;1979a), así como las secreciones, el semen y la saliva (Starr;2002, Roux;1998).

2) El segundo gran grupo corresponde al *cuerpo temático / topical body*: incluye estudios que comprenden el cuerpo en relación con elementos específicos de la cultura, tales como los estudios sobre cuerpo y la enfermedad (Kleinman;1988; Lock & Dunk;1997, Good;1994), el cuerpo y las emociones (Le Breton;1995), el cuerpo y el mercado (Taussing;1980), el cuerpo y la tecnología (Haraway;1995), el cuerpo y el género (Butler;1990,1993,2006), por mencionar algunas.

Entre los estudios del cuerpo y el género, están los desarrollados por los debates feministas ya sean desde las posturas radical, socialista, liberal, de la igualdad, de la diferencia y globalizado, que han ubicado al cuerpo femenino en un lugar protagónico y establecen una crítica al constructivismo. El feminismo advierte una *'hermenéutica de la sospecha'* mediante la cual los estudios sobre el cuerpo, son *"puestos en duda"* porque no toman en cuenta la diferencia sexual, lo que implica que su aproximación filosófica resulte parcial, sesgada, androcéntrica; sostienen que en la sociedad patriarcal, los cuerpos son definidos bajo categorías binarias cuestionables (como masculinos y femeninos), y a partir de esta diferencia se les asignan atribuciones y expectativas, tanto sociales como culturales y económicas, que niegan identidades complejas, contextos, prácticas y situaciones específicas de las mujeres en su diversidad (Butler;2006)³⁰.

Al preguntarse qué es el cuerpo Butler responde desde una postura crítica al constructivismo:

"En este sentido, lo que constituye el carácter fijo del cuerpo, sus contornos, sus movimientos, será plenamente material, pero la materialidad deberá reconcebirse como el efecto del poder, como el efecto más productivo del poder. Y no habrá modo de interpretar el "género" como una construcción cultural que se impone sobre la superficie de la materia, entendida o bien como "el cuerpo" o bien como su sexo dado. Antes bien, una vez que se entiende el "sexo" mismo en su normatividad, Luisa

³⁰ Nuria Varela [2013] 2018, señala que la filosofía de la sospecha tiene que ver con los intereses del poder debido a que: *"La elección de los temas de investigación, la forma de aproximarse a ellos, la interpretación de datos y resultados... tienen lugar bajo una perspectiva que pretende hacer universales unas normas y unos valores que responden a una cultura construida por los varones y defensora del dominio masculino. Cualquier forma de definir, clasificar, nombrar... es arbitraria, pero tiene una función ideológica porque determina una manera concreta de explicar la realidad. La representación de esa realidad se hace bajo los intereses del poder"*.

Posada Kubissa *Las mujeres son cuerpo: reflexiones feministas* 110 *Investigaciones Feministas* 2015, Vol. 6 108-121 *la materialidad del cuerpo ya no puede concebirse independientemente de la materialidad de esa norma reguladora*” (Butler, 2003: 18-19).

3) El tercer grupo está formado por los **cuerpos múltiples / multiple bodys**. Nombrado así para referirse a los estudios cuyo número depende de los aspectos que se busque examinar.

- **Los dos cuerpos**: perspectiva desarrollada por Mary Douglas (1978) en la que el cuerpo es un objeto natural moldeado por fuerzas sociales y culturales. Ella señala a lo largo de su obra que existen de *manera integral dos cuerpos*:

“el cuerpo físico y el cuerpo social...Las propiedades fisiológicas del cuerpo son, pues, el punto de partida para la cultura que hace de mediadora y las traduce en símbolos significativos: «en un sistema de símbolos naturales»...Esto significa que el cuerpo es un medio de expresión altamente restringido, puesto que está muy mediatizado por la cultura y expresa la presión social que tiene que soportar. La situación social se impone en el cuerpo y lo ciñe a actuar de formas concretas, así, el cuerpo se convierte en un símbolo de la situación” (Douglas;[1978]1988:12).

Estos dos cuerpos se presentan en la vida social como un sistema de clasificación primaria de las culturas, son un vehículo a través del cual se representan conceptos amplios, con significados distintos en las culturas, como el desorden, el tabú, el riesgo, la incertidumbre y la contradicción.

- **Los cinco cuerpos**: propuestos por John O’Neil (1985) apunta a la tendencia humana asignar formas corporales a todo lo que le rodea, esta intensión de *antropomorfizar el cosmos*, lo llevó a proponer el cuerpo: 1. individual, 2. social, 3. político, 4. consumidor y 5. médico:

“El cuerpo social se refiere a la analogía común de las instituciones sociales con los órganos corporales y el uso de procesos corporales como la “ingestión” de alimentos para definir categorías sociales. El cuerpo político se refiere a los modelos de ciudad o país... [como el uso de] ... frases como “cabeza” de estado o “miembros” del cuerpo político. El cuerpo del consumidor se refiere a la creación y comercialización de necesidades corporales ... El cuerpo médico se refiere al proceso de medicalización en el

que un número creciente de procesos corporales están sujetos a control médico y la tecnología” (Traducción propia de Csordas;1994:5-6)³¹

-Los tres cuerpos: perspectiva desarrollada desde la antropología médica crítica por Nancy Scheper Hughes & Margaret Lock (1987), quienes delimitan el cuerpo en una unidad tripartita, retomando las propuestas de Douglas (1973), O'Neill (1985) y los estudios sobre el cuerpo y la sociedad de Bryan Turner (1984).

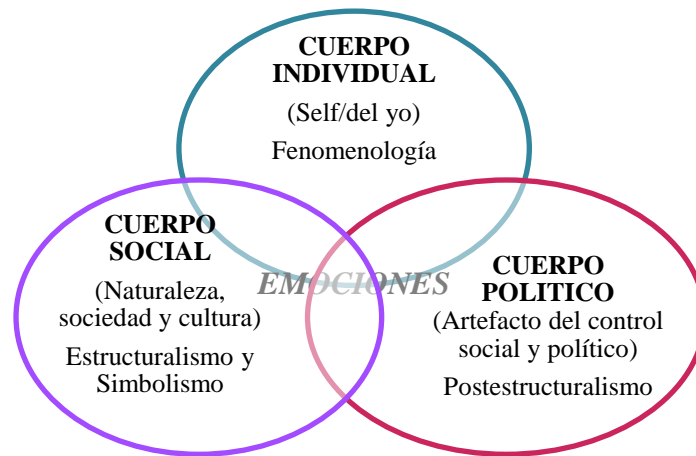
En “*The mindful body*” / “*el cuerpo consciente*”, proponen una deconstrucción conceptual del cuerpo en unidades de análisis: 1. el cuerpo individual, 2. el cuerpo social y el 3. cuerpo político. Este *cuerpo consciente* es simultáneamente físico y simbólico, natural y culturalmente producido e históricamente situado. Cada uno de los tres cuerpos tiene rasgos particulares y supone una aproximación analítica distinta:

“[las] tres perspectivas a través de las cuales el cuerpo puede ser visto son: 1) como una experiencia fenomenológica del cuerpo individual – del yo, 2) como un cuerpo social, un símbolo natural para pensar las relaciones entre la naturaleza, la sociedad y la cultura; y 3) como un cuerpo político, un artefacto de control social y político. Los “tres cuerpos” representan entonces, no sólo tres unidades de análisis separadas y superpuestas, sino también tres diferentes aproximaciones teóricas y epistemológicas: la fenomenología (para analizar el cuerpo individual, el yo vivido), el estructuralismo y el simbolismo (para analizar el cuerpo social) y el post estructuralismo (para analizar el cuerpo político). De estos tres cuerpos, el tercero es el más dinámico, al sugerir por qué ciertos cuerpos son producidos/moldeados socialmente” (Traducción propia de Scheper Hughes & Lock; 1987:8)³²

³¹ “*The social body refers to the common analogy of social institutions to bodily organs and the use of bodily process such as ingestion of food to define social categories. The body politic refers to models of city or country ... forming the basis of phrases such as “head” of state or “members” of the body politic. The consumer body refers to the creation and commercialization of bodily needs ... the medical body refers to the process of medicalization in which an increasing number of body processes are subject to medical control and technology” (Csordas;1994:5-6)*

³² “*... [the] three perspectives from which the body may be viewed: (1) as a phenomenally experienced individual body-self; (2) as a social body, a natural symbol for thinking about relationships among nature, society, and culture; and (3) as a body politic, an artifact of social and political control... The “three bodies” represent, then, not only three separate and overlapping units of analysis, but also three different theoretical approaches and epistemologies: phenomenology (individual body, the lived self), structuralism and symbolism (the social body), and post structuralism (the body politic). Of these, the third body is the most dynamic in suggesting why and how certain kinds of bodies are socially produced” (Scheper Hughes & Lock; 1987:8)*

Gráfico 5. El cuerpo consciente: los tres cuerpos (Scheper Hughes & Lock; 1987)



Fuente: elaboración propia (2019) de Scheper Hughes & Lock;1987

El **cuerpo individual** pueden entenderse como: “somos un cuerpo y pensamos corporalmente”. En este cuerpo reside la persona –*el yo / self* - que percibe y reflexiona, siente, piensa, desea, imagina, se expresa mediante el lenguaje corporal, con gestos, expresiones, símbolos y palabras vinculadas con emociones, estableciendo diálogos y con ellos significación y sentido, culturalmente enmarcado.

“El cuerpo está constituido por la materia, pero la subjetividad, es decir, su ser personal, es el principio de organización de dicha materia. A pesar de su súpercerebro, el hombre no sería un ser personal capaz de decidir por sí mismo si su principio ordenador de la materia no fuera una verdadera subjetividad” (Villamil;2005:9)

Desde occidente, el cuerpo ha sido construido a partir las dicotomías espíritu-materia, mente-cuerpo, premisas que han derivado en la clasificación de lo real opuesto a lo irreal (Scheper Hughes & Lock;1987:8). Desde los orígenes de la ciencia médica el cuerpo se conceptualizó con base en la visión profundamente biológica del alma planteada por Aristóteles³³; la práctica clínica fue cimentada a partir de lo físicamente observable y palpable del cuerpo y la enfermedad, desarrollada por Hipócrates; incluso al desarrollarse el psicoanálisis y la psicología al analizar mente y la conciencia, hay una tendencia a

³³ <http://eltalondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2015/09/Aristoteles-Acerca-del-alma.-Gredos.-Trad-Tomas-Calvo.pdf>

dividir las enfermedades del cuerpo humano por su origen “orgánico”, ya sea, en el cuerpo o en la mente, volviendo al reduccionismo dualista y materialista.

“La medicina...Occidental ha privilegiado la importancia del cuerpo tomando como eje la enfermedad y no la condición vital del enfermo. La medicina está basada en el estudio riguroso del cuerpo, pero de un cuerpo que, en el marco de las tensiones polémicas entre visiones dualistas e integradoras, ha ido conformando el dominio biológico como propio, al margen de la comprensión integral del hombre como conjugación del cuerpo fisiológico y como partícipe de una reinención incesante de sí en relación con los otros y en un mundo dotado de sentido.” (Moreno Altamirano; 2010:153).

La propuesta de Scheper Hughes & Lock (1987), es “salir de la trampa del legado cartesiano” y ver al cuerpo humano como una corporeidad subjetivada, una conciencia-encarnada, a través del cual se viven procesos de identificación y reflexión, en donde la experiencia es la expresión de la subjetividad como *puerta de acceso al mundo de las cosas*; a través de la experiencia se transforma la realidad y se concretiza la socialización.

Las *experiencias corporales* pueden recordarse, reconstruirse y es posible reflexionar sobre ellas. La experiencia corporal y la reflexiva son elementos fundamentales en la constitución del sujeto (el yo/self):

“Creemos que es razonable suponer que todos los humanos están dotados de una autoconciencia de la mente y el cuerpo, con una imagen interna del cuerpo, y con un sentido intuitivo, cada uno tiene un sentido de autoconciencia corporal, de integración mente/cuerpo, y consciencia de existir en el mundo, de forma separada y apartada de los otros seres humanos” (Traducción propia. Scheper Hughes & Lock;1987:14)³⁴.

A partir del estudio del cuerpo individual, de las percepciones etnoanatómicas e incluso de la imagen corporal, se obtiene información social y cultural de los significados del ser humano, de los estados de la salud y el bienestar y de los sistemas de integración de los diferentes grupos culturales. (Scheper Hughes & Lock;1987:18).

³⁴ “We think it reasonable to assume that all humans are endowed with a self-consciousness of mind and body, with an internal body image, and with a proprioceptive or sixth sense, our sense of body self awareness, of mind/body integration, and of being-in-the world as separate and apart from the other human beings” (Scheper Hughes & Lock;1987:14).

El **cuerpo social**, se centra en el uso y representación del cuerpo como un símbolo natural y a partir de él se piensa la naturaleza, la sociedad y la cultura; *las construcciones de y sobre el cuerpo* muestran las particulares formas de organización, relación e interacción.

Esta clasificación del cuerpo, coincide con la propuesta de Douglas (1970, 1978) del cuerpo social, que es tanto físico como un “artefacto” de la cultura, en el que difícilmente se pueden identificar los límites entre la naturaleza y la cultura:

“El cuerpo es un símbolo natural que suministra algunas de nuestras fuentes más ricas de metáfora... Es tan cierto que todo simboliza el cuerpo, como que el cuerpo simboliza todo lo demás” (Douglas;1970:65 y Douglas;1966:122 en Scheper Hughes & Lock;1987:19).

El cuerpo social, es producto de un conjunto de sistemas simbólicos socialmente compartidos, atravesado por significaciones que constituyen la base de su existencia tanto individual como colectiva³⁵.

El estructuralismo y el simbolismo, han abordado el cuerpo de esta forma, entre los principales aportes de estos enfoques encontramos los estudios sobre la contaminación y el tabú, la pureza y el peligro en diferentes sociedades Douglas (1966); los estudios de Lévi Strauss (1949a,1949b) sobre las alternativas curativas del chamanismo, la magia, y la eficacia simbólica en el análisis de los mitos; las investigaciones de Geertz (1973 y 1977) sobre las diferentes expresiones culturales y los significados detrás de la teatralidad; las relaciones entre el cuerpo y los sistemas de producción analizados por Thompson (1967); el estudio del sistema capitalista y la *alienación de los cuerpos* desarrollada por el marxismo; las posturas, actitudes y lenguajes corporales en relación al estatus y las clases sociales descritas por Bourdieu (1977), por mencionar algunos.

Desde la antropología médica el análisis del *cuerpo social* se ha reflejado en los estudios sobre las concepciones simbólicas entre el cuerpo sano y la sociedad sana, así como la el cuerpo enfermo y la sociedad disfuncional (Scheper Hughes & Lock;1987):

“Una de las ideologías más persistentes de la salud individual y social es la del equilibrio vital y de la armonía, la integración y la totalidad de los datos que se encuentran en los antiguos sistemas médicos de China, Grecia, India

³⁵ Scheper Hughes & Lock, señalan que las teorías etnobiológicas de la reproducción de cada sociedad suelen reflejar las particularidades de su sistema de parentesco.

y Persia, en las culturas nativas americanas contemporáneas del suroeste (Shutler;1979), a través del movimiento holístico de salud de el siglo XX (Grossinger;1980). Por el contrario, la enfermedad y la muerte se pueden atribuir a tensiones sociales, contradicciones y hostilidades, como se manifiesta en la imagen de los campesinos mexicanos los límites del bienestar (Foster;1965), en el síndrome de frío y calor y el desequilibrio simbólico en la medicina popular mexicana (Currier1969), y en expresiones idiomáticas populares como brujería, mal de ojo o "estrés" (Scheper-Hughes and Lock 1986). Cada una de estas creencias ejemplifica el vínculo entre la salud o la enfermedad del individuo y el cuerpo social" (Traducción propia. Scheper Hughes & Lock;1987:20)³⁶

Bajo la metáfora del mundo *encarnado/corporizado*, las autoras describen las formas en que el ser humano simboliza todo a su alrededor a partir de la particular concepción del cuerpo culturalmente determinada; los grupos sociales utilizan las formas y los usos simbólicos del cuerpo humano para clasificar y “humanizar” los fenómenos naturales, los artefactos humanos, los animales y la topografía (Scheper Hughes & Lock;1987:21).

Manning and Fábrega (1973) retoman las metáforas del cuerpo, al examinar las diferencias entre el *padecimiento/illness* y el *malestar social/sickness* en los sistemas médicos no occidentales y el enfoque de la biomedicina moderna. Una de las principales diferencias entre esas dos perspectivas es que desde la biomedicina el “*cuerpo es una máquina vasta y compleja*”, en cambio desde los sistemas no occidentales, el cuerpo es visto como un unidad integrada por relaciones personales y sociales que depende y es vulnerable a los sentimientos, deseos y acciones de los demás, incluidos los espíritus y los antepasados muertos; el cuerpo no se entiende como una máquina, sino como un microcosmos del universo. (Scheper Hughes & Lock;1987:21).

El análisis del **cuerpo político**, se centra en las formas de regulación y control de los cuerpos individuales y sociales –colectivos-. El cuerpo es visto como lugar de inscripción

³⁶ *One of the most enduring ideologies of individual and social health is that of the vital balance, and of harmony, integration, and wholeness that are found in the ancient medical systems of China, Greece, India, and Persia, in contemporary Native American cultures of the Southwest (Shutler; 1979), through the holistic health movement of the 20th century (Grossinger1980). Conversely, illness and death can be attributed to social tensions, contradictions, and hostilities, as manifested in Mexican peasants' image of the limited good (Foster 1965), in the hot-cold syndrome and symbolism balance in Mexican folk medicine (Currier1969), and in such folk idioms as witchcraft, evil eye, or "stress" (Scheper-Hughes and Lock 1986). Each of these beliefs exemplifies the link between the health or illness of the individual body and the social body.*

de los discursos sociales, atravesado por dispositivos de disciplinamiento, normalización, vigilancia y control.

Esta forma de *conceptualizar/des-conceptualizar el cuerpo* ha sido desarrollado por el post-estructuralismo³⁷, enfoque teórico y epistemológico que señala que el pensamiento es relativo y propone romper con los dualismos *-opuestos binarios-* (Derridá;1966), sobre los que se edificaba el pensamiento occidental que suponen la *centralización* de unos conceptos sobre *otros* denominados *periféricos*. Las clasificaciones hombre/mujer, espíritu/materia, real/irreal, bueno/malo, son antagonismos que llevan a un reduccionismo analítico que tiende a marginar “otras lecturas”, puntos de vista y formas alternativas de aproximación a los problemas.

Scheper Hughes & Lock (1987), señalan que toda sociedad cuenta con mecanismos que se activan cuando la estructura social es desafiada, es decir, ante el desequilibrio en las jerarquías, el rompimiento de las normas o de las instituciones sociales, se manifiestan diversas formas de control y vigilancia sobre los cuerpos:

“Cuando el sentido del orden social es amenazado ... los símbolos del autocontrol se intensifican junto con los del control social. Los límites entre los cuerpos individuales y políticos se vuelven borrosos, y existe una fuerte preocupación por la cuestión del ritual y la pureza sexual, a menudo expresada en la vigilancia sobre las fronteras sociales y corporales. Las personas pueden expresar una gran ansiedad por lo que entra y lo que sale de los dos cuerpos ” (Traducción propia de Scheper Hughes & Lock; 1987:93)³⁸

Para comprender el **cuerpo político**, los aportes de Michel Foucault son centrales, él ubicó al cuerpo al centro de la discusión a lo largo de su obra; al analizar lo efectos del poder

³⁷ En este grupo se ubican los aportes de los y las post estructuralistas: Foucault (1966, 1978, 1984), Derridá (1966), Lock (1993a,1993b,2001), Haraway (1988, 1995), Butler (1990,2002) y los estudios de feminismo post estructuralista, por solo mencionar algunos.

³⁸ *“When the sense of social order is threatened, as in the examples provides above, the symbols of self-control became intensified along with those of social control. Boundaries between the individual and political bodies become blurred, and there is a strong concern with matter of ritual an sexual purity, often expressed in vigilance over social and bodily boundaries. Individuals may express high anxiety over what goes in and what comes out of the two bodies”*. (Scheper Hughes & Lock; 1987:24)

sobre los cuerpos propuso una *micro política* de la regulación del cuerpo y una *macro política* de vigilancia de las poblaciones.

Foucault muestra una franca democratización del poder, es algo que está en todas partes, no porque envuelva todo, sino porque proviene de todo. El poder no es un objeto que se tenga o que le pertenezca a alguien, sino que funciona en relación a diferentes *campos*, *instituciones* y *grupos*; el poder tampoco tiene una figura -como una institución, una estructura o un Estado- sino que opera mediante prácticas e interacciones y se experimenta de diversas formas en el interjuego de relaciones dinámicas y desiguales. El poder incide, induce, desvía, dificulta o facilita, limita o amplía acciones (Foucault;[1978] 1990:92-102). El poder existe y circula:

“...entre cada elemento del cuerpo social, entre un hombre y una mujer, entre el miembro de una familia, entre un maestro y su alumno, entre todos los que saben y todos los que no, existen relaciones de poder que no son una pura y simple proyección del gran poder del soberano sobre el individuo, sino mas bien formas concretas, transformaciones sobre las que se basó el poder del soberano, condiciones que hacen posible que funcione” Foucault;[1978] 1990:93)³⁹

Foucault (1995) otorgó de sentido al *componente social en las conductas corporales y sexuales*; exploró el origen de las instituciones y cómo, a través de ellas, se ejerce el control sobre los cuerpos y las personas, exponiendo su idea de una *política del cuerpo*.

Analizó el *cuerpo de los condenados*, refiriéndose a aquel que está inmerso en el campo político en donde las relaciones de poder operan *sobre él*, lo obligan y exigen; explicó cómo son y cómo se construyen los *cuerpos dóciles* -aquellos que pueden ser sometidos utilizados, transformados y perfeccionados- y, denominó *microfísica del poder* a las formas en las que las instituciones moldean los cuerpos y las personas, entre ellas clínica y los hospitales (Foucault;1963).

³⁹ “Between every point of social body, between a man and a women, between the member of a family, between a master and his pupil, between every one who knows and every one who does not, there exists relations of power which are nor purely and simple a projection of the sovereign’s great power over the individual, they are rather concrete, changing soil which sovereign’s power grounded, the conditions which make it possible to function” (Foucault;[1978] 1990:93).

La articulación entre *poder y saber biomédico*, es uno de los *dispositivos de control* sobre los cuerpos. Sin embargo, la regulación y el control no sólo se centra en los individuos y las poblaciones sino también en los procesos como la sexualidad, el género y la reproducción; a este tipo de ejercicio del poder Foucault lo denomino *Biopoder* (Foucault; 1986).

“El biopoder...[es una] tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante ... vuelta hacia las relaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida— caracteriza un poder cuya función va más allá...[la función] ya no es matar sino invadir enteramente la vida” (Foucault 1986: 169).

B. Turner (1984), señala que otro de los mecanismos del poder, es la individualización de los males del cuerpo:

“...que el gobierno y la regulación de la sexualidad femenina implican, a nivel institucional, un sistema de hogares patriarcales para controlar la fertilidad, y a nivel individual, ideologías de ascetismo personal. Por lo tanto, el matrimonio tardío, el celibato y las ideologías religiosas del puritanismo sexual fueron una adquisición estructural de ... sociedades ... La biomedicina a menudo ha servido a los intereses del estado con respecto al control de la reproducción sexual, las mujeres y los "desviados" sexuales” (Traducción propia Turner 1984:91 en Scheper Hughes & Lock; 1987)⁴⁰

Los estudios de Freidson (1972); Zola (1972) e Illich (1976) exploran los procesos de medicalización mostrando diferentes formas en que el poder/saber biomédico hegemónico incide y legitima la intervención de los cuerpos y las vidas de los individuos y colectividades.

Los cuerpos femeninos han sido dominados y performados bajo las lógicas del poder, un poder patriarcal que ha definido las normatividades del género:

“el poder se inscribe en los cuerpos femeninos de múltiples formas (cuerpos enfermos, anoréxicos, dóciles, fértiles, violados, explotados, maltratados, prostituidos...cuerpos-útero, cuerpos-fetiché) y puede ejercerse desde múltiples lugares (instituciones, discursos...) para

⁴⁰ “...that the government and regulation of female sexuality involves, at the institutional level, a system of patriarchal households for controlling fertility ;and at the individual level, ideologies of personal asceticism. Thus, late marriage, celibacy, and religious ideologies of sexual puritanism were a structural acquirement of ... societies ...Biomedicine has often served the interests of the state with respect to the control of reproduction sexuality, women, and sexual "deviants." (Scheper Hughes & Lock; 1987)

conseguir múltiples beneficios (amor incondicional, abnegación, niños, placer, fuerza de trabajo barata...)” (Fernández, 2004:191-2)

En este sentido, Scheper Hughes & Lock (1987) señalan que la medicalización de los procesos de vida y la excesiva intervención quirúrgica son claras expresiones del ejercicio del biopoder sobre los cuerpos.

En esta disertación, interesa adoptar la perspectiva del **cuerpo político** propuesto por Scheper Hughes & Lock (1987), lo que implica, incorporar al análisis **las emociones**.

Sin embargo, desde la biomedicina los aspectos sociales y emocionales de la experiencia de procesos como el parto, la enfermedad o el dolor son reducidos, clasificados y atendidos como patologías, enfermedades psiquiátricas o psicológicas.

“ [en el mundo] ... los partos no tienen madre. Las mujeres que van a dar a luz desaparecen en cuanto atraviesan la puerta del hospital. No son personas, son enfermas, y sus opiniones no cuentan. El parto está organizado en los hospitales al servicio de los ginecólogos, del resto de los profesionales de la medicina que intervienen y del sistema de salud. Se trata de que los partos sean rápidos, seguros y cómodos...para los facultativos, claro, no para las madres: cesáreas sin motivo, administración de hormonas para acelerar las contracciones, cortes vaginales y la peor posición para dar a luz, tumbadas. Si para las mujeres todo es más difícil, doloroso, violento y humillante – nunca cuenta su opinión-, da igual” (Varela;[2013] 2018: 288-289).

Desde el *cuerpo consciente / mindful body*, las emociones son productos generados en y desde la cultura (Geertz;1980)⁴¹, que contienen tanto los sentimientos como los pensamientos, la moral y la ideología cultural; las *emociones son las mediadoras* entre la mente y el cuerpo, el individuo, la sociedad y el cuerpo político. Las emociones afectan la forma en que el cuerpo, la enfermedad y la experiencia de dolor proyectan imágenes del buen o mal funcionamiento del cuerpo social y del cuerpo político (Scheper Hughes & Lock;1987:28).

⁴¹ Scheper Hughes & Lock proponen que “...tenderíamos a unirnos a Geertz (1980) para preguntarnos si alguna expresión de emoción y sentimiento humano, ya sea público o privado, individual o colectivo, ya sea represor o explosivamente expresado, alguna vez está libre de conformación cultural y significado cultural. La declaración más extrema de la posición de Geertz, compartida por muchos de los nuevos psicólogos y psicólogos médicos, sería que sin nuestra cultura simplemente no sabríamos cómo sentirnos” (Geertz; 1980)” (Traducción propia de Scheper Hughes & Lock;1987:28)

El desarrollo de la antropología del cuerpo se vio acompañado por el interés de explorar las emociones⁴².

“Las emociones forman parte de la experiencia de los sujetos sociales, se encarnan cotidianamente en la interacción con los otros y forman parte del flujo de acontecimientos de la vida individual y colectiva; en este sentido, las emociones no son visualizadas como estados fisiológicos y cognitivos exclusivamente ni como epifenómenos de la mente, sino como parte de la experiencia humana corporeizada” (López, 2013).

Desde la antropología de las emociones, Rosaldo (1984) las ha definido como pensamientos encarnados:

“pensamientos de alguna manera "sentidos" en los sofocos, pulsos, "movimientos" de nuestros hígados, mentes, corazones, estómagos, piel. Son pensamientos encarnados, pensamientos filtrados con la aprensión de que "estoy involucrado" (Rosaldo;1984:143)

Mientras que Le Breton (2005, 2012) señala que la afectividad aunque se produce desde la particularidad y la individualidad está enmarcada por el entorno sociocultural; el hombre conecta con el mundo a través de una red de continua de emociones:

“...cargada de un tono afectivo, la emoción no tiene realidad en sí misma, no tiene su raíz en la fisiología indiferente a las circunstancias culturales o sociales, no es la naturaleza del hombre lo que habla en ella, sino sus condiciones sociales de existencia que se traducen en los cambios fisiológicos y psicológicos. Refleja lo que el individuo hace de la cultura afectiva que impregna su relación con el mundo” (Le Breton;2012:70)

Con el fin de integrar las emociones, al análisis de este estudio, propongo retomar a perspectiva de Calderón (2012,2015,2017), para quien la *dimensión afectiva* es el campo de análisis que visibiliza la articulación de las emociones con lo social. En este sentido, las emociones, pasiones, sentimientos y afectos -como el amor, el odio, la envidia, la

⁴² A lo largo del texto, Scheper Hughes & Lock, exponen algunos estudios que abordan las emociones: mientras para Blacking (1977), las emociones son el cataclismo que transforma el conocimiento/saber para hacerlo accesible a la comprensión humana; sostiene que las emociones proveen a la acción de intensidad y compromiso; conclusiones a las que llega a partir del análisis de los rituales en los que el cuerpo se manifiesta mediante el baile, el canto, los movimientos y los estados alterados de conciencia, en los que se identifican “olas de sentimiento/waves of fellow-felling”, una lenguaje que comunica, una forma pre reflexiva de sentir. Para Scarry (1985) emociones como el dolor infringido mediante la tortura son capaces de “destruir los mundos de la víctima”; desde la antropología médica Hahn y Kleinman (1983) exploran el papel de las emociones en los casos de muerte súbita y curaciones milagrosas.

venganza, la alegría, la tristeza, miedo, valor, melancolía, euforia- se manifiestan asociadas a prácticas sociales y a la acción individual:

“estudiar lo emocional requiere tener en cuenta la interrelación establecida entre los aspectos expresivo, descriptivo, constitutivo y transmisión de las emociones, pasiones, sentimientos y afectos en los sujetos y en la cultura” (Calderon;2012:33).

Esta perspectiva, busca hacer explícito el vínculo de las emociones al interrelacionar el ámbito social y el individual⁴³. Calderón (2012, 2015) propone tres niveles para el estudio la dimensión afectiva, constituida por *universos emocionales*, el nivel la intrasubjetivo, el intersubjetivo y el transubjetivo:

“...el intrasubjetivo, dentro del sujeto y procesados por la autoreflexividad; se encuentra dentro del sujeto en su psiquismo, donde los signos de los universos emocionales resultan accesibles a su conocimiento y simbolización mediante dispositivos autorreflexivos. El nivel intersubjetivo es aquel en el que los procesos emocionales y las vivencias del sujeto adquieren significados, valencias positivas o negativas, los símbolos pueden ser intercambiados y compartidos con otro sujeto significativo. Y finalmente, el nivel transubjetivo se ubica en el proceso donde el sujeto puede establecer otros intercambios emocionales en la sociedad” (Calderón;2015:29).

Para poder relacionar, las emociones con el cuerpo, resulta necesario, hablar de la experiencia. Un concepto que ha sido abordado desde varios enfoques, por un lado la sociología de Bourdieu (1988, 1997) analiza la experiencia al explorar el gusto, el *habitus*⁴⁴ y las relaciones entre el cuerpo y la clase; desde la filosofía de la experiencia Merleau-Ponty (2000) desarrolla el concepto de cuerpo encarnado /cuerpo vivido; y como resultado

⁴³ “dos planteamientos centrales, ayudan a comprender este acercamiento analítico: 1) la dimensión afectiva está implícita en la capacidad de simbolización, y por lo tanto, es condición sin la cual no podría existir la cultura; 2) la dimensión afectiva surge del tránsito de la naturaleza a la cultura —en ese lugar donde se ponen en acto las reglas que prescriben, proscriben, modulan y controlan a los hombres— y está presente en el proceso de constitución de la sociedad y de los sujetos (Díaz;2012:233)

⁴⁴ Bourdieu define *habitus* a : “...Los acondicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia [...], sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser producto de la acción organizadora de un director de orquesta” (Bourdieu 1991a: 92).

de la relación del enfoque de las prácticas de Bourdieu y la fenomenología, Csordas (1994) propone el concepto *embodiment*.

Csordas (1994) mediante el concepto *embodiment* –cuerpo *encarnado* o *corporalidad*-, entiende al cuerpo como un proceso de interacción social, compuesto por cinco dimensiones: 1.Potencial, 2.Intencional, 3.Intersubjetiva, 4.Activa y 5. Relacional. Con ello pretende superar la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo para ubicar a lo corporal como “auténtico de la cultura” (Esteban; 2013:25).

“El cuerpo es, así considerado “un agente y un lugar de intersección tanto del orden individual y psicológico como social; asimismo, el cuerpo es visto como ser biológico pero también como entidad consciente, experiencial, actuante e interpretadora ... la dimensión interactiva de la agencia adquiere un significado más amplio cuando el actor social es entendido como agente encarnando” (Lyon y Barvalet,1994:55 y 63 en Esteban; 2004:21)

Entre los aportes recientes del feminismo, retomo la perspectiva de Esteban (2013) quien propone el cuerpo-sujeto, no sólo como un cuerpo material o biológico, ni únicamente un constructo social y cultural, sino un cuerpo que:

“es el lugar de la vivencia, del deseo, de la reflexión, de la resistencia, de la contestación y el cambio social” (Esteban;2013:58).

Este cuerpo es el espacio de la reflexión, de la resistencia y del sujeto. Esteban señala que uno de los desafíos del feminismo en la actualidad es analizar “desde otro lado” el cuerpo de las mujeres, a partir de las experiencias situadas, en las que ellas participan como agentes de su propia vida y no como víctimas, con experiencias concretas no homogéneas, en el que las mujeres no son “seres pasivos” (Esteban; 2004: 31).

A partir de estas perspectivas⁴⁵ y para el análisis de esta investigación, entiendo el cuerpo femenino como:

El lugar de la inscripción de los discursos sociales y normatividades del género, atravesado

⁴⁵ Específicamente los aportes de Scheper-Hughes y Lock (1987), la perspectiva de análisis de la dimensión afectiva de Calderón (2012), la perspectiva del cuerpo encarnada/*embodiment* de Csordas (1994) y la postura feminista de Esteban (2004, 2013).

por dispositivos de disciplinamiento, normalización, vigilancia y control que estructuran los protocolos de atención materna en las instituciones de salud; un cuerpo en el que las emociones median la subjetividad, la sociedad y el cuerpo político e inciden en las prácticas y las acciones individuales y sociales. Este cuerpo encarnado, además es una entidad consciente, experiencial y reflexiva. Es un cuerpo -sujeto, que por un lado, es atravesado por el poder pero tiene capacidad de agencia y resistencia, no es un cuerpo-víctima.

2.1.4. Las violencias que se articulan durante la atención obstétrica.

No hay consenso teórico al definir violencia, a pesar de la vasta producción académica en torno a la violencia no existe una definición simple y unívoca del concepto, debido a que ésta se expresa de múltiples formas, es “*un concepto resbaladizo, no lineal, productivo y reproductivo*” (Scheper-Hughes y Bourgois; 2004:1).

Esta disertación busca aportar al debate de las violencias hacia las mujeres, explorando las trayectorias de atención institucionalizada del embarazo, parto y/o puerperio complicado. A lo largo del texto, se muestran *las formas y dinámicas* en las que se ejerce la violencia hacia los cuerpos femeninos en los espacios de atención médica y *pretendo visibilizar los efectos posteriores– secuelas y consecuencias*⁴⁶.

La Organización Mundial de la Salud señala que la violencia :

“... el uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte” (OMS;2012).

Efectivamente, existe la violencia física, sin embargo, el reducir el concepto a lo material/físico, lleva a invisibilizar otros tipos de violencia que afectan, de múltiples formas, a individuos y poblaciones: como *la violencia cultural* (Galtung;1996), *la*

⁴⁶ Los estudios sobre la violencia pueden clasificarse, siguiendo la propuesta de Wittgenstein (Blair; 2016), a partir de los usos del concepto; dividiendo las aproximaciones al concepto según las causas, formas y dinámica y consecuencias de la violencia (Martínez ;2016).

violencia estructural (Farmer;2004), la violencia simbólica (Bourdieu;2000) y la violencia moral (Segato;2003)⁴⁷, cuyas consecuencias no son visibles o inmediatas.

Scheper-Hughes y Bourgois (2004), sostienen:

“...La violencia nunca puede entenderse únicamente en términos físicos: por su fuerza física, como una amenaza o ataque y el infringir dolor. La violencia también incluye ataques a la personalidad, la dignidad, el mérito y la importancia de la víctima. Las dimensiones sociales y culturales de la violencia son las que le dan poder y significado. Centrarse exclusivamente en los aspectos físicos de la tortura, el terror de la violencia pierde sentido y lo transforma en el proyecto en un ejercicio clínico, literario o artístico, que corre el riesgo de degenerar en teatralidad pornográfica, perturbando en un sentido voyerista de la violencia el testificar, criticar y escribir contra la violencia, la injusticia y el sufrimiento” (Traducción propia de Scheper-Hughes y Bourgois;2004:1)⁴⁸

Es decir, la violencia es el ejercicio del poder sobre el otro, una imposición que supone la supresión del desarrollo del sujeto. En el caso de la violencia ejercida sobre las mujeres, la violencia se expresa en diferentes modalidades que limitan la vida, la satisfacción de las necesidades, el desarrollo, la capacidad de agencia incluso sobre el propio cuerpo. En este sentido, las epistemologías feministas, han criticado las perspectivas sobre la violencia que invisibilizan la violencia con “clave de género”.

⁴⁷ Segato en *Las estructuras elementales de la violencia* identifica como la matriz originaria de la violencia de género que se ejerce sobre las mujeres, a la estructura de dominación patriarcal, que opera de múltiples formas, entre ellas mediante de la violencia sexual, este tipo de violencia se expresa mediante “el mandato de violación”: *“La idea de mandato hace referencia aquí al imperativo y a la condición necesaria para la reproducción del género como estructura de relaciones entre posiciones marcadas por un diferencial jerárquico e instancia paradigmática de todos los otros órdenes de estatus -racial, de clase, entre naciones o regiones- . Esto quiere decir que la violación, como exacción forzada y naturalizada de un tributo sexual, juega un papel necesario en la reproducción de la economía simbólica del poder cuya marca es el género, la edad u otros sustitutos del género en condiciones que así lo inducen, como, por ejemplo, en instituciones totales”*(Segato; 2003:13).

⁴⁸ *“ Violence can never be understood solely in terms of its physicality - force, assault, or the infliction of pain - alone. Violence also includes assaults on the personhood, dignity, sense of worth or value of the victim. The social and cultural dimensions of violence are what gives violence its power and meaning. Focusing exclusively on the physical aspects of torture/ terror/violence misses the point and transforms the project into a clinical, literary, or artistic exercise, which runs the risk of degenerating into a theatre or pornography of violence in which the voyeuristic impulse subverts the larger project of witnessing, critiquing, and writing against violence, injustice, and suffering”* (Scheper-Hughes y Bourgois;2004:1).

Magallón (2005) propone una aproximación integral para comprender la violencia hacia las mujeres, retomando a Galtung (1996, 2003), quien define la violencia mediante un modelo triangular de interacción entre: la violencia estructural, cultural y directa.

Galtung, conceptualiza a la violencia a partir de las necesidades básicas del ser humano:

“...Las amenazas de violencia son también violencia (...) Las cuatro clases de necesidades básicas –resultado de exhaustivos diálogos en muchas partes del mundo- son: necesidades de supervivencia (negación: muerte, mortalidad); necesidad de bienestar (negación: sufrimiento, falta de salud); identidad, necesidad de representación (negación: alienación); y necesidad de libertad (negación: represión)” (Galtung; 2003:262en Magallón: 4-5)

Con esta lógica, la violencia opera a partir de flujos causales entre las violencias, que circulan en todas direcciones emergiendo de cada uno de sus vértices; el flujo principal va de la violencia cultural a la violencia directa pasando por la estructural.

Gráfico 6. Triángulo y flujos de violencia de Galtung (2003).



Fuente: Galtung (2003)

La *violencia cultural* se refiere a la *violencia simbólica*⁴⁹ que establece las normas sociales, esta violencia legitima las otras violencias. Las bases de la violencia cultural son de carácter ideológico y en el marco de las representaciones, expresándose como sexismo, racismo y la xenofobia. Es una violencia que se aloja en “... *la religión y la ideología, en*

⁴⁹ La violencia simbólica ha sido definida por Bourdieu (2000) en “*La dominación masculina*” como la forma de violencia cotidiana que opera mediante esquemas de percepción y valorización, estableciendo relaciones de dominación-sumisión naturalizadas.

el lenguaje y el arte, en la ciencia y en el derecho, en los medios de comunicación y en la educación” (Galtung;2003:20).

La violencia cultural hacia las mujeres, anida en las representaciones simbólicas de lo femenino como lo natural, débil, negativo y lo emocional en contraste con lo racional, que performan lo que se espera del “ser y actuar” de las mujeres, definiendo los espacios que deben ocupar en las instituciones sociales hasta las formas de comportamiento relacional incluso íntimo –sexual- (Magallón;2005).

La *violencia estructural*, también definida por Paul Farmer (2004), es aquella forma de organización social que desprotege y condena a ciertos sujetos al limitar el desarrollo pleno de sus posibilidades, constituye la precariedad de las condiciones de vida. Es la violencia intrínseca a los sistemas sociales, políticos y económicos que gobiernan las sociedades, los estados y el mundo (Galtung;2003c)⁵⁰.

“La violencia estructural -la violencia de la pobreza, el hambre, la exclusión social y la humillación-, se traduce inevitablemente en violencia íntima y doméstica (Scheper-Hughes, Capítulo 33; Bourgois, Capítulo 37). La tortura por motivos políticos se amplifica por la violencia simbólica que deja a su paso, haciendo que quienes fueron torturados sientan vergüenza por su "debilidad" al traicionar a sus compañeros bajo coacción. Las sobrevivientes de violación, especialmente aquellas que fueron violadas con intención política genocida o sádica durante las guerras civiles (Danner, Capítulo 41) a menudo se convierten en personas vivas-muertas, se niegan a hablar de lo indecible, y a menudo son ignorados o rechazados por parientes y la comunidad, e incluso por compañeros y amantes (Das, Capítulo 40 y Fanon, Capítulo 58)” (Traducción propia de Scheper-Hughes & Bourgois;2004:1)⁵¹

La *violencia directa* se materializa en hechos y se dirige hacia las necesidades básicas, generalmente es una violencia visible. Aunque este tipo de violencia suele ser un

⁵⁰ Gruenberg (2016) retoma la perspectiva de Galtung al señalar “la naturaleza evitable de la mortalidad materna”; la evitabilidad del sufrimiento por causas vinculadas al embarazo, permite definirlo como una forma de violencia de género (Díaz y Gruenberg;2016:20)

⁵¹ “*Structural violence - the violence of poverty, hunger, social exclusion and humiliation - inevitably translates into intimate and domestic violence (Scheper-Hughes, Chapter 33; Bourgois, Chapter 37). Politically motivated torture is amplified by the symbolic violence that trails in its wake, making those who were tortured feel shame for their “weakness” in betraying their comrades under duress. Rape survivors - especially those who were violated with genocidal or sadistic political intent during civil wars (Danner, Chapter 41) often become living-dead people, refusing to speak of the unspeakable, and are often shunned or out casted by kin and community, and even by comrades and lovers (Das, Chapter 40 and Fanon, Chapter 58)”*. (Scheper-Hughes & Bourgois; 2004:1)

acontecimiento eventual, suele ser cotidiana para millones de mujeres en el mundo víctimas de violencia doméstica, acoso y feminicidio (Magallón;2005).

“La desvalorización simbólica de la mujer (violencia cultural) la abocó históricamente a un estatus de subordinación y exclusión institucional (violencia estructural), y esta marginación y carencia de poder favoreció su conversión en objeto de abuso físico (violencia directa)” (Magallón; 2005:6).

Siguiendo esta perspectiva, la *violencia directa hacia las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos*, es la que atenta contra la *necesidad de bienestar* y se expresa mediante el desprecio, el maltrato en las salas de parto, la descalificación, la naturalización del dolor, el abandono como forma de violencia durante la atención del parto, es decir, como *violencia obstétrica*.

En esta investigación utilizo el concepto de violencia en plural –violencias-, para evidenciar mi coincidencia con las perspectivas feministas que señalan que la violencia obstétrica es una forma de nombrar o clasificar una serie de violencias concatenadas entre sí, como la violencia estructural institucional y la violencia de género (Magnone;2010, Sesia;2018).

- ***Violencia obstétrica***

La violencia obstétrica es un concepto polisémico que es necesario definir para identificar con claridad sus alcances, reconocer hasta qué punto permanece en los cuerpos femeninos y las formas en que impacta en la vida de las mujeres.

La violencia obstétrica es otra forma de violencia institucional ejercida por el Estado al interior de los servicios de salud, bien sea por acción, omisión o ausencia de protección, en tanto le corresponde garantizar los derechos humanos y particularmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

El Grupo de Información en Reproducción Elegida la define como:

“cualquier acción y omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Gire; 2015:12)

Este tipo de violencia, se identifica como un conjunto de prácticas contra las mujeres, en el ámbito de la atención de la salud reproductiva (Arguedas;2014); basada en las normatividades de género.

La *violencia de género* es aquella que se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos; de forma que las mujeres son víctimas de esta violencia sólo por ser mujeres; esta violencia es una evidencia de la discriminación, subordinación y de relaciones de poder de los hombres contra las mujeres en diferentes ámbitos de la vida. El poder es considerado un patrimonio genérico de los varones (Amorós;1985) y la hegemonía masculina se basa en controlar lo femenino:

“Si bien las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima. Los estudios sobre la materia permiten afirmar que toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que permite identificarla como violencia de género. Esto significa que está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre varones y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el solo hecho de ser mujer” (Rico;2016).

La *violencia institucional* es aquella que se lleva a cabo al interior de las instituciones del Estado y que por ello hay implicación de responsabilidad directa. Amnistía Internacional la define como:

“las prácticas estructurales de violación de derechos por parte de funcionarios pertenecientes a fuerzas de seguridad, fuerzas armadas, servicios penitenciarios y efectores de salud en contextos de restricción de autonomía y/o libertad (detención, encierro, custodia, guarda, internación, etc.)”.⁵²

Durante la atención médica, el Estado tiene una serie de obligaciones a través de sus instituciones y funcionarios como el proteger y garantizar en la práctica el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres:

“La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) estableció como una de las formas de violencia psicológica, física y sexual era aquella perpetrada o aceptada por el Estado. La Convención de Belén Do Pará amplió esa acepción, enfatizándola al incluir en su texto un capítulo dedicado a los deberes del Estado, que reza: “Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y conviene en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia y en llevar a cabo lo siguiente: a) Abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación” (Amnistía Internacional; 2017)

La violencia obstétrica es un tipo de violencia invisibilizada, ejercida por el personal de salud sobre los cuerpos y procesos reproductivos de las mujeres, no sólo durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio sino en todos los procesos y etapas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia (Belli;2013:28).

Este tipo de violencia puede manifestarse de varias formas abiertas o veladas como maltrato, humillación, agresión verbal, burlas, amenazas, híper medicalización, patologización de los procesos naturales como el parto, así como la negación al acceso a los servicios de salud, la atención sin consentimiento, bajo presión o sin información suficiente y la ejercida con discriminación por motivos asociados a la etnicidad-racialidad, estatus socioeconómico, estatus migratorio entre otros rasgos socioculturales, físicos y/o económicos de las mujeres (ONUDH; 2014).

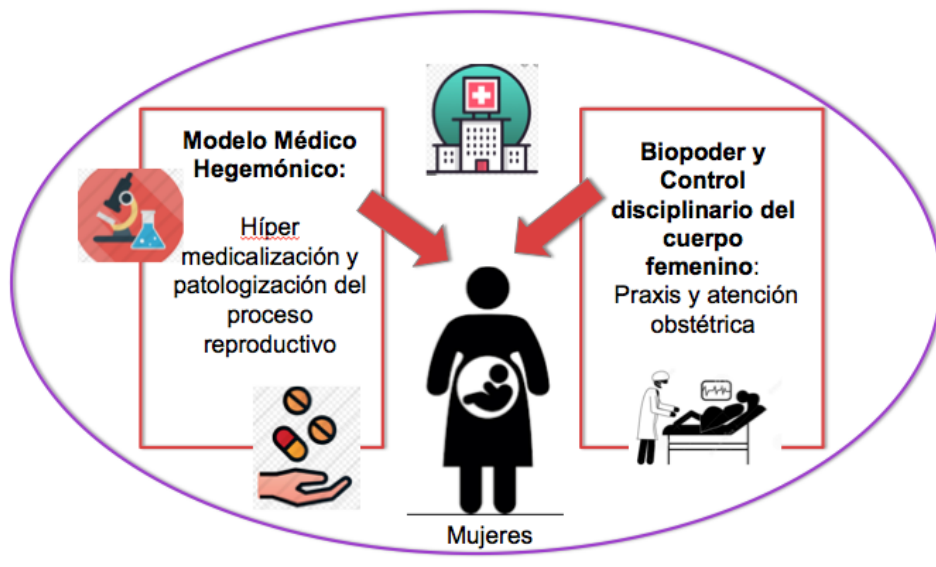
“La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano” (Villaverde, 2006 en Belli;2013:30).

En este sentido, es una violación a los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (Belli;2013). De acuerdo con Sesia:

“El concepto ayuda a entender ... como un fenómeno social donde confluyen distintas hegemonías de saberes y prácticas y distintos regímenes de biopoder (Foucault, 2006), los cuales construyen y explican la violencia obstétrica como un fenómeno sistémico y estructural... Por un lado, tenemos

a la hegemonía de la biomedicina como modelo de conocimientos científicos, organización del trabajo, y prácticas de atención, que tiende a medicalizar y patologizar cualquier proceso fisiológico ejerciendo su autoridad indiscutible en el entorno hospitalario. Por el otro, en la atención obstétrica, el bio-poder o control disciplinario sobre el cuerpo, se ejerce en específico sobre el cuerpo femenino, donde la subjetividad y agencia de la mujer es objetivada, pasivizada y silenciada dentro de estructuras jerárquicas y autoritarias de una ginecología profundamente patriarcal en su génesis histórico, praxis médica e interacciones socio-clínicas” (Sesia; 2018).

Gráfico 7. Violencia obstétrica: fenómeno sistémico y estructural.



Fuente: Elaboración propia (2019) a partir de Sesia (2018).

Para Foucault, el poder, no se establece únicamente a partir de relaciones verticales, sino a través de procesos continuos e ininterrumpidos en el que “*se sujetan los cuerpos, se dirigen los cuerpos, se rigen los comportamientos*” (Foucault; 1976:p.37). Es decir, el poder transita y circula a través de los individuos. Las relaciones de poder se reproducen en diferentes momentos y espacios, se vuelven más complejas hacia la internalización de los disciplinamientos que se manifiestan en discursos y acciones implícitas definidas por como el biopoder sobre los cuerpos; en estas relaciones los cuerpos femeninos en los espacios clínicos de atención del embarazo y durante el parto las mujeres son despojadas

de su cuerpo a través de acciones simbólicas y concretas de expropiación, subordinación y desdibujamiento de las mujeres como sujetos desvinculadas de los cuerpos.

Diversos trabajos han documentado la existencia de la violencia obstétrica en los servicios de salud, Castro y Erviti (2009;2014) analizan las lógicas y prácticas del saber y poder del *habitus* biomédico en campo hospitalario e introducen el concepto de ciudadanía reproductiva, que será referido más adelante. Valdez *et. al* (2013) en un estudio transversal en dos hospitales públicos mostró nuevas evidencias a un viejo y complejo problema de salud pública y de derechos humanos que se expresa en las salas de maternidad, en donde confluyen relaciones de poder, discriminación e inequidades tanto sociales como de género (Valdez *et. al*;2013:14)⁵³.

En investigaciones de corte antropológico Freyermuth (2009) rastrea los casos de muertes maternas en municipios indígenas del estado de Chiapas como manifestaciones de profundas y persistentes inequidades en salud hacia mujeres indígenas en condiciones de extrema pobreza, en las que el resultado último de las violencias institucionales y estructurales es la muerte de las mujeres. Sesia (2017) propone en un acercamiento a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en los casos de mujeres de contextos vulnerables (mayormente indígenas y en condiciones de pobreza), analizando la discusión en torno a los *litigios estratégicos* que se activaron a favor de las víctimas de violencia obstétrica en México, en busca una jurisprudencia de exigencia de derechos y de transformación de la política social.

Por su parte Campiglia (2017) a partir de un proyecto de investigación-intervención en un hospital al oriente de la ciudad de México, propone la clasificación de tres categorías que conforman un eje articulador de las distintas clases de actos violentos que operan a través

⁵³ Con ese trabajo, se señala de manera directa a las instituciones como responsables de acciones violentas sobre los cuerpos femeninos en mayores condiciones de vulnerabilidad y aportan elementos para el desarrollo de la cultura de respeto a los derechos de las mujeres entre las y los profesionales de salud, en este sentido evidencian la urgente necesidad de que: “...*el personal de salud reconozca a las mujeres que atienden como sujetos de derecho y, no como pacientes pobres sin ningún poder de decisión*” (Valdez *et. al*;2013:19-20).

del dispositivo biomédico sobre las mujeres durante la atención institucionalizada de sus partos:

1.La violencia desnuda: el maltrato; 2. el abandono como violencia y 3.la violencia velada, refiriéndose a la híper-medicalización.

“La violencia velada ejecuta un desdibujamiento de la condición de sujeto de las parturientas por medio de una serie de prácticas estandarizadas que apuntan a la serialización. La puesta en suspenso de la condición de sujeto de aquel al que se atiende posibilita que el abandono ocurra, ya que por medio de ella se limita a la paciente a su condición orgánica. El abandono, a su vez, habilita el ejercicio desnudo de la violencia pues traza una zanja profunda entre el equipo de salud y el colectivo de pacientes. Dicha zanja que se ve profundizada por diferencias las étnicas y socioeconómicas que se ponen en juego en el intercambio entre personal de salud y pacientes, convirtiendo a la atención del nacimiento en un recurso para fijar las asimetrías en las relaciones de poder imperantes en la sociedad” (Campiglia;2017:113-4).

La mayor parte de la producción sobre violencia obstétrica se ha centrado en lo que ocurre durante la atención del parto (Bohren;2015, Castro;2014, Castro y Erviti;2014, Castro;2015, Villanueva; 2016; Bellón;2014, Camacaro;2015, Belli;2013).

En esta disertación interesa pensar la violencia obstétrica más allá de lo que ocurre durante el embarazo o parto y pretende aportar al debate de la violencia obstétrica identificando y analizando los efectos posteriores de ésta sobre los cuerpos femeninos. Me refiero a las consecuencias que la violación a los derechos de las mujeres y los diferentes niveles de violencias –directas, veladas y abandonos- ejercidas en las salas de parto y a lo largo de la atención materna, impactan a corto y largo plazo, la salud y la vida de las mujeres. Asimismo, interesa explorar las trayectorias de atención y la supresión de sus cuerpos y su condición como sujetos durante el embarazo, el parto y la atención del puerperio y las formas de resistencia que se gestan a través de procesos de apropiación de sus derechos es su búsqueda de justicia y la autorización de sí mismas para ingresar quejas, como un ejercicio de reivindicación subjetiva de su cuerpo y sus derechos sexuales y reproductivos.

Para esta investigación, retomo los aportes de Scheper-Hughes y Bourgois (2004) señalando que la violencia no es un fenómeno estático sino más bien se vincula de manera dinámica con otras violencias, que se producen y reproducen asimilando cadenas, espirales

y espejos de violencia, en un proceso continuo de violencia, que trasgrede el espacio clínico y trastoca multidimensionalmente los cuerpos femeninos, dejando a su paso cicatrices y huellas visibles/físicas e invisibles/no físicas.

2.1.5. Procesos de apropiación de los derechos y ciudadanía.

El último de los ejes teóricos, es el de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los procesos de ciudadanía.

La noción de ciudadanía tiene una larga tradición histórica, desde las *polis* griegas y las asambleas de ciudadanos que buscaban establecer las bases de la democracia y tomar decisiones sobre asuntos comunes de la época, pasando por la revolución francesa, hasta el establecimiento del orden político de los Estados nación modernos en los que las luchas sociales y políticas han centrado sus demandas en el acceso a los derechos y deberes de los ciudadanos.

Teóricamente el concepto de ciudadanía, se ha construido desde la teoría republicana, la comunista y la liberal, con enfoques distintos. Sin embargo, desde sus elementos constitutivos básicos la ciudadanía:

“se fundamenta en un vínculo entre el individuo y la comunidad política, en un nexo básico de pertenencia y de participación. Es un pacto de convivencia entre ellos (Carbonell, 2005: 26). A partir de él, se establece un acuerdo político entre ambos con base en el cual los integrantes de la comunidad política nacional son considerados y tratados como iguales ante la ley. El nexo establecido es de inclusión igualitaria y contrario a la naturalización de las desigualdades y a las exclusiones entre sus miembros. Con base en el pacto acordado, las relaciones que se entablan entre autoridades y miembros de la comunidad se basan en derechos y obligaciones que están reconocidos y respaldados por principios normativos que se expresan en las constituciones políticas nacionales, las instituciones públicas y las leyes de cada país” (Ramírez;2012:12)

Sin embargo, la ciudadanía no está limitada a su carácter político o jurídico, sino que tiene dimensiones y ejes estructurales. Estas dimensiones son constitutivas de la ciudadanía y están explicitadas en los acuerdos y constituciones nacionales e internacionales de derechos, todas ellas forman una unidad, es decir, no puede reconocerse una y desconocerse otra (Ramírez;2102).

La *dimensión civil* remite a los derechos y obligaciones, principalmente con la igualdad ante las leyes y con las libertades de la persona⁵⁴. Esta modalidad de ciudadanía se centra en el individuo como sujeto autónomo e implica una responsabilidad del estado en cumplir la actuación libre de los/las ciudadanas. Sus ejes estructurales son la igualdad y la libertad.

La *dimensión política*, se refiere a los derechos y responsabilidades de las personas a asociarse y participar en el ejercicio del poder político -ejecutivo o judicial-. Esta ciudadanía se ejerce mediante el voto o la participación directa, así como a través del debate público.

La *dimensión social* de la ciudadanía radica en los derechos y deberes de los mínimos de justicia y vida digna (O'Donnell; 1993), es decir, las personas tienen el derecho a cumplir con sus necesidades básicas, materiales y comunitarias. El Estado, tiene la obligación de cumplir los derechos sociales de los ciudadanos y establecer estados de bienestar con estándares mínimos de salud, habitación y educación a todos y todas como un derecho y no como beneficencia.

La *dimensión económica*, muchas veces confundida con la dimensión social, radica los ciudadanos como agentes económicos, se refiere a los derechos de las personas en tanto empleados o emprendedores. Finalmente la *dimensión cultural* de la ciudadanía, se establece como el acceso a los bienes culturales de la sociedad y el derecho a la diferencia; por ejemplo los bienes intangibles como las tradiciones orales, las medicinas tradicionales y el carácter pluricultural de las poblaciones, y a los bienes culturales que conforman el patrimonio material como el arquitectónico. La ciudadanía cultural plantea el reconocimiento de la *ciudadanía diferenciada* (Kymlicka y Norman;1996), como la de los grupos étnicos.

Estas dimensiones de la ciudadanía, se articulan con acciones y prácticas cotidianas individuales o colectivas. Este enfoque sociológico señala que la ciudadanía es:

“un conjunto de prácticas que definen a una persona como miembro competente de una sociedad (Turner, en Steenbergen, 1994:159; y Turner, 1993). La perspectiva constructivista y republicana de la ciudadanía resalta

⁵⁴ Martínez (2012) refiere a las libertades de palabra, de pensamiento, de culto y de reunión. Igualmente forman parte de ella los derechos y obligaciones a la vida, la propiedad, la realización de contratos y a un juicio justo

cómo el individuo —al ejercer esas competencias— se convierte en agente cívico, se auto-crea como ciudadano y opera como agencia cívica (Mouffe, 1998). Para Habermas (1992), los miembros de una comunidad encuentran su identidad en la praxis de ciudadanos, es decir, activamente, al ejercer sus derechos democráticos y asumir sus responsabilidades” (Ramírez;2012:27-28).

Ello implica que la ciudadanía no es una condición estática sino que está en continuo dinamismo, se produce y reproduce a partir de la agencia de las personas. Los derechos de las personas y los colectivos, se “ganan” a partir de movimientos sociales y demandas, es decir, la lucha por los derechos y su reconocimiento está en una permanente conquista (Lechner;1986, O’Donell;1993).

Al analizar las trayectorias de atención del embarazo, parto y puerperio y las estrategias de búsqueda de reparación del daño y justicia de las mujeres por la atención materna recibida en las instituciones de salud, implica indagar en torno a las ideas de derechos sexuales y reproductivos que construyen las mujeres y las formas en que estos derechos se vuelven propios, a tal punto que las mujeres despliegan estrategias para demandar/exigir su cumplimiento.

La noción de derechos reproductivos y sexuales, es resultado de los movimientos feministas y de grupos locales de diversas naciones y raíces, los cuales desde la década de los sesenta y con mayor fuerza a lo largo de los ochenta y noventa, buscaron el reconocimiento internacional de las mujeres como sujetas de derechos y con libertades sobre sus cuerpos y sus vidas. Fue durante la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en Pekín (1994) que se materializó el reconocimiento de los derechos reproductivos:

“Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre y a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre hombres y mujeres en lo que se refiere a las relaciones sexuales y la reproducción” (ONU:1995)

Estos derechos cuentan con una doble perspectiva, atraviesan las dimensiones personales y sociales. Por un lado, los derechos sexuales y reproductivos, retoman la ética feminista en cuanto a la noción de persona e integridad corporal de las mujeres; esta ética conlleva

a un reconocimiento en el ámbito público y privado de las mujeres como agentes responsables de su fecundidad y su sexualidad y aplicable a todos los Estados y los miembros de las comunidades. Por otro lado, esta perspectiva feminista señala que los derechos de las mujeres se vinculan con los derechos los derechos sociales, económicos y políticos, con el objetivo de garantizar la justicia de género, clase y raza para todas las mujeres (Petchesky; 2006).

En un trabajo relacional en siete países del mundo, Petchesky y Judd (2006), analizan los significados cotidianos de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres que no participan en los movimientos feministas locales o globales. Este estudio, permite identificar las formas en que las mujeres ejercen, apropian y acomodan el ejercicio de sus los derechos en torno a su sexualidad y su reproducción. Esta investigación, surgió de aportes de académicas de diferentes regiones del mundo, quienes con una matriz teórica común, analizan los significados transculturales que construyen las mujeres sobre sus derechos sexuales y reproductivos, identificando las formas particulares /locales en las que las mujeres piensan, construyen y ejercen los derechos sobre su reproducción y su sexualidad. Los artículos exploraron varios niveles: *las percepciones, las relaciones de poder y las condiciones propicias* con las que mujeres cuentan para concertar, negociar en la vida cotidiana sus derechos, partiendo de la idea de que las mujeres son agentes activos y no únicamente víctimas de la ideología patriarcal y de las estructuras de poder.

Entre estos aportes centrales de esta perspectiva de los derechos y la ciudadanía, en esta disertación interesa retomar la perspectiva de Ortiz, Amuchástegui y Rivas (1999, 2006,2008) quienes proponen una ampliación de la noción ciudadanía cultural, construida a partir de la sexualidad y la reproducción; retomando los aportes de Petchesky, denominan ciudadanía sexual a las prácticas individuales y colectivas de apropiación de derechos que las mujeres realizan, refiriéndose a los procesos subjetivos de *“autorizarse a sí mismas”* el hacer suyos los derechos que ya existen consagrados en los instrumentos jurídicos.

A través de experiencias en el ámbito familiar, comunitario y político, las mujeres expresan las diversas estrategias desplegadas para negociar sus derechos y construir su ciudadanía sexual. Estos procesos subjetivos suponen el reconocimiento de la posibilidad

de disponer de sus cuerpos, su sexualidad y su reproducción, y está concatenada con la exigencia hacia el Estado para establecer las condiciones favorables para el ejercicio de su ciudadanía, tanto sociales como económicas y políticas (Amuchástegui y Rivas, 2004).

Castro y Erviti (2014) retoman los aportes de Ortega, Amuchástegui y Rivas (2006) para proponer el concepto de *ciudadanía reproductiva* vinculando los derechos sexuales y reproductivos con la responsabilidad del estado de otorgar atención materna a todas las mujeres:

“la ciudadanía reproductiva es...la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo” (Castro & Erviti;2014: 39)

Gráfico 8. Proceso de construcción de la ciudadanía reproductiva (Castro y Erviti;2014).



Fuente: Elaboración propia (2019) a partir de Castro y Erviti; 2014.

Sin embargo, como señalan estudios recientes, esta perspectiva de ciudadanía es “*un proceso de dos vías*” (Berrio y Singer;2016:120), tanto la responsabilidad del Estado en proveer y proteger los derechos reproductivos como los procesos subjetivos de apropiación de las mujeres sobre estos derechos.

Para esta investigación, sirve analizar las posibilidades que abre el concepto ampliado de la ciudadanía de las mujeres, como se señala a lo largo de esta tesis, y en coincidencia con las propuestas anteriores, la salud reproductiva de las mujeres es un campo en disputa, que se vuelve evidente al momento en que las mujeres ingresan inconformidades ante las instituciones.

Propongo pensar, la ciudadanía de las mujeres que participan en esta investigación a partir los procesos subjetivos de apropiación del cuerpo y de los derechos sexuales y reproductivos y la exigencia al Estado por una atención de calidad a través de las quejas médicas.

2.2. Abordaje metodológico.

El enfoque de la presente investigación es antropológico, analítico-interpretativo y explora el componente cualitativo del problema. Construido a partir de casos de mujeres mexicanas que ingresaron quejas a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, en el periodo de 2013 a 2014, por la atención médica recibida en las instituciones públicas de salud de la Ciudad de México, durante el embarazo, parto y/o puerperio que se presentó con complicaciones vinculadas a su manejo clínico, y derivó en morbilidades maternas extremas, es decir, que expuso a las mujeres a un alto riesgo de muerte y a secuelas graves y crónicas.

A partir de las cinco preguntas de investigación de han definido las siguientes caegorias:

2.2.1. Categorías de análisis:

- ✓ **Trayectorias de atención y queja médica** desde la perspectiva de Glaser y Stauss; Osorio.
- ✓ **Violencias** como un continuo desde la perspectiva de Sheper-Hughes y Bourgois. y **violencia obstétrica** como un fenómeno sistémico y estructural desde la propuesta Sesia que involucra los procesos hipermedicalización y patologización del proceso reproductivo desde *modelo médico hegemónico* (Menéndez) y el *biopoder y disciplinamiento de los cuerpos* durante la praxis y la atención obstétrica (Foucault).

✓ **Cuerpo** de las mujeres como sujetas de derechos con agencia desde Esteban.

Sobre el procesos de recopilación y análisis de datos etnográficos, esta investigación retoma la perspectiva de las corrientes interpretativas de la antropología, específicamente la desarrollada por la Escuela de Mánchester, que señala que el estudio de un problema social mediante el análisis de “casos” es ante todo, un “*encuadre teórico, que permite delinear los límites de un campo empírico*” (Tavory & Timmermans; 2009, 10:243). Se utiliza en este estudio, el método del caso extendido o caso ampliado, que conlleva un trabajo etnográfico *–con lentes teóricos–*.

El método del caso extendido, tiene ciertas implicaciones que se incorporaron a la investigación definiendo actividades y formas de interacción con las personas que participaron, con los datos recopilados y durante el análisis de la información obtenida.

Durante el trabajo de campo se realizó una *observación participante*, los vínculos fueron a partir de una *intersubjetividad comprometida*, lo que conlleva al reconocimiento de los interlocutores como sujetos de derechos, con biografías, experiencias y emociones, y finalmente se estableció un *diálogo reflexivo con la teoría* -en palabras de Polanyi (1958) una racionalidad comprometida con la teoría-. Buscando analizar las *interacciones micro sociales* para vincularlas con lo *meso y macro* social; visibilizando las relaciones de poder y proponiendo modelos teóricos y conceptuales para ayudar a comprender el problema (Tavory & Timmermans; 2009)

A pesar de que durante la investigación se tuvo acceso a datos cualitativos, se priorizó la construcción de estrategias de recopilación y análisis de corte cualitativo, partiendo de que el dato cualitativo “*permite profundizar en ciertas explicaciones, al mismo tiempo que posibilita captar la dinámica micro social de los procesos estudiados*” (Osorio; 2006:42). La calidad de la información cualitativa ha sido obtenida a partir del uso de herramientas mixtas durante el trabajo de campo de intensidad en dos *escenarios de campo* (Pujadas;2004) que se describen en el siguiente capítulo: la CONAMED a partir de la revisión de los expedientes de queja médica y la interacción con el personal que recibe, analiza y resuelve los conflictos entre las mujeres y los prestadores de los servicios médicos y, por otro lado, el escenario cotidiano multi-situado de las mujeres que ingresaron estas quejas y que después de varios años de haber concluido los procesos que

queja aceptan participar en la investigación. Para responder a las preguntas de investigación planteadas los casos ha sido seleccionados a partir de los siguientes criterios y parámetro éticos:

2.2.2. Criterios de la investigación

a) Inclusión:

- Mujeres sobrevivientes a una Morbilidad Materna Extrema MME de entre 18 y 39 años de edad
- Mujeres que a causa de la MME se les extirpó de manera total o parcial el útero (Histerectomía Obstétrica)
- Primigestas y multigestas
- Con o sin Hijos Nacidos Vivos
- Con residencia en la Ciudad de México
- Atendidas en Hospitales Públicos en la Ciudad de México durante su último embarazo, parto y postparto
- Mujeres que asistieron a control prenatal en una institución de salud materna en la CDMX, durante el embarazo en el que presentaron la complicación obstétrica
- Mujeres que hayan interpuesto, de manera personal, una queja médica ante la CONAMED, concluida en el periodo de 2013 a 2014.
- Que acepten colaborar con la investigación, mediante firma de consentimiento informado.

b) Exclusión:

- Mujeres menores de 18 años.
- Mujeres que han presentado una queja médica ante la CONAMED, por una inconformidad ginecológica.
- Mujeres con Histerectomía relacionada a un padecimiento en el área de oncología, menopausia u otra condición que no se relacione con un embarazo.
- Mujeres que han presentado una inconformidad ante la CONAMED en el periodo de la investigación, pero que ésta sigue en proceso de conciliación y/o arbitraje – no resueltas ni concluidas-.
- Mujeres que han presentado denuncias civiles o penales sin concluir.
- Mujeres que decidan no participar en el estudio.

c) Eliminación:

- Mujeres que soliciten dejen de participar y ser eliminadas de la investigación.
- Mujeres que no firmen el consentimiento informado o que soliciten su cancelación.
- Mujeres que no respondan a los ítems incluidos en las guías de entrevista y por falta de información, no puedan ser caracterizadas como casos a investigar.

2.2.3. Consideraciones éticas de la investigación

Consiente de las implicaciones éticas de esta investigación al estar en contacto con información original obtenida mediante entrevistas a profundidad y a través de la revisión ya análisis de expedientes institucionales, en temas relacionados a la salud y vida sexual y reproductiva de las mujeres, experiencias de violencia, emociones, sobre las relaciones familiares, de pareja y de las redes de apoyo de las mujeres e información sensible sobre las instituciones de salud implicadas en las quejas médicas. Se establecieron la siguientes pautas éticas:

1. La participación voluntaria de las mujeres, parejas y familias a la investigación, cuyo fin es meramente académico.
2. La privacidad en la información personal y confidencialidad de todas y cada una de las entrevistas formales e informales; la identidad de quienes participan en esta investigación serán reservadas y serán cambiados sus nombres por otros (seudónimos) al transcribir las entrevistas y al presentar los resultados parciales y totales de la investigación.
3. La selección de los casos: cada uno de los casos será ubicado a partir de la revisión y análisis de la base de datos de quejas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; esta institución se comunicará con las mujeres de los casos que coincidan con el perfil de inclusión y se les solicitará su autorización para proporcionarnos sus datos personales tales como nombre, teléfono y dirección, con el objetivo de entablar comunicación con ellas y, poder concertar una cita de presentación del proyecto de investigación.
4. Consentimiento informado: Se solicitará en todos los casos la firma del consentimiento informado y aceptación de participación en el estudio; su participación será voluntaria y podrán dejar de participar en el momento en el que consideren pertinente (Anexo 4)
5. El consentimiento informado incluye una explicación general de la investigación y fines que persigue; el anonimato de las fuentes y resguardo de la información personal, jurídica y clínica (expediente de queja médica). Incluirá datos de contacto de responsable de la investigación, y del programa de posgrado al que

pertenece, para que la persona que acepte colaborar con la investigación pueda contactar en el caso de necesitar mayor información sobre estudio

6. Carta de Confidencialidad de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Anexo 5)

Capítulo 3. Estrategias de recopilación de datos y trabajo de campo.

Por las características de la investigación que planteo, he propuesto dos diferentes escenarios de investigación de campo (Pujadas; 2004) El primero de éstos se desarrolló en la institución en la que se interponen las quejas médicas, la CONAMED, lugar en el que se realizó una estancia de trabajo de campo durante un año, dividido en tres periodos durante el 2016 y 2017. El segundo escenario se construye a partir de los espacios cotidianos de las mujeres de las mujeres del estudio -lugares de residencia, hogares e interacción con sus familias-, en los que se realizaron encuentros/entrevistas a profundidad durante un año 4 meses, durante el periodo de 2017 a 2018.

La entrada al trabajo de campo en ambos espacios fue abierta, es decir, se comunicó de manera formal y directa a las instituciones y las participantes que el objetivo del estudio es únicamente académico, lo que condujo a un respeto constante de las normas éticas de la investigación social y el respeto a la confidencialidad de los datos obtenidos en la Comisión.

Las diferentes observaciones, la participación y las interacciones realizadas durante el trabajo de campo en ambos *escenarios*, encaja como participación moderada, según la tipología de Dewalt y Dewalt (2002):

“...es un tipo de participación que puede ser adecuado para contextos de observación muy estructurados -los autores sitúan aquí- la investigación en la que el antropólogo(a) vive en su casa y se desplaza al campo, diario u ocasionalmente, y sólo interviene en ciertos contextos de actividad del campo – commuting Anthropology” (Ferrándiz; 2011:85).

El trabajo etnográfico en el campo, desde la perspectiva antropológica supone un complejo diálogo implica un proceso comunicativo fuerte (Agar;1980) de negociación intersubjetiva (Ferrándiz;2011:98-99), los datos obtenidos son producto de largas interacciones, que han sido interpretados y tamizados por la investigadora.

3.1. Encuentro etnográfico institucional: Comisión Nacional de Arbitraje Médico

3.1.1. Trabajo de campo en la institución

La etnografía en la CONAMED, tuvo cuatro principales objetivos: 1. Observar, conocer y analizar el proceso de queja médica, más allá de lo estipulado en los reglamentos, guías e informes oficiales de la Comisión y la Secretaría de Salud 2. Revisar y analizar la información disponible sobre quejas médicas de mujeres en el área de obstetricia. 3. Diseñar y operativizar una estrategia metodológica para la revisión de los expedientes de queja médica. 4. Seleccionar los casos de estudio y contactar a las mujeres de dichos casos, sin violar las normas éticas de la investigación y de confidencialidad establecidas por la institución.

El enlace con la Comisión, fue a través de la Dirección de Investigación, a cargo de un Director -médico especialista en ginecología y obstetricia, sensible con las diversas problemáticas que enfrentan las mujeres durante la atención materna en México- y una Subdirectora- también médica con interés en el enfoque social del ejercicio médico, dedicada principalmente a la coordinación editorial de la Revista de la Comisión. Ambos apoyaron el proyecto de investigación y realizaron las gestiones correspondientes para que se me permitiera el acceso al edificio, a la red de información y a los expedientes de queja médica del archivo, durante el periodo de 2015 a 2017.

El contacto con otras áreas, fue ocasional, principalmente a través de reuniones coordinadas con el área de investigación, asesorías jurídicas y médicas ayudaron a tener una comprensión integral de los casos seleccionados y encuentros informativos con interlocutores clave que funcionaron como una red de apoyo en las cuestiones administrativas y fueron fuente de información general sobre la institución y el proceso de queja médica.

Para comprender el proceso de queja médica, realice un recorrido etnográfico en la Comisión. Las oficinas de la CONAMED están ubicadas en la Colonia Narvarte, en la calle de Mitla número 25, esquina con el Eje 5, Delegación Benito Juárez; en un edificio de diez niveles, cada uno destinado para diferentes áreas y procesos de la queja.

El primer encuentro entre la institución con cualquier ciudadano interesado suele ser breve; *la información es proporcionada por el personal de seguridad privada*, quienes dan información general sobre los servicios de la CONAMED. Sin embargo, ésta suele ser limitada, ya que el personal que la proporciona no está específicamente capacitado para conocer todas las vías de acceso a los servicios de la Comisión, solo proporcionan los folletos disponibles y remiten a las personas a acceder a la información de la página web de la institución.

En la entrada a la Comisión, es común encontrar, sobre todo en las primeras horas de la mañana a personas que solicitan información de los servicios, y esperan ser atendidas en los módulos, personas que traen sus documentos para poder ingresar el proceso de queja médica, así como personas que han sido citadas para las juntas de conciliación, es decir, personas que ya han ingresado su queja médica y que se encuentran con familiares, abogados y/o con representantes legales para ingresar al piso número 5 en donde se realizan estas juntas de conciliación, a la que asisten los involucrados – la persona que ingresó la queja, sus acompañantes y los representantes del servicio de salud que ofrecieron la atención médica-.

En un horario de 9:00 a 18:00 horas, se acercan a pedir información personas de diferentes estratos socio económicos y condiciones de salud, algunas personas van en muletas, o con alguna discapacidad física visible, mujeres con sus hijos en brazos, jóvenes y adultos mayores. Todos ellos, van con una actitud de preocupación, interés y algunos con evidente malestar e incluso enojo, solicitando se les informe si es que su conflicto o inconformidad con el servicio de salud recibido, procede y si alguien puede atenderlos de manera particular, ellos *necesitan, quieren y exigen ser escuchados* por la institución.

Los siete módulos de información, se encuentran en el primer piso, adscritos a la Dirección General de Orientación y Gestión, cuentan con una sala de espera con televisión, en la que se transmite información oficial de la Secretaría de Salud. Las personas que ingresan a este piso por primera vez, deben tomar un turno y en cuanto la pantalla les indique podrán pasar al módulo que se desocupe primero, para recibir orientación sobre su inconformidad o bien para iniciar su queja. A partir de la etnografía se obtuvo información central para reconstruir la ruta de la queja médica.

Mi presencia como investigadora en la CONAMED, fue considerada *inusual*, debido a que hasta ese momento, no se habían realizado proyectos de investigación de corte antropológico sobre las quejas médicas en México. En pláticas informales con el personal de la Comisión, después de varios meses de asistir a diversas áreas y solicitar expedientes, me comentaron que les resultaba extraño mi interés en temas *tan técnicos, médicos o jurídicos*, desde su perspectiva considerados sólo para “especialistas”. Sin embargo, la constante revisión de los expedientes, el acercamiento cordial y el respeto a los protocolos de manejo de los expedientes, permitió que se logaran los objetivos de la participación en ese espacio.

Las entrevistas realizadas con el personal de diversos niveles de la Comisión, no fue incluido en este estudio, debido a que a pesar de que muchos de ellos expresaron su interés por la investigación, expresaron de manera individual que su posición como funcionarios públicos -bajo presión política y conflictos internos-, limitaba su participación en las entrevistas, sobre todo si eran grabadas en audio y/o video. Esta postura “reservada” de varios los funcionarios, condujo a la decisión metodológica de centrar el análisis en la basta documentación sobre el proceso de queja médica, específicamente los expedientes en archivo.

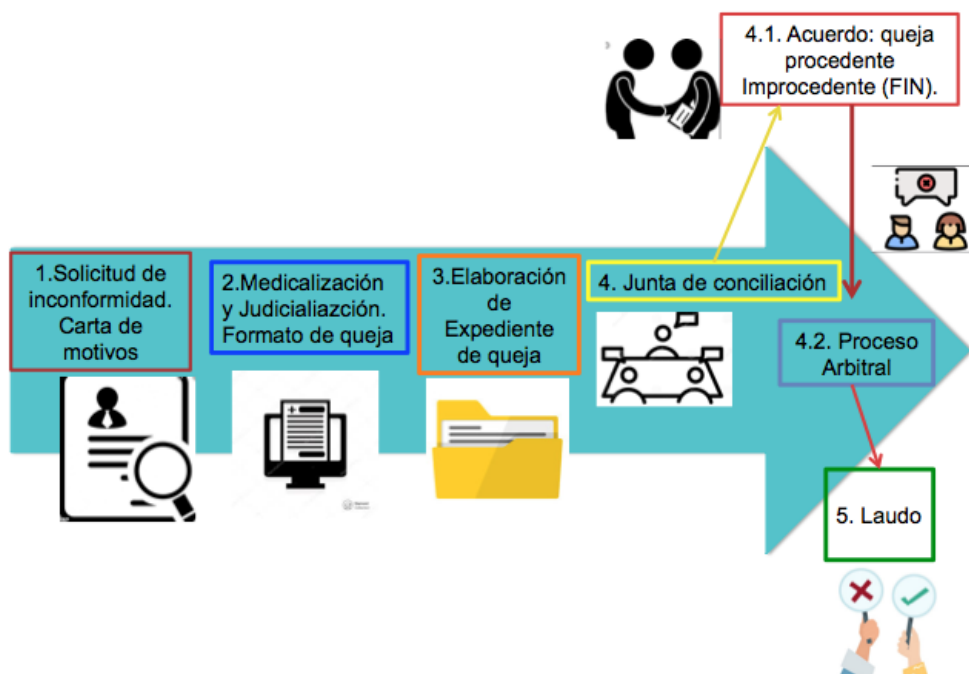
En este punto, cabe mencionar la última fase del trabajo de campo en 2017, fue interrumpida por la renuncia de la Subdirectora y Director del área de Investigación; lo que implicó apresurar los tiempos de cierre del trabajo de campo en la institución debido a que durante varios meses sus puestos estuvieron vacíos y “no había quien se encargara de coordinar y gestionar la investigación”, mostrando poco o nulo interés en seguir apoyando el proyecto desde otra área.

3.1.2. Descripción del proceso de queja médica.

Inicia con la Narración de la experiencia del ciudadano(a), mediante una **Carta de Motivos de la queja**. En dicha narración el/la Usuaría explica la problemática de su caso y plantea las pretensiones de la queja, es decir, sus solicitudes –indemnización, pago de gastos erogados en el ámbito privado, derecho al servicio médico hasta la recuperación de la salud, -. Esto sucede ya sea, en las oficinas de la Comisión o vía electrónica, mediante

el formato de la página web de la Comisión, si ingresa la petición vía internet, después debe ir a las oficinas a firmarla y ratificar sus solicitud.

Gráfico 9. Proceso de queja médica CONAMED



Fuente: Elaboración propia. Notas de campo, 2017.

Quien recibe la solicitud de queja en la CONAMED es un funcionario(a), que realiza una serie de preguntas al ciudadano(a) sobre las características de la atención que recibió, cuestiona su relación el servicio médico (tipo de derechohabencia) y se transforma la solicitud de los usuarios a un lenguaje técnico, tanto médico como jurídico⁵⁵. Al recibir la solicitud esta es revisada en una de los *tres salas médicas*, divididas por especialidades médicas, cada una a cargo de un médico(a) especialista, tres médicos generales y un administrativo.

⁵⁵ Denominado por Infante como pasa por un proceso de **Medicalización y Judicialización** (Infante; 2006: 56-58).

Tabla 4. CONAMED: Salas de especialidades médicas para atención de quejas médicas

Sala Médica 1	Sala Médica 2	Sala Médica 1
-Medicina Interna/ Terapia intensiva/ Urgencias -Ortopedia, traumatología y cirugía de la columna -Alergología -Cardiología -Gastroenterología -Hematología -Medicina física y rehabilitación -Nefrología -Neurología -Oncología médica -Reumatología -Urología	-Ginecología y obstetricia -Cirugía plástica, estética y reconstructiva -Cuidados paliativos -Infectología -Neonatología -Neumología -Odontología -Otorrinolaringología -Pediatria -Psiquiatría	Cirugía general / Cirugía pediátrica -Angiología y cirugía Vascular -Anestesiología -Cardiología -Cirugía Neurológica -Cirugía Maxilar -Clínica del dolor -Dermatología -Imagenología -Oftalmología -Oncología quirúrgica

Fuente: Elaboración Propia. Notas de campo, 2017.

Después de la revisión de los médicos especialistas, es aceptada la solicitud de inconformidad y se completa el **Formato de Queja Médica**, tanto digital, como impreso, el cual lleva la firma original del solicitante⁵⁶.

Se asigna un número de expediente que incluye en año en el que fue recibida, dando inicio al **Expediente de Queja Médica**. El expediente es asignado funcionario(a) del Módulo de la especialidad correspondiente, quien se encarga del caso desde ese momento hasta su conclusión. A través de el/ella se establece la comunicación entre las partes; esta persona es la encargada de solicitar al Prestador del servicio el expediente clínico y a revisar toda la documentación, para que se realice el **Proceso de Conciliación**.

Las **juntas de conciliación**, suelen realizarse en las salas del piso 5, frente a la biblioteca de la Comisión. A estas juntas asisten los/las usuarios que ingresaron la queja y sus acompañantes, los representantes legales del prestador del servicio médico y al menos un funcionario de la CONAMED. El funcionario de la Comisión presenta brevemente el caso y expresa las pretensiones de la queja, solicita la resolución a la que ha llegado el prestador del servicio y si este declara la queja como procedente, se realizan los acuerdos según las pretensiones de la queja.

⁵⁶ Ver guía/instructivo para el llenado de formato de queja médica CONAMED: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/A3_Instructivo_llenado.pdf

En el caso en el que el prestador del servicio declare improcedente la queja se abren dos opciones, la primera es que a pesar de los argumentos de los inconformes que ingresaron la queja, esta sea declarada improcedente, se les comunica a las partes y se da por finalizada la solicitud. La segunda opción es que la Comisión, al estar en desacuerdo con el resultado emitido por el prestador del servicio, decida Reconsiderar el caso y realizar el Arbitraje Médico imparcial, mediante el cual especialistas médicos y jurídicos de la Comisión analizan el expediente clínico y emiten el Laudo de procedencia o improcedencia al que están obligadas las partes, buscando el cumplimiento de las pretensiones de la queja.

3.1.3. Documentos que conforman el Expediente de queja médica.

1.-Narración/ Relatoría de Hechos del usuario sobre la problemática que motiva la queja, la cual puede ser escrita por el/la usuaria de forma libre o bien a partir de un formato en el que se especifican los siguientes datos: Nombre/Fecha/Problemática de Salud/Prestador del Servicio Médico/Nombre y Dirección del Hospital, clínica o médico al que se dirige la queja/ Pretensiones de la queja/ Nombre y Firma del usuario.

2.- Copia de la *Identificación Oficial* del Usuario

3.- Documentación que establece la relación médico-paciente, en los casos de que el usuario cuente con un programa de seguridad social, generalmente anexan el Número de afiliación o el Carnet de citas en el Hospital/Clínica en que el usuario recibió el servicio médico

4.- Oficio de la CONAMED, en la que se le informa al Usuario el Número de Expediente de su Queja Médica.

5.- Acuerdo de Admisión de la Queja, documento que indica que la queja debe ser turnada a la Dirección General de Conciliación en donde se continuará el proceso y se solicitarán los documentos necesarios para anexar al expediente.

6.- Oficio de la Dirección General de Conciliación dirigido al Prestador del Servicio Médico, mediante el cual se le informa que se ingresó una queja y se le solicita el expediente clínico del usuario, específicamente el que se relaciona con la problemática de salud referida en la queja.

7.- Oficio en el que se le comunica al Usuario que ya se le ha hecho llegar la queja al Prestador del servicio, además, se le indica al Usuario el número de módulo y el médico responsable de la Dirección de Conciliación, que se mantendrá en contacto con las partes (usuario y prestador del servicio)

8.- Expediente clínico: el prestador del servicio Médico, envía a la CONAMED una copia de su Licencia Sanitaria; una copia completa y legible del Expediente Clínico del usuario referente a la atención otorgada; un Informe Médico del caso; así como la Resolución del

Consejo Delegacional o Autoridad del Hospital/clínica demandada sobre el caso, esta resolución puede indicar que efectivamente la queja procede y se aceptan las pretensiones de la queja o bien, no procede la queja y se indica que el Servicio otorgó la atención adecuada al usuario.

9.- Oficio Informativo. El funcionario del Módulo responsable de la queja, convoca a las partes a la realización de la Audiencia de conciliación, mediante un oficio que se entrega en el domicilio del usuario y al responsable del servicio médico (representante legal de la institución).

10.- Acta de Audiencia de Conciliación.

-En los casos en los que no se llega a una conciliación, se puede iniciar, previo acuerdo de las partes el proceso de Arbitraje Médico y el Laudo-.

11.- Oficio del área de arbitraje y emisión del Laudo.

Más adelante se desarrolla la propuesta metodológica, que permitió analizar la información del expediente de queja médica y reconstruir las trayectorias de atención médica y de queja médica de las mujeres de los casos seleccionados.

3.1.4. Proceso de selección de casos de estudio.

Para la selección de los casos de estudio, se definieron las siguientes estrategias metodológicas:

La principal fuente de información del proceso de queja médica son los expedientes de queja, los cuales son archivados por un periodo de 5 años en las oficinas centrales y su acceso es restringido. Para autorizar el acceso a esta información se presentó un protocolo de investigación, aprobado por la Dirección General de Difusión e Investigación, con el visto bueno del Comisionado, en el marco del convenio de colaboración académica de la UNAM/CONAMED; además se firmó un acuerdo de confidencialidad (Anexo 5).

Se estableció que serían incluidas las quejas médicas ingresadas por mujeres, concluidas y en archivo correspondientes a enero de 2013 a diciembre de 2014. La clasificación Morbilidad Materna Extrema no está incluida en la base de datos del Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), por lo que se definieron las siguientes palabras clave, basadas en los criterios de clasificación de las MME⁵⁷ con el objetivo de vincularlos con los números de expedientes de queja médica:

⁵⁷ Ver en Capítulo 1. Tabla 2. Criterios para determinar casos de Morbilidades Maternas Extremas.

Mujeres, embarazo, parto y posparto/puerperio, complicaciones, obstetricia, ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, histerectomía obstétrica.

El resultado de dicha búsqueda en la base de datos fue de 11741 registros, después de ser depurado omitiendo las repeticiones, arrojó un total 249 casos: 203 registros corresponden al año 2013 y 46 registros al 2014.

A partir del análisis los textos denominados Carta de Motivos de la inconformidad – resumen de la problemática y motivo de la queja- de los 249 registros concluidos en el 2013 y 2014, se seleccionaron aquellos en los que efectivamente las mujeres presentaron complicaciones durante el embarazo, parto y/puerperio y que fueron intervenidas quirúrgicamente con una histerectomía obstétrica, descartando aquellos expedientes en los que no se cumplieran con ambos criterios. Los casos revisados permitieron reducir el número de expedientes a veintiséis casos, distribuidos en nueve estados de la República. doce de la CDMX, seis del Estado de México, un caso de Veracruz, uno de Quintana Roo, uno de Baja California Sur, uno de Jalisco, uno de Nayarit, uno de Guanajuato, uno de Campeche y uno de Sinaloa⁵⁸.

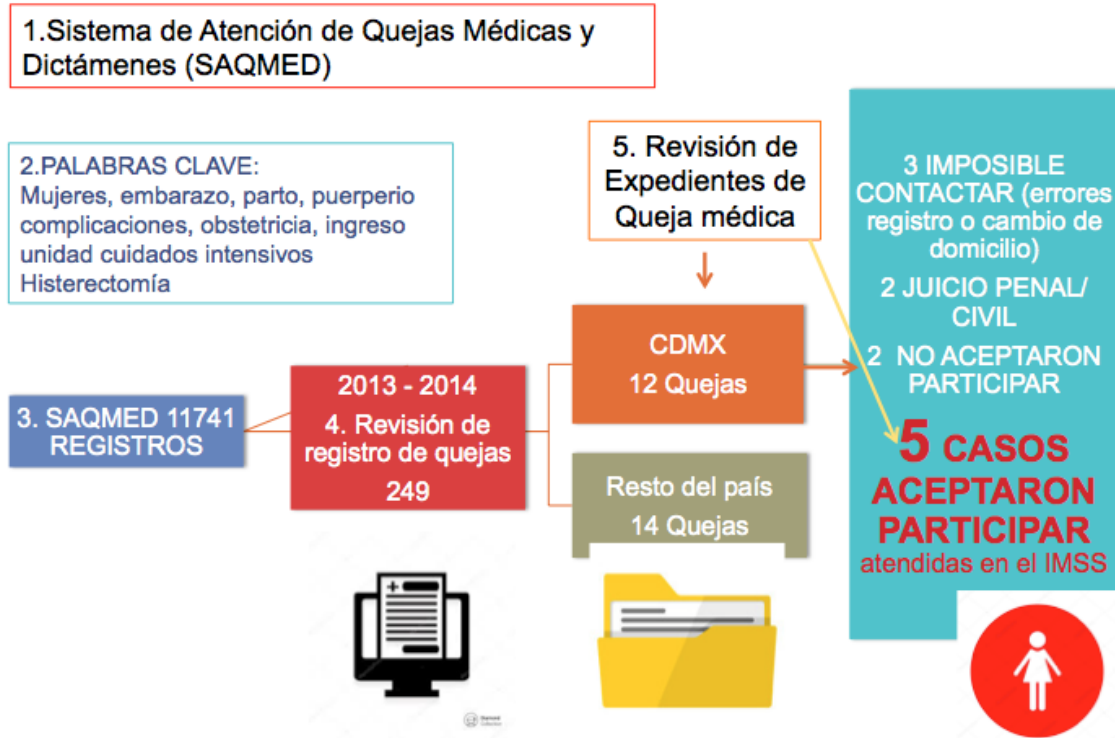
A partir de los datos extraídos de la base de información de la CONAMED, se solicitó mediante oficio de la Dirección de Investigación y la Firma del Comisionado, los veintiséis expedientes a Archivo de quejas concluidas. Estos expedientes no pueden ser fotocopiados, ni alterados, el área de archivo hace un registro detallado de las fojas que conforma el expediente y las condiciones físicas del mismo.

La revisión de cada uno de estos expedientes, se realizó en espacio designado en las oficinas de la CONAMED, al que asistí de manera regular durante el periodo de 2016 a 2017. La información de la revisión de los expedientes fue sistematizada y generando los siguiente documentos: 1.- Base de datos de los veintiséis expedientes de queja médica

⁵⁸ La Comisión Nacional de Arbitraje Médico recibe inconformidades de todo el país, tanto de manera presencial como virtual, mediante su página de internet, es decir, la base de datos cuenta con expedientes de quejas médicas de diversos los estados de la república. Sin embargo, cada estado del país, cuenta con Comisiones Estatales de Conciliación y Arbitraje Médico que no dependen de la CONAMED, órganos desconcentrados de las Secretarías de Salud de las entidades federativas.

(Excel); 2.- Cédula de registro de cada uno de los casos; 3.- Transcripción textual de las Cartas de motivos/ Relatorías de hechos de cada caso; 4.- Registro en Diario de Campo.

Gráfico 11. Proceso de selección de los casos



Fuente: Elaboración propia, 2018.

Tal como muestra el Gráfico 11, de los veintiséis casos se seleccionaron los de mujeres atendidas en la CDMX, en Unidades Médicas y Hospitales Públicos: diez casos del Instituto Mexicano del Seguro Social y dos casos de la Secretaría de Salud de la CDMX; de éstos sólo fue posible localizar a nueve mujeres, dos de ellas habían iniciado procesos civiles y penales contra los médicos que las atendieron, por lo cual no pueden ser incluidos en el estudio; dos más expresaron su desinterés por participar en la investigación y cinco aceptaron participar en la investigación.

3.1.5. Propuesta de análisis metodológico del expediente de queja médica.

Infante (2006) resalta el carácter social de las quejas médicas ingresadas ante la CONAMED, sugiriendo que expresan aspectos que van más allá de la atención clínica recibida:

“habría que recuperar la riqueza de la queja como una construcción social de problemas de atención médica y del modelo de atención que está esperando la población; sería necesario identificar y recuperar su naturaleza... el problema fundamental de las quejas es la interacción humana. Aun habiendo errores, negligencia, irregularidades o incluso eventos adversos, la queja surge de manera prioritaria por la relación humana con el paciente, no a causa de problemas técnicos y, cuando estos se hallan presentes, no son unicasuales, es decir, constituyen una constelación de factores en contextos definidos” (Infante;2006:xii).

En este sentido, al iniciar la revisión de expedientes de quejas médicas, se identificó que la organización documental del documento sigue una lógica administrativo/jurídica y una clínica/médica, que puede resultar compleja para la mirada y el análisis antropológico.

La primera aproximación “social” de análisis de los documentos del expediente, fue la lectura y transcripción de las denominadas Cartas de motivos de la queja médica. Documentos escritos por las mujeres con la intención de explicar las características de su caso y justificar las causas que fundamentan la queja médica.

Las Cartas de motivos, son textos descriptivos de la experiencia de las mujeres al recorrer las institucionales de salud; generalmente inician describiendo las características del embarazo, las revisiones prenatales y el recorrido en las diferentes áreas de atención médica y finaliza con alta hospitalaria o incluso describiendo algunas de las principales secuelas y consecuencias derivadas de la atención. El texto contiene información central del “evento adverso”, construido desde la perspectiva de las mujeres; expresa una reflexión en torno a las decisiones y acciones realizadas por el personal de salud, así como sobre la participación de las redes de apoyo a lo largo del proceso de atención de la mujer.

Este documento, suele contar con información suficiente para reconstruir la trayectoria de atención, aunque hay casos en los que la descripción es muy breve y el texto se centra en exponer los daños y las pretensiones de la queja.

Una primera lectura analítica de las Cartas de motivos, muestra que el reconstruir la trayectoria desde este texto, toma en cuenta exclusivamente la perspectiva de las mujeres, sin una triangulación de la información con lo expresado en el expediente médico. Ante esta situación se optó por revisar si los “hechos descritos” por la mujer correspondían con los documentos que integran el Expediente clínico.

Durante varios días y horas se revisaron las notas de hospitalización, los consentimientos informados, los datos de los análisis clínicos, los reportes de traslados hospitalarios, las imágenes de los ultrasonidos... estrategia que resultó por demás compleja y poco operativa debido a la calidad técnica de la información y a la gran cantidad de elementos de diversas áreas médicas que conforman el expediente, algunos de ellos eran de hasta 500 páginas.

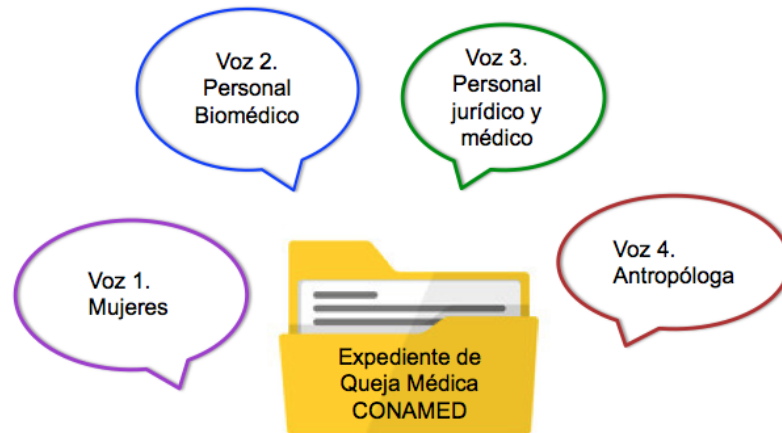
Partiendo de la idea de que el proceso de queja médica, es encapsulado o materializado por el expediente, resultaba necesario interactuar como antropóloga con el texto, ubicándolo como un interlocutor más. La estrategia de establecer una relación dialógica con el documento fue través de una entrevista. Esto implicó el diseño de un *Guion de entrevista dialógica con el expediente de queja médica* (Anexo 2), a partir de los ítems principales que interesa extraer del documento para configurar el caso y trazar la trayectoria de atención médica y de queja médica.

A partir del dialogismo, es posible identificar una *polifonía*, desde la perspectiva de Bajtín entendida como la “*pluralidad de voces y conciencias independientes e incompatibles*” ([1929]1990:254)⁵⁹, que en el caso del Expediente constituyen un proceso.

Menéndez, al proponer la perspectiva relacional desde la antropología, señala que “*la polifonía tiende hacia una unidad*” (Méndez; 2014:178). Utilizando la entrevista como instrumento dialógico de aproximación al expediente, fueron despertando las “*otras voces*” y generando un escenario polifónico.

⁵⁹ El concepto de *polifonía*, introducido por Bajtín en su obra *Los Problemas de la obra de Dostoievski* (1929), en la que señala la “resonancia” de una multiplicidad de conciencias dándose: la heterogonía, la heterología y la heteroglosia. Bajtín estudió cómo, en ciertas novelas, cada uno de los personajes expresaba su manera de entender la realidad, lo que permitía al lector acceder a diversas formas de vivir y entender el mundo; Al analizar cada una de las voces de la novela, se puede acceder al carácter social del discurso de cada personaje, el cual está atravesado por experiencias, costumbres, valores y conocimientos que derivan en aquello que entendemos como ideología. Desde la perspectiva de Bajtín en todo discurso (oral/escrito) se expresa una ideología. El resultado entre la interrelación entre la ideología y el sistema lingüístico, da lugar a la polifonía.

Gráfico 10. Enfoque relacional/polifónico del expediente de queja médica.



Fuente: Elaboración Propia 2017.

La polifonía se expresaba a partir del Guion de entrevista del expediente, el cual parecía ser el *Tablero de Dirección* que Julio Cortázar incluye en su obra *Rayuela* (1963), mediante el cual invita al lector a dialogar con la obra; un diálogo que se construye en saltos de que el lector puede hacer en las páginas de la novela, con el objetivo de que ésta vaya cobrando otro sentido; creando otra lectura en la que surge la resonancia de las otras voces, incluso la del lector.

En palabras de Cortázar la lectura lineal de *Rayuela*, sería un reduccionismo que excluye la complejidad de la obra, en la que el lector resulta como un sujeto pasivo; el autor con esta contranovela, busca reivindicar el papel del lector, invitándolo a participar y entrar en una dinámica con el texto.

A partir de esta metodología, se encontró que leer, revisar y analizar el expediente en forma lineal, podría restringir el análisis socio antropológico de queja médica, limitándolo a un trámite además que, la lectura lineal “reprime la participación del lector”, en este caso, la interlocución con la investigadora.

Las voces que resuenan en el expediente son:

1. La primera Voz, es la de la MUJER, la cual se expresa principalmente en la Carta en la que expone los motivos de la queja. La transcripción de las Cartas de motivos de las

mujeres, permitió analizar el texto y volver al él para la reconstrucción de las carreras de atención hospitalaria de las mujeres.

2. La segunda voz, corresponde a la del SERVICIO MÉDICO que atendió a las mujeres. Una voz que intenta ser homogénea, como una sola voz, pero en realidad en ella, resuenan las voces de muchos otros actores involucrados en la trayectoria de atención de las mujeres: desde el personal de salud como enfermeras, el personal técnico hasta los médicos especialistas, de urgencias, residentes y pasantes. Es decir, es una compleja polifonía que aunque pareciera que se rige por la búsqueda de la salud del binomio madre-hijo(a) al ser atendido el nacimiento, está involucrada en un complejo engranaje de acciones y discursos, formatos y papeleo y finalmente, los representantes legales del Servicio. Cada una de estas voces, se expresan mediante el Expediente clínico anexo al expediente de queja médica, el cual incluye un reporte médico con el objetivo contextualizar las decisiones y acciones tomadas en por le personal de cada área médica

3.- La tercera voz, es la de la CONAMED. Esta voz permitió identificar las áreas involucradas en el proceso y los funcionarios que participan en la trayectoria: desde el personal que recibe las quejas, los documentos, los analiza, los turna a los módulos en los que los médicos especialistas y los abogados realizan una serie de gestiones concretar la conciliación, los procesos de arbitraje y la emisión de los laudos.

4.- La cuarta voz, es la de la Investigadora, que tamiza la información e interpreta lo que dicen las otras voces, plantea las preguntas y vincula lo empírico y lo teórico para el análisis.

Estos datos permitieron construir una primera versión de las trayectorias de atención y de queja médica de cada uno de los casos seleccionados. Estas trayectorias fueron configurándose hasta su versión final, mediante el cruce de información de las voces del expediente de queja médica y el de las mujeres en las entrevistas a profundidad.

3.2. Encuentros etnográficos con las mujeres.

El segundo *escenario* está formado por una diversidad de lugares, contruidos a partir de los *encuentros* con las mujeres de los casos seleccionados, denominados así, porque realmente desde las primera vez que me fui reuniendo con las mujeres, se estableció una relación dialógica intensa, por el carácter íntimo de los temas abordados, la sexualidad, el deseo de maternidad, las sensaciones y dolores en el cuerpo, las relaciones con el personal de salud, la descripción de los olores, las secreciones y las emociones implicadas, tanto para las mujeres al recordar lo experimentado en los hospitales y durante el proceso de queja médica como para la investigadora, como mujer, como madre y usuaria de los mimos servicios que las atendieron; esto creó un vínculo de intercambio horizontal y de contención emocional.

Con cada de las mujeres de los casos seleccionados se concretaron reuniones en espacios cercanos a los lugares en donde se desarrolla su vida cotidiana; generalmente en sus domicilios o bien cerca de ellos, en sus espacios de trabajo o en establecimientos públicos –cafés y restaurantes- que permitieron compartir historias y relatos, de ida y vuelta.

El primer contacto con las mujeres fue institucional; el área de investigación de la CONAMED contactó a cada una de ellas vía telefónica solicitando su autorización para ser incluidas en la investigación. Se les proporcionaron los datos de la investigadora responsable y la tutora principal; se realizó un documento para invitarlas de manera formal a la serie de entrevistas y se les entregó un Consentimiento informado (Anexo 4), en el que se estipula expresamente que la investigación surge de un posgrado de la UNAM y no tiene vínculos ni compromisos con la CONAMED, lo que permitió abrir un espacio de confianza para que las mujeres expresaran sus inconformidades sobre la atención recibida en los instancias de salud y durante el trámite de queja médica ante la Comisión.

3.2.1. Entrevistas semi-estructuradas: intimidad y procesos reflexivos

Las entrevistas a profundidad fueron diseñadas de manera estructurada y semi estructuradas; gran parte del primer encuentro con cada mujer fue dedicado a presentarme, crear vínculos de empatía personal y de compromiso con el proyecto de investigación, así como para hacer del consentimiento informado un proceso y no únicamente un trámite; de

hecho, en este encuentro, se les solicitó que se llevaran el consentimiento informado impreso, para que tuvieran tiempo de leerlo, analizarlo y pudieran entregarlo firmado en una segunda reunión. Las sesiones de entrevista, fueron grabadas en audio, lo cual no pareció incomodar a las mujeres, lo que facilitó la transcripción y el análisis de la información.

La investigación fue bien recibida por las mujeres, el interés de compartir sus casos y experiencias coadyuvó a realizar varias sesiones y profundizar en los temas relacionados con el proceso de atención y queja, las secuelas físicas y las consecuencias de todo el proceso.

Al inicio, las entrevistas se apegaron al guion de entrevista (Anexo 1), pero al pasar las sesiones, los encuentros y las reuniones con ellas, el guion no sólo fue rebasado sino que se abrieron otras vetas de análisis que no se habían contemplado en los protocolos de la investigación, como el ubicar el *cuerpo* al centro de la discusión, incluir la *dimensión emocional* (Calderón; 2012 y 2015) recurrente en sus narraciones y posibilidad de explorar la queja médica para pensar los procesos de ciudadanización reproductiva (Castro y Erviti;2014, Berrio y Singer;2016). Lo que implicó un diálogo constante entre la teoría y el dato empírico.

En los encuentros con las mujeres, la dinámica a lo largo de las sesiones se fue volviendo más íntima, se pudo establecer una relación de confianza y confidencialidad que permitió que las mujeres hablaran tanto de aspectos físicos, sobre el cuerpo y el manejo durante la atención médica y los procesos de autocuidado, como de los aspectos relacionados a su dinámica da pareja, la sexualidad y emociones entorno a la feminidad, la maternidad, sus expectativas y desencantos. Fue una experiencia muy fértil para ellas y para mí, como investigadora y como mujer.

En cada *escenario* en el que se realizó el trabajo de campo fue muy diferente: en la CONAMED, un espacio institucional, estructurado, con horarios de oficina, en el que el personal de todos los niveles estaba ocupado recibiendo quejas, revisando los expedientes, realizando juntas de conciliación, el tiempo estaba restringido y el espacio constreñido a un edificio gubernamental.

En cambio los encuentros durante el trabajo de campo las mujeres fueron diferentes – multi situados-. Las sesiones se realizaron en espacios tan diversos como un café frente a la Alameda en el Centro Histórico, en la recámara o en la cocina de sus casas, o en sus espacios de trabajo -a un lado de una mega obra de construcción de un puente vehicular en Texcoco, en la que trabajaba una de las mujeres como ingeniera civil-. El espacio de interlocución y entrevistas a profundidad, estaban constreñidos por el espacio, por un inmueble o por una zona de la ciudad, fue una construcción dinámica de encuentros.

La duración de las sesiones de entrevista fue 2 o 3 horas sin interrupciones, dependiendo de la disponibilidad de las mujeres. Fue un ir y venir de encuentros con cada una de las mujeres, lo que llevó a convertirse en una red de relaciones, que se fue tejiendo y extendiendo a lo largo del año 2017 y 2018, aunque el contacto con ellas sigue vigente.

3.3. Las herramientas diseñadas para la recopilación y sistematización de información.

Las herramientas diseñadas para el tipo de información recabada durante el trabajo de campo, se ubican en la sección de anexos:

1. Registro en diario de campo.
2. Guion de encuentro para las mujeres (Anexo 1).
3. Guion de encuentro/dialógico con expediente de queja médica (Anexo 2).
4. Cédula de registro base del expediente (Anexo 3).
5. Base de datos a partir de la revisión de expedientes (Excel).
6. Ficha para diseño de diagrama de carrera de atención y ruta de la queja.
7. Transcripción de entrevistas y fichaje casos.
8. Gráficas de trayectorias de atención y trayectoria de queja médica (Anexo 6).

Capítulo 4. Cinco mujeres: trayectorias de atención y queja médica

4.1. Introducción

Este capítulo expone las *trayectorias de atención y de queja médica* de cinco mujeres de 23 a 38 años de edad, con embarazos sin indicios prenatales de complicaciones maternas, quienes durante la atención institucionalizada del parto y/o puerperio, presentaron morbilidades maternas extremas, -alto riesgo de muerte materna por causas indirectas-.

Las trayectorias de atención han sido construidas a partir del ordenamiento de los eventos de la *carrera hospitalaria* transitada por cada una de las mujeres, desde el inicio del embarazo, durante el parto y en periodo puerperal; entretejiendo elementos de su carrera experiencial y biográfica.

Al analizar el recorrido institucional realizado por las mujeres en la búsqueda de atención materna, se identifican *puntos de inflexión*, (Glaser y Strauss;1968) determinados por momentos específicos, acciones u omisiones por parte del personal médico, así como síntomas y signos en la salud de las mujeres, que cambian radicalmente la *trayectoria esperada (sin complicaciones)*; generando trayectorias de larga duración y mayor complejidad.

Las trayectorias que se muestran en esta investigación, requieren mayor *trabajo* del personal médico para salvar la vida de la mujer, involucrando la coordinación de diversas áreas de especialización clínica, el ingreso a las unidades de cuidados intensivos y en algunos casos el traslado a otros hospitales. Los puntos de inflexión se enmarcan por *coyunturas críticas* (Glaser y Strauss;1968), en este caso, se refieren a periodos potencialmente fatales para la mujer.

La trayectoria de la queja médica, se ha elaborado a partir del análisis las diferentes etapas del proceso institucional; este inicia con el ingreso de la solicitud de inconformidad ante la CONAMED, el análisis del caso, la elaboración del expediente de queja médica, hasta que las partes asisten a la junta de conciliación, en la que se presenta el resultado de la queja.

En algunos casos la trayectoria de queja también se extiende en el tiempo y el proceso se complejiza, tal es el caso de las quejas denominadas “reconsideradas”, es decir, aquellas

en las que la Comisión considera que el prestador del servicio declara de manera inadecuada como improcedente una queja. La reconsideración supone que la Comisión realiza un arbitraje médico del caso y emite el laudo respectivo.

Las cinco trayectorias desarrolladas a lo largo del capítulo corresponden a quejas médicas de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), atendidas y resueltas en el periodo de 2013 a 2014.

Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa son mujeres residentes de la Ciudad de México, todas se encuentran unidas o casadas con una pareja heterosexual, han utilizado métodos anticonceptivos en distintos momentos de su vida sexual, lo que les ha permitido regular su reproducción en pareja.

Tabla 5. Tabla casos de estudio. Datos generales.

Año Ingreso Queja	Nombre / Seudónimo	Edad al Presentar la MME	Estado Civil	Total de Gestas	Abortos	Hijos Nacidos Vivos
2013	Romina	38	Casada	3	2	1
2014	Viviana	28	Casada	2	0	2
2013	Maribel	23	Unión Libre	1	0	1
2013	Rosa	25	Casada	2	1	1
2013	Luisa	31	Casada	2	0	2

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Cuatro de ellas son multigestas, aunque Romina y Rosa, han presentado abortos, por lo cual sólo tienen un hijo nacido vivo. Luisa y Viviana tienen dos hijos nacidos vivos cuyos embarazos y nacimientos fueron atendidos en el sector privado, ambos resueltos vía cesárea. Maribel es la mujer más joven de la muestra de 23 años de edad, es la única primigesta, sin abortos que tiene un hijo nacido vivo.

En todos los casos, las mujeres fueron sometidas a una histerectomía obstétrica y con ella forzando el cierre definitivo de la vida reproductiva. Romina, Rosa y Maribel deseaban y planeaban tener más hijos, por lo que la extirpación uterina fue determinante en su plan de

vida en pareja. Viviana y Luisa, con dos hijos nacidos vivos, solicitaron en su último embarazo la Salpingoplastia (Oclusión Tubaria Bilateral –OTB-), sin embargo, la histerectomía representa impactos en otros ámbitos de su vida.

En los cinco casos, se identifican redes de apoyo familiares fuertes, tanto de la familia consanguínea como de la familia política. Estas mujeres viven en colonias de sectores medios y medios bajos de la ciudad de México; tres de ellas comparten la vivienda con familiares y dos están comprando, junto con sus parejas, casa/departamento propio, mediante créditos hipotecarios. Cuatro de las parejas de las mujeres tienen trabajos formales y sólo uno de ellos trabaja en el sector informal.

Los niveles de escolaridad de las mujeres son altos, cuatro cuentan con estudios superiores –nivel licenciatura- y una de ellas cursó estudios técnicos, es decir, son mujeres que viven en condiciones socioeconómicas y culturales que les ha permitido desarrollarse escolar y laboralmente.

Una característica común que resultó de la revisión de los expedientes de queja médica es que las cinco mujeres fueron atendidas en el Instituto Mexicano del Seguro Social y no cuentan con apoyo del Seguro Popular. La derechohabencia deriva del trabajo de la pareja, como prestación laboral o de la prestación universitaria -seguro facultativo-.

Las cinco mujeres asistieron a consultas prenatales en las instancias del Seguro Social a lo largo de sus embarazos, cuatro de ellas alternaban las consultas prenatales con médicos especialistas del sector privado; en ninguno de los casos se identificaron indicios de alarma y alto riesgo de presentar morbilidades maternas extremas. Todas presentaron embarazos sanos en general, algunas recibieron atención prenatal por infecciones vaginales, por problemas respiratorios o incluso ingresos hospitalarios cortos (24 a 36 horas).

Respecto a las trayectorias de queja médica, todas ellas ingresaron de manera personal la queja médica ante la CONAMED, generalmente con el apoyo de la pareja y el acompañamiento de la red familiar. Las quejas fueron ingresadas y resueltas en el periodo que comprende de enero de 2013 a diciembre de 2014: dos fueron resueltas como “Procedentes con indemnización y reembolso de gastos erogados en el ámbito privado” y

tres se declararon como “Improcedentes” en las juntas de conciliación, como muestra la siguiente Tabla.

Tabla 6. Casos de estudio: Derechohabiencia y resultado de queja médica

Nombre (Seudónimo)	Tipo de Derechohabiencia IMSS	Resultado de la Queja	Reembolso e Indemnización
Romina	Prestación Laboral	Procedente	Si
Viviana	Prestación Laboral de Familiar	Procedente	Si
Maribel	Seguro Facultativo Universitario	Improcedente	No
Rosa	Seguro Facultativo Universitario	Improcedente	No
Luisa	Prestación Laboral de Familiar	Improcedente	No

Fuente: Elaboración propia, 2016.

La queja de Romina fue resuelta por el IMSS en la junta de conciliación como **Procedente** y recibió una indemnización por daños a la salud, además se le reembolsaron algunos de los gastos erogados en el ámbito privado. El caso de Viviana, en la junta de conciliación se declaró como queja improcedente pero la CONAMED revisó el caso y desechó la decisión del prestador del servicio. La queja fue arbitrada y se emitió un laudo declarándola **Procedente** con derecho a indemnización y reembolso de los gastos erogados en el sector privado.

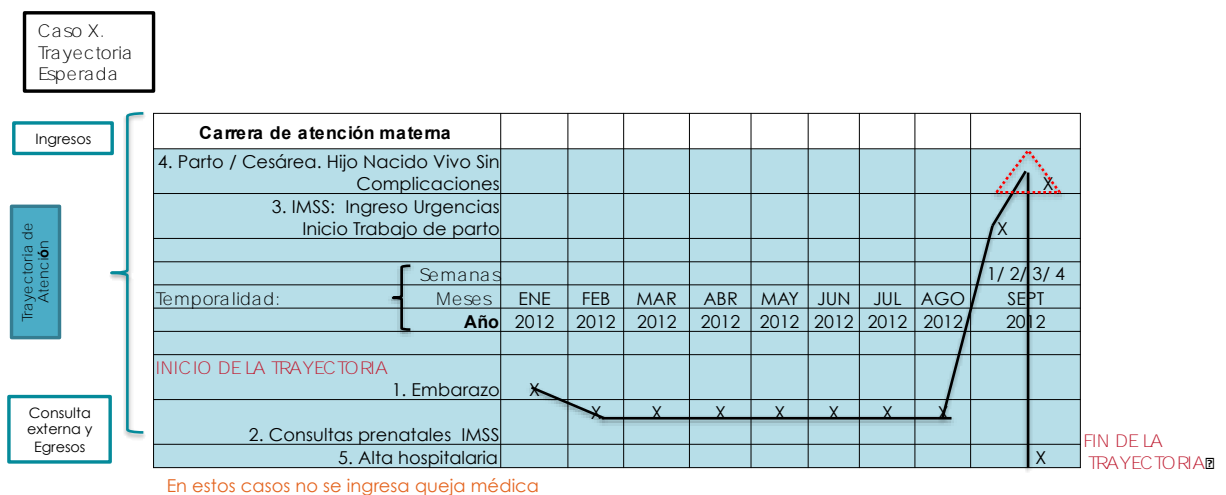
Los casos de Maribel, Rosa y Luisa fueron declaradas en las juntas de conciliación como **Improcedentes** argumentando que el servicio médico fue “oportuno y de calidad”.

Las trayectorias de atención y queja médica, han sido organizadas cronológicamente, siguiendo una *temporalidad y forma*, perceptible en la gráfica incluida en cada caso. Incluyendo los elementos de las tres carreras, que proponen Corbin y Strauss (1985): *experiencial, hospitalaria y biográfica*.

La atención institucionalizada del nacimiento, supone que este es un proceso que, en la mayoría de los casos, no supone alto riesgo ni complicación, sobre todo cuando estas mujeres cuentan con seguridad social y tienen acceso oportuno a una unidad de alta

especialidad obstétrica. Según las guías prácticas del IMSS, en la atención del parto sin riesgo obstétrico, las mujeres deben ser dadas de alta de 48 a 36 horas después del nacimiento del hijo(a). El alta hospitalaria dependerá de la recuperación de la mujer ante el parto o la cesárea, es decir, *el modelo ideal de trayectoria en la atención institucionalizada del nacimiento, sería corta y con un nivel de complejidad bajo o medio -en el caso de las cesáreas sería de media complejidad por ser una cirugía-*. Tal como lo muestra la siguiente gráfica:

Gráfico 12. Trayectoria de atención: caso sin complicaciones.



Siglas:
 Serv. Privado. Hospitales y clínicas del sector privado
 IMSS. Instituto Mexicano del Seguro Social
 Gineco: Hospital de Alta Especialidad en Gineco-Pediatría del IMSS
 MME. Morbilidad materna extrema
 Dx. Diagnóstico clínico

Simbología:

Fuente: Elaboración propia 2019.

A lo largo del capítulo, se muestran trayectorias de cinco mujeres cuyos caminos son distintos a los estipulados en el protocolo clínico. A continuación se muestra la tipología, la gráfica y el desarrollo de las trayectorias de atención y queja médica de cada una las mujeres.⁶⁰

⁶⁰ Las gráficas incluidas en el capítulo, se ubican en mayor escala en el Anexo 6. Gráficas trayectorias de atención y queja médica.

4.2. Caso 1. Romina.

“yo le decía a los médicos, yo sé hacer casitas y ustedes son médicos; si ustedes me dicen que me voy a aliviar por parto natural, pues le voy a creer a usted porque usted el médico. A mí pregúnteme de cómo hago casitas, no de cómo voy a dar a luz, si es normal, no es normal, o lo que sea...Mi hijo nació el 2 de febrero, el día de los tamales. Los doctores estaban más preocupados por los tamales que por los bebés que venían al mundo” (Romina, 2018)

Trayectoria de atención: Extensa con riesgo prenatal, mala práctica, servicio mixto.

Trayectoria de queja médica: corta y procedente.

Resumen del caso 1:

Romina es una mujer de 38 años, casada con una pareja die años más grande que ella, ha presentado varios abortos y problemas de infertilidad, sometida a tratamientos alópatas y alternativos, finalmente, presentó un embarazo gemelar.

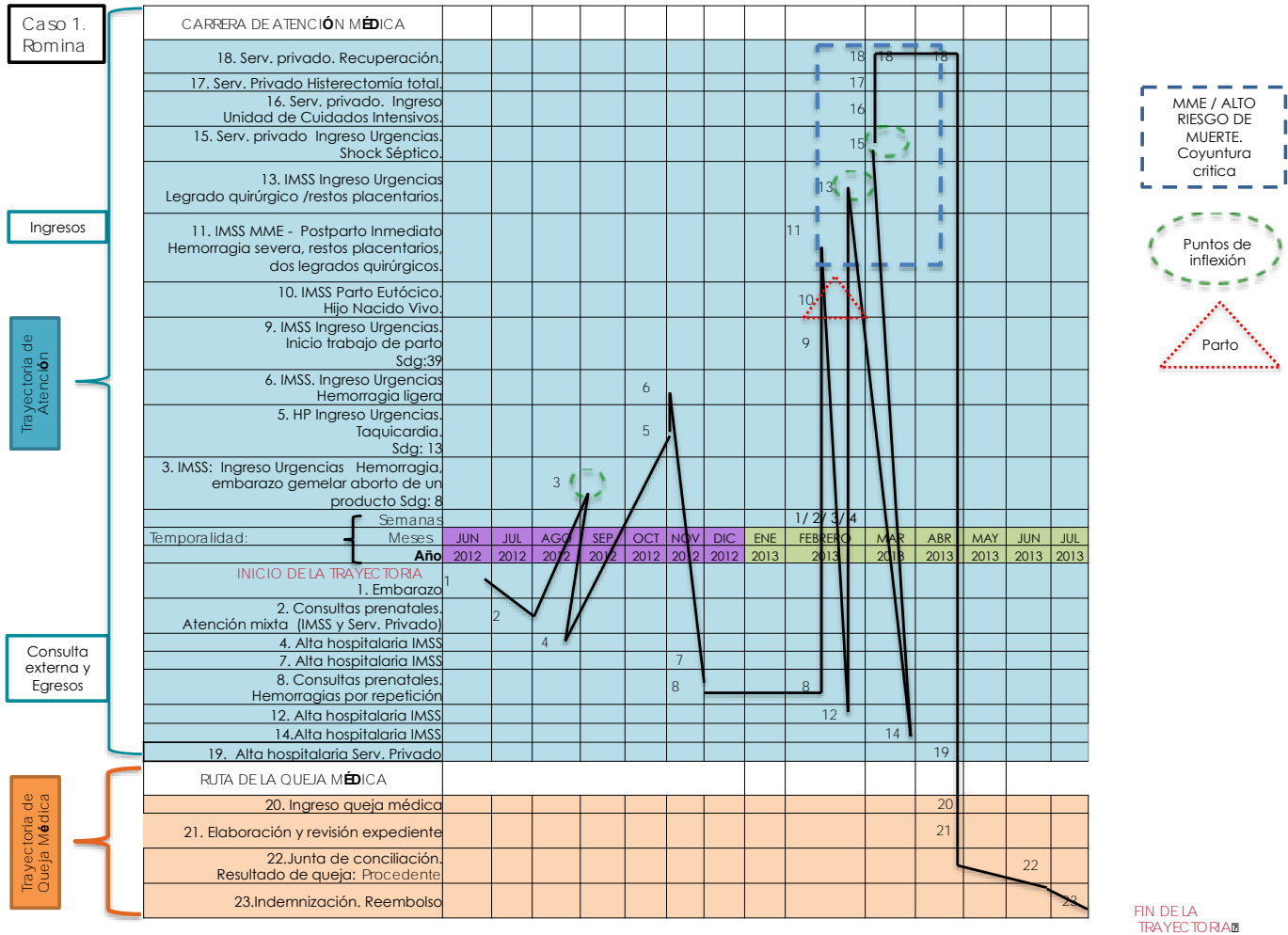
En la 4ta semana de gestación, perdió uno de los dos productos y cuidados maternos importantes para evitar la pérdida gestacional. Su parto fue atendido en el Seguro Social, el hijo nació sin complicaciones, presentó restos placentarios por repetición, por lo que ingresó a quirófano durante el postparto inmediato, dos legrados y fue dada de alta. En casa presentó hemorragia severa y expulsión de fluidos vaginales fétidos, un cuadro de shock séptico. Fue trasladada por familiares a un hospital privado, le realizaron transfusión de sangre y plaquetas e histerectomía total de emergencia.

Las secuelas principales: infertilidad, afectaciones en el hígado provocados por las anestias y anemia severa. Ingresó su queja ante la CONAMED, fue “Procedente”, recibió una indemnización y el reembolso de los gastos erogados en el servicio privado.

Tabla 7. Resumen historia reproductiva Caso 1

Edad	Número de embarazos	Abortos	Parto	Cesárea	Hijos nacidos vivos	Histerectomía
37 años	1	1	-	-	-	-
38 años	1 (gemelar)	1	1	-	1	Cierre vida reproductiva

Gráfico 13. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 1. Romina.



4.2.1. Antecedentes médicos?

Romina tiene 38 años de edad, a los 25 años presenta un embarazo con una pareja anterior que termina en aborto espontáneo. A los 30 años fue diagnosticada con fibrosis quística de seno y tuvo tratamiento de control médico. A los 36 años se casa con un hombre divorciado, mayor que ella, que ya tenía una hija adolescente del matrimonio anterior.

Ella es Ingeniera civil, en el sector privado en mega proyectos urbanos de construcción, las entrevistas con ella fueron realizadas cerca de la obra que supervisaba en Chalco, Estado de México, únicamente en el horario de comida. El desarrollo de su vida profesional influyó en sus relaciones personales y en su proyecto de maternidad., presentó dificultades para embarazarse, a los 37 años presentó un segundo embarazo y un aborto

espontáneo. A partir de esta mala experiencia y el deseo de ser madre, Romina asiste durante más de un año a revisiones ginecológicas en el Seguro Social, al mismo tiempo, es atendida por médica privada especialista en fertilidad, en donde le realizan, a ella y a su esposo, una serie de estudios para determinar el motivo por el cual después de casi 2 años de buscar un embarazo, no se lograba. Desde la perspectiva biomédica ambos tenían edades avanzadas para presentar un embarazo -ella 37 años y él 47 años-, sin embargo, se buscaba identificar la causa de los dos abortos espontáneos anteriores.

En el Seguro Social le diagnostican que la pareja no tenía un problema de fertilidad, por lo que le recomendaron que *“siga intentándolo con su marido y algún día pegará”* –le dijo el médico, sin remitirla a un especialista o recetarle algún estimulante ovulatorio. Romina buscó atención en el ámbito privado, es sometida a diferentes tratamientos tanto alopáticos como alternativos -tratamiento hormonal, homeopatía, terapia con imanes, reflexología y medicina natural-. Los tratamientos resultaron efectivos y en junio de 2012, Romina presenta su tercer embarazo a los 38 años de edad, después de casi 2 años de intentarlo.

“...me pasó que yo era la aferrada, porque mi marido ya tiene una hija, que actualmente la niña tiene 15 años, pero yo no había sido mamá y él me decía “no importa, yo toda la vida voy a estar contigo aunque no...”. Pues sí, pero porque tú ya tuviste la experiencia de los hijos, yo no la he experimentado. Entonces, me mandan a los análisis, voy a los análisis y me dicen: “felicidades, está usted embarazada”. Y yo así de, “¿en serio?” y dije, “¡lo logró, lo logró!”. Inmediatamente le hablé a mi marido y le dije “oye, ¿qué crees?, estoy embarazada”. ¿Sabes qué me contestó?, “¡Ay, ya vamos a descansar!”. Ya era muy estresante para él”

Este antecedente, muestra el contexto de estrés y presión que tenía Romina ante el embarazo, así como el miedo a la posibilidad de presentar nuevamente un aborto.

4.2.2. Trayectoria de atención.

El embarazo es descrito por Romina como difícil y estresante; a la semana 8 de gestación, presentó un sangrado y amenaza de aborto. La revisa otro médico privado por recomendación de su hermana, y le dice que es posible que sus embarazos anteriores hayan sido anembriónicos, por lo que recomienda medicamentos y reposo absoluto, pero le dice que no debe de ilusionarse porque no hay indicios de que éste nuevo embarazo no pueda

ser una pérdida; este diagnóstico, provocó que el embarazo fuera recibido con temor y estrés para ella y su pareja.

Inmediatamente después de la visita al médico privado, Romina solicitó su incapacidad ante el Seguro Social, cediéndole siete semanas de reposo, en su trabajo, le permiten trabajar desde casa respetando su incapacidad. Ella sigue siendo atendida por su médico privado, y a las cuatro semanas de reposo le levanta la incapacidad, Romina vuelve al trabajo y una semana después (agosto de 2012), siente un sangrado y expulsión de coágulos, al ingresar a la clínica del IMSS, le confirman que presentaba un embarazo gemelar y que había perdido a uno de los productos. Al día siguiente es dada de alta, dando continuidad a las consultas prenatales, alternadas en el ámbito privado y en el Seguro Social.

A partir de la 13va semana de gestación (octubre de 2012), en la consulta privada, se identifica una alteración cardíaca en el bebé –taquicardia-, y hemorragia leve, por lo que es remitida e ingresada al Centro de Especialidades Médicas La Raza del IMSS:

“...un día llego a consulta y me dice [el médico privado] “creo que el feto, tiene taquicardia, estoy muy preocupado, te me vas inmediatamente a La Raza, quiero que te atiendan ahí”. Yo no tenía muy buena experiencia de La Raza. Ya había tenido ahí situaciones de familiares que habían fallecido por mala atención. Entonces llego a La Raza, y me dicen “sí, tiene un poco de taquicardia, pero no sabemos si es la mamá o es el bebé”, y me dejan ahí, como tres días. Y empiezan a ver “oiga, a ver su historial, oiga ¿que estuvo internada?, oiga, ¿que tuvo usted un sangrado?, oiga, ¿que aparentemente fue embarazo gemelar?”. Les dije que sí... pero al parecer no lo registraron bien, porque a partir de ese momento dicen que yo no tengo en mi expediente el registro de embarazo gemelar...no están los ultrasonidos que yo entregué de mi médico particular. Bueno, los sangrados continuaron y estuve en reposo cuatro meses más”

Romina, presenta un embarazo complicado, con amenazas de aborto, sin embargo, utilizó todos sus recursos simbólicos y económicos para tener un seguimiento médico cercano, apoyo familiar y laboral. El pluralismo médico a su alcance, tanto el sistema hegemónico (Menéndez; 1989) privado y público como sus prestaciones laborales -seguridad social-; como el de las medicinas subordinadas o alternativas, aparece continuamente en su narración sobre la atención prenatal. Por un lado, iba a consultas médicas con su ginecólogo privado, a las consultas prenatales del IMSS y, con la médica alternativa que

le realizó el tratamiento de fertilidad, ésta última le recetó inyecciones de progesterona para evitar que su embarazo finalizara en aborto.

Los antecedentes ginecológicos, los abortos previos, incluido el del embarazo gemelar, hicieron que fuera muy cautelosa y en todo momento pensaba en la posibilidad de una pérdida más. Incluso comenta que no le compro nada al bebé, no preparó su habitación, no compró pañales no hizo fiesta de bienvenida en el embarazo. Una de las principales características de este embarazo fue el sangrado y la latente posibilidad de aborto, el miedo, la duda, la intranquilidad y la inseguridad, fue un periodo muy angustiante para Romina y su esposo. De octubre de 2012 a enero de 2013, Romina permanece en reposo, en enero y febrero hizo efectiva su incapacidad laboral, aún presentaba sangrado vaginal ligero. Durante la atención identifica que hay un error en el registro que deriva en complicaciones posteriores:

“Cuando se presentó el momento del parto, el practicante eso me comentó, “señora, pues aquí, es que no aparecen todos sus estudios”, le dije ¿cómo de que no? Si yo entregué todos los ultrasonidos, tantos los internos como los externos... [Mi hijo] Nació el 2 de febrero, el día de los tamales. Los doctores estaban más preocupados por los tamales que por los bebés que venían al mundo.”

El 02 de febrero de 2013 (día festivo), inicia el trabajo de parto, ingresa a urgencias del Centro Médico La Raza, en donde se le comunica que será atendido vía parto. Cabe mencionar que a ella todos los médicos de las consultas prenatales le dijeron que sería mejor si la atendían mediante una cesárea porque en dicha cirugía los médicos podrían sacar la placenta del producto perdido en la semana 8 de gestación. Sin embargo, los médicos pasantes que la atendieron en el día feriado⁶¹, al ingresar a urgencias le reizan el rompimiento de membranas, la aceleración medicada del trabajo de parto y presenta

⁶¹ El 2 de Febrero se celebra el Día de la Candelaria o Día de La Luz. Esta fiesta simboliza la unión del pueblo indígena con el pensamiento cristiano. “Una de las características de esta celebración es que los que ofrecen la “tamalada” son las personas que el 6 de enero encontraron “el muñeco” en su pedazo de rosca de reyes, la aparición del muñeco es un símbolo de buena suerte y abundancia, por lo cual los elegidos deben dar esa ofrenda a sus familiares o amigos, para que la promesa de abundancia se cumpla” (TM:2019).

hemorragia severa. El bebé, nació sin complicaciones, sin embargo, en el puerperio inmediato, ella es reingresada al quirófano por presentar hemorragia severa:

“[la enfermera me dice] “híjole, es que estás muy mojada, deje le llamo a los médicos” Me llevan a expulsión, pasan una mujer y luego a otra mujer y otra, y a mí no me revisan de inmediato, me hacen un primer legrado...y en eso pasa un médico, que era el médico de los internistas que estaban, y les dice a los pasantes: “ahí yo veo restos”, a lo que los pasantes responden “no, pero es que ya la limpiamos”, pero insiste el internista “no, ahí hay restos, vuelvan a proceder”. Y entonces ya era la segunda vez que me hacían el legrado ... Pero esa vez me pusieron ya anestesia total, ya no bloqueo, entonces yo me pierdo cuando les dice el internista a los pasantes “ahí hay restos, límpienle, atiéndanla”.

La falta de personal capacitado en el Centro de especialidades La Raza y la falta de comunicación entre el personal mediante la información contenida en el expediente clínico, genera riesgos a la vida de la mujer y de su bebé, ella debió ser programada para una cesárea que permitiera ubicar el origen de la hemorragia y la extracción de todos los restos placentarios, tanto del bebé que nació como el que terminó en aborto.

Finalmente, después de que fue controlada la hemorragia y de que se le realizaron dos legrados uterinos en quirófano, Romina es llevada a la sala de recuperación, en donde estaba ella reporta que se sentía muy mal, débil, con fiebre, con síntomas evidentes de anemia severa. Tres días después del nacimiento de su hijo ella es dada de alta del IMSS la Raza. En la primera noche en su casa, ella reporta que se sentía mal y el 05 de febrero de 2013, a mitad de la noche, presenta hemorragia vaginal y es llevada por su esposo al hospital, ahí es internada nuevamente –es la cuarta ocasión que es internada desde que inició el embarazo- y la tercer vez que es ingresada al quirófano; su salud se deterioraba cada vez más, el personal médico no logra detener la hemorragia uterina ni ubicar el origen de ésta, ella reporta que se siente muy débil y con olor vaginal fétido, le realizan extracción de restos placentarios y es dada de alta.

Una semana después del parto, 08 de febrero de 2013 Romina es reingresada a urgencias y de ahí directo al quirófano del Centro Médico La Raza, en donde es revisada por un equipo de médicos, quienes le explican la posibilidad de realizarle la extirpación total o parcial del útero mediante una histerectomía, en caso de presentar infección del órgano. Ella accede a la operación, firma el consentimiento informado, sin embargo, al estar en

recuperación, le informan que no fue necesaria la histerectomía, que sólo le quitaron más restos placentarios, y le aseguraron que “*jahora sí la limpiamos muy bien eh!*”. Es dada de alta a los dos días y en casa, sigue sintiéndose muy mal, con hemorragia leve y secreciones con olor fétido.

Los compañeros del trabajo, visitan a Romina y le expresan su preocupación al verla con un mal semblante, decaída y débil. A las dos horas de la visita, ella presenta palpitaciones, ansiedad, sudor frío, vómito, en un cuadro de shock séptico. La hermana de Romina, la madre y suegra, preguntan a Romina cómo ayudarla y ella les indica que no la lleven a ningún hospital del Seguro Social, por lo que deciden llamar a una prima cuyo parto acababa de ser atendido en un hospital privado y les recomienda que la lleven con su médico. Romina es llevada por su familia al hospital privado en donde ingresa vía urgencias:

El médico que semanas antes había atendido el parto de su prima, accede a operarla para revisar el estado del útero e identificar el nivel de la infección. Después de una transfusión de sangre y plaquetas es operada, el diagnóstico que justifica la histerectomía fue: sepsis uterina, restos placentarios y cervicitis. Entre los factores que coadyuvaron a evitar su fallecimiento destaca el apoyo de su red familiar.

“Mi marido... mi marido fue “mamá” por un mes del bebé recién nacido, entonces realmente siento que hubiera perdido la cabeza si él no hubiera existido. Si yo me hubiera tenido que ir en ese momento, y todavía en los momentos en los que iba a entrar al quirófano, él en ningún momento se separó, trajo la sangre, me hicieron la transfusión, en ningún momento se separó, siempre estuvo ahí, y hasta la recuperación”

Romina salió del quirófano y estuvo varios días en cuidados intermedios, porque ese hospital privado no contaba con Unidad de Cuidados Intensivos, permaneció internada dos semanas, recuperó la salud y fue dada de alta pero con incapacidad reproductiva permanente, una enorme deuda económica con el médico y el hospital y sin haber podido cuidar a su recién nacido, a quien con un mes de vida solo había convivido con su madre tres días desde su nacimiento. El médico privado, sensible con la situación económica y los gastos en la compra de hemoderivados, medicamentos y el pago al hospital, acordó apoyarla reduciendo el cobro de sus honorarios; además le sugirió que ingresara una queja contra el IMSS ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

3.2.3. Trayectoria de queja médica.

Ella convencida de que la atención que recibida en el IMSS, fue inadecuada, ingresó una queja ante la CONAMED, con el apoyo de la familia y su pareja. El proceso inició el 06 de marzo de 2013, con una carta de motivos breve, pero suficientemente descriptiva de los ingresos y egresos hospitalarios, respaldada por el detallado reporte médico del ginecólogo privado que le hizo la histerectomía y le salvó la vida.

Desde la recepción de los documentos, el funcionario de la CONAMED, le indicó que su inconformidad sería revisada por un equipo de médicos y abogados. La Comisión solicitó el expediente clínico al IMSS y en tres meses se concluyó el proceso.

La junta de conciliación se realizó el 27 de junio de 2013, en la cual se declaró Procedente. Se cumplieron las pretensiones de la queja, la indemnización y el reembolso de los gastos erogados por en el ámbito privado. Ella señala que, en la junta de conciliación los abogados del IMSS, buscaban “justificar” la mala práctica médica:

“... ¿Sabes qué me contestó el Seguro cuando me dieron ya el fallo? La vamos a indemnizar, tanto y tanto por órgano, tanto y tanto por gastos, pero usted de todas formas lo hubiera presentado por la edad....así, en la junta de conciliación en la CONAMED, los abogados justificando el mal actuar de los pasantes y la falta de médicos...pues ya se pusieron perruchos los abogados y me dijeron ¡bueno, su indemnización está, es lo más que le podemos ofrecer, usted tarde o temprano lo hubiera presentado, por la edad que tiene, una mamá ya muy grande... ¡Me enojé tanto, me ofendí tanto, no admitían que ellos no me atendieron bien, muy injusto e indignante!”

Esta actitud institucional ante el caso, visibiliza una de las expresiones de violencia institucional ejercida hacia las mujeres, al normalizar patrones de atención que conducen a las mujeres a morbilidades maternas extremas y secuelas físicas importantes, como la discapacidad reproductiva:

“...cuando me dijo el médico del IMSS me dijo “no señora, no hay problema, parto natural”, dije, ¡ay, sí! Parto natural, en un año me recupero y me voy con el otro bebé...En el momento en que me dije, sí en un año, me recupero y otra vez me vuelvo a embarazar, ahora es impensable”.

Aunado a la discapacidad reproductiva como secuela física de Romina, al año y medio de la atención obstétrica, ella presenta otras secuelas físicas importantes, derivadas de la atención recibida en el IMSS. Ella comenta que el exceso de anestesia durante la atención médica en el IMSS y en el ámbito privado, le ha provocado daño hepático, en específico hígado graso, ha tenido dificultades para bajar de peso, cansancio e inflamación hepática:

4.3. Caso 2. Viviana.

Trayectoria de atención : Extensa, alta complejidad, mala práctica, servicio mixto, secuelas incapacitantes.

Trayectoria de queja médica: extensa y procedente.

Resumen del caso 2:

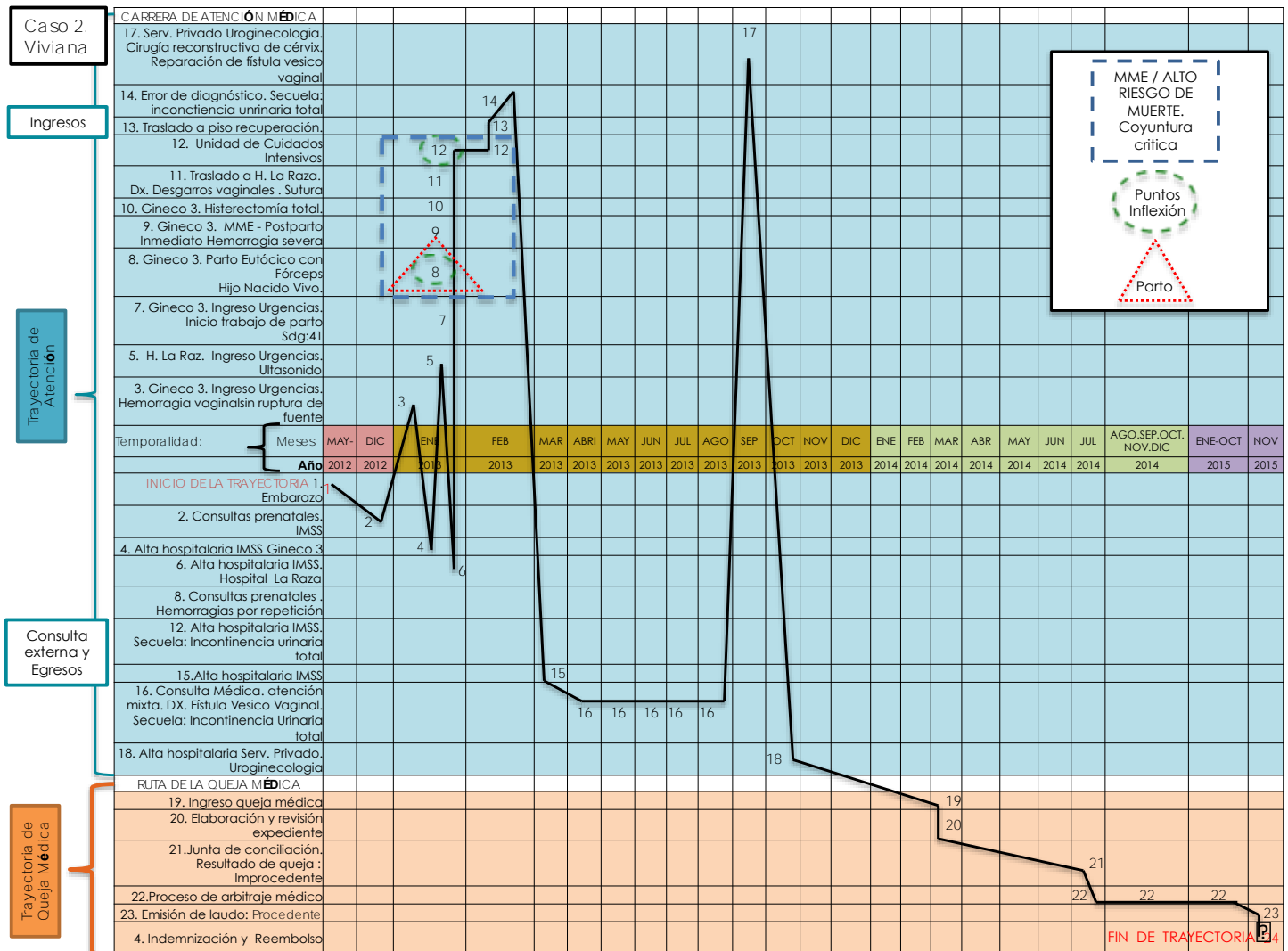
Viviana es una mujer de 28 años de edad. Presentó su primer embarazo a los 25 años, resuelto vía cesárea en el sector privado. Es casada, cuenta una red densa de relaciones familiares, consanguíneas y políticas, de estatus socioeconómico medio bajo, cuenta con casa propia en el Estado de México, cuenta con estudios técnicos en contabilidad.

Presentó su segundo embarazo a los 28 años, asistió a consultas prenatales y fue atendida en el Seguro Social, se le indujo al parto, no presentó dilatación, manifiesta falta de coordinación en la atención obstétrica y maltrato del personal, el bebé fue sacado con fórceps, provocando hemorragia severa, transfusión de sangre e histerectomía de emergencia, en puerperio inmediato. Presentó alto riesgo de muerte, las maniobras finalmente le dejan como secuelas principales: infertilidad, fístula vesico vaginal (perforación de cérvix, uniendo vejiga y vagina) provocando incontinencia urinaria total, infecciones vaginales por repetición y anemia severa. Seis meses después del parto, asiste al servicio privado es operada por especialista en uro ginecología, reparando la fístula y sus secuelas. Ingresa la queja médica, el IMSS la declara improcedente, pero la CONAMED solicita una reconsideración, realiza el arbitraje médico y emite el laudo que declara la queja Procedente, con indemnización y el reembolso de los gastos erogados en el servicio privado.

Tabla 8. Resumen de historia reproductiva Caso 2.

Edad	Número de embarazos	Abortos	Parto	Cesárea	Hijos nacidos vivos	Histerectomía
25 años	1	-	-	1	1	-
28 años	1	-	1	-	1	Cierre vida reproductiva

Gráfico 14. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 2. Viviana.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

4.3.1. Antecedentes.

Viviana tiene 28 años, su primer embarazo fue a los 26 años, recibiendo atención en un hospital privado, debido a que en ese momento trabajaba como cajera de una institución bancaria y contaba con la prestación laboral del seguro de gastos médicos mayores; el parto fue resuelto vía cesárea porque el bebé tenía circular doble de cordón umbilical y en posición transversal; resultado de ese embarazo, tiene un hijo nacido vivo y sano. El primer año de su hijo, continuó trabajando, pero finalmente renunció para dedicarse a la crianza del hijo, al cuidado del hogar y palearon tener otro hijo. Es casada con su pareja desde

2010, su nivel socioeconómico es medio-bajo, cuenta con estudios técnicos en administración y contabilidad, después del segundo embarazo, cambió su residencia a casa de sus padres en la zona norte de la Ciudad de México.

A los 28 años presenta el segundo embarazo, tomó ácido fólico antes del embarazo, y asistió regularmente a las consultas prenatales fue un embarazo planeado y deseado por la pareja; él trabaja como jefe de almacén de una empresa privada –cervecera- y cuenta con seguridad social.

4.3.2. Trayectoria de atención.

Viviana, ante la prueba de embarazo positiva, asistió a su médico privado y al mismo tiempo al médico familiar del IMSS. Al menos recibió, en ambos espacios de atención 12 consultas prenatales. No presenta complicación alguna, durante el embarazo. Al recibir el “pase” de su médico familiar, para ser atendida en la clínica de especialidades ginecológicas, aún sin tener síntomas del trabajo de parto, asiste al hospital para iniciar el seguimiento de la atención materna. A las 38 semanas de gestación, asiste a Urgencias, en donde le dicen que no tiene salida de líquido y no ha iniciado el trabajo de parto, pero le realizan una serie de estudios, sin darle mucha información la internan y finalmente descartan cualquier complicación, esto generó mucha angustia en ella y en su esposo. Días después Viviana apoyada por su madre, decide solicitar atención médica en el Centro Médico Nacional La Raza, en donde le confirman que le bebé no muestra complicaciones por lo cual no pueden ingresarla para la atención del parto.

Al siguiente día, 25 de enero de 2013, asiste al hospital de alta especialidad Gineco 3, para la realización de estudios programados e inicia la inducción del parto con medicamentos.

“Llegó el turno de la tarde y yo no sentía absolutamente nada, seguía en ayuno y no sentía ningún dolor. Le dije al doctor, me toca y dice “no, es que no tiene nada de dilatación. Un residente me revisó, y le dije ¿cuánto tiempo puedo estar así? Porque nomás no. Me dijo, “es que usted es para cesárea”. Le dije si ya saben, ¿para qué me tienen tanto aquí? Ni les quito el tiempo a ustedes ni nada, me hacen una cesárea y punto. Y él me respondió indignado: “es que ustedes todo lo quieren tan fácil, no saben lo que es una cesárea”. Le digo, a ver mira, –le muestro mi cicatriz-, ya tuve un hijo y ya sé, pero si me estás diciendo que soy para cesárea, pues no le veo el caso que yo siga aquí. Él seguía regañándome”

La falta de coordinación del personal de salud, condujo a que Viviana fuera ingresada de emergencia a la sala de expulsión, en la que la médica no le da la opción de pujar, sino que le indica que no debe moverse porque va a realizar una maniobra instrumental para sacar al bebé utilizando fórceps, generando una hemorragia severa, ingresa al quirófano, en donde le realizan una histerectomía obstétrica postparto de urgencia. Al salir de la operación, no cesa la hemorragia y es trasladada en ambulancia al área de Urgencias del Centro Médico La Raza:

“Y dije, pues ya voy a la habitación... ni tomé conciencia de que me estaban trasladando en ambulancia con mi esposo y él me decía, “¡todo va a estar bien!”. Pero la verdad, estaba tan drogada y débil, que la verdad es que no sabía ni qué. Ya llego a La Raza y ya me ingresan rápido, yo estaba tan mal, con tanto frío que no podía controlarme... en ese momento le grita uno de los enfermeros, “¿ya llegó?”, y le dice la enfermera, “ya, aquí está”, “si la estamos esperando en el quirófano”, dijo otro señor. Y otra vez rápido, vámonos para el quirófano. Ya en el quirófano, intentaron varias veces sedarme, pero no podían porque sentía que me iba a ir. Yo les decía, ¡no, no y no!...Les decía que no me quería dormir, porque me voy a morir. Me decían, “bueno, en cuanto sientas algo me dices, por favor”.

Horas más tarde, la hemorragia continuaba, Viviana fue llevada nuevamente al quirófano, en una camilla que fue colocada de forma vertical, es decir, ella estaba de cabeza, para que pudieran observar varios médicos con mayor claridad de dónde provenía la hemorragia, le diagnosticaron múltiples desgarros vaginales y cervicales provocados por el mal uso de los fórceps, los suturaron y la ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde estuvo cinco días en “estado reservado”- alto riesgo de muerte:

“Cuando desperté en terapia intensiva, tenía un séquito de doctores, todos a mi alrededor así, y hasta me asusté porque pensé qué pasó. Y el director de Gineco de La Raza, me dijo, ¡ay mi hijita! Te hubieras venido para acá porque estos doctores te desgraciaron. ¡Te hicieron una salvajada! Pero no sabes”. ¿Cómo te diré? Sí estaba espantada, pero dije mi bebé, y mi hijo, porque también pobrecito. Me revisan y me estaban preparando otra vez para quirófano y yo dije, ¿qué pasó? Me sacaron 12 gasas de la vagina para revisar y ya me estaban preparando para quirófano, y yo pensaba, ¿por qué? Me explicaron que otra vez había que revisar. Y pensé, ¿qué hago?...nada más me dijeron que estaba muy grave porque había perdido mucha sangre y que había recibido mucha transfusión de sangre, plaquetas, plasma, de todo. ...Ya me preparan y me iban a meter al quirófano y dicen “no, no, no es ella. Es la otra señora que se apellida

igual, que acaba de llegar”. ¡Ay, no sabes lo que sentí! Otra vez para atrás”

Durante los días en Cuidados intensivos, presentó fiebre, desequilibrio en el ritmo cardíaco, estaba con oxígeno porque los aparatos indicaban que tenía una insuficiencia respiratoria severa, aunque ella no se acuerda mucho de ese momento. Unas horas después la estabilizaron y fue llevada al piso de recuperación. El 29 de enero de 2013, le quitan la sonda de la vejiga, a lo que ella siente un dolor insoportable, a partir de ese momento Viviana presentó incontinencia urinaria total.

Después de 13 días del parto, Viviana es dada de alta del Centro Médico la Raza, aún presentando incontinencia urinaria y la herida de la histerectomía sangraba, presentaba inflamación del vientre cuerpo, sin embargo, ella y su esposo, aceptaron el egreso hospitalario. Viviana estaba muy deprimida, angustiada por su estado de salud y ansiosa de ver a su hijo de 3 años y al recién nacido que sólo vio un segundo en la sala de expulsión. Su preocupación se incrementaba porque ante la hospitalización, su esposo había faltado mucho al trabajo, corriendo el riesgo de perder el empleo.

“Ahí fue cuando ya me vi bien las heridas...tenía moretones en los brazos, las piernas hasta los tobillos, mis venas estaban delgaditas de tantas transfusiones de sangre, de los sueros de los medicamentos... los puntos de la histerectomía estaban muy hinchados y me seguía sangrando, sobre todo con el esfuerzo que hacía para pararme y como fue en vertical, era una herida gigantesca, desde el ombligo hasta abajo. Y después de mi cesárea tan bonita con el otro bebé (el primero, en hospital privado), esa ni se notaba...me sentía partida por la mitad, con el cuerpo masacrado”

Al llegar a su casa, inició una serie de prácticas en torno al cuidado del cuerpo que transformaron las dinámicas familiares y de pareja, afectando su autoestima y su independencia, además presenta dolor intenso e incontinencia urinaria total.

A los tres meses del parto, Viviana asiste a la consulta médica al IMSS, en donde le confirman que requiere una operación reconstructiva de cérvix, pero antes de programarla era necesario esperar a que el cuerpo se desinflamara al menos entre 3 y 6 meses, lo que implicaba que la situación que estaba viviendo, no iba a cambiar en lo que restaba del año (de marzo a septiembre de 2013).

Ante esta situación, Viviana decide ingresar una queja por escrito ante la Gineco 3, de la cual nunca tuvo respuesta.

Seis meses después del alta hospitalaria, accede a seguro de gastos médicos de su esposo e inicia el proceso de búsqueda de la recuperación de la salud en el ámbito privado, en el que se enfrenta a una serie de opciones de cirugía, después de visitar varios médicos finalmente recupera la salud a través de una microcirugía que resuelve la fístula vesicovaginal.

Durante el periodo de “espera” y gestiones para lograr la atención del especialista, su vida cotidiana y la de su familia fue transformada, durante esos ocho meses no asistió a comidas familiares con su suegra, no pudo compartir la cama con su esposo ni mantener relaciones sexuales, no pudo amamantar ni cargar, ni cuidar a su bebé recién nacido. Fue un periodo de gastos por el uso de medicamentos para las infecciones vaginales, debió de comprar y usar pañales y toallas femeninas absorbentes de manera constante; el olor y la vergüenza de verse así, le impidió ver a sus amigas y ex compañeras del trabajo, no pudo asistir a las juntas escolares ni llevar a su hijo a la escuela, ella describe este periodo como una verdadera tortura.

4.3.3. Trayectoria de queja médica.

La Trayectoria de queja médica ante la CONAMED inicia de manera tardía, más de un año después del parto y las complicaciones, fechada el 25 de marzo de 2014. Viviana espero a recuperar la salud para solicitar su expediente médico en la subdelegación del IMSS, lo anexo a su solicitud e inició un largo proceso de queja médica:

“primero pensé contra quien meto la queja... ¿Contra el hospital? Y contra la doctora, y no por hacerle un daño así como tal, pero que sí este consciente...vi mi expediente lo llevé a la CONAMED, subrayé y todo. Pusieron antes de quitarme la matriz, ellos marcaron “sin hallazgos de desgarres vaginales” “No hay desgarrros vaginales”...estaba mal el expediente... Y no te creas, realmente se fue a re-dictamen, porque el Seguro dijo “no, estuvo bien, por vista médica todo estuvo bien” y un funcionario de la CONAMED dijo “no, no es cierto”, ahora sí que el que me tocó fue muy amable y también se sorprendió, porque dijo “¿y cuántos años tienes?”, y ya le dije. Leía y leía, y nada más le hacía así, y me decía “vamos a poner esto”. Él me mandaba correos y dice “¿qué crees? Que declinaron la queja, pusieron que no procedía, pero no te preocupes, voy

a meter el dictamen, por la vista médica, vas a ver”...al final fue negligencia todo”

La “reconsideración” de la queja médica, permitió que la CONAMED arbitrara el caso, proceso en el que se revisó el expediente clínico del IMSS, tanto de la Gineco 3 como del Centro Médico La Raza, los reportes médicos de la especialista que la operó en el sector privado, todos los análisis, así como las notas y facturas que Viviana solicitó se consideraran para el reembolso y la indemnización, este proceso abarca el periodo del 24 de julio de 2014 al 03 de noviembre de 2015, fecha en la que la Comisión emitió el laudo, justificando la atención médica en el medio privado, obligando al IMSS a reembolsar los gastos no contemplados y se estipuló una indemnización.. Esto significó para Viviana y su familia la recuperación de “una parte” de lo gastado: abarcando los gastos del coaseguro y el deducible del seguro de gastos médicos, pero no se asignó un monto para el reembolso por toallas, pañales y gastos de bolsillo durante el los ocho meses con incontinencia urinaria total, ni los medicamentos para las infecciones vaginales y de vías urinarias por repetición, des inflamatorios y analgésicos para el dolor.

4.4. Caso 3. Maribel.

Trayectoria de atención: Media (duración y complejidad), traslados hospitalarios de emergencia, servicio público

Trayectoria de queja médica: corta, improcedente.

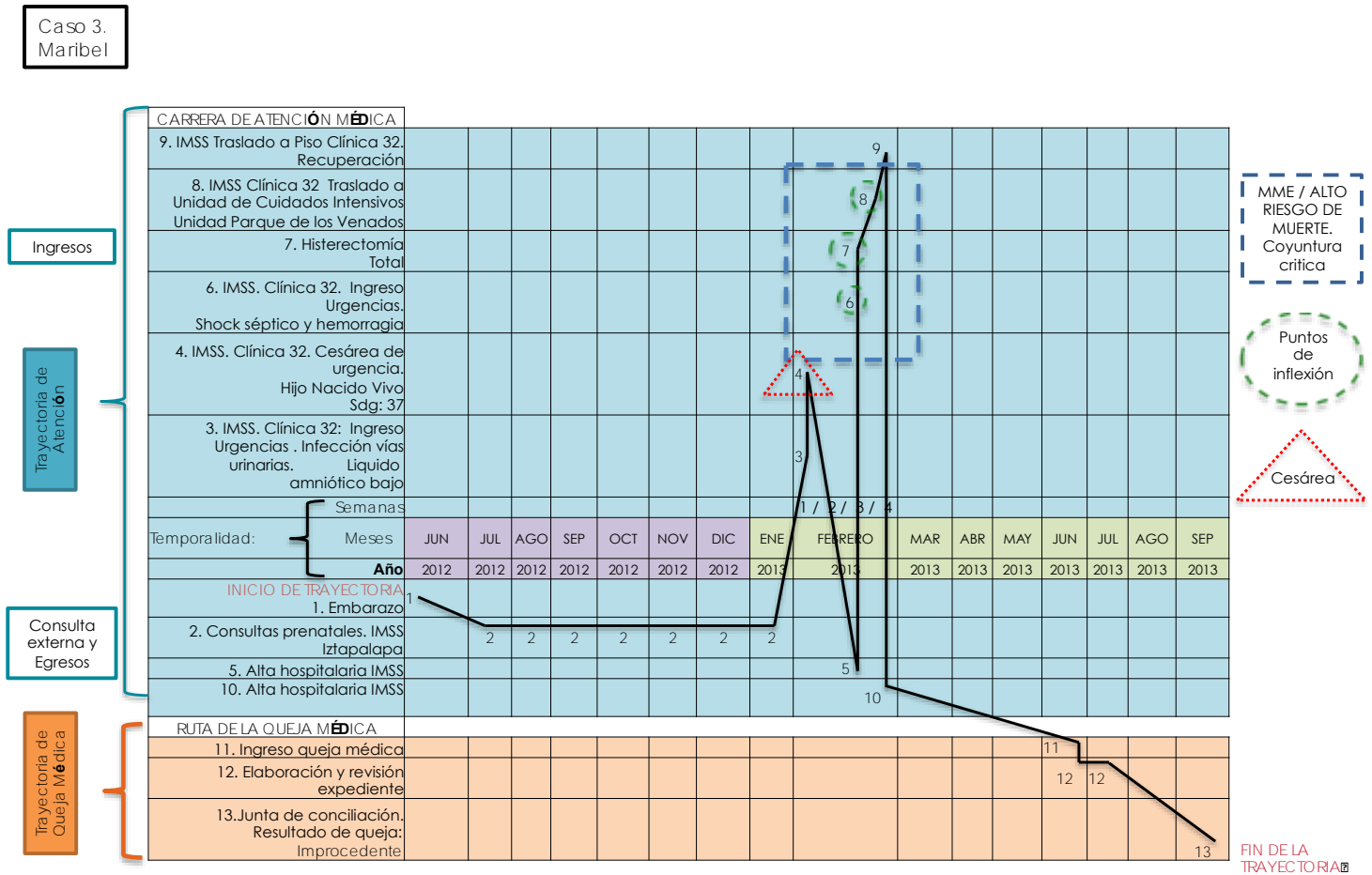
Resumen del caso 3:

Maribel tiene 23 años de edad, primigesta. Presenta el embarazo, en el marco de una relación de unión libre con su pareja. Cuenta con seguro facultativo de la universidad, presenta el embarazo siendo estudiante de psicología. La pareja cohabita en la casa del padre de Maribel, ubicada en un barrio popular de la delegación Iztapalapa, Su madre falleció cuando ella era niña, el padre la ha criado y ha fortalecido la red de apoyo densa, tanto de su familia, la familia de la madre y de su pareja. El padre es mecánico, de estrato socioeconómico bajo. La pareja de Maribel estudió hasta la preparatoria sin terminarla, cuenta con un trabajo informal como chofer de transporte concesionado, en la zona oriente de la ciudad. Ella inicia simultáneamente la vida en pareja y el inicio de su vida reproductiva; el embarazo se presenta sin complicaciones, bajo cuidados y consultas prenatales en el IMSS. Asiste a la Clínica 32, para revisión, se le realiza una cesárea, por diagnóstico de pérdida de líquido amniótico, hijo nace sin complicaciones, a las 36 horas es dada de alta. Asiste a consulta post cesárea y no se identifica la infección; a los 7 días de la cesárea ingresa a urgencias de la Clínica 32 en estado de shock séptico, Dx de gangrena gaseosa, DIU incrustado y posible textiloma (resto de gasas en el útero); hemorragia severa, histerectomía de emergencia y traslado al Hospital Los Venados, ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, alto riesgo de muerte, traslado a la Clínica 32, recuperación por 10 días y egreso hospitalario. Las secuelas principales: infertilidad. Ingresó queja CONAMED, fue resuelta como improcedente porque se le otorgó un servicio “oportuno y de calidad”, no se comprobó la presencia del textiloma en el expediente.

Tabla 9. Resumen historia reproductiva Caso 3

Edad	Número de embarazos	Abortos	Parto	Cesárea	Hijos nacidos vivos	Histerectomía
23 años	1	-	-	1	1	Cierre vida reproductiva

Gráfico 15. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 3. Maribel.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

4.4.1. Antecedentes.

Es una mujer de 23 años, vive en un barrio popular en la delegación Iztapalapa, comparte la vivienda con pareja, su hermana y su padre; su madre falleció cuando ella tenía 9 años de edad y su padre no se volvió a “juntar” con otra mujer. La casa en la que viven es amplia y de dos plantas, en la planta baja se encuentra un taller mecánico, en el que el padre se dedica a dar servicios a automóviles privados, peseros y camiones de ruta. Javier, su pareja, trabaja como conductor de transporte público y en sus días libres, trabaja con el suegro en el taller mecánico. Javier y ella, se conocieron en la colonia desde la secundaria, iniciaron su noviazgo cuando ella terminó la preparatoria e inició la Universidad. Él fue su primer novio formal, con el inició su vida sexual y “se cuidaron” con pastillas

anticonceptivas, pero al decidir que querían ser padres, después de dos años de relación de pareja, presentan su primer embarazo a los seis meses de intentarlo

4.4.2. Trayectoria de atención.

Al confirmar el embarazo, Maribel asistió de manera regular a las consultas prenatales en Clínica 160 del IMSS de la Delegación Iztapalapa. En el segundo semestre de embarazo, presentó infección en vías urinarias, sin necesidad de ser internada.

“el 8 de febrero de 2013 a las 3:00 asistí a mi consulta número 14 de control prenatal en la clínica 160 y el doctor me dio mi pase para urgencias porque por la fecha de menstruación ya tenía 40 SDG, sin embargo por fecha de ultrasonido tenía 37 SDG...a las 6:00 llegué a mi consulta en Materno Infantil, en la clínica 32 y la enfermera me dijo que ya había revisado los resultados del ultrasonido y en ellos reportaba 3.1 de líquido amniótico y eso era motivo de remitirme a urgencias. Ingresé a las 7:30 Llegué a urgencias y me revisaron, volvieron a consultar el ultrasonido del día anterior y efectivamente les corroboraba que tenía 3.1 de líquido amniótico, por lo que decidieron que era motivo de realizar una cesárea, me prepararon para entrar a quirófano. Esa noche aproximadamente a las 11:50 pm estaba entrando a quirófano, me pusieron anestesia local y procedió la cesárea” (Carta de Motivos de queja médica, CONAMED Exp. s/n)

Maribel, asistió a 14 consultas prenatales en el Seguro Social, sin embargo no se identificó ningún factor de riesgo que le indicara que le realizarían una cesárea de urgencia, la cual, desde su perspectiva fue una intervención sin inconvenientes. Hasta ese momento, ella no reporta que fue maltratada por el personal médico, sin embargo, analizando la morbilidad que presentó post cesárea considera que recibió un mal diagnóstico:

“yo digo que quienes la regaron fueron los del quirófano, en el momento de la cesárea, o sea desde ahí, por lo mismo que decíamos, no existía como algo de riesgo, más que las infecciones en las vías urinarias que todo el tiempo te mandan el tratamiento no?, Ahí, se decidió hacerme cesárea desde mi clínica (160 en Iztapalapa) porque Iker (mi hijo) creo que nació de viernes para sábado entonces me hicieron un ultrasonido el jueves, ya tenía las citas muy seguidas, entonces el jueves tuve cita ahí en la clínica 32 y al otro día, ahí mismo tenía cita pero en la enfermería y me dijo sabes que... el bebé, trae muy poquito líquido y entonces lo más seguro es que te hagan una cesárea y ahí, aun no me caía el veinte no?... entonces la enfermera me dijo, sabes qué... vete por tu familiar porque lo más seguro es que ya te quedes, y fue cuando me dijeron que me quedara”

Al ingresar a la clínica, llamó a una de sus tías para que la acompañara, su pareja estaba trabajando. La red densa de familiares, consanguíneos y políticos, le ha dado acceso a diferentes recursos sociales y simbólicos de apoyo. El 9 de febrero de 2013, se realiza la cesárea de urgencia por pasantes de medicina, el bebé nació sin complicaciones. Sin embargo, ella considera que los médicos que la atendieron no contaban con la pericia requerida:

“si desde el quirófano [empezó la complicación], si porque además, yo decía este, yo estaba en mi último semestre de psicología, también... yo los veía en el quirófano y todos teníamos la misma cara de tiernos no? ...no ni yo terminando la carrera podía decir ay ya soy la más experimentada en psicología ¿no?... igual ellos, son practicantes y todo y yo si decía joye pues que no vengan a practicar conmigo! ¿no?, y aunque estaba la doctora principal pues si los demás eran practicantes”.

Tres días después de la cesárea, Maribel y su hijo recién nacido fueron dados de alta, sin presentar complicaciones de salud. Ella comenta que tuvo fiebre, pero que se le bajaba al sacarse la leche.

“regresé a los 8 días de haberme aliviado, regresé al hospital, fue porque justo... mira... llegamos aquí, me dieron a mi bebé...todo normal, aparentemente toda esa semana normal, pero creo que me dieron de alta un lunes y pasó el lunes y luego el martes y yo al contrario, en lugar de irme para arriba iba para abajo no?...yo decía... era la cesárea y a lo mejor en lugar de hasta caminar derecho, yo como que solita me iba encorvando más... entonces ahí me empecé a sentir raro, y de repente me empezó a dar mucha fiebre y me vinieron a ver unas amigas y una prima que es enfermera, y me dijo: ¡no Marisol es que tú estás mal, báñate para que se te baje un poco es fiebre y te vas al doctor!” (Maribel, entrevista 2017)

Del 11 de febrero al 17 de febrero de 2013, presentó debilitamiento severo y febrícula intermitente. El 14 de febrero tuvo su primera consulta post cesárea y se le comentó que estaba bien, que el cansancio y la fiebre eran normales. Le recetaron paracetamol y ampicilina porque tenía una leve molestia en la garganta. Fue el 17 de febrero, 8 días después de la cesárea entra en shock séptico. Fiebre de 40 grados, vómito incontrolable, taquicardia, falta de capacidad pulmonar y secreciones vaginales fétidas.

“vomité mucho... antes, cuando estaba aquí en el cuarto, antes de irme, cuando estaba acostada no vomité, pero nada más fue cuando mi esposo me dijo, párate que ya nos vamos... no aguanté ni cinco pasos [de la cama

de la hermana, en donde estábamos sentadas en la entrevista... a la cocina] cuando ya empecé a vomitar, y era un vómito incontrolable, que yo sentía hasta que me ahogaba con mi propio vómito; y ya fue entonces que pasamos a dejar a mi bebé, en casa de una de mis tías, y ya llevaba yo la angustia de quien se va a hacer cargo de mi bebé, con quien se va a quedar, y tenía imagínate 8 días...de nacido. Todavía no nos conocíamos bien mi bebé y yo”

Al ingresar al hospital vía urgencias, le realizan un ultrasonido, primero le dijeron que le iban a realizar un legrado, porque tenía restos placentarios, le extrajeron el DIU; después un grupo de médicos revisó el ultrasonido y dijeron que al parecer tenía material quirúrgico, pero después no le volvieron a comentar nada al respecto y en el expediente se confirma que se habían sacado de la herida cesárea todas las gasas. Maribel plantea en su carta de motivos de queja médica y durante la entrevista que la infección que presentó fue por restos de placenta y principalmente por restos de gasas que dejaron en el útero al realizar la cesárea. Cabe mencionar que no es común que en una cesárea se dejen restos placentarios, sin embargo, en el expediente se aclara que le realizaron una cesárea tipo Kerr horizontal (conocida como cesárea estética). Lo que puede haber afectado la capacidad del personal en quirófano, para revisar a detalle la cavidad uterina; lo más común en una cesárea de emergencia en el Seguros Social, es que le realice una cesárea con corte trasversal.

“Entre y salí del hospital... bien... fue cesárea... pero me dejaron restos placentarios y ahí decía material quirúrgico...no se comprobó si había gasas... me tomaron la tomografía, este y ya de ahí...me dio como una alergia o algo... porque como llevaba los 40 grados de temperatura, y a la tomografía, según yo investigue (después) que te podía causar una reacción alérgica si te metían a una tomografía con temperatura... entonces yo me hice así como una roncha... ¡así roja roja! Ponle que aquí tenía la bata y le la levantaba y estaba roja roja... o sea no toleraba nada en la piel, nada y yo nunca he sido así... no toleraba nada y me veía en las luces y roja mi cara hinchada , entonces me volvieron a llevar, y parte fue como el cambio de turno y ellos (los médicos) decían: ¡no cómo creen que va a traer eso!... y me mandaban a otro ultrasonido, de vuelta y vuelta... y en ese ultrasonido, entraron varios médicos y ya nadie dijo nada, no dijeron nada, fue la misma persona que me atendió de mi hijo, me dijo: ¡sabe qué mamita... vamos a pasar a el quirófano y vamos a tratar de salvar su vida, porque su matriz ya no se va a salvar! Dice... así nada más me dijo... que me podía morir”

El diagnóstico de Maribel fue de gangrena gaseosa uterina⁶², ingresó a quirófano en el Clínica 32, para una histerectomía puerperal total; durante la intervención presentó hemorragia severa y era necesario ingresarla a la Unidad de Cuidados Intensivos, pero en esa Clínica no estaba disponible ese servicio, al terminar la operación fue trasladada en ambulancia al Hospital de IMSS de Los Venados, en donde permanece internada por 5 días recibe transfusiones sanguíneas y de plaquetas, presenta Hipocalcemia, es decir, desequilibrio hidroelectrolítico y su recuperación era muy lenta. Finalmente fue estabilizada y trasladada a Piso en la Clínica 32, en donde estuvo hospitalizada por 10 días más con antibióticos intravenosos. Durante la recuperación, se presentaron otros inconvenientes, Maribel relata cómo un médico la revisó porque pensaba que le habían dejado en la cavidad vaginal gasas, es decir, nuevamente el personal médico tiene dudas si es que le habían retirado el material utilizado en la cirugía o no

“...[dos días antes de la alta hospitalaria] se presentó el Doctor X, preguntando a las enfermeras en que cama estaba, a lo cual le respondieron que en la 227, el doctor se presentó con un guante y mencionando que me realizaría un tacto porque en la operación que me había realizado el 17 de febrero había introducido vía vaginal 2 gasas, pero me dijo que no recordaba si las había retirado, durante todo este procedimiento, el doctor siempre estuvo hablando por teléfono y le dijo a la persona con quien hablaba, que si efectivamente sí habían retirado las gasas...nunca colgó el teléfono...fue muy irrespetuoso su tacto, y me angustié porque pensé que nuevamente podría presentar infección ahora en la vagina” (Carta de Motivos de queja médica, CONAMED, Exp s/n)

Durante la hospitalización su familia la apoyó mucho, sus hermanas, tías, primas y abuelitas, se organizaban para cuidar al bebé recién nacido. Javier, su pareja, estuvo en las visitas al hospital y consiguiendo a los donadores de sangre. También su grupo de amigos de la universidad, la visitaban en la clínica y buscaban que tuviera depresión, ya que con la anemia y el ambiente hospitalario, corría el riesgo de decaerse. El recién nacido, estaba siendo cuidado por sus hermanas y eso le generaba tranquilidad.

⁶² “La Gangrena Gaseosa se encuentra dentro de las Infecciones Graves de los Tejidos Blandos (IGTB) que abarcan un conjunto heterogéneo de infecciones bacterianas o fúngicas, tanto comunitarias como nosocomiales, con una incidencia creciente que en algunos entornos representa hasta el 10% de la patología quirúrgica urgente” (Medigraphic;2013)

Después de 16 días de hospitalización, el 25 de febrero de 2013, Maribel es dada de alta, fue llevada a casa de una de sus abuelas para recibir cuidados por parte de la familia y apoyo para los cuidados del recién nacido.

“ya por fin, pude salir... me llevaron a casa de mi abuelita en donde estaba mi tía a la que le avisé, que fue la que se hizo responsable de Iker esos quince días no?, este y ya pues llegue y ya todo tranquilo... ya desde que estaba en el hospital, los últimos días, yo tenía a unas amigas y ellas incluso me decían: , ¿es que esto está mal, cómo te pudieron hacer esto, cómo pudiste llegar a esta situación! y a lo mejor no era como para mi algo normal no? Pero no le ponía a lo mejor la importancia necesaria...yo sentía que ya había salido y que estaba viva...solo agradecía estar viva...porque cuando estaba allá en el hospital estaba yo sola... y cuando eran las visitas, porque me pase más de una semana en la 32, al final... y cuando llegan las visitas, me decían, ¿que trajeron al bebé... asómate por la ventana! Y era terrible que me asomara sentía muy feo verlo de lejos... pero ellos me decía, pero ya estamos aquí, échale ganas, por ti y por él y todo el show!...fue muy fuerte...muy triste pasar por eso (llanto profundo)”

Ella a diferencia de las otras mujeres del estudio, si logra amamantar a su hijo; sus familiares le dieron un aparato “quita leche” y al ser dada de alta siguió utilizándolo, para poder alimentar a su hijo; desde su perspectiva el darle pecho ha ayudado a reforzar su vínculo materno. Maribel comenta que no resintió tanto el desapego con su hijo, en las semanas de hospitalización, porque su bebé durante la hospitalización fue alimentado por su hermana, quien también tiene un bebé al que le da pecho y decidió darle pecho también a su sobrino.

La principal secuela que expresa Maribel es discapacidad reproductiva. Ella y su esposo son muy jóvenes y planeaban tener más hijos.

4.4.3. Trayectoria de queja médica.

Maribel presentó la queja médica, el 27 de junio de 2013, cuatro meses del nacimiento de su hijo. Fue asesorada por un familiar que labora como enfermero en el sector público, quien le recomendó y acompañó a ingresar la solicitud de inconformidad ante la CONAMED.

Sus pretensiones eran la indemnización por los daños a su salud reproductiva. Sin embargo, el prestador del servicio señala que la atención médica otorgada fue pertinente para la recuperación de su salud.

En la junta de conciliación, realizada el 10 de septiembre de 2013, los abogados del Seguro Social asistieron con un médico ginecologista ahí *“se le dio una explicación técnica médica de los riesgos de la cesárea y del manejo de las complicaciones maternas post cesárea, comprobándole que la atención fue veraz y adecuada”*. Declarando Improcedente la queja médica.

Maribel, expresa que salió decepcionada de las instituciones de salud, molesta, argumentando que *“los médicos son los que realizan las cesáreas y los mismos médicos... [en los hospitales y en la CONAMED], tapan sus errores, sin ningún interés en la salud de las pacientes”*.

4.5. Caso 4. Rosa.

Trayectoria de atención: Extensa (larga duración), complejidad media, servicio público, recuperación de la salud lenta.

Trayectoria de queja médica: corta, improcedente.

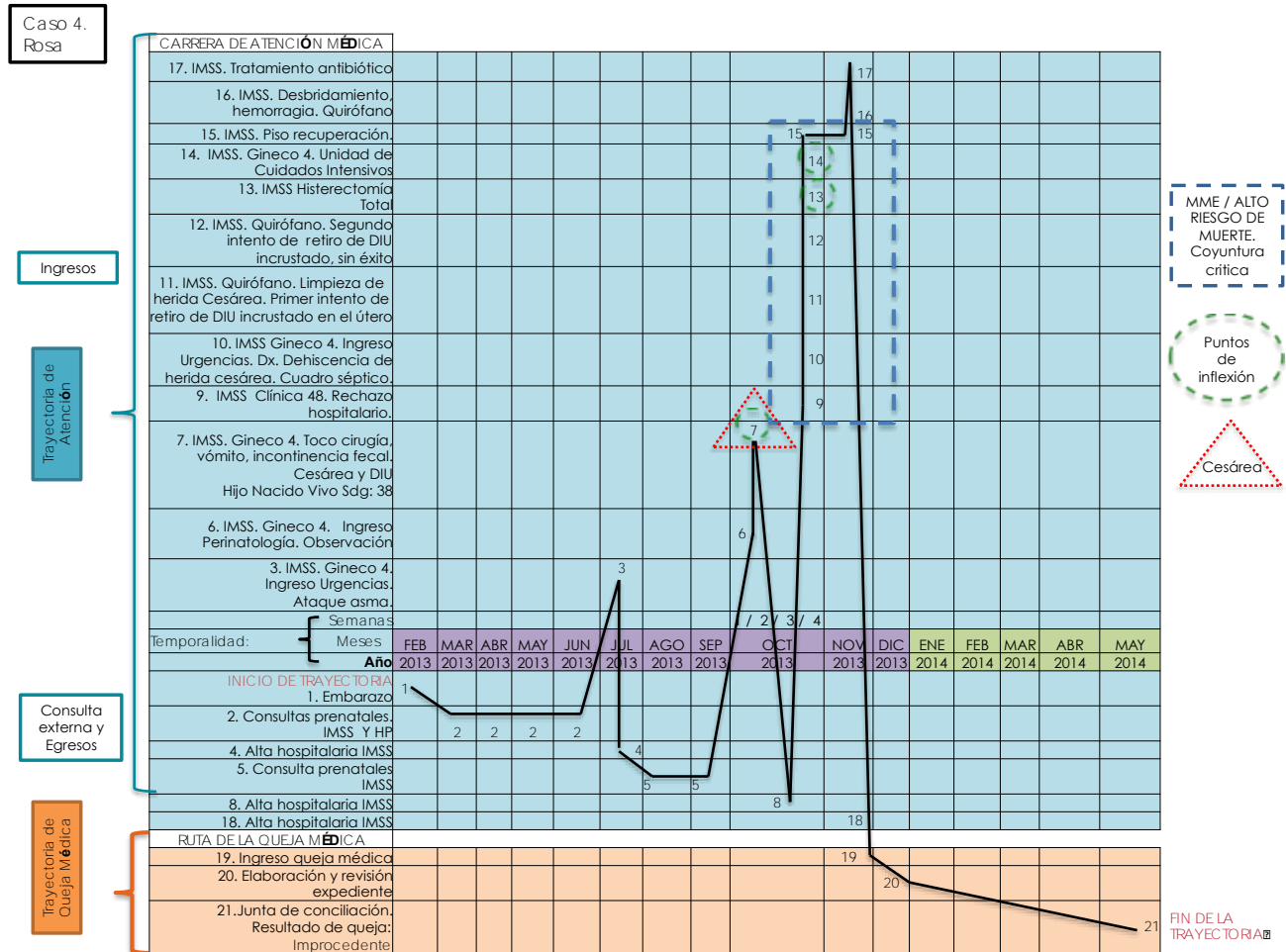
Resumen del caso 4:

Rosa tiene 28 años de edad. A los 27 años presentó su primer embarazo, que terminó en aborto espontáneo. Un año después, presenta su segundo embarazo, el cual se desarrolla con algunas complicaciones no graves, un ingreso hospitalario, por un ataque asmático y antes del nacimiento permaneció en observación en perinatología de la Gineco 4. Se indujo al parto, ante la falta de dilatación fue programada para cesárea, la falta de comunicación entre el personal de toco cirugía, la llevó a consumo de alimentos minutos antes del ingreso al quirófano en donde vomitó y defecó. El hijo nació con deficiencia respiratoria pero no tuvo secuelas importantes. Se le presionó para que aceptara el DIU, terminó la cesárea sin complicaciones. Fue dada de alta 36 horas después. En casa, entró en cuadro séptico, ingresó a urgencias y realizaron histerectomía de emergencia, el DIU estaba incrustado y produciendo infección y hemorragia severa. La herida cesárea estaba infectada, permaneció cuatro semanas internada en recuperación con antibióticos, debridaciones de cesárea y reingresos a quirófano por hemorragias. Las principales secuelas causadas por la atención: infertilidad, problemas de movilidad por herida cesárea en recuperación post sepsis, depresión severa. Rosa, a pesar de no haber recibido todo el apoyo familiar, ingresó su queja ante la CONAMED, Declarada en la junta de conciliación como Improcedente.

Tabla 10. Resumen historia reproductiva Caso 4

Edad	Número de embarazos	Abortos	Parto	Cesárea	Hijos nacidos vivos	Histerectomía
27 años	1	1	-	-		-
28 años	1	1	-	-	1	Cierre vida reproductiva

Gráfico 16. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 4. Rosa.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

4.5.1. Antecedentes

Es una mujer de 25 años de edad, proviene de una familia monoparental, su madre es la jefa de familia quien trabajó como empleada en el sector privado. Pertenecen al sector socioeconómico medio, crecieron en una zona habitacional en el sur de la ciudad, Delegación Tlalpan.

Rosa, es Ingeniera petrolera, al igual que su actual esposo, con quien ha compartido la vida laboral y la vida de pareja. Ambos iniciaron su relación durante la universidad, utilizando métodos anticonceptivos, hormonales, lo que les permitió controlar y postergar el tener hijos. A los 23 años de edad acudió al ginecólogo particular, quien le recomendó

“descansar algunos meses” –suspender el tratamiento anticonceptivo-, lo que derivó en su primer embarazo, que a la 4ta semana de gestación finalizó mediante un aborto espontáneo y legrado uterino. En febrero de 2013, diecisiete meses después del legrado y sin uso de anticonceptivos Rosa presenta su segundo embarazo, a los 25 años de edad.

Recibió el embarazo con ilusión, estaba muy contenta, aunque no tenía planeado tener hijos tan joven y esperaba terminar la universidad; sí tenía muy claro de que no quería perder a este bebé. Miguel, no estaba muy seguro, sin embargo, decidió seguir la relación con Rosa y continuar con el embarazo. Iniciaron simultáneamente la vida en pareja y el segundo embarazo, ella se mudó con él a casa de los suegros, en donde residen actualmente, en la zona norte de la Ciudad de México.

Durante el embarazo y por presión de la madre de Rosa, Miguel y ella se casaron por el civil; la madre pagó la boda y en todo momento, subrayó lo importante que era que su nieto naciera dentro del matrimonio. Rosa y Miguel no pensaban casarse, pero prefirieron complacer los deseos de la señora, quien además los apoyaba económicamente.

4.5.2. Trayectoria de atención

Durante el embarazo, contaba con el seguro facultativo de la universidad, asistió a las consultas prenatales, Rosa describe al embarazo en general como un periodo sano, sin embargo, señala que las consultas prenatales en el seguro social eran muy superficiales y no atendían de manera oportuna las infecciones vaginales que presentaba y el tratamiento para evitarlas.

Ella es asmática en tratamiento, en la semana 24 de gestación presentó una crisis asmática solicitó su pase a Perinatología, pero en el la clínica de alta especialidad ginecobstétrica se le agendó cita semanas después de su fecha probable de parto. Por recomendación de su suegra, Rosa se realizó varios estudios con un médico privado y sin dejar de asistir a las consultas prenatales en el ámbito público; tuvo seguimiento de dicho médico, quien no considero que tuviera riesgos para tener a su hijo en un parto.

“...en el sexto mes me dio una crisis de asma, entonces tuve que ir también con un particular, y ese doctor, me dijo sabes qué... no puedes tomar ningún esteroide, este porque le haces daño al bebé, lo que vamos a hacer es de que solo con vapor, del que va para diluir el suero, que con eso me

tenía que dar las vaporizaciones, así como con agua salina... entonces me dijo también que tenía que tener buena oxigenación yo, porque si no el bebé no iba a poder estar bien, no le llegaba el oxígeno. Eso me lo explicó el particular, en el Seguro jamás, me dijeron eso, y yo digo bueno, si tengo una condición riesgosa, que me lo digan y que me expliquen. Sabes qué si te da una crisis, tienes que acudir, luego luego a urgencias, para que te oxigenes y puedas oxigenar al bebé!, pero no me dijeron nada!.”

En el relato de Rosa, se evidencia, la falta de información oportuna sobre los cuidados prenatales sin embargo, ella utilizó sus redes de apoyo y recursos económicos para acudir a servicios privados con el objetivo de garantizar un embarazo saludable. A lo largo de la entrevista, Rosa señala que los médicos del seguro social ejercen su profesión sin un sentido de compromiso con los pacientes:

“...cuando pagas el servicio [médico privado] es distinto, y es lo que a mí me molesta, que no tiene que haber distinción si eres particular o eres de gobierno no? Al final eres un profesionista diste una protesta, y si estudiaste una carrera de medicina, que es tan importante, pues yo creo que no debe de haber distinción entre las clases sociales, entonces pues si me daba mucha tristeza y mucha pena porque cómo es posible no? Que tenga yo que pagar para que me atendieran bien... si en este caso me hubieran dicho en el seguro... ¿sabes qué? es que me tienes que pagar... sabes qué ¡te pago!... pero atiéndeme bien, infórmame y oriéntame y, no hay ningún problema a lo mejor y ahí ya vemos cómo le hacemos no? En ese momento yo trabajaba no?... a regañadientes mi mamá me apoyaban... si tenía su apoyo no? También de mis suegros, la cosa era que todo saliera bien, yo nunca me esperé todo lo demás!!! Ni embarazarme, porque me estaba cuidando ¡ahí estuvo mi problema!”

En julio de 2013, mientras cursaba la semana 28 de gestación, mientras trabajaba, presentó dolores y contracciones, asistió a la Unidad del IMSS, fue internada dos días en observación y dada de alta sin indicios de riesgo obstétrico, sólo le recomendaron reposo.

La segunda semana de octubre de 2013, con más de 38 semanas de gestación, asistió con su esposo, a la cita programada en la Gineco 4, al revisarla, le comunican que se va a quedar en observación porque ya estaba iniciando su trabajo de parto, es referida al área de Perinatología por tener asma. Fue hospitalizada el viernes y estuvo en observación durante el fin de semana. Rosa se sentía tranquila porque estaba siendo atendida, aunque no le daban mucha información, estaba nerviosa, contenta y algo confundida por llevar tantos días en el hospital. El día lunes muy temprano fue revisada por los médicos quienes le comunican que se va quedaría internada más tiempo, pero horas más tarde le

comunicaron que iba a ser atendido su parto, desde las 10 de la mañana estuvo en ayuno, y alrededor de las 7 de la noche, una enfermera, le dio de cenar, pensando que ya no la iban a pasar, menos de una hora después, Rosa es llevada a Toco cirugía para realizarle una cesárea. La falta de comunicación entre el personal médico, provocó que Rosa fuera atendida con después de ingerir alimentos, con el dolor y los medicamentos, se sintió muy mal, vomitó y defecó antes de ingresar a la cesárea, lo que la hizo sentirse incómoda y responsable de la situación:

“...me ponen ahí, ya me conectan y dicen pues hay que esperar, yo pensaba... ¿cómo que hay que esperar? Y pues me dan ganas de vomitar, me vomito, se me rompió la fuente, este... hice del baño de la pipi, defequé, todo, fue una contaminadera y la ginecóloga dice...¿Quién le dio de comer?... hasta estaba molesta, yo la vi ¿no?... y yo dije... es conmigo, o sea ¿por qué está enojada conmigo?, pues por que comí pero... yo... pues ellos me dijeron que podía comer... era ya tanta mi vergüenza que yo dije pues ni modo ¿qué hago?. No le puedo decir a mi organismo pues ¡aguántate! Pues no... no pude...pasó un buen rato, limpiaron medio mal... y yo los escuchaba platicar, cotorrear, y todo normal... y yo dije... a qué hora me revisan... oigan hagan algo ¿no?... y no, me dejaron ahí toda sucia”

La doctora le comunica que le va a realizar una cesárea porque no ha dilatado lo suficiente y porque el bebé, ya presentaba problemas respiratorios y posible sufrimiento fetal. Le pidieron que no pujara porque si no *¡será responsable de que el niño se cansa cada vez más y nazca mal!*. Ella con muchos dolores es intervenida, pero antes de iniciar la cirugía, le solicitaron que firmara los consentimientos informados para la cesárea y el Dispositivo Intra Uterino DIU. Cabe mencionar que ella, en acuerdo con su esposo, durante las consultas prenatales ya había firmado el consentimiento asegurando que no quería que le pusieran ningún método de anticoncepción, habían decidido esperar a que saliera del hospital y naciera el bebé, para decidir qué método utilizarían. Este consentimiento con fecha anterior a la cesárea está incluido en el expediente de queja médica⁶³, revisado para

⁶³ Rosa expresa fue despojada de su derecho a decidir sobre qué tipo de anticonceptivo utilizar, derecho que además había ejercido al firmar en las consultas prenatales el No al DIU. Tal como relata, ella está consciente de que la ginecóloga decidió por ella, la atención materna que recibió en la Gineco 4, desde la experiencia de la paciente fue desordenada, anti higiénica, sin buena comunicación entre el personal médico y con los familiares de Rosa, ella expresa que se sintió maltratada, los médicos y enfermeras la atendían sin escucharla y además responsabilizándola por la salud de su bebé.

re construir este caso; este dato resulta relevante porque es el DIU el que se encajó en el útero, provocando infección y finalmente un choque séptico:

“Me pusieron la raquea, me acuerdo que me pusieron dos, porque ya estaba yo así como que... yo ya no estaba consciente y me dijeron oye tienes que firmar el consentimiento... porque si no, no te puedo pasar... dijo la doctora... y yo me acuerdo que así como pude firmé y ahí fue cuando me acordé de mi esposo y pregunté... ¿y no lo puede firmar mi esposo? Y me dijo, no, tiene que ser la paciente. Lo firmé como pude... fue cuando me pasó un buen de hojas, y cuando terminé me dijo... ¡hora si, vámonos! Y ya me llevó a mi cirugía y todavía, ahí me pusieron otra raquea... sí fueron tres... yo por eso ya ni sabía ni donde estaba... Yo ahí me perdí, no me acuerdo de nada, después ya desperté en el pasillo, y me sentía muy mal. Yo no quería el DIU... y menos pensé que se iba a encajar y que me traería todas las complicaciones hasta que me quitaron el útero...yo pensaba en la doctora... pensaba en decirle que, el hecho de decir...sabes qué por tu mala decisión o no sé por qué lo hayas hecho pero... no sé en qué te haya beneficiado a ti el decidir por mí, el hecho de que me quitaron esa parte de poder decidir, si quiero o no quiero otro hijo, es lo que hasta la fecha me ha causado problemas!”

El lunes en la madrugada, el bebé nace con problemas respiratorios, es llevado a cunero patológico en donde permanece por 48 horas, -ella señala que su hijo tiene muchos problemas en las vías respiratorias hasta el día de hoy-. Ambos son dados de alta del hospital tres días después de la cesárea, aunque ella comunicó al personal que sentía fiebre y malestar en todo el cuerpo. Los cinco días después de ser dada de alta del Hospital, presento fiebre muy alta, malestar general, sangrado vaginal con mal olor y la herida de la cesárea generaba secreciones.

“En la misma tarde, ya en mi casa, presento fiebre de 38 grados pero pensé que era porque no le podía dar de comer a mi bebé ya que no tenía formado los pezones y mi bebé no podía succionar, en entonces me tome el diclofenaco que me recetaron cada 12 horas y un paracetamol para bajar la fiebre y el dolor que tenía. El sangrado empezó a tener mal olor y dejo de ser rojo intenso sino rojo opaco, me sentí mal con mucho dolor, mi color era muy pálido y con ojeras, pensé que todo era normal, los médicos me dieron de alta a pesar que encontrarme mal, yo no quería irme porque me seguía sintiendo mal” (Carta de Motivos/Expediente de queja medica).

Es llevada por su esposo a la clínica más cercana a su domicilio actual, pero de ahí es referida, por falta de personal especializado en ginecología, a la clínica de Coyoacán en donde fue atendido su parto, es recibida en el área de urgencias, después de varios análisis,

le informan que le van a quitar el DIU, pero en una primera exploración no lo logran sacar. Es llevada al área de ginecología del hospital, ahí le realizan un ultrasonido y con ayuda de éste le intentan quitar nuevamente el DIU, sin éxito. Rosa es llevada a quirófano para controlar la infección, le abren la herida de la cesárea, le realizan una limpieza y dejan la herida abierta. Su caso es analizado por varios médicos quienes un día y medio después que ingresan por urgencias, le realizan una cirugía para quitarle el DIU, después de la operación su estado era extremadamente grave por lo que es ingresada al área de terapia intensiva. Después de 4 días en terapia intensiva, es llevada al piso de recuperación, y ahí se le informa sobre su estado de salud en general y sobre la histerectomía que le realizaron; ella queda impactada por la noticia y nuevamente manifiesta que fue despojada de su derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida:

“...la Dra. X fue visitarme y me dice que me quitaron la matriz porque era un foco de infección y solo me dejaron los ovarios. Al saber lo que habían hecho me quedé en shock y me solté a llorar muy fuerte, el saber que ya no podía tener más hijos y la doctora me dijo que no llorara, que tenía que ser fuerte por mi bebe que estaba en casa y para mi recuperación, yo le dije a la doctora que si de verdad había sido necesario el quitarla y ella... no me contestó ni me explicó por qué estuve en terapia intensiva...se dio la vuelta y se fue” (Carta de motivos/Expediente de Queja Médica)

Considera que la médica que atendió su cesárea actuó de manera arbitraria al decidir, sin criterio y por protocolo, ponerle el DIU. Los otros médicos, resolvieron y tuvieron que quitarle el útero para salvarle la vida, pero ella ubica la mala práctica médica, en la atención del nacimiento.

“Todo eso conllevó a que yo ya no pueda tener hijos... si me quitó esa parte de poder decidir, y esa parte es la que me afecta, porque cómo una persona pudo decidir por mí. Entonces, yo creo que ella no tenía el derecho, porque cada ser humano tenemos el derecho a decidir, o tenemos la capacidad de decidir, si quiero o no quiero, digo es una decisión, y luego muchas mujeres, digo, yo las respeto pero hasta dicen no quiero tener el hijo y abortan no. Pero es su decisión, al final del día es su decisión, y con ella van a cargar toda su vida no. Pero el hecho de que ella (la doctora) me haya robado eso, a mí me pega hasta el alma”

La morbilidad materna extrema que presentó Rosa, se extiende por más de un mes de hospitalización, de octubre a noviembre de 2013, debido a la infección de la herida cesárea, fue sometida a curaciones cotidianas, tratamiento antibiótico, varias cirugías y

trasfusiones de sangre. La recuperación fue muy lenta y la desesperación de los médicos ante su leve mejoría cada día, se manifestaba en maltrato y violencia hacia la paciente.

Después de que su hijo cumplió un mes de nacido, finalmente Rosa fue dada de alta, durante ese periodo el bebé estuvo a cargo de sus suegros y las tías de su esposo y era visitado regularmente por la madre y hermana de Rosa. Cabe mencionar que, durante la hospitalización Miguel enfermó de varicela, por contagio de una de las pacientes del hospital, en el área de obstetricia quien estaba enferma y el virus contagió a varias pacientes y familiares que estaban en la sala de espera. Por este motivo ni Miguel ni Rosa cuidaran a su hijo al nacer; fue hasta que ella volvió a su casa que poco a poco retomaron sus vidas. Aunque señalan que su vida cambió completamente por la complicación obstétrica severa.

4.5.3. Trayectoria de queja médica

Rosa asiste a la CONAMED el 29 de noviembre de 2013, ingresando la solicitud de inconformidad, con una carta de motivos detallada, de 11 páginas escritas en computadora, en las que describe día a día la experiencia de atención médica.

Quienes apoyaron el ingreso de la queja fueron su esposo y su hermana, pero fue juzgada por sus familiares políticos, debido a que pensaban que debía de pasar tiempo con el recién nacido, “en lugar de andarse peleando”. La falta de apoyo no impidió a Rosa el que se escuchara su caso.

El 7 de mayo de 2014, asistió a la junta de conciliación, en donde la queja fue declarada por el prestador del servicio médico como Improcedente. Rosa, tenía otras expectativas de esa junta y del resultado de su queja:

“...o sea, si agradezco que él como encargado de mi caso, junto con una abogada que estaba ahí, que me explicarán todo. Estuvo ese día el representante del IMSS, que son abogados... no me pareció justo porque tenían que haber estado los médicos que me atendieron, yo lo que buscaba era que estuvieran los médicos, que los médicos me enfrentaran... los que me atendieron a mí, no los abogados!! Yo quería hablar con los médicos, para yo decirles ¿Qué había pasado?... o sea, yo que les había hecho para merecer el trato que me dieron, no?... o sea yo... en mi vida los había visto, para que ellos me dieran ese trato. El doctor que estuvo en ese momento, pues nada más dejó que yo expusiera mi caso y el abogado, realmente, del

IMSS, pues no chistó nada, no dijo nada y fue también así como mi coraje, mi trauma (lágrimas)”

Este resultado negativo, no frenó el interés de Rosa por expresar ante la CONAMED sus inconformidades por el servicio médico que otorga. Experiencia que volvió a vivir al presentarse en diciembre de 2018 en la unidad médica del IMSS, por un fuerte dolor abdominal, no se le diagnosticó apendicitis y nuevamente su dolor fue normalizado y recibió maltrato del personal médico. Asistió al sector privado en donde fue operada de emergencia. Con el informe médico, Rosa ingresó nuevamente una queja médica ante la Comisión, la cual fue declarada Procedente, recibiendo una indemnización y reembolso de gastos erogados en el ámbito privado.

4.6. Caso 5. Luisa.

Trayectoria de atención: Media en duración y complejidad, mala práctica, servicio mixto.

Trayectoria de queja médica: corta e improcedente.

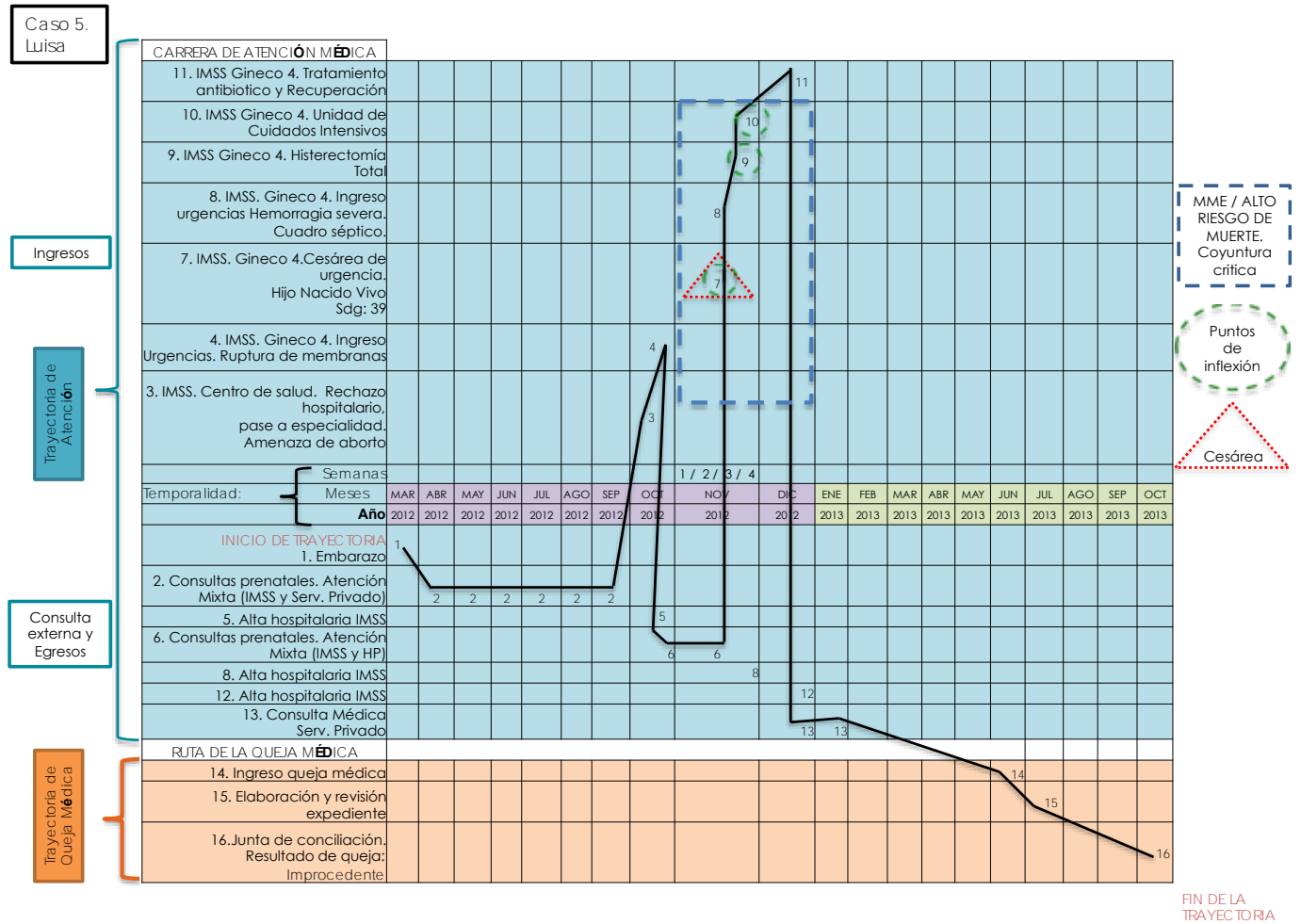
Resumen del caso 5:

Luisa de 31 años de edad, casada, de sector socioeconómico medio. Presenta su primer embarazo a los 28 años, fue atendida en el sector privado, vía cesárea sin complicaciones. A los 31 años presenta su segundo embarazo, con revisiones médicas simultaneas entre el servicio privado y el público, por amenaza de parto prematuro, decide la atención pública, además ella deseaba un parto vaginal y en el seguro social, le confirmaron que era candidata para parto. Al ingresar al hospital para tener a su hijo, le informan que deben realizarle una cesárea de emergencia, maltrato en la sala de parto, sin complicaciones. Alta hospitalaria 36 horas post cesárea. En casa presenta síntomas de infección, es mal diagnosticada por pasantes en el hospital -puente festivo 20 de noviembre- quienes sin revisar los resultados de laboratorio la medican por infección en vías urinarias; 36 horas después es revisada por la médica de base, identifica infección uterina y hemorragia interna severa, le realizan histerectomía y permanece hospitalizada por 10 días con antibióticos y es dada de alta. Las principales secuelas infertilidad, anemia severa y depresión. Varios meses después ingresó la queja ante la CONAMED, en la junta de conciliación se declara improcedente.

Tabla 11. Resumen historia reproductiva Caso 5

Edad	Número de embarazos	Abortos	Parto	Cesárea	Hijos nacidos vivos	Histerectomía
28 años	1	-	-	1	1	-
31 años	1	-	-	1	1	Cierre vida reproductiva

Gráfico 17. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 5. Luisa.



Fuente: Elaboración propia, 2019.

4.6.1. Antecedentes

Es una mujer de 31 años de edad, egresada de la universidad nacional, estudió la licenciatura en teatro, es una mujer delgada y como su carrera lo exige, muy al pendiente de su cuerpo. Conoció a su esposo siendo estudiantes, fueron novios durante cuatro años, se casaron y tuvieron a su primera hija. Utilizaron principalmente el preservativo como método de anticoncepción, para postergar la procreación. Su primer embarazo a los 28 años de edad, se presentó sin complicaciones, fue atendida en el ámbito privado, su experiencia fue buena pero señala que presentó mucho dolor durante la recuperación de la cesárea.

Después del nacimiento de su hija, Luisa y su esposo, decidieron utilizar métodos de anticoncepción, principalmente el preservativo (método de barrera/condón), porque ella no quería tomar hormonas. Ya habían platicado y acordado en número de hijos que querían tener y el periodo que preferían entre cada gesta.

Tres años después con 31 años presentó su segundo embarazo, desde el inicio asistieron a las consultas prenatales con el médico privado que atendió el nacimiento de su primera hija, de hecho, ellos planeaban que dicho médico continuara con su atención hasta el nacimiento del bebé, pero él desde las primeras consultas les comunicó que él realizaría una cesárea programada, ya que consideraba riesgoso realizar un parto vaginal con el antecedente de la cesárea previa. Este diagnóstico, no fue bien recibido por Luisa, quien desde que nació su hija, había estado hablando con amigas, ex compañeras de la universidad y había explorado en internet y en grupos de redes sociales, la viabilidad de un parto vaginal años después de haber tenido una cesárea.

4.6.2. Trayectoria de atención

A pesar de que Luisa asistía de manera regular a las consultas prenatales en el ámbito privado, ella exploró la posibilidad de ser atendida en el Seguro social, por conveniencia económica y porque pensaba que tendría mayor posibilidad de ser atendida mediante un parto vaginal.

En octubre del 2012, con 32 semanas de gestación, Luisa sintió contracciones, así que asistió a la Clínica de especialidades ginecológicas que le correspondía, ahí, la revisaron y decidieron ingresarla porque consideraban que tenía amenaza de parto prematuro. En ese primer ingreso hospitalario prenatal, expresa que fue bien atendida, por los enfermeros, los/las médicas, en general, fue dada de alta, con una percepción de alta calidad en la atención; se sintió segura y eso le dio confianza para tomar la decisión de seguir asistiendo al control prenatal y esperar a que se iniciara el trabajo de parto, con la expectativa de que iba a ser atendido el nacimiento vía vaginal. Al ser dada de alta de la clínica, fue con su médico particular, le comentó que estaba asistiendo al Seguro Social y continuo con sus consultas prenatales de manera simultánea. Es importante resaltar que ella, se había construido una idea del nacimiento de su segundo hijo, quería experimentar con su hijo un parto vaginal –humanizado- y evitar de cualquier forma la cesárea, la cual consideró

dolorosa y que no le permitió tener un vínculo materno con su primera hija. A partir de la semana 38 de embarazo, decide ir directamente al seguro social para el seguimiento del nacimiento de su hijo; su esposo estuvo de acuerdo con su decisión. Ella solicitaba sus consultas prenatales por la tarde, para ir acompañada por un familiar.

El 12 de noviembre de 2012, cursaba la semana 39 de gestación, en una de las consultas prenatales, le comento al médico que tenía mojada la ropa interior, qué sentía que era flujo pero mucho más líquido, a lo que los médicos decidieron ingresarla, ya que podría estarse presentando una leve ruptura de membranas. La ingresaron para realizarle análisis e identificar el estado de salud de la mujer y del bebé, después de pasar la noche hospitalizada, en la mañana le indican que le realizarán una cesárea.

Ante este diagnóstico, se puso en contacto con su esposo, que se encontraba de viaje en Celaya, por un asunto laboral, y mientras él estaba en camino, ella fue preparada para la cesárea. Ante la decepción de poder ser atendida mediante parto vaginal, el esposo de Luisa le dijo que si ella decidía, podían hacer el esfuerzo de llevara al hospital privado, son embargo y a pasar de que la experiencia estaba siendo muy negativa, estaba segura de querer continuar la atención en el Seguro Social.

Luisa ingresó al quirófano, y ahí se presentó la cirujana que le realizaría la cesárea y ella describe que desde el inicio la atención fue muy distinta a como ella se imaginaba. Luisa tenía una cesárea anterior (realizada en el sector privado) la cual ya era solo una línea discreta, encima del pubis, una cicatriz transversal, la cual es conocida en términos biomédicos como incisión de Pfannestie, o segmentada transversal tipo Kerr; ella pensaba que le realizarían la cesárea sobre la misma cicatriz, pero en el momento en el que inicia la cirugía, se da cuenta que le van a realizar una incisión del ombligo hacia abajo (infra umbilical), lo que la dejaría con una serie de cicatrices en el vientre; cuando ella expresa su deseo de una cesárea horizontal la médica tratante le responde de una manera despectiva y le realiza el procedimiento sin ningún tipo de calidez durante la atención.

El bebé nació el 13 de noviembre de 2012 sin complicaciones, pero ella estaba incómoda, enojada, decepcionada y frustrada por la situación, sobre todo porque ya había tenido a su primera hija en el sector privado y pudo comparar el trato diferencial que se tiene con las mujeres que asisten al seguro social:

“Nació el bebé, y ya sabes, también cuando nace es, o sea, yo recuerdo en el otro parto, te lo ponían y te lo entregaban, ahí jamás lo vi. En la clínica del seguro te lo quitan los días que estás internada y nunca puedes ni siquiera cargarlo, o sea, se lo llevan y lo ves atrás de un vidrio siempre. Y se lo llevaron...yo lloraba!!! y ella [la médica] se quedó ahí terminando lo que tenía que hacer. Ya después salí a Recuperación, y fue inmediato. Recuperación es como la sala de a un lado, donde habíamos 10,000 mujeres ahí en camita, ¿no? Es un lugar oscuro, lleno de mujeres... muchas gritan de dolor, ¡yo era una de ellas, gritaba que me dolía horrible! , ya había pasado una cesárea, no era nueva, yo sabía qué se sentía. Y sabía que eso que sentía no era normal. Entonces gritaba, el dolor era espantoso. El caso es que me sacaron ahí y me moría de dolor, ponía la mano sobre el abdomen y era un dolor insoportable. Yo les decía a todos los que pasaban alrededor, enfermeras, doctores, es que me duele, es que me duele” y me decían “ahorita vengo a revisarla, ahorita vengo a revisarla”

Uno de los doctores la ve, habló con ella y pidió que la sacaran al pasillo de urgencias, ahí la remitieron a un ultrasonido, el cual tenía muy mala calidad, según narra Luisa, y le dicen que no tiene nada. El 16 de noviembre de 2012 tres días después del parto; argumenta que estaba muy débil y pálida, uno de los enfermeros se percató de esto y procuraba ayudarla, la llevaba en silla de ruedas al cunero para que Luisa viera, a través de un vidrio, a su hijo recién nacido. Esta debilidad no impidió que la dieran de alta.

Luisa narra que estaba cansada, que veía lucecitas, que no podía comer, ni levantarse, no tenía fuerzas para cargar al bebé ni para darle pecho, las enfermeras le decían que seguro que tenía mastitis –acumulación de leche en los senos, y que debía de sacarse la leche para que se sintiera mejor-. Finalmente, Luisa pasa seis días en su casa, cada vez más débil y pálida; su esposo decidió llevarla a urgencias para que la revisaran pero, era día festivo - 20 de noviembre, día de la revolución mexicana-, faltó mucho personal, lo que impactó en la calidad de atención que recibió. Los pasantes de medicina que cubrían el puente festivo de noviembre, realizaron un mal diagnóstico de la paciente, sin consultar los análisis clínicos y sin la autorización de un médico de base, iniciaron el tratamiento para contrarrestar la supuesta “infección en vías urinarias”, sin embargo, lo que tenía era una hemorragia interna severa, que estaba deteriorando su estado general de salud y poniéndola en grave riesgo de muerte, post cesárea. La medica de base, revisa el expediente de Luisa, el lunes 21 de noviembre –después del fin de semana festivo- y confirma que ella no tiene infección en las vías urinarias; le realiza un ultrasonido y determina que el útero está

inflamado y que es posible que hayan dejado restos placentarios, como la imagen no era clara, la médica remite a Luisa a un ultrasonido doppler y convoca a un grupo de médicos para que interpreten la imagen:

“había tres médicos ...[quienes me dicen] “tú tienes una hemorragia interna y eso que vio ella son coágulos, son coágulos que tienes dentro de la matriz y tenemos que bajarte ahorita al quirófano, porque no sabemos qué es lo que está pasando, porque se empezó a dar la hemorragia, [me pregunta] ¿quién te opero?” ...le dije no sé cómo se llama, me preguntó “¿cuándo te operaron?”, el martes a las 7 de la noche. Entonces voltea a ver a uno, “tú estabas en ese horario”, le dice “ ¡no, pero yo no fui, yo no hago esas chingaderas!”. Ellos sabían perfectamente que estaba mal hecha la cesárea. Y me pregunta “¿cómo era la doctora que te operó?”, le digo, “era una muchacha joven”, tampoco los ves porque ya traen el gorro hasta acá y ya sólo ves los ojos y se lo bajan “soy fulanita” y se lo vuelven a subir, tampoco es que los veas mucho tiempo. Les dije “es una doctora joven, delgada, y ella fue la que me operó”, pero obviamente ellos saben quién estaba operando a esa hora, y me dice “tenemos que bajarte ya, tenemos que hacerte una operación urgente...o te nos vas!”

Ella estaba en riesgo de muerte, la hemorragia interna era severa y estaba empezando a coagular. La operación urgente en estos casos es la extirpación total o parcial del útero, lo que permite limpiar los coágulos y detener la hemorragia. Luisa, estaba segura de que no quería tener más hijos, por lo que autorizó la OTB en el momento en que nació su hijo, pero el que le dijeran que iba a perder el útero la dejó muy triste y consternada.

Antes de ingresar a al quirófano, para que le realizaran la histerectomía, es llevada al piso de ginecología, un espacio que ella describe como “el pasillo del terror”. En la entrevista ella narra con lágrimas y coraje en la mirada cómo el piso de ginecología al que la llevan en el hospital, es muy distinto al que envían a las mujeres que acaban de tener partos; en esta área de ginecología, ella convive con mujeres que vive y sobreviven a diferentes historias que afectan su vida reproductiva, y pareciera que el personal médico las maltrata para hacerlas entender que su “deseo de ser madres, las puede llevar a la muerte”.

Ella estuvo hospitalizada diez días más, hasta que recuperó su salud, le realizaron transfusiones sanguíneas y recibió un tratamiento de antibióticos; dejó de tener la infección y día a día se sentía mejor aunque con mucho dolor en todo el cuerpo y en especial en el área abdominal. A los tres días de la histerectomía, recibió la visita de la médica que le había atendido en el nacimiento de su hijo – quien suturó mal la cesárea y dio pie para que

iniciara la morbilidad materna extrema-hemorragia interna y sepsis uterina-, esto fue lo que Luisa narra sobre el encuentro con la médica:

“llegó la doctora que me había operado, la de la cesárea, y me dice “¿qué pasó señora?”, le digo “usted dígame qué pasó, porque estuve a punto de morirme, porque usted hizo mal la cesárea, así que usted es la que tiene que decirme qué pasó, doctora”. Sacó el expediente, empezó a revisar y me dijo “no pues, son cosas que a veces pasan, pero qué bueno que ya está bien, vi que le retiraron la matriz”, le digo sí, me quitaron la matriz, doctora, dígame por favor qué fue lo que pasó. Respondió “yo voy a darle un seguimiento a su caso” y se sale. Yo creo que iba como a ver si yo la iba a demandar o le iba a reclamar o le decía “espere noticias de mi abogado...nunca más volvió a darme la cara”

4.6.3. Trayectoria de queja médica

El 27 de junio de 2013, Luisa, en mejor estado de salud, ingresó la queja ante la CONAMED –siete meses después del nacimiento de su hijo-; manifiesta que fue el enojo el que la impulso a buscar justicia y reparación del daño:

“Estaba enojada del trato que había recibido en el quirófano del anesthesiólogo. Estaba enojada porque esta mujer, yo sentí que cuando regresó de “¿qué pasó señora?” fue como una burla. Entonces dije “¿cómo ésta mujer va por la vida haciendo cesáreas y todo esto?”. No puede. Entonces mi marido me dijo “vamos a meter una queja, voy a averiguar dónde” y ya me dijo “se meten en la CONAMED”. Él fue a preguntar qué se necesitaba y ya regresó diciéndome qué se necesitaba, y me dijo, “tienes que escribir”... Cuando escribí el relato, para empezar eso es súper difícil, tú tienes las frustraciones, el enojo, las vivencias aquí y trasladarlas a papel no es sencillo. Es muy difícil”

Al ingresar su queja ante la CONAMED, ella escribió una carta de motivos muy extensa, en la que expresa diferentes momentos de la atención y describe sus pretensiones; ella no sabía que podía solicitar, si una indemnización o si el personal médico que la atendió iba a ser sancionado o no, en este sentido ella narra:

“[el funcionario de la CONAMED] me dijo “¿quiere una compensación económica por el daño sufrido?” y le digo “sí, por el daño físico y emocional, porque mi hijo no pudo ser amamantado y por el sufrimiento que yo tuve, y que tuvimos ambos, y por la negligencia médica. Pero además de eso, a lo mejor eso no procede, pero yo quiero que a esa mujer le digan que es una pésima doctora”. Yo quisiera que la hubieran quitado, que no ejerciera como doctora, yo no quisiera que esto que me pasó a mí,

esta doctora se lo provocara a otra mujer, yo no quisiera y quisiera que le pasara a ella, ¿sabes? O sea, yo la odiaba”.

En la primera asesoría en la Comisión, al revisar su carta de motivos y los documentos médicos que llevaba, el asesor le dijo que su controversia podría ser considerada como una queja médica por negligencia; uno de los argumentos era que si en los resultados de los análisis clínicos se estipulaba que ella tenía bajas las plaquetas, era mucho más riesgoso realizarle una cesárea, por el riesgo a una hemorragia, sin embargo, esta es una opinión de asesoría, ya cuando la CONAMED solicita el expediente a La Raza y se construye el expediente de queja médica, se realiza la junta de conciliación, en la cual, los abogados del IMSS declaran Improcedente la queja, porque se le dio la atención de manera oportuna y se declaró un “pronóstico favorable para la vida”:

“[el abogado del IMSS en la junta de conciliación de la CONAMED] respondió “sí, pero al final de cuentas se te dio la atención”, se me dio la atención hasta una semana después, se me dio la atención cuando no había doctores. Dijo “sí, pero se te dio, entonces arreglamos el desperfecto y tú estás bien” o sea como, “danos las gracias”. Yo sentía esa actitud de “danos las gracias de que te salvamos la vida”, o sea “te salvamos la vida, estás bien, ¿qué más quieres?”... Para mí [lo que debió de acordarse es que la médica dejara de ejercer la medicina] que le quitaran la cédula, que no pudiera ejercer. Para mí significaba que yo podría evitar que ella siguiera ejerciendo mala práctica médica. Que esto por lo que yo pasé, que había sido tan duro para mí, tan triste, tan difícil, tan fuerte, que yo, te lo juro que en un momento sentía que yo me iba a morir, o sea, yo sentía que me iba a morir, cuando yo ya no podía mantenerme despierta, cuando yo me orinaba, cuando yo no me controlaba el cuerpo, cuando yo ya no comía, ya no podía abrir los ojos, ya no podía hablar, yo sentía que me iba a morir. En ese momento decía me voy a morir y voy a dejar a mis hijos solos, decía me voy a morir ya, me voy a morir. Esa sensación que yo había vivido, no quería que la viviera otra mujer. Ella es una mala médica, o sea, es un mal médico, no puede seguir ejerciendo, yo no quiero que ella vuelva a tener otra cirugía y que le vuelva a pasar eso a otra mujer, eso es lo que yo esperaba. Nada de que si me daban un millón de pesos, nada, yo quería que esa mujer ya no volviera más”

Finalmente, la junta de conciliación terminó con la queja declarada improcedente. Los funcionarios de la CONAMED, le comunicaron que ella tenía el derecho de ingresar una denuncia penal, pero que ellos ya no podrían intervenir. Este desenlace dejó a Luisa, muy decepcionada de las instituciones:

“[Lo que sentí fue] frustración, impotencia, enojo, dije bueno, al final de cuentas en este país este tipo de instituciones no sirven para nada, ¿para qué me hicieron contar por todo lo que pasé? Contar mi historia en un papel, venir a carearme con este tipo, para que al final de cuentas, pues si no llegan a un acuerdo, él dice que tiene la razón, usted dice que tiene la razón, hasta aquí llegan nuestras instituciones... ¿De qué sirve? Es un teatro, es un show, no sirve de nada, no arreglaron nada, no te da esa sensación de bueno, al menos les... Nada, realmente yo sentí que fui a perder mi tiempo en la CONAMED...creo que serviría que quitaran a los malos elementos del Seguro Social...no puedo creer que para ellos el mío es un caso de éxito”.

Capítulo 5. Las “huellas” de las morbilidades maternas extremas y las violencias marcadas en el cuerpo

5.1. Introducción

Las trayectorias de atención y de queja médica descritas en el capítulo anterior muestran, entre otros elementos, las diversas secuelas y consecuencias que presentan las mujeres del estudio derivadas de la atención de sus embarazo, partos y puerperios; este tránsito por las instituciones descrito desde su propia experiencia y sustentado además con los diferentes elementos del expediente de queja médica, es una evidencia etnográfica que visibiliza la reproducción de las normatividades de género que ubica a algunas mujeres en mayor riesgo de que sean vulnerados sus derechos.

Los cuerpos femeninos durante la atención médica, están definidos por el modelo tecnológico de atención del nacimiento prevaleciente en las instituciones de salud, en el cual los “poseedores del conocimiento autorizado y por ello del poder sobre los cuerpos son los miembros del equipo de salud, y las mujeres supeditadas a sus indicaciones “deben colaborar” para que “el bebé nazca bien” y si esto no sucede es “culpa de ellas”(Davis-Floyd; 1987, Castro; 2015).

En países como México, “se espera” que ante un embarazo y durante la atención institucionalizada del parto las mujeres acepten pasivamente las indicaciones médicas imperantes en el modelo médico hegemónico (Menéndez; 1983). La expectativa es que ellas “aguanten” las intervenciones médicas estipuladas en los protocolos médicos para la atención del nacimiento, diseñadas para “evitar riesgos”, aunque éstas supongan una profunda confusión e incertidumbre a lo largo del proceso de atención médica, escasa comunicación del personal de salud hacia las mujeres, falta de intimidad y acompañamiento en el parto y puerperio, múltiples incomodidades físicas e intervenciones innecesarias, constituyendo diferentes formas normalizadas de maltrato y violencia (Belli;2013, Sesia; 2018, Castro;2015, Villanueva;2016).

En general, las mujeres “aceptan el precio que hay que pagar por ser atendidas durante el embarazo, parto y el puerperio en las instituciones públicas de salud”, es decir, siguen las reglas establecidas en los hospitales para la atención, se apegan a la normatividad; algunas

tienen experiencias positivas, otras tienen experiencias “no tan positivas” pero se enfocan en el resultado final del proceso: el ser dadas de alta sanas con sus bebés. Sin embargo, hay casos en los que las mujeres perciben que dicho sufrimiento rebasa los límites “aceptables y soportables”, al ser expuestas a alto riesgo de muerte, largos procesos de intervención médica y daños múltiples a su salud, con trayectorias de atención largas y complejas, con ingresos y egresos hospitalarios y diversas consecuencias a corto, mediano y largo plazo, que pareciera que no son visibilizadas por las instituciones de salud. Sin embargo, casos como los que se han descrito revelan que muchas mujeres cuentan con los recursos sociales y simbólicos para desplegar estrategias de reparación del daño y justicia.

El presente capítulo, se describen los resultados del análisis de la información recopilada durante el trabajo de campo, a partir de la revisión de los expedientes de queja médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) durante el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2014, y de las entrevistas a profundidad con las cinco mujeres que participan en el estudio. Este análisis responde al objetivo de evidenciar los impactos de la atención obstétrica en las instituciones públicas de salud y los efectos multidimensionales de las morbilidades maternas extremas en los cuerpos y las vidas de las mujeres que “casi fallecen” durante el embarazo, parto y/o puerperio.

Los impactos de la atención médica, de la violencia institucional, de género y obstétrica, así como los efectos de la experiencia de vivir una morbilidad materna extrema, son experimentados de forma integral, es decir, no afectan exclusivamente el cuerpo-biológico, material o concreto, sino también el cuerpo experiencial, íntimo, subjetivo y agente (Esteban;2006). Una estrategia metodológica para subrayar las diferentes características de las secuelas y consecuencias de la atención, de las violencias y las morbilidades maternas, es presentando el capítulo dividido en dos secciones: la primera desarrolla las denominadas *huellas físicas* y la segunda las *huellas no físicas*.

La primera sección del capítulo muestra los efectos físicos –visibles- es decir, las secuelas y daños orgánicos y funcionales clasificados por la biomedicina, aquellos que se manifiestan a través de signos y síntomas corporales. Los cuales ha sido identificados tanto en los expedientes clínicos revisados en cada caso, como a partir de las experiencias

subjetivas reconstruidas retrospectivamente por las mujeres durante las entrevistas a profundidad.

La segunda sección, explora las secuelas no físicas, enfocándose en las diversas consecuencias “que no se ven”, aquellas que suelen ser invisibilizadas por la biomedicina al ser reducidas a efectos subjetivos, psicológicos, emocionales o del orden de “lo personal”. Parto de la hipótesis de que las consecuencias *invisibles, ocultas o veladas* impactan diversos aspectos de la vida de las mujeres, afectando desde lo más íntimo como la autopercepción subjetiva del cuerpo femenino, la sexualidad y las relaciones de pareja, aspectos sociales como las formas de la crianza de los hijos, las relaciones sociales con los miembros de la familia y de su comunidad, hasta aspectos del orden de lo económico-laboral (Williams; 1993).

Las morbilidades maternas extremas prevenibles, como las que muestra esta investigación, son complicaciones potencialmente fatales para las mujeres durante el manejo clínico del embarazo, parto y puerperio; concatenadas con violaciones a los derechos de las mujeres, diversas formas de violencia institucional y de género haciéndolas sujetas de violencia obstétrica, dejando *marcas permanentes* en los cuerpos y las vidas de las mujeres. Este capítulo centra su atención en visibilizar estas marcas visibles y las invisibilizadas, a partir de la experiencia de Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa durante la atención médica de sus embarazos, partos y puerperios con complicaciones extremas.

5.2. “Las huellas visibles”: secuelas físicas de las MME.

Las huellas visibles, son las secuelas identificadas – clasificadas por la biomedicina- en los cuerpos de las mujeres, algunas de ellas, pueden generar discapacidades severas o crónicas.

“[A nivel global, cada año] millones de mujeres padecen discapacidades tales como: anemia aguda, incontinencia, daño en los órganos reproductivos o el sistema nervioso, dolor crónico e infertilidad. Éstas discapacidades son trágicas desde dos puntos de vista: ocurren durante el proceso de dar a luz y son casi completamente evitables” (Ashford; 2002:1)

Entre las principales secuelas directas de la atención y de las morbilidades en los cinco casos de estudio, se identifican: *las hemorragias severas, las infecciones uterinas y de*

heridas de quirúrgica (cesárea), los partos obstruidos o prolongados y sus consecuencias (fístula obstétrica, ruptura uterina e incontinencia).

Cabe mencionar, que ninguno de los casos analizados, las morbilidades maternas extremas están relacionadas con estados hipertensivos -preeclampsia o eclampsia-, identificados en la literatura como una de las principales causas directas de morbimortalidad materna en el mundo (Vargas et.al.; 2012).

Las *hemorragias severas* se refieren a pérdida de más de 500 mililitros de sangre, éstas pueden presentarse en el inicio de parto, durante la atención del parto o cesárea, y en diferentes momentos del puerperio inmediato, mediato y tardío. Representan la primera causa de muerte materna a nivel global, por lo que requieren intervención médica rápida y eficaz; las principales causas de hemorragia son la atonía uterina, los desgarros vaginales, y las perforaciones uterinas (fístulas).

Las secuelas de las hemorragias severas afectan la salud e impactan en diversos aspectos de la vida de las mujeres. Según estimaciones de Burkhalter (2000b), con datos del programa REDUCE de la ONU, la anemia relacionada con la maternidad en países pobres, puede afectar negativamente la futura productividad de las mujeres, generando pérdidas de hasta 5000 millones de dólares.

“las mujeres que sobreviven a estas hemorragias pueden presentar anemia aguda o, en casos raros pero graves, desequilibrios hormonales permanentes provocados por la insuficiencia de las glándulas pituitaria o suprarrenales. La insuficiencia pituitaria puede conducir a la imposibilidad de amamantar, la pérdida de la menstruación, la debilidad crónica, el envejecimiento prematuro, o estados de confusión o apatía... Las mujeres que padecen de anemia moderada a grave sufren de fatiga y falta de energía, síntomas que a su vez reducen drásticamente su productividad y calidad de vida” (Ashford; 2002:3)

Los *cuadros infecciosos –sepsis-* se relacionan con el trabajo de parto prolongado u obstruido, por la falta de atención médica adecuada o por prácticas antihigiénicas durante el parto o la cesárea.

“Las mujeres que sobreviven la infección inicial pueden padecer una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que propaga la infección a los ovarios y a las trompas de Falopio. Si esta lesión no se trata, puede provocar un dolor crónico en la zona pélvica que afectará permanentemente la vida de la mujer. La EIP también puede causar un daños permanentes en los órganos reproductivos.” (Ashford; 2002:3)

Los *partos prolongados u obstruidos*, se producen cuando la pelvis materna no logra abrirse lo suficiente para dejar pasar al producto; en estos casos se sugiere realizar una cesárea de urgencia para evitar la muerte fetal y las secuelas del mismo, como el prolapso genital, la incontinencia crónica postparto y en casos severos la ruptura uterina o la fístula obstétrica.

“La fístula obstétrica, una abertura anormal entre la vagina y la vejiga o el recto (o ambos), es consecuencia de una presión extrema y consecuente desgarramiento de los tejidos provocados por un parto prolongado u obstruido, mientras el bebé intenta pasar a través del canal uterino. Si no se realiza una cesárea a tiempo, el bebé es extraído, en la mayoría de los casos, muerto y se forma una fístula, que permite el paso incontrolable de orina y heces hacia adentro de la vagina.” (Traducción propia. Ashford; 2002:4)

En todos los casos incluidos en el estudio, las mujeres presentaron como principal secuela física *la discapacidad reproductiva permanente*, debido a la extirpación total del útero, mediante la cirugía denominada histerectomía obstétrica.

A continuación se desarrollan las principales secuelas, sus efectos y la percepción de las mujeres del estudio sobre sus experiencias de atención del embarazo, parto y puerperio con morbilidades maternas extremas.

5.2.1 Experiencias corporales vinculadas con el estado crítico de salud.

El embarazo es uno de los procesos en los cuales las mujeres prestan mayor atención a su propio cuerpo, la ausencia de la menstruación, el cambio corporal al paso de las semanas de gestación, las contracciones y el parto son experiencias en las que el cuerpo “se vuelve el protagonista”, a estas experiencias desde la perspectiva de Le Breton (2002) se les define como “*momentos de tensión en el individuo*”, - momentos en que las personas viven el dolor, el cansancio o el enfermedad, los momentos de “tensión” están repletos de sensaciones, síntomas y significados:-

“A través de las acciones diarias, el cuerpo se vuelve invisible, ritualmente borrado por la repetición incansable de las mismas situaciones y la familiaridad de las percepciones sensoriales. El misterio que, virtualmente, contiene el espesor propio del cuerpo esta conjurado, de este modo, por la recurrencia de los mismos signos” (Le Breton: 2002:94)

El cuerpo surge al escenario cotidiano y llama la atención de la persona todo el tiempo, pero “nos recuerda su presencia” en momentos clave, en los casos de las mujeres del estudio, estos momentos se vuelven frecuentes durante el embarazo, pero se vuelven críticos al percibir durante el “*inminente riesgo de muerte*”, al presentarse la morbilidad materna extrema, es decir, al identificar una serie de señales corporales -siempre acompañadas por emociones- que se construyen de manera subjetiva e intersubjetiva.

La *toma de conciencia del riesgo de muerte* (Glaser y Strauss; 1965) se configura subjetivamente a través de sensaciones físicas y evidencias observadas por las mujeres, siempre en referencia a experiencias previas de atención médica, de relación con la institución o un embarazo previo. Esta configuración se enlaza con los diálogos con el personal de salud y con los familiares, creando construcciones intersubjetivas de la experiencia. La *toma de conciencia de estar alto en riesgo de fallecer* es uno de los componentes centrales del *síndrome del near miss*, explorado por Souza et.al. (2009), en Brasil.

Durante la atención materna y con la aparición de las complicaciones potencialmente fatales para la mujer la “*percepción física del estado crítico de salud ocupa una parte importante en la experiencia de las mujeres*” (Souza et al, 2009:151). En los casos de estudio, las mujeres percibieron que las hemorragias severas y los cuadros infecciosos, eran indicativos importantes de su estado crítico.

5.2.2. Sangrado y secreciones.

Cuatro de las cinco mujeres del estudio presentaron hemorragias vaginales externas severas. Luisa, en cambio presentó hemorragias internas, por una cesárea mal suturada; las hemorragias fueron identificadas por el personal de salud a través de un ultrasonido en el reingreso hospitalario.

Según el Colegio Real de Ginecólogos y Obstetras (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG) la hemorragia obstétrica se refiere al sangrado que ocurre a partir de las 24 semanas de gestación y antes del parto, e incluye la pérdida de más de 500 mL de sangre en el momento del parto vaginal o 1,000 mL durante la cesárea, con la caída de la concentración de hemoglobina > 40g/L y la necesidad de transfundir más de cuatro unidades de concentrados eritrocitarios; la hemorragia severa se clasifica a la pérdida de 2500mL de sangre en casos en los que se requiere la transfusión de más de cinco unidades de sangre o manejo de coagulopatía, y está asociado con la admisión a las unidades de cuidados intensivos o histerectomía de urgencia⁶⁴.

La hemorragia severa, fue identificada por tres de los cinco casos de mujeres durante la alta hospitalaria como un signo de alto riesgo, provocó la participación inmediata de la red de apoyo de las mujeres, quienes fueron trasladadas e ingresaron a las áreas de urgencias de los hospitales. En otros casos, las hemorragias fueron identificadas por el personal médico durante el puerperio inmediato; dos de las mujeres requirieron traslados hospitalarios para la resolución de la hemorragia y el ingreso de las mujeres a las Unidades de Cuidados Intensivos. En todos los casos, tuvieron acceso a los servicios especializados de salud, lo cual evitó la muerte materna; dos de ellas acudieron en algún momento de su trayectoria de atención, como último recurso para recibir una mejor atención, a hospitales privados.

Viviana explica lo sucedido durante la atención del parto:

“En eso me acuesto y yo creo que por los nervios todavía no me hacía totalmente la anestesia y en eso siento cómo me mete los fierros, los fórceps y empieza a moverlos. Y yo grito, ¡ay, es que me duele mucho! ¿Qué me está haciendo?”, hasta que ya salió mi bebé... En eso, toda la gente corriendo por todos lados, se movía alrededor y veo mis piernas llenas de sangre. Vi una sangre así, inmensa, inmensa...yo me levanté así, tantito para ver qué pasaba con el bebé ¿no?... Pero como fue así de rápido, y se dieron cuenta de que algo pasó, pues empezó el corredero [del personal en la sala de expulsión] ...vi al bebé y ¡ya no supe de mí!”

⁶⁴ RCOG. Antepartum Haemorrhage, Greentop Guideline No. 63. Royal College of Obstetrics & Gynaecology, London; 2011. Available in: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG63_05122011APH.pdf. y Brace et.al. (2007)

Romina, describió cómo durante el post parto, en su casa -después de dos legrados quirúrgicos por restos placentarios y la alta hospitalaria del IMSS-, sintió una hemorragia severa:

“En la noche... cuando me acuesto siento el fiushh, pensé, ¡oh no, otra vez! Dije sí, y me toco y dije, pues, ¿qué es esto? Y veo mi mano y era sangre, sangre roja... Mi impresión fue me estoy vaciando, le dije, ¡me estoy vaciando! Me dice [mi esposo], “¿y luego?”, no sé, me dice “pues, ve al baño”. Ya fui y dije, ¡ay, no! ¿Qué hago? ¿Me paro? ¿Me quedo aquí a ver cómo sale todo o qué?”

Asimismo, al llegar al hospital privado, Romina en shock séptico, describió su percepción del sangrado:

“Antes de entrar al quirófano por cuarta vez, tenía taquicardia, me habían dado varios infartos y me seguía saliendo sangre con coágulos, me salía con pus que ¡ya olía bien feo!, estaba muy mal”

Estudios basados en evidencia revelan (Ashford; 2002) que las hemorragias vinculadas con la maternidad conducen a anemias severas, generan falta de calcio en la sangre; las denominadas hipocalcemias producen hormigueos en el cuerpo, contracturas o espasmos musculares, agravan los desequilibrios electrolíticos por el bajo nivel de potasio en la sangre y provocan fatiga severa, en casos crónicos se vinculan con problemas hormonales y daños en la función renal.

Luisa cuenta que al regresar a su casa después de la atención del parto, cayó en un estado de fatiga extrema, lapsos de pérdida de la memoria y deficiencia motriz momentánea.

“Me sentía mal, o sea, yo lloraba, sola, lloraba todos los días, me hablaban para preguntarme como estaba y yo lloraba, iban a visitarme y lloraba, me acordaba y lloraba, veía el bebé y lloraba, o sea, yo lloraba todo el tiempo... [después de la alta hospitalaria] en mi casa parecía que no estaba ahí... yo me fui, estuve mal mucho tiempo estaba súper triste, deprimida, apagada..., ahora ya me explicaron que fue por la pérdida de sangre, pero yo tenía como lapsos de inconsciencia, no sabía en donde estaba...mi cuerpo estaba ahí pero yo no, no me podía ni mover...de pronto estaba platicando y no podía seguir la conversación, no podía pronunciar palabras o me sentaba en una silla y de pronto me iba, o sea, me estaban hablando y no regresaba. Mi mamá se ponía a llorar, y me decía “es que, ¿qué tienes? Es que me asustas”, y le decía es que nada, no sé, nada. No podía cargar al bebé, yo no podía estar sola, yo estaba ahí pero mi mamá seguía cuidando al bebé, además seguía alimentándolo, bañándolo”.

Otra de las señales de la gravedad de la salud durante la compleja trayectoria de atención de estas mujeres, fueron las secreciones intestinales y vaginales.

Rosa, describió el momento en el que la alimentación antes de ingresar al quirófano para realizarle una cesárea de emergencia, le provocó vómito y diarrea incontrolable:

“cuando llego a la taca cirugía y me ponen ahí, ya me conectan [anestesia]... me dan ganas de vomitar, vomité todo... se me rompió la fuente, hice del baño de la pipí, defecué, todo... fue una contaminadera y la doctora entró, me vio y hasta estaba molesta, y yo dije... o sea ¿por qué está enojada conmigo?, pues porque comí pero yo pues... ¡ellos me dijeron que podía comer!... ¡era ya tanta mi vergüenza, que hasta lloré. Desde ahí todo empeora, de todas maneras me hizo la cesárea y se me infectó la herida...ni siquiera limpiaron bien el quirófano, ni a mí ¡nada!, fue traumático estar ahí vulnerable”

Maribel, explicó los signos de shock séptico por restos placentarios y de material quirúrgico en el útero, en su casa, después del egreso hospitalario:

“si vomité mucho... mi esposo me dijo, párate que ya nos vamos... no aguanté ni cinco pasos cuando ya empecé a vomitar, y era un vómito incontrolable, que yo sentía hasta que me ahogaba con mi propio vómito...incontrolable, horrible, mi esposo me decía que me veía muy mal y las enfermeras también...me hicieron una tomografía, yo tenía 40 grados de temperatura, me dio una reacción alérgica... me hice como una roncha estaba roja roja...como tomate...seguía vomitando... me veía [en el reflejo de las lámparas en las luces quirúrgicas] como que me iba a morir!”

Viviana, en un estado de absoluto dolor, describió el momento en el que nace su hijo, con fórceps en la sala de partos:

“Sacaron al bebé con los fierros y no lloró, pasaron segundos que a mí se me hicieron eternos, hasta que ya pegó el gritito y dije ¡ay, gracias a Dios! (suspiro)... Y fue así como que ya se acerca la enfermera y me dice, “¡fue niño y aquí esta!”. Pero me acuerdo muy bien que me dijo mi hermana que me fijara en él, “¡grábate bien su carita, porque no te lo vayan a cambiar!” Tantas cosas que se oyen en la televisión. Y regresó, ya le veo la cara y dije es como Sebastián, ¡se parece a mi hijo grande! En ese momento me desmayé, estaba toda llena de sangre, mis piernas, las manos y las batas de los doctores todo... Ya no supe de mí, pero así medio me acuerdo que de repente me despierta un doctor y me dice “¡señora, señora! Le aviso: ¡Ahora sí, ni modo, es su último bebé, le vamos a quitar la matriz!”

En los relatos de las mujeres se percibe la angustia, el miedo y la incertidumbre de su estado de salud, lo que coincide con los resultados encontrados en el estudio de Emir et.al. (2012) con mujeres que presentaron hemorragias severas post-parto:

“las mujeres experimentaron miedo e incertidumbre sobre su vida y si lograrían sobrevivir ya que habían perdido mucha sangre...estaban aterradas, en shock y con profunda confusión...entre la vida y la muerte, temían por sus vidas pero también por el futuro de sus hijos y sus familias”
(Traducción propia: Elmir et al 2012:230).

El presenciar grandes cantidades de sangre saliendo del propio cuerpo, puede ser una “experiencia traumática” (Smith et. al. 2006). Las mujeres del estudio, señalan que observar su propia sangre fluyendo, de manera incontrolable de la vagina fue impactante, además esta experiencia estaba acompañada de dolor físico intenso, que en algunos casos perduró por semanas o incluso meses.

5.2.3. Naturalización y normalización del dolor físico, como forma de violencia.

El dolor es uno más de los “*momentos de tensión del individuo*”, talvez uno de los más evidentes ya que cual afecta de manera importante la experiencia y la vida de las personas, entre otros aspectos porque restringe el campo de acción:

“un dolor fuerte, la enfermedad...inducen el penoso sentimiento de dualidad que rompe con la unidad de la presencia: el sujeto se siente cautivo dentro del cuerpo que lo abandona” (Le Breton; 2002:94)

El dolor físico que experimentaron Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa es central en sus relatos, es una de las marcas físicas constantes en su trayectoria de atención:

Rosa describe lo que sentía durante la atención del parto y la cesárea:

“desde las primeras contracciones ya me dolía, y tenía miedo, sentía mucho miedo, ya en ese momento ya presentía algo, algo no iba bien... [ya en el área de toco cirugía] me pusieron los aparatos para escuchar los latidos del bebé y aparte medicamento para provocar el parto, también me pusieron algo en la vagina un gel como transparente...al poco ratito me dieron unos dolores espantosos ¡yo no sabía de qué, porqué o de qué eran, pero el caso es que yo sentí que iba a reventar... o sea hasta temblaba del dolor porque me daba una contracción, bajaba la contracción y baja el dolor,...luego

empezaba a temblar pero de dolor, y yo le rogaba a la doctora y a la enfermera... no tenía ningún anestésico ni nada de nada... yo de veras me estaba desgarrando de dolor. Y si me decía la doctora ¿es que tú tienes el umbral del dolor muy bajo, no aguantas!...me pusieron la epidural y no me hizo nada...me moría de dolor y los doctores nada más me veían como si estuviera loca”

Ella presentó dolores a lo largo de la trayectoria de atención, desde el ingreso hasta la alta hospitalaria, un mes después del nacimiento de su hijo. Presentó parto obstruido, reacción intestinal a la anestesia –diarrea y vómito-, le realizaron la cesárea de urgencia, tuvo sepsis uterina, histerectomía e infección de la herida quirúrgica:

“pasaron varios días y seguía con la infección... la herida tiene que estar descubierta, aireada para que no se infecte me decían los doctores...[pero los residentes me ponían gasas] era una llenadera de pus, que yo me veía la herida y lloraba, lloraba, porque me decían ¿te tienes que limpiar la herida en el baño!, y yo verme ahí toda floreada, toda ahí, era espantoso, lleno de pus y desesperanza y desesperación porque yo ya me quería ir, quería ver a mi hijo...Las curaciones, la debridación de herida, que ellos le llaman, [las hacia el doctor] ya desesperado...[tenían que tallar la herida para evitar que siguiera la infección] pero no había ni una mejoría, el doctor me hizo un día las limpiezas duro... pero duro, un salvajismo, que yo lo sentía así como si me odiara... él me decía ¿no, tú aguántate, tú tranquila, esto no es nada, y aguántate!. De plano yo me mordía la bata, me tapaba, sentía horrible. Y me mordía la bata y le suplicaba al doctor que parara y le trataba de quitar la mano y me decía: ¿suéltame, no me toques, y tranquila... no aguanta nada, y es muy cobarde!, me sentí muy humillada ahí yo sentía el dolor y él decía... ¡las mujeres son bien chillonas, así... menospreciándome... terminé con los vasos sanguíneos rotos, me tuvieron que ingresar a cirugía otra vez para cauterizarme!, ¡me dolió más que el parto...bueno nunca dejé de sentir dolor...desde que entre al hospital!”

Viviana expresa que sintió dolor como secuela crónica de la atención, desde los dolores intensos en la inducción del parto con oxitocina, al presentar parto obstruido y al utilizar fórceps; todo esto le provocó desgarros vaginales graves y hemorragia severa. Además le extirparon el útero y en algún momento del proceso sufrió de perforación de la pared pélvica y de la vejiga (fístula vesico vaginal), derivando en incontinencia urinaria e infecciones vaginales constantes, presnetando ardor intenso durante alrededor de nueve

meses posteriores al parto, hasta que logró gestionar una operación reconstructiva de cérvix en el sector privado:

“El dolor fue horrible, siempre, antes del parto, en el parto, con los fórceps...luego me dolió mucho que se sacaron la sonda...sentí un dolor impresionante... me dieron de alta y me fui a mi casa, regresé por la incontinencia y el dolor pero... en el Seguro Social me dijeron que no podían revisarme y ver si tenía un hoyo en la vejiga o qué, porque me tenían que abrir con un pato por la vagina y que me iban a meter un tubo con una cámara pero la doctora me dijo ¡tu cuerpo está tan hinchado y tan lastimado, no lo vas a aguantar. Aparte podemos romper puntos internos de la histerectomía... ¡no te lo podemos hacer!... me regresé a mi casa, después de tres meses parecía que apenas había tenido a mi bebé, porque todavía me dolía todo, apenas se estaba desprendiendo el hilo con el que te cosen... el de los puntos del abdomen, los de la histerectomía... ya se me estaba encarnando...la verdad ya no recurrí al hospital, vino una doctora que conocemos y fue la que me los quitó. La verdad me costaba mucho trabajo pararme, era todo muy incómodo, muy doloroso”

La normalización del dolor físico, como un tipo de violencia vivida por las mujeres al transitar por la atención materna y en particular al presentar las morbilidades maternas extremas, se vincula con emociones negativas que quedan marcadas –como huellas- en su experiencia; para estas mujeres los espacios clínicos de atención se relacionan simbólicamente a lugares de tortura, en los que predomina el miedo hacia el personal médico y la desconfianza en las instituciones; ello limita su campo de acción para la atención preventiva de otros padecimientos y algunas de ellas presentan características del estrés post-traumático, como se explora más adelante.

Luisa describe:

“... cuando llegas ahí, que llegas como por algo que ellos hicieron mal, porque yo estaba con mujeres que habían tenido abortos, que las trataban muy mal ahí, porque ellas insistían en embarazarse y ya tenían dos abortos y las trataban realmente mal. Mujeres que las regresaban porque se le había infectado la herida o como yo...porque se equivocaron los doctores... Era como el pasillo del terror... era una tortura horrible y [la histerectomía] es una de las cirugías más dolorosas que puede tener una mujer” ... Yo siento que la próxima vez que vuelva, voy a salir muerta del Seguro Social...me aterra volver ahí, el día en que regrese me van a matar de algo, siento que son negligentes, siempre...la próxima que regrese me van a sacar en un ataúd de aquí”

El maltrato y las diferentes formas en las que el personal de salud, hace caso omiso a las expresiones de dolor de las mujeres, así como las intervenciones realizadas sin anestesia o falta de empatía hacia la sensibilidad al dolor de las mujeres durante la atención obstétrica, son expresiones de violencia directa (Galtung;1985) y de violencia desnuda (Campiglia;2017), que son encubiertas y reproducidas por el personal médico, como expresiones de un orden social que circula en el imaginario construido de la mujer que asiste a las instancias públicas de atención materna, es decir, mujeres cuyos cuerpos deben ser disciplinados, moldeados y performados por el saber/poder biomédico (Foucault;1976).

Luisa relata, lo que le dijo la médico obstetra al realizarle la cesárea de urgencia:

“yo empecé a llorar ahí, porque además creo que es el momento más vulnerable que tienes en la vida, estás ahí en una plancha, amarrada de las manos, desnuda, ellos están abriéndote y que ella te trate como “si ya sabes, ¿para qué vienes, no?”. Te hubieras ido a pagar otra atención privada”.

Campiglia (2017) retomando los aportes de Castro y Erviti (2015), señala que este tipo de violencia desnuda, se ejerce “sin filtro” a partir de que el personal de salud desconoce a las mujeres como sujetas de derechos.

En este sentido, Luisa señala que:

“todas las historias que escuchas en recuperación son horribles, ¡muchas mujeres gritaban de dolor!... y yo escuchaba cómo les gritaban los doctores...había una muchacha que había intentado embarazarse cinco veces y entonces llegaba ahí con otro aborto y la doctora, cero empatía, le decía: ¡pero tú! ¿Hasta cuándo vas a aprender?, ¿hasta que te mueras? O sea, ¡tú lo único que estás esperando es morirte!... no aguantas el dolor de tener un hijo... ya tu cuerpo te mostró que no vas a ser madre nunca, que no vas a tener hijos, y cada vez que tienes un aborto pones en riesgo tu salud. Para la otra ¡te vas a morir y no entiendes!... además del dolor físico, de la recuperación de la histerectomía, tenemos que vivir el dolor del maltrato, de la deshumanización de los y las doctoras... para ellos parece que no somos personas...quien sabe qué somos... ¿carne? (Llora)”.

5.2.4. Daños funcionales relacionados al trauma obstétrico y la violencia

Los daños funcionales relacionados a la atención materna, son centrales para comprender las huellas visibles o físicas de las morbilidades y las violencias. El caso de Viviana, representa una de las secuelas funcionales más importantes del estudio, tanto los desgarros

vaginales como la fístula vesico vaginal, fueron causados por una falta de atención oportuna del parto, una impericia en el uso de fórceps y negligencia médica al no ingresarla al área de tóco cirugía para una cesárea de emergencia.

Ella había presentado una cesárea previa en el ámbito privado y en diferentes momentos, tanto Viviana como sus familiares, solicitaron la atención mediante cesárea, la cual le fue negada. El sufrir incontinencia urinaria total provocada por una fístula, durante ocho meses después del parto fue algo impactante para su trayectoria de vida:

“[Después del parto con fórceps y la histerectomía] me ardía y me dolía muchísimo, no podía ni sentarme. Hasta me compraron hasta esas almohadas de dona, y ni lo aguantaba o sea, no. Era horrible porque nada más podía estar boca arriba y me quería acostar aunque sea de lado y no podía con el dolor en la vagina y luego con la pipí... esa noche no dormí nada porque se salía la pipí y se salía, y se salía...yo de plano tenía incontinencia urinaria. Me preocupé porque sí me ardía la vagina...Ya me dieron la pastilla que iba a pintar la pipí y si salía pintada por la vagina...sabíamos qué era... y cuando sacan las gasas, solo salieron llenas de sangre, por todo lo que todavía tenía adentro de sangre, pero la doctora en ese momento me dijo ¡no, no es una fístula!, pero, sí era una fístula. Me sacan de la revisión esa... y le digo a mi esposo ¡es que lo más raro de esto es que siento ganas de hacer pipí, voy a hacer pipí, pero nunca paro, siempre siento el goteo, no siento que pare! Yo me preguntaba ¿qué está pasando con mi cuerpo? [Desesperada y llorando]... hasta le decía a mi esposo, es que nunca voy a salir de aquí, nunca voy a ir a la casa” (Viviana; 2017)

Romina señala tener daños hepáticos relacionados con la toxicidad de las anestésicas utilizadas durante los múltiples legrados quirúrgicos realizados en el IMSS y Luisa tiene problemas hormonales derivados de la anemia severa.

Romina explica:

“Al año y cacho fui a una consulta en el IMSS...y les expliqué... fijese que yo tuve un embarazo gemelar con muerte óbita a los dos meses, así les decía. Y tuve un parto y restos placentarios y legrados... todo y pues qué le podía hacer ya, la atención ya ahí estaba, pero le agarré tanto odio al Seguro que casi no me atienden ahí...tuve que ir porque, gracias a esta situación, les tengo que agradecer que padezca ahora en mi época actual, hígado graso, gracias al exceso de anestesia que tuve durante los legrados y operaciones que me tuvieron que hacer porque no hicieron bien los legrados ...porque después de que me alivié era un cansancio extremo, pero horrible, y yo decía es que esto no puede ser, ¿por qué me siento tan cansada? No es normal. Siempre he sido muy activa y pues todo el tiempo

quería dormirme, sentía un cuerpo muy fatigado...ahora solo debo cuidar mi alimentación, me dijeron en el IMSS que no hay cura”

Estudios especializados (Tejeda;2010) revelan que existe una relación entre algunos anestésicos utilizados para la realización de legrados y durante la histerectomía que provocan daños hepáticos: es posible que las anestесias recurrentes durante la atención recibida por Romina en el nacimiento de su hijo y las morbilidades derivadas de ella, hayan afectado su salud hepática, lo cual es una morbilidad crónica que comúnmente queda invisibilizada, es decir, es una huella de la violencia institucional, la violencia de género y la violencia obstétrica que sufren miles de mujeres en nuestro país.

5.2.5. Extirpación uterina e infertilidad definitiva

Todas las mujeres del estudio, presentan como secuela permanente la disfuncionalidad reproductiva, derivada de la extirpación del útero, mediante la histerectomía obstétrica. Esta huella física es vivida por las mujeres como una pérdida importante, la cual tiene impactos en sus cuerpos y sus vidas futuras.

Rosa, explica que la MME fue causada por el DIU incrustado en el útero, lo que le provocó infección uterina y finalmente extirpación total del órgano reproductor:

“[saliendo del quirófano] ...Yo ahí me perdí, no me acuerdo de nada, después ya desperté en el pasillo, y me sentía muy mal... Yo no quería el DIU... y menos pensé que se iba a encajar y que me traería todas las complicaciones... hasta que me quitaron el útero...yo pensaba en la doctora... pensaba en decirle que, el hecho de decir...sabes qué por tu mala decisión o no sé por qué lo hayas hecho pero... no sé en qué te haya beneficiado a ti el decidir por mí, el hecho de que me quitaron esa parte de poder decidir, si quiero o no quiero otro hijo, es lo que hasta la fecha me ha causado problemas! ... Y hubo un momento en el que yo me iba a separar de mi esposo por el hecho de que... son muchas cosas ¿no?, o sea, eso implica el que a lo mejor él sí quería otro hijo, y yo ya no se lo puedo dar... Y empieza esa inseguridad porque piensas... pues lo va a buscar por otra parte ¿no?... Y hasta las mismas enfermeras me decían ¿ya no puedes tener hijos?... ¡pero estás muy joven!... y yo dijo pues no... no ya no puedo volver a ser mamá y me duele en el alma (Llora)”

Romina describe su deseo de tener más hijos:

“yo quería al menos dos hijos. Me aferré a uno, primero, recién nos casamos le decía a mi esposo... uno, uno, le decía es que no hay tiempo y eso. Pero

en el momento en que estás embarazada y sientes cómo se mueve y dices, ¡ay, sí quiero otro, no quiero que esto se acabe! Pero por la mala práctica médica bueno de los pasantes y doctores del IMSS ya no podré ni soñar con tener otro hijo”.

Maribel, señala que la discapacidad reproductiva es la secuela más importante de la atención materna que recibió:

“[me quitaron el útero]...eso es lo más difícil...lo más doloroso porque apenas tengo 23 años...Mmmm yo digo [que me afecta mucho] en el hecho de querer otro bebé, ahí es en donde digo sí...ahí me duele como un vacío... a lo mejor en donde me pega a mí, y le pega a mi esposo ¿no?... Una vez estaba leyendo que la matriz es un órgano invisible... pero la sociedad lo hace visible ¿no?... o sea, la sociedad te estigmatiza y dice ¡ay mira, ella ya no va a poder tener hijos no?! Pero ¿por qué? (Triste)... ahorita ya no me pega tanto, en su momento pues sí, me dolía pero pues es algo con lo que pues tienes que lidiar ¿no?”

Además del impacto de ser sometidas a una histerectomía, las mujeres son víctimas de diversas expresiones de violencia por parte del personal médico. Luisa relata lo que sintió al ser desacreditadas sus emociones en un momento de vulnerabilidad:

“El anestesiólogo era súper grosero, todo el tiempo, o sea, casi hasta burlándose ¡ya deja de llorar!, ¡sólo te van a quitar la matriz y no sirve para nada más que para hacer hijos!, ¡pues ya tienes hijos, ya no sirve para nada, tu matriz no sirve para nada! ... y ¡ahora sé que me quitaron mucho! siento que me quitaron una parte de mí, de mi feminidad (Llora)”

El testimonio de Luisa, evidencia lo que señala Campiglia (2017) al analizar las formas de violencia y los prejuicios que permean las relaciones jerárquicas de poder al interior de los espacios clínicos de atención materna, que aleccionan a las mujeres:

“Los médicos con “mano pesada” y las enfermeras “gritonas” son personajes que la institución hospitalaria cobija y encubre, volviéndose cómplice de sus prácticas violentas que imponen a los cuerpos un determinado orden moral que establece jerarquías, sancionando modelos deseables o reprochables de maternidad. Si una mujer tiene “demasiados” hijos a juicio del personal de salud o si los tiene “demasiado” pronto, será verbalmente sancionada por ello” (Campiglia; 2017:89).

5.2.6. Las cicatrices del género: la permanencia de las marcas de la atención médica en el cuerpo.

Las mujeres del estudio, vivieron la atención del parto como “*un acontecimiento médico*” Sadler (2001), en el que el cuerpo femenino es una realidad biopolítica y la medicina opera des-sensibilizando y des-corporizando a las mujeres como una forma de control social. Desde esta perspectiva, las *prácticas cortantes* durante la atención obstétrica forman parte de las rutinas de intervención obstétrica (Fornes; 2009).

Las incisiones perineales, las cesárea rutinarias y la práctica de histerectomías sistemáticas a mujeres con hemorragias, son intervenciones realizadas sobre los cuerpos femeninos que Davis Floyd (1994) clasifica como “*marcas del género*”, son “*huellas visibles*” que dejan cicatrices. Mujeres como Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa prefieren ocultar estas cicatrices para olvidar los significados detrás de ellas; cada marca es un recordatorio de la violencia y la injusticia vivida en su trayectoria de atención materna.

Viviana, describe lo que siente con las marcas cicatrizadas en su piel:

“mira abajo (en la vagina) me lastimaron como no tienes una idea, yo estaba toda moreteada en el vientre, en las piernas... ya no me encontraban venas, tenía muchos moretones en los brazos...el vientre hinchado y cosido desde el ombligo hasta abajo... a mi esposo le decía que la viera... ¡ay, noooo mira que fea se ve! [llorando]...a mí me daba pena que me viera, porque luego él, por ejemplo, en La Raza a él le tocaba bañarme y yo veía su cara de pánico, y le decía yo me tallo, tú nada más échame agua, me decía “sí, sí, sí”, y así su cara de pánico. Y a él le tocaba vendarme en el hospital y pues medio que no quería ni verme...yo siempre le decía mira, me quedó bien fea, parezco mapa mundi...eso ¡no ayuda en la intimidad eh!, te recuerda siempre lo que pasaste, ¡el trauma de que por culpa de la doctora que me atendió, casi me muero!”

...

“quedé como crucificada...con la cesárea y la cicatriz de la histerectomía...y marcada para siempre”

Para Luisa, la cesárea de emergencia en el IMSS fue traumática, no únicamente por la experiencia que imagino que tendría (parto vaginal), sino también por la cicatriz que se quedó plasmada en su vientre, afectando múltiples aspectos de su vida:

“me hicieron la cesárea de mi primer hija -hace años en el sector privado-, no se veía, sí me la hicieron [así horizontal], pero no se notaba, la hizo el doctor muy bien. Yo creo que ahí es donde estuvo su error en la atención del

Seguro Social, porque como yo estuve chille y chille en el quirófano, que me la hiciera en la misma cicatriz, le dije ¿cómo? ¿me iba a dejar otra cicatriz?... le dije que me dedicaba al teatro...que era actriz...que me iba a arruinar el cuerpo...pues ella trató de coser muy finamente para que no se notara la cicatriz, porque no se me veía, pero se abrió por dentro y tuve la hemorragia interna...tenía un moretón inmenso en el vientre... luego ya que me hicieron la de la histerectomía, bueno, me cosieron como si fuera costal de papas, en la parte de arriba parece como que está fruncida, chueca “como de Seguro Social”. De pronto mi niño me dice “¿por qué tienes dos ombligos, mamá?, ¿me da tanto dolor verme y que me vean así!”.

...

“Mis relaciones sexuales son distintas, me siento el vientre y está marcado... siento además que ya no lubrico como antes...me cuesta mucho trabajo excitarme, antes no, antes estaba segura de mi misma, con esa cruz horrible en el cuerpo [dos cesáreas y la histerectomía] ya no...”

Desde la perspectiva de Rosa, la cicatriz y la extirpación del útero también le han provocado inseguridad y baja autoestima:

“¡Es muy raro! Estoy muy insegura de cómo me veo y de cómo me siento... Y él [esposo] ¡hasta eso me ha entendido!... pero eso está mal, si yo veo que él me ve distinta, como que ha cambiado algo entre nosotros como pareja. Pero es porque “eso” que me quitaron me falta, porque tengo cicatrices por todos lados, porque no me gusta que me toque ahí, que me vea...así es difícil tener intimidad... porque de hecho yo cuando tenía relaciones sexuales con él antes de que me quitaran la matriz y antes de embarazarme, pues se sentía diferente ¿no?... hora si tengo placer pero no como antes...no soy la misma y no me trata como antes”

Las cicatrices de estas mujeres, muestran en lo físico y en lo simbólico las relaciones de poder ejercidas en los espacios clínicos; como se describe en sus relatos, permanecen sus cuerpos y trastocan sus relaciones.

5.3. Las “huellas invisibles”: consecuencias no físicas de las MME.

Las huellas invisibles, están directamente vinculadas a la atención que las mujeres reciben al presentar un embarazo, parto y durante el puerperio, se relacionan con las discapacidades físicas severas y/o crónicas y con la experiencia vivida en las instituciones de salud, interpretada desde la perspectiva situada de cada mujer, es decir, a partir de su propio proyecto de vida, su estructura familiar, su contexto socioeconómico y cultural.

Las huellas no físicas se refieren a múltiples aspectos que resultan afectados por lo vivido durante el proceso de atención, que impactan los cuerpos y las vidas. En este sentido, Lois Ashford señala:

“Las discapacidades provocadas por la maternidad perjudican la salud y la productividad de estas mujeres en el mejor momento de su vida. Además, están estrechamente asociadas a la mortalidad y a condiciones precarias de salud y crecimiento para los niños, y tienen un impacto negativo en el bienestar y los ingresos de las familias. De ahí que reducirlas es importante... para reducir el sufrimiento innecesario que causan” (Ashford; 2002:1)

Cabe mencionar que, si bien las mujeres que participaron en esta investigación tuvieron acceso a la seguridad social, sus derechos fueron violentados por la institución, agravando su salud y provocando disfuncionalidades y/o discapacidades importantes.

A lo largo de esta sección del capítulo se abordan –desde la perspectiva de las mujeres- las consecuencias de la atención institucionalizada del nacimiento, las violencias durante el tránsito institucional y principalmente, los impactos morbilidades maternas extremas que van más allá de lo físico, es decir, aquellas que trastocan la dimensión la emocional-afectiva, la social-relacional y la económico laboral.

5.3.1. La ruptura entre la expectativa y la experiencia en la atención.

La primera de las huellas invisibles identificadas en los casos de estudio es la ruptura entre la expectativa del parto y la experiencia vivida en las instituciones de atención materna - una ruptura en la *trayectoria de atención esperada*-.

Generalmente las mujeres construyen una expectativa positiva del nacimiento y sobre su estado de salud, sin embargo, en los casos que se presentan, las mujeres se ven envueltas en condiciones totalmente opuestas al presentar morbilidades maternas extremas, y con ellas alto riesgo de fallecer en el proceso.

▪ Expectativas del nacimiento.

El nacimiento de un hijo, representa uno de los momentos centrales en las trayectorias de vida de las mujeres, sus parejas y familias, es el momento liminal de la maternidad, “el ritual de paso” (Davis-Floyd; 1994); durante el parto ocurre el auténtico encuentro entre la madre y el bebé, es el momento en el que se concreta el paso de un estado a otro, termina el embarazo e inicia la maternidad:

“[el parto] ... representa un cambio definitivo de papeles, incluyendo la responsabilidad de cuidar y de promover el desarrollo de otro ser humano (Simkin, 1992). De este modo, el parto es, en sí mismo, un evento de significación psicológica incuestionable (Fischer, Astbury & Smith, 1997)” (Centenaro Levandowski et.al; 2015:335).

El rompimiento entre la expectativa y la realidad durante la atención materna genera una serie de emociones inesperadas para las mujeres; según sus relatos varios años después del nacimiento de sus hijos, estas emociones, en mayor o menor medida, continúan acompañándolas a lo largo de sus vidas y definiendo sus maternidades.

El concepto *expectativa*, proviene del latín *exspectātum* que significa 'mirado o visto', según la Real Academia Española de la Lengua, se refiere a aquello que las personas tenemos la esperanza de realizar, es algo que “hemos visto o nos imaginamos consiguiendo o realizando”. La expectativa se construye a partir de la “*posibilidad razonable de que algo suceda*”⁶⁵, es decir, no es una mera ilusión sino una construcción basada en las posibilidades factibles según la situación y contexto.

Las *expectativas de parto*, ha sido exploradas desde diferentes perspectivas analíticas desde la enfermería, la psicología y la antropología (Camacho y Romero; 2018, Beaton J, Gupton A. 1990; DavisFloyd;2001, Montes;2007).

Camacho y Romero (2018) señalan la relevancia de la experiencia de la atención del parto y los efectos posteriores en la vida de las mujeres:

“El parto es un evento complejo en la vida de cualquier mujer, caracterizado por rápidas transiciones biológicas, sociales y emocionales, donde influyen factores contextuales, políticos y sobre todo culturales. Muchas mujeres experimentan la experiencia de parto como un momento crítico de autoafirmación y un elemento central para el bienestar psicológico materno. Una experiencia de parto negativa puede conducir a sentimientos de frustración

⁶⁵ “el cuerpo puede volverse hablante, pensante, soñante, imaginante. Todo el tiempo siente algo. Siente todo lo que es corporal. Siente las pieles y las piedras, los metales y las hierbas, las aguas y las llamas. No para de sentir...Sin embargo, la que siente es el alma, Y el alma siente, en primer lugar, el cuerpo. De todas partes ella siente que él la contiene y la retiene...” (Jean Luc Nancy; 58 *indicios sobre el cuerpo; [2006]2007: indicios 12 y 13*). Siguiendo las reflexiones de Jean Luc Nancy, el cuerpo es soñante, es decir, no sólo siente y piensa, sino que se imagina a sí mismo en ciertas formas, lugares, situaciones y desenlaces; construye expectativas sobre las cosas que vive y que busca vivir.

y falta de control, y afectar a la decisión de la mujer acerca de una futura maternidad...Formarse expectativas sobre los momentos importantes de la vida puede ayudar a prepararse mental o psíquicamente para dicho momento... La discordancia entre expectativas y experiencia de parto puede incluso llevar a las mujeres a dañar su confianza como madre y jugar un papel en el riesgo de depresión postparto” (Camacho y Romero; 2018: 325)

Diferentes factores influyen en la construcción que cada mujer hace de la experiencia de atención materna, Centenaro Levandowski et.al (2015) identifican cinco principales:

1) *La influencia del resultado de un embarazo previo:*

Viviana y Luisa, experimentaron embarazos a término previos, ambos resueltos mediante cesárea en hospitales del sector privado y en general interpretados por ellas mismas como experiencias positivas. En cambio, Romina y Rosa habían presentado embarazos que terminaron en abortos espontáneos, dejando marcas en su *carrera experiencial*, lo que las predispuso a cierta ansiedad y preocupación durante el embarazo, pero ellas señalan que nunca imaginaron presentar morbilidades maternas extremas. Maribel, de 23 años de edad, primigesta, cuyo embarazo se desarrolló sin complicaciones, señala que el presentar una morbilidad materna extrema, fue muy impactante para ella, por considerarse una mujer muy joven y sana.

2) *El acompañamiento prenatal:*

Todas las mujeres recibieron atención médica prenatal en el Seguro Social y cuatro de ellas de manera paralela recibieron atención privada.

3) *La calidad de la relación con los profesionales de salud:*

En todos los casos, las mujeres señalan haber tenido una atención distante del personal médico en los hospitales públicos, a diferencia de la atención recibida en el ámbito privado; en la mayoría de los casos, como se desarrolla a lo largo del capítulo, las mujeres fueron objeto de violaciones a sus derechos, se sintieron humilladas, aleccionadas, infantilizadas, maltratadas y violentadas por uno o varios miembros del personal médico.

4) *La ayuda del acompañante o la pareja:*

Las cinco mujeres, contaban con el apoyo de sus parejas heterosexuales, quienes permanecieron en las salas de espera de los hospitales, debido a que los protocolos de atención del IMSS les impedían acompañar a las mujeres durante el parto/cesárea. Dos de

las mujeres que fueron trasladadas de emergencia a otras unidades médicas, estuvieron acompañadas por sus parejas en las ambulancias.

5) *El contacto precoz con el bebé:*

En ninguno de los casos, las mujeres tuvieron la oportunidad de establecer contacto precoz con el recién nacido.

Estos factores, intervienen en la construcción negativa de la experiencia que las mujeres tienen del nacimiento de sus hijos, aunada a la gravedad de su salud durante el puerperio y el riesgo de muerte; considerada por todas como una experiencia traumática y que desestructuró su vida futura.

De las cinco mujeres, Luisa construyó una expectativa de su parto, basada en su experiencia anterior. Ella había planeado con su pareja, que su segundo bebé fuera atendido con su médico privado, sin embargo, no quería que le realizaran nuevamente una cesárea, pensaba en la posibilidad de tener un parto vaginal:

“Tenía amigas que habían tenido parto vaginal después de cesárea o parto vaginal después de dos cesáreas, yo sabía que se podía, que estaba en tiempo, que no se llevaban meses o un año, sino que ya se llevaban tres (años) y que ya podía el niño nacer por parto, si se llevaba bien... a lo que mi doctor decía que no ¡tenía que ser cesárea!”

Ante esta situación, Luisa inició una búsqueda de atención que le permitiera cumplir su deseo de un parto vía vaginal, construyendo una expectativa en torno a la atención pública.

▪ **Expectativas de la atención institucional.**

Luisa habló con la madre de una compañera de su hija en la escuela, la cual le comentó que en el Seguro Social hacían “todo lo posible por evitar la cesáreas”, lo que la animó - con ocho meses de gestación-, a solicitar una cita en la clínica que le correspondía para que le abrieran un expediente prenatal; ahí inmediatamente fue referida al Hospital de alta especialidad en Gineco obstetricia.

“Yo iba con mi tía, salí y le dije, ¿sabes qué? Me van a retener porque el vientre se pone duro, son contracciones y me dicen que son muy seguidas. Me quedé esa noche, me hicieron lo de los cordones que te ponen para revisar el latido y me pusieron los maduradores de pulmones del niño. La verdad es que esa vez que me atendieron ahí en el Seguro me atendieron muy bien... los enfermeros, de todo el mundo, o sea, todo el mundo me atendió muy bien esa vez. Y me dio confianza... Salí al otro día, me dijeron que tenía que guardar

reposo 15 días porque el bebé podría nacer y estuve en cama casi todo el otro mes. A partir de ese momento comencé a ir a revisiones a la clínica del Seguro, ahí dijeron de principio que sí podía nacer por parto normal, que ya había cumplido tres años [del parto anterior], que no corría ningún riesgo ni el bebé ni yo y que podía ser parto natural. Entonces hablé con mi marido y le dije bueno, es que aquí me dicen que va a ser natural, yo no quiero la cesárea con el particular, o sea, ya no quiero ir con él”.

Su primera experiencia institucional fue positiva y la expectativa de la atención vía parto ectópico en la institución, la impulsó a suspender las citas con su médico particular. Semanas más tarde, asistió al Hospital de alta especialidad del IMSS, y a partir de unos estudios se le comunicó que el nacimiento sería atendido vía cesárea:

“Cuando llegas al Seguro te sacan sangre, entonces me dijeron “en tus estudios salió que tienes una baja de plaquetas y esta baja de plaquetas significa que ya tu cuerpo está ya rechazando el embarazo y el bebé necesita nacer ya, entonces tiene que ser cesárea...En ese momento yo me sentí como derrotada emocional y anímicamente, de que todo lo que yo esperaba de este nuevo parto ya se había ido otra vez a cesárea ...ya me metieron y fue horrible desde el principio, ¿sabes? Porque tengo la cesárea horizontal y me hicieron la vertical, y yo le decía [a la médica] pero ¿por qué me vas a hacer otra?, si ya tengo esa... o sea, vuelve a abrir esa, ¿para qué me haces otra? ...ella respondió horrible... yo empecé a llorar ahí...es el momento más vulnerable que tienes en la vida, estás ahí en una plancha, amarrada de las manos, desnuda, ellos están abriéndote y que la doctora te trate como “si ya sabes, ¿para qué vienes, no?” ... Te hubieras ido a pagar otra atención” ...es horrible”

Luisa expresa que se sintió “derrotada” en la lucha por vivir un parto vaginal, su objetivo era buscar una mejor experiencia para ella y su hijo y se enfrentó a una realidad sumamente distinta; en el quirófano con el cuerpo inmovilizado y vulnerable, su voz fue silenciada y se sintió violentada por el personal médico, emocionalmente fue un evento traumático. Además presentó una morbilidad materna extrema por infección uterina causada por una hemorragia interna, la cual fue resuelta mediante una histerectomía obstétrica total de emergencia. Todo este proceso la ha hecho sentir responsable:

“todo mundo me decía que el Seguro Social era horrible, todas las mujeres que yo había conocido en mi familia, que habían tenido partos o cesáreas ahí, me decían que la atención era deficiente, que los doctores te trataban mal, que las enfermeras te trataban mal, que te dejaban esperando casi hasta que ibas a parir. A mí me daba miedo... cuando nuevamente quedé embarazada comencé a tratarme con el doctor con el que nació mi hija, en el privado, y la idea es que el niño naciera ahí, pero él me dijo que me haría

una cesárea... que no quería cesárea, la verdad es que la cesárea es muy dolorosa y muy incómoda y yo ya no quería...al final, yo fui la que me aferré al Seguro Social, yo fui la que me aferré a tener un parto natural... y mira dejé a mi hijo sólo y casi me muero”

Viviana, también tuvo una cesárea previa en ámbito privado, ella había contemplado que su segundo hijo naciera mediante otra cesárea, de hecho, solicitó al ingresar al Seguro Social una cesárea programada, porque la “última vez no había dilatado”. Sin embargo, le indicaron que sería atendida vía parto vaginal.

Ella relata haber sentido angustia durante la atención en el Seguro Social, provocada principalmente por la mala comunicación y la confusión del personal médico de los diferentes turnos, algunos le indicaban que sería atendida mediante cesárea mientras que otros le daban medicamento para estimular/ acelerar el parto:

“Yo pensé que eran especialistas...por eso están ahí en un Hospital, de los mejores hospitales de la ciudad ¿no?... pero ingresé a las camas como a las 9 de la mañana y yo veía que salían y entraban varias mujeres ya casi con el niño casi afuera, luego salían y yo ahí seguía, ¿no? Llegó el turno de la tarde y yo no sentía absolutamente nada, seguía en ayuno y no sentía ningún dolor. Le dije al doctor, me toca y dice “no, es que no tiene nada de dilatación. Un residente me revisó, y le dije ¿cuánto tiempo puedo estar así? Porque nomás no siento nada y me dijo, ¿es que usted es para cesárea!, le dije si ya saben, ¿para qué me tienen tanto aquí? Ni les quito el tiempo a ustedes ni nada, me hacen una cesárea y punto. Y él me respondió indignado: “es que ustedes todo lo quieren tan fácil, no saben lo que es una cesárea”. Le digo, a ver mira, –le muestro mi cicatriz-, ya tuve un hijo y ya sé, pero si me estás diciendo que soy para cesárea, pues no le veo el caso que yo siga aquí...pero él me seguía regañando”

...

“Cuando desperté [después del traslado hospitalario] ...en terapia intensiva, tenía un séquito de doctores, todos a mi alrededor así, y hasta me asusté porque pensé qué pasó. Y el director de Gineco de La Raza, me dijo, ¡ay mi hijita! Te hubieras venido para acá porque estos doctores te desgraciaron. ¡Te hicieron una salvajada! Pero no sabes... ¿Cómo te diré? ... estaba bien espantada...luego me revisan y me estaban preparando otra vez para quirófano y yo dije, ¿qué pasó?... Me sacaron 12 gasas de la vagina para revisar y ya me estaban preparando para quirófano, y yo pensaba, ¿por qué?... Ya me preparan y me iban a meter al quirófano y dicen ¡no, no, no es ella, es la otra señora que se apellida igual, que acaba de llegar!... ¡Ay, no

sabes lo que sentí estaba ansiosa, aterrada! Otra vez para atrás...me empezó a dar como un ataque, tenía insuficiencia respiratoria, me pusieron oxígeno”

En el caso de Romina, las experiencias de abortos previos y el desarrollo del embarazo, hicieron que construyera bajas expectativas del resultado; ella vivió un embarazo con angustia y miedo, pero nunca pensó que fuera expuesta a riesgo de muerte materna:

“por eso [durante el embarazo] yo nunca quise comprar cosas, porque tenía mucho miedo a que no se lograra. Entonces dije, ¿y si no se da éste tampoco? Y si ya tengo todo lo del bebé va a ser más traumate, dije hasta que nazca, mientras sólo voy a comprar lo esencial. Le dije a mi marido “cómprale una muda para cada día, 7 días nada más y ya lo demás va saliendo”. Todo mundo me decía “¿y el baby shower?”, y yo decía no y no, no hice nada.

Las expectativas basadas en las experiencias de cada una de estas mujeres fueron distintas, sin embargo, ninguna de ellas contaba con información suficiente sobre las posibles complicaciones que pueden presentarse durante la atención materna, lo cual las ubicó en una condición de vulnerabilidad física y emocional al verse en riesgo de fallecer.

Viviana confundida, trataba de reconstruir lo vivido:

“le preguntaba a mi esposo, en las visitas, qué me había pasado, no entendía que había pasado, estaba mal mal, con miedo, dolor...sentía que me había pasado un camión por encima...y muy angustiada, nadie me explicaba nada, sólo me revisaban y se iban”

Esto coincide con los resultados de Souza et.al. 2009 quienes explican que en los casos de mujeres entrevistadas en Brasil, todas sintieron angustia por no contar con información suficiente sobre las complicaciones y los procedimientos médicos, además de que en diferentes periodos de la atención perdieron la percepción del tiempo o la consciencia, lo que las llevaba a buscar respuestas de lo que vivieron y así poder “tener clara la película”, ya que de lo contrario les parecía “difícil aceptar lo que estaban experimentando” (Souza et.al.; 2009:153-4).

5.3.2. Dimensión emocional-afectiva

“El hombre [y la mujer] está afectivamente en el mundo y la existencia es un hilo continuo de sentimientos más o menos vivos o difusos, cambiantes, que se contradicen con el correr del tiempo y las circunstancias” (Le Breton, 1999: 103).

Durante el embarazo, las mujeres presentan una serie de emociones que inician con la confirmación de la gestación, hay estudios que señalan que las mayoría de las mujeres presentan una serie de sentimientos desde felicidad hasta sentimientos de inseguridad, miedo o incluso rechazo al bebé; esta ambivalencia emocional es común y se va transformando a lo largo del embarazo (Maldonado-Durán et.al.; 2008).

Todas estas emociones implican un reto para la mujer y su pareja, debido a que a partir del embarazo y con el nacimiento del bebé, se convertirán en padres y ambos serán responsables del cuidado de un ser humano, *“con el nacimiento del bebé nace también la madre”*, señala desde la psicología Lebovici (1989) al analizar las emociones de mujeres embarazadas.

El estudio de las emociones ha sido abordado desde diferentes disciplinas y perspectivas epistemológicas (Reddy;1997, Le Bretón; [1998] 2009, Rosaldo; 1984, Lutz & White; 1986 y Calderón; 2012). La dimensión emocional, es fundamental para comprender al sujeto, para desarrollar su agencia y con ello percibirse a sí mismo como sujeto de derechos.

Al analizar los casos de las mujeres que sobrevivieron a una morbilidad materna extrema, resulta necesario incluir esta dimensión porque está entrelazada con la experiencia y con los procesos de apropiación de los derechos; las emociones que fueron surgiendo de las entrevistas generaron indignación en las mujeres, lo que implica un proceso de reflexión entre lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto, la expectativa y la realidad. Es mediante las emociones que las personas tamizan lo vivido a la luz de las explicaciones y evidencias que les dan los responsables de la atención recibida.

Son las emociones uno de los impulsos para que las se autoricen a sí mismas el levantar la voz, buscando información y exigiendo una explicación de lo sucedido, para derivar en acción y búsqueda de mecanismos de resarcimiento de la dignidad, de la reparación del

daño.

El campo de la antropología de las emociones es multidisciplinario, Esto se debe a la naturaleza de su objeto: las emociones son fenómenos psíquicos que involucran la dimensión del cuerpo, en palabras de Rosaldo (1984), son pensamientos corporeizados, es decir, vividas desde lo corporal:

“las emociones son...pensamientos que de cierta forma se “sienten” en bochornos, pulsos, “movimientos” de nuestros hígados, nuestras mentes, nuestros corazones, desde el estómago y la piel. Son pensamientos encarnados, pensamientos filtrados por la percepción de que “el yo está implicado” (Traducción propia, Rosaldo M., 1984:143)

Las emociones son hechos sociales, determinadas por los grupos y la pertenencia cultural como ha advertido Mauss (1925), pero además son hechos semióticos, significativos, comunicativos, dotados de sentido y de sentimiento (Bourdin;2016).

- **Las emociones encarnadas a partir de la atención obstétrica: miedo, ansiedad y culpa.**

Las emociones vividas por las mujeres que presentaron morbilidades maternas extremas, fueron transformándose y cambiando su significado a lo largo de la atención materna. Al iniciar el trabajo de parto la mayoría expresa que sentía alegría, nerviosismo y ansiedad por conocer al bebé, pero según iban presentándose las complicaciones que pusieron en riesgo su salud, estas emociones se fueron trasladando del polo positivo hacia el polo negativo; hay una disrupción de la expectativa positiva, marcada por el alto riesgo de muerte, llevando a estas mujeres a plantearse la posibilidad de fallecer y dejar a sus hijos huérfanos.

- **Miedo**

Rosa describe sus emociones al ingresar al hospital al inicio del trabajo de parto:

“[al ingresar al hospital] tenía muchos nervios... estaba preocupada...por todo, entre que tenía la emoción de ¡ya lo voy a conocer, ya mero llega el bebé! Entre que ya sentía que iba a ser muy doloroso, yo me decía ¡híjole esto va a estar cañón no?!, si me va a doler, desde las primeras contracciones ya me dolía, y tenía miedo, sentía mucho miedo, ya en ese momento ya presentía algo, algo no iba bien”.

Souza et. al. 2009, exploran el *miedo* como uno de los elementos del síndrome materno del “near-miss”:

“Si la experiencia física se mueve en la dirección de la sensación de muerte inminente, el miedo es la fuerza que la dirige...el miedo permea toda la experiencia de las sobrevivientes (Souza et al, 2009:151).

En dicho estudio, se plantea que todas las mujeres que habían sobrevivido a una morbilidad materna se sintieron asustadas; en algunos momentos el miedo era “medido” y en otros “terrorífico y paralizante”, resultados que coinciden con los encontrados en esta investigación. En los cinco casos analizados las mujeres expresaron con gran intensidad y emocionalidad el miedo que sintieron al sentirse a punto de morir Bauman en “El miedo líquido” sostiene que el miedo a la muerte es uno de los miedos más universales, para él este es el miedo original, es un miedo innato y endémico a los humanos (Bauman; 2007: 46).

Viviana describe el miedo a morir, al darse cuenta que estaba complicándose el parto:

“Ya en el quirófano, intentaron varias veces sedarme, pero no podían porque sentía que me iba a ir...yo temblaba y les decía, ¡no, no y no...les decía que no me quería dormir...que no me sedaran, porque me iba a morir, tenía miedo de dormirme y no despertar nunca, me moría de miedo!”

El enfrentar un alto riesgo de muerte es un proceso que impacta diversas dimensiones de la vida del sujeto; en el caso de las mujeres que presentan hemorragias severas, shock séptico, dolor corporal intenso, pérdida de conciencia y todas las manifestaciones físicas, que he descrito a lo largo del capítulo, “las huellas visibles de las morbilidades maternas extremas” llevan a las mujeres a estados emocionales extremos, que son parte medular de las huellas invisibles de las morbilidades: estrés y ansiedad, tristeza y coraje, miedo a la muerte y alivio por sobrevivir, pero también desolación por la pérdida del útero y cierre de la vida reproductiva. Esta vorágine emocional puede ser controlada por las mujeres, en mayor o menor medida por varios factores, por un lado por un cierto acercamiento a la fe y la religiosidad y por otro lado, por el apoyo de su red social, principalmente por la pareja y la familia.

Souza et.al. (2009) encuentran que muchas de las mujeres que sobreviven a una morbilidad materna extrema, recorren una ruta de aceptación que usualmente se asocia con la

religiosidad o con una figura divina. En este mismo sentido, el estudio de R. Elmir et al (2012:231).

Rosa, cuenta que ante la desesperación de no recuperarse por la infección de la herida de la cesárea, lo único que le queda era encomendarse a Dios, ella pasó más de treinta días internada en el hospital después del nacimiento de su hijo:

“yo me veía la herida y o sea, lloraba. ...porque me decían te tienes que limpiar la herida en el baño, y yo verme ahí toda floreada, toda ahí, era espantoso, lleno de pus y desesperanza y desesperación porque yo ya me quería ir, quería ver a mi hijo...yo rezaba para poder salir, para recuperarme...le decía a Dios que me perdonara por todo lo malo que he hecho en la vida, pero que me dejara salir del hospital” (Rosa; 2017)

Incluso mujeres como Luisa, que no adscribían como “creyentes”, en momentos como los que vivió, utilizó la fe como una estrategia de resiliencia ante la morbilidad:

“Yo no soy muy creyente y era muy atea hasta ese momento, pero cuando estaba en ese momento y te juro que me metí a bañar y yo rezaba y decía por favor Dios, sana mi cuerpo, para que yo pueda cuidar a mis niños, no lo puedes dejar solos, yo sé que no he sido la mejor madre o la mejor persona, pero si me dejas estar, te juro que voy a ser la mejor madre que te puedas imaginar”

▪ **Ansiedad**

Sjögren (1997) en su análisis sobre la ansiedad en relación al parto, con cien mujeres en Australia, muestra algunas de sus principales causas:

“la ansiedad por el parto se relacionó con la falta de confianza en el personal obstétrico (73%), miedo a la propia incompetencia (65%), miedo a la muerte de la madre, el bebé o ambos (55%), dolor intolerable (44%) o pérdida de control (43%)”. (Sjögren; 1997:266)

En los cinco casos de esta investigación, se identifican signos de *ansiedad* durante la trayectoria de atención médica, principalmente generada por la mala comunicación con el personal médico y la desconfianza en la institución, permaneciendo en su vida más allá de la alta hospitalaria.

Unos meses después del primer encuentro y entrevista que realicé con Rosa, ella expresa seguir sintiendo desconfianza, miedo y ansiedad por ser atendida en el Seguro Social - cinco años después del nacimiento de su hijo- :

“tengo una gran inseguridad, un gran miedo hacia el seguro social...no me puedo atender ahí...es un temor a perder la vida ¿no?...y que cada vez que voy ahí...me lo ratifican con su actitud con su deficiencia su falta de ética, de humanidad, de calidez...(llora)...no tengo confianza en ir al doctor... estaba temblando al entrar a que me revisara un doctor...Estaba temblando y pensaba ¿qué me va a hacer...me va a lastimar como antes me lastimaron? ... Me acaba de pasar que hasta ahorita me tiene muy mal de salud, [emocionalmente] tirada en el piso; pensé que tenía una infección estomacal fui al seguro social y la doctora no me reviso, me recetó algo para gastroenteritis y me fui; esperé tuve diarrea, fiebre y al regresar al seguro social...estuve tres horas esperando...no me atendían...con mucho dolor, me retorció del dolor...Me ingresaron y estuve otra hora con dolor, sentada en las sillas...no me dejaban ni acostarme...me quejé con la doctora y una enfermera me dijo que “alguien se había quejado” y a mí me dio miedo decir que era yo...porque me daba miedo de que la enfermera se desquitara conmigo (llora)...me sentía muy mal, tenía mucho dolor me retorció...y cuando se me bajo un poco el dolor, la doctora me dio mi alta...así ya...pero cual era mi sorpresa que tenía apendicitis y riesgo de peritonitis, fui a un médico privado y me operaron de urgencias...tuve tanto miedo de morir que le grabe un video a mi hijo para despedirme por si ya no salía del quirófano...tú me preguntabas qué secuelas tuvo la atención que tuve en mi cesárea...pues ésta...vivir con miedo a morirme cada vez que me toca un médico”.

Este relato de Rosa, se vincula con la violencia obstétrica, institucional y de género, y muestra sus efectos más allá del espacio clínico. El miedo a morir y la ansiedad relacionada a la experiencia previa de atención, es una huella plasmada en su emocionalidad corporal, lo cual las expone a condiciones de vulnerabilidad y riesgo de presentar enfermedades que no sean diagnosticadas a tiempo por el miedo a las revisiones médicas.

Cuatro de las cinco mujeres, expresaron que desde la experiencia de atención, habían dejado de asistir a sus consultas ginecológicas y expresaron que sentían “*terror de utilizar los servicios públicos de salud*”; lo que coincide nuevamente con los aportes de Elmir et.al. (2012), al señalar que las mujeres sobrevivientes de hemorragias severas e histerectomías de emergencia, suelen revivir su trauma mediante *flashbacks* – pesadillas, recuerdos intrusivos- , sobre todo al ingresar a las instituciones de salud, lo que lleva a las mujeres a evitar revisiones médicas posteriores al evento obstétrico traumatizante, incrementando riesgos a su salud:

“Los recuerdos vívidos, los flashbacks y las pesadillas eran un recordatorio continuo del trauma que las mujeres habían experimentado. Vivir cada día con haber tenido una histerectomía fue una lucha continua para algunas mujeres. Intentaron conciliar sus sentimientos y avanzar... Los flashbacks experimentados por algunas mujeres, ocasionalmente fueron provocados por cosas cotidianas [especialmente el] regresar al ambiente hospitalario trajo recuerdos desagradables... Los olores, las voces de los profesionales de la salud y el hecho de ver a otros usuarios del servicio en el hospital desencadenaron retrospectivas, lo que provocó que algunas mujeres hiperventilaran y se volvieran bastante aprensivas” (Traducción propia. Elmir et.al. 2012:232).

▪ **Culpa**

Souza et.al. 2009, señalan que uno de los *componentes adicionales* del denominado “*síndrome de riesgo de muerte materna (maternal near-miss)*” es el desplazamiento emocional de la mujer hacia los hijos, es decir, las mujeres aún con un inminente riesgo de muerte materna, se muestran mucho más preocupadas por sus hijos, tanto por los recién nacidos como los que están en casa, que por su propia salud (Souza et.al. 2009: 154).

Este desplazamiento emocional, encaja con los resultados obtenidos en esta investigación, al analizar los relatos de las mujeres, todas muestran preocupación por sus bebés y sus hijos en casa, así como por sus parejas, sienten la necesidad de ser dadas de alta pronto para poder cuidarlos, sienten culpa por estar graves; sus relatos señalan que la hospitalización les impidió cuidar a los recién nacidos, amamantarlos y estrechar el vínculo materno filial, se sintieron traicionadas por el sistema y por su propio cuerpo.

Luisa, explica como se ha sentido culpable por haber decidido atenderse en el Seguro Social y por la ruptura del vínculo con sus hijos por la hospitalización y la lenta recuperación de la morbilidad materna, afectando de manera multidimensional su vida y su maternidad, esta experiencia marca una ruptura de la normalidad en su ciclo de vida:

“¡Me culpo por haber abandonado a mi bebé mientras luchaba por mi vida! ...yo sentí que era mi culpa, que él [recién nacido] hubiera estado lejos de mí todo el tiempo, que yo no lo hubiera podido abrazar cuando nació, que yo lo hubiera visto detrás de un cristal, que hubiera estado como un niño más de entre los mil que nacen ahí, y que yo me haya puesto mal había sido mi decisión...yo elegí atenderme en el Seguro social”

...

“Primero yo sentía eso, que era mi culpa que hubiera estado solito bebé todo el primer mes prácticamente de vida, casi la cuarentena, pues yo no estuve con él o estaba sin estar [en recuperación física y mental] y además, pues tenía los dos chiquitos. Entonces era muy demandante, yo quería tenerlos, quería estar con ellos todo el tiempo, pensaba eso, ¿no? Yo pensaba lo que sentía cuando estaba en el hospital, de que yo solo quería estar con ellos, entonces no puedo, que ahora que sí estoy, que sí se me dio otra oportunidad de vida, que esta segunda oportunidad de vivir, no puedo irme a trabajar y dejarlos, cuando ellos me necesitan tanto. Porque la grande también estaba como que no sabía qué había pasado, qué es lo que había pasado. Y había cosas así que me contaron de cuando mi tía iba al hospital, de que de pronto mi niña chiquita, la grande se acercaba al bebé y le decía “no está tu mamá”, nos dejó solitos a los dos... (Llora)”

Todas estas situaciones inesperadas para las mujeres y sus familias, contribuyen a que ellas manifiesten tener profundos sentimientos negativos:

“el sentimiento latente de culpa puede presentarse durante la morbilidad materna severa, ocasionalmente, esta sensación de culpa puede entenderse como una forma de castigo” (Souza et al, 2009:155)

Tal como lo describe Rosa:

“claro que siento culpa, siento que todo esto paso por mí, sabes cómo lo manejé, como un castigo divino, lo que pasa es que desde el aborto que tuve... porque no me cuidé, me caí, y entonces me pasó esto... (llora, triste), ya no puedo tener otro hijo, porque por mi culpa perdí a mi primer bebé”

▪ **Ausencia de la menstruación e imposibilidad de otro embarazo.**

Las mujeres que son intervenidas con una histerectomía de emergencia, después de un parto, la describen como un evento emocionalmente devastador debido a que de manera forzada, implica un cierre de la vida reproductiva.

“Shock, trauma y horror” son las palabras utilizadas por las mujeres entrevistadas por Elmir et.al. (2012) para describir sus experiencias respecto a las consecuencias y efectos de la histerectomía obstétrica; estos adjetivos también fueron utilizados por Romina, Viviana, Maribel, Rosa y Luisa para definir su experiencia ante la extirpación total del útero, vivido como un parte aguas en su *carrera biográfica*, por los siguientes factores:

La morbilidad materna extrema y la histerectomía de emergencia fue *un evento impactante*, sorpresivo, que se presentó en condiciones de vulnerabilidad. Ninguna de las mujeres mostraba indicios de complicaciones y estas se relacionan al manejo clínico;

emocionalmente no estaban preparadas para ello y no recibieron información suficiente y clara de su estado de salud. En todos los casos, al interior de las instituciones de salud pública, se les solicitó que firmaran un “consentimiento informado” para realizarles la histerectomía, en momentos en los que ellas no estaban totalmente conscientes de lo que les estaba sucediendo.

Viviana, describe ese momento:

“Ya no supe de mí, pero así medio me acuerdo que de repente me despierta un doctor y me dice “¡señora, señora! Le aviso, ¿eh? Ahora sí, ni modo, es su último bebé, le vamos a quitar la matriz”. Yo estaba súper mal, o sea, yo no tenía ni la más mínima idea de qué firmaba. Me dijeron “¡fírmele!”. Y me acuerdo que... No me acuerdo bien qué puse. La verdad no tenía en ese momento la más mínima idea de lo que había pasado, creía que apenas mi bebé iba a nacer, porque me acuerdo muy bien que cuando... Ya después de que pasó esto, después veo a mi esposo y ya me empiezan a tapar, porque yo tenía mucho frío, estaba tiemble y tiemble, no podía dejar de moverme, me empiezan a tapar, cobijas y cobijas. Le digo a una enfermera, ¿y mi bebé? ¿Ya nació? Y me dice, ¿no le han dicho nada? Y le respondo no, no sé, no sé.”

Al superar el riesgo de muerte y principalmente varios meses después de ser dadas de alta del hospital, las mujeres viven un proceso doloroso de toma de consciencia de las implicaciones y efectos múltiples de la histerectomía. Las mujeres señalan que la imposibilidad de presentar otro embarazo ha sido muy doloroso, sobre todo para aquellas que deseaban y planeaban tener más de un hijo.

Maribel, la mujer más joven de la muestra, describe:

“Mmmm yo digo [lo más doloroso de la histerectomía] lo que más me afecta es el hecho de querer otro bebé, ahí es en donde digo si...ahí es a lo mejor en donde me pega a mí, y le pega a mi esposo ¿no? Porque si nuestro ideal era tener dos hijos, este...por lo mismo de que, es lo que te digo o sea, nosotras como hermanas siempre nos hemos visto y mi esposo con sus hermanos siempre nos hemos visto... y a él... a mi hijo quien lo va a ver, quien va a ver por él cuando necesite (llora)”

Rosa, señala que violaron su autonomía y sus derechos:

“no me acuerdo de nada, después ya desperté en el pasillo, y me sentía muy mal. Yo no quería el DIU... y menos pensé que se iba a encajar y que me traería todas las complicaciones... me quitaron esa parte de poder decidir, si quiero o no quiero otro hijo, es lo que hasta la fecha me ha causado problemas... yo siempre quise tener hijos y tener una familia... lo que me afecta hasta el día de hoy porque no puedo tener más hijos, mi hijo no tendrá nunca un hermano”

Luisa, describe el sentir dolor corporal y emocional por la pérdida del útero; tristeza de haber presentado una complicación con riesgo de muerte y coraje de la violencia ejercida por el personal de salud durante la atención de su cesárea:

“pues estuve ahí muchos días en una recuperación muy dolorosa, en este cuarto con mujeres que estaban saliendo de un legrado, que pasaban por abortos...sentía mucha tristeza, por mi matriz, que la perdí, pero también por ellas que salían sin sus bebés...todo es deprimente, lo que te pasó, lo que escuchas, el trato...el maltrato en el quirófano. Yo sentí que el quirófano fue como la sala de la tortura, dije si yo hice algo en mi vida, en este momento lo pago, todo lo que yo había hecho, aquí ya saldé todas mis deudas, porque te tratan muy mal. El anesthesiólogo era súper grosero, súper grosero todo el tiempo, me gritaba... “¡ayyyy ya deja de llorar!”, sentía tristeza, coraje, me dolía el cuerpo y todo...un dolor, un ardor por dentro y por fuera, ahí me di cuenta de lo que estaba viviendo, un horror”

El útero, tiene una serie de significados que van más allá de su función reproductiva; al analizar los relatos de las mujeres, se mostró que la pérdida del útero no sólo se limitaba a su función, sino a aspectos simbólicos relacionados a su vida sexual y de pareja y con autopercepción como mujeres. La feminidad, la menstruación y la forma en que ellas son percibidas por los demás miembros de la sociedad y de sus familias, son aspectos que fueron surgiendo en las entrevistas:

Rosa, explica:

“yo tuve problema de inseguridad en ese aspecto con mi esposo porque siento que la relación sexual no es la misma, no sé si sea porque yo ya no la tengo, ya no tengo mi matriz, ya no tengo esa parte tan hormonal que yo considero, porque antes la verdad es que si tenía muchas ganas sexualmente, y ahora ya no. ¡Es muy raro!”

Luisa, también señala los cambios en su imagen corporal y al tener relaciones sexuales:

“Me llené así de granos completamente la cara y me dijeron “pues sí, es que como no menstruas” entonces, me tuvieron que dar un tratamiento muy fuerte como para quitar el acné completamente, cuando yo ya tenía 34 años, ¿no? Tenía acné como de 16 años...Me veía horrible...insegura...además las relaciones sexuales son distintas, ya no lubrico como antes, me cuesta mucho más trabajo excitarme, si ha afectado mi vida sexual” (Luisa; 2018)

La ausencia de la menstruación ha sido un aspecto central para ella, transformándola en términos íntimos, en su relación como mujer sana cuya sangre le muestra que “todo está funcionando bien”. Además, siente que el “no menstruar” ha roto un vínculo importante con su hija mayor, quien en un par de años presentará su menarca:

“siento que me quitaron una parte de mí, de mi feminidad, de que el sangrar mensualmente, pues hace que tú tengas pues esa conexión con tu feminidad, la parte de que está ahí la sangre porque el cuerpo femenino así trabaja. Cuando yo ya no la veo, siento que me quitaron esa parte, esa parte de verla, de disfrutarla, de sentirla, de odiarla, me la quitaron...hasta de sentir cólicos, a mí de pronto se me olvida, se me olvida que yo ya no uso toallitas ni la copa menstrual nada, me olvido porque para mí ya no es algo normal y cotidiano. Ya no lo tengo, ya no sé, y te digo que con mi hija ahora como que me siento imposibilitada, yo sé que no lo estoy, pero es como me siento, como que ella no lo va a ver como algo normal, como algo cotidiano. Siento que me quitaron eso...esta conexión con mi hija, que ahora podría tener. Siento que me quitaron esa parte. Y digo, de decidir, yo ya había decidido que no iba a tener, pero de pronto, porque me decían “es que tú ya no quieres tener más hijos”. Sí, yo sé que ya no quería tener, pero tampoco quería que me quitaran la matriz, yo no quería eso”

En el estudio realizado en Uganda por Kaye et.al. 2014, se encontró que desde la perspectiva de las 16 mujeres entrevistadas al ser dadas de alta de los hospitales y al reintegrarse a su vida cotidiana, la histerectomía afectó de manera significativa sus vidas; el estudio muestra como las mujeres tuvieron que enfrentarse a conflictos y retos tales como: estigma social, aislamiento de las relaciones sociales, sufrimiento emocional abandono de sus parejas o rechazo sexual, divorcios y poco apoyo social. (Kaye et.al; 2014: 10-14).

En contraste a las evidencias de Kaye, esta investigación muestra que las mujeres si bien sienten que algunas personas las perciben como víctimas, incluso al interior de sus familias, no viven condiciones de exclusión extrema y abandono como en otros grupos sociales con mayor vulnerabilidad sin redes sociales de apoyo, como algunos casos de mujeres indígenas (Muñoz y Berrio; 2020). Las mujeres del estudio cuentan con condiciones de vida que las orillan a menor vulnerabilidad: son mujeres urbanas, heterosexuales, unidas, con alta escolaridad con redes de apoyo densas, por mencionar algunas.

Sin embargo, no están exentas de presentar emociones relacionadas a la pérdida del útero y la infertilidad derivada de ello.

Maribel, quien a los 23 años tuvo que cerrar su ciclo reproductivo señala que:

A mi si me duele no tener más hijos, sobretodo porque quería que mi hijo tuviera hermanos...aunque una vez estaba leyendo que la matriz es un órgano invisible... pero la sociedad lo hace visible ¿no? o sea, la sociedad

te estigmatiza y dice ¡ay mira ella ya no va a poder tener hijos! ¿No? Pero porque ¿no?... ahorita ya no me pega tanto, en su momento pues sí, me dolía pero pues es algo con lo que pues tienes que lidiar, con la sociedad que juzga”

Rosa, se ha sentido estigmatizada e insegura sobre la estabilidad de su relación de pareja:

“[Desde que me quitaron la matriz] ...Y pues yo siento así como algo hueco no... entonces si en ese aspecto sí... si me afecto...nos afectó. Antes yo sentía que todos me veían con lástima, las personas que sabían de la operación, yo sentía que me veían con lástima, así como ¡hay pobrecita... tan jovencita y ya no puede tener hijos! Eso también va pegando poco a poco... y bueno él [esposo] me trataba de consolar y me decía: pues es que yo ya no quiero más hijos... ¡no me gustan los niños!... decía, si tuvimos al bebé fue porque tú quisiste y porque te amo, pero yo ni quería. Y yo le respondo cuando dice eso: ¡eso es lo que dices ahorita! Él ahorita tiene 27 años y entonces pues según él dice que ya no quiere, pero...tengo mis dudas...que tal que se va con otra que sí le dé más hijos”

Ella comenta que el cierre de la reproducción ha sido vivido como “una presión de ¡disfrutar al máximo!”, debido a que todo va a suceder sólo una vez, generándole nuevamente culpa y afectando el establecimiento de límites con su único hijo:

“mi esposo si y me dice ¡es que es tu único hijo y si no lo disfrutas, después jamás lo vas a volver a disfrutar y después vas a ser una abuela frustrada que no lo va a dejar criar a sus hijos no!...y digo, si tiene razón tengo que disfrutar mi momento. Él, más que nadie, es quien me lo recuerda, porque mi suegra me dice, no, dice...es que no porque sea tu único hijo lo vas a consentir porque lo vas a malcriar, tú tienes que ponerle reglas y límites y si lo vas a castigar, lo vas a castigar, no te dejes llevar porque sientes feo... porque es tu único hijo... haz de cuenta que tu decidiste tener sólo un hijo...el la verdad la que ella me aterriza, entonces me dice, si castígalo, no te sientas con culpa de castigarlo, o a veces, darle una nalgada... porque si me dice mi esposo ¡no le pegues, porque es tu hijo y es tu único hijo y después te vas a sentir con más culpa! Así me dice mi marido.”

...

“mi hijo es la adoración de todos, mi mamá le compra esto y lo otro, me llama para que lo lleve a su casa y le tolera todo...igual mis suegros, lo dejan hacer de todo, lo malo es que lo vamos a malcriar, porque vivimos ahí con mis suegros. Un día mi hijo estaba enfermo y andaba llore y llore, yo le dije ¡una cosa es que te sientas mal y lo entiendo y otra cosa es que andes de grosero!, iba pasando mi suegro por la puerta, entró y me dijo ¡pobrecito! Nada más apapachándolo y ni sabía porque le decía yo eso, ¡estaba mal, aventando todo! No se vale... El niño escucha eso y se vuelve un descontrol

total. Si lo regaño me da culpa, si no lo hago lo reportan del kínder...llega a la casa y todos dicen ¡pobrecito, no me lo regañes y me lo castigues! Es muy difícil ya no sé qué hacer”

5.3.3. Dimensión social – relacional: hijos, pareja, familia.

Los impactos de la atención obstétrica, las morbilidades y discapacidades que la acompañan afectan la vida de las mujeres y sus grupos sociales. Trastocando relaciones, limitando actividades, roles e interrumpiendo planes que las mujeres tenían para el futuro. Ashford (2002) señala que las discapacidades relacionadas a la maternidad, tiene profundas consecuencias para las familias y las comunidades:

“La discapacidad de una madre puede tener profundas consecuencias para su familia y para la comunidad en general debido al impacto que ésta puede llegar a tener en sus responsabilidades hogareñas, sus ingresos y sus gastos. La higiene, la nutrición y la salud de los niños que tienen una madre enferma son a veces inferiores a los que reciben niños con madres sanas que viven en las mismas condiciones. Los niños mayores [pueden] a abandonar la escuela para asumir algunas de las responsabilidades maternas. Los familiares pueden sufrir problemas psicológicos, entre los que se incluyen la depresión y la sensación de aislamiento” (Traducción propia. Ashford; 2002:4)

Uno de los principales aspectos que no son visibles desde la biomedicina y por tanto desde las instituciones de salud, son las implicaciones que tiene para las mujeres que sobreviven a una morbilidad materna extrema al salir del hospital. En los casos de esta investigación, resulta necesario desarrollar los impactos que las mujeres señalaron en las entrevistas:

- **Desapego y lactancia durante la hospitalización y la recuperación.**

La hospitalización y las consecuencias físicas de las morbilidades maternas, tienen efectos en la relación que establecen las mujeres con los recién nacidos. Souza et.al. (2009) identifican que las mujeres que sobreviven a una morbilidad suelen experimentar una “ruptura temprana del vínculo madre/hijo” lo que puede significar para ellas un impedimento importante para la plena experiencia del convertirse en madres. En este sentido Rosa explica:

“Mi suegra se dio cuenta de que mi esposo y yo peleábamos mucho en esa época, ya cuando me dan de alta y estoy de regreso en la casa de mis suegros. Ahí apenas empiezo a tener la relación con el bebé, a tener ese vínculo con el bebé, pero me cuesta mucho trabajo generar ese vínculo con el bebé porque yo lo sentía ajeno, o sea yo no sentía ese lazo con él, y lo veía así como ¡ah

mira ese bebé, que bonito bebé! Pero nada más....me preguntaba ¿pus porque llora, pues quién sabe? Pero pues ese mes que estuve hospitalizada pues yo no lo cuidé...y yo regreso y no me dejaban ni cargarlo, me decían no puedes cargar cosas pesadas y no puedes hacer esto y no puedes hacer lo otro, bueno prácticamente estaba otra vez en el hospital pero pus con niño ¿no?... Y mi esposo tampoco sabía cuidar al bebé...pues durante mi hospitalización, se enfermó de varicela y pues él tampoco sentía “ese vínculo”, los que nos ayudaron fueron los papás de mi esposo y los abuelos, y unas tías...¡no conocíamos al nuestro hijo de plano!”

Luisa, describe como doloroso el no haber podido cuidar y amamantar a su hijo recién nacido, a diferencia de la experiencia con su primera hija a quien tuvo en brazos desde el nacimiento y con quien logró reforzar, mediante el cuidado intensivo, el vínculo materno:

“Con mi hija fue distinto, bien bonito... Con él no...ingresé al hospital porque me sentía muy mal... tuve muy poco tiempo en los brazos y me fui a urgencias...cuando regresé ya no podía amamantarlo, porque estaba llena de medicamento, se me cortó la leche cuando quería alimentarlo, él ya no quería (llora). Yo apenas lo acostaba y me pegaba al bebé y él lloraba y lloraba, y luego lloraba yo de culpa porque esto era mi culpa...hasta que le dábamos la mamila, nunca logramos la lactancia después de eso. No podía hacer del baño, el dolor era demasiado, fue muy lenta la recuperación. Yo estuve en cama, como cuatro meses o sea el bebé nació en noviembre y yo realmente me levaté y que pude salir a la calle en febrero, antes no pude. Un día intenté salir y tenía un dolor insoportable de espalda, de cintura y de cabeza, un día que intenté salir a la calle a “algo” no me acuerdo a qué, y regresé y me volví a acostar...además tenía miedo de dejarlo sólo otra vez...que me pasara algo y no pudiera volverlo a ver”

▪ **El aislamiento de las relaciones sociales y familiares.**

Las morbilidades maternas extremas afectan la vida social de las mujeres, una de las huellas invisibles es el aislamiento generado por la recuperación y las secuelas. Los resultados obtenidos en la investigación coinciden con los que señala Souza et.al. (2009):

“muchas mujeres parecen haberse aislado cuando enfrentaron el proceso que involucra la enfermedad y su tratamiento. Varios factores pueden influir en esta actitud, yendo desde el estado de salud de la mujer hasta preguntas relacionadas al género, que prevalecen hasta el día de hoy, la fe en Dios que tiene control sobre el proceso y la maneras en que funcionan los servicio de salud” (Traducción propia. Souza et al, 2009:153)

Maribel, expresa la soledad que vivió durante la hospitalización:

“Si más que nada, allá en el hospital estaba yo sola y cuando eran las visitas, me decían ¡que trajeron al bebé... asómate por la ventana! Y era terrible que

me asomara sentía muy feo verlo de lejos... pero ellos me decían...pero ya estamos aquí, échale ganas, por ti y por él...no tenía fuerzas, nada, me sentía muy mal

Durante la recuperación, Viviana se aisló de todo contacto fuera de la casa de su mamá, en donde ha vivido desde la alta hospitalaria; los impactos del sobrevivir con una fístula vesico vaginal le generaban conflictos en sus relaciones sociales, la crianza de sus hijos, su autoestima y seguridad:

“Me dolía todo, todo el tiempo, entre en una depresión muy fuerte, por la incontinencia, el olor y los dolores... ni mis amigas sabían, yo si les dije ¡me pasó esto y esto, pero no les dije mi situación, de cómo realmente andaba! (llora), no salía a la calle, pues por pena y que dijeran ellas y la gente de verme así”

...

“Mi papá vino y dijo “¿qué? ¿Dónde están mis nietos y su papá?”, le digo, se fueron con su papá, y me pregunta “¿y tú?”. Le respondo no, pues yo no quise ir, y me dijo “no, hija tienes que hacer tu vida normal”. Y yo por dentro “¿no ves que traigo pañal?” yo lloraba y me sentía re mal...y en verdad, yo me ponía el pañal y me ponía los pantalones de embarazada y se veía, se notaba y decía esto la gente lo va a notar, toda la gente lo va a ver y si se me sale, me voy a mojar toda, no, no, no...En las fiestas era “¿no vas a ir?”, decía mi esposo y mis papás ... ¡No, no voy a ir. Es que... ¡no quiero y no puedo ir!... Sí, pues sí, más que salir, a veces iba por él [mi esposo], pues yo no cargaba nada. Sí yo hacia algún esfuerzo o algo, se me salía la pipí... cualquier cosita así los esfuerzos y gigantescos se salía todo, no.... pues mi mamá era la que lavaba y planchaba...no nos alcanzaba el dinero, con los pañales del bebé, la leche y mis pañales...nada de irme a comprar algo, nada...No, nada, nada. Con trabajos me quise cortar el cabello, no tenía ganas de nada...no solo era algo físico, estaba devastada por dentro y por fuera”

Este aislamiento suele estar acompañado de emociones negativas, algunas mujeres incluso señalan haber presentado estados depresivos prolongados:

“Nooo... y luego familia de mi esposo salía con la invitación de ¡vamos a nadar!, y pues no, yo no voy. Y me decía mi esposo vamos a mandar a niño para que salga él pobrecito se la pasa encerrado conmigo...pero yo ¡no puedo salir así!... y a lo mejor no la hacían por malos, ¿no? Pero yo dije ¡a nadar y el calorón y yo en pantalón van a decir está loca!, ¿qué le pasa?...porque nadie sabía que estaba yo tan mal...me daba pena pues decirles que estaba así... Y ni siquiera una cervecita tomarte, porque es peor, córrele. Y luego de esa fiesta, me acuerdo muy bien porque era en un pueblito y los baños están

hasta la colina, y yo que ya no aguantaba, sentía que se me escurría y llevaba vestido. Decía “no, Dios mío, no, no, no...la fila para el baño, luego siempre cargaba con mi bolsa, tenía que llevar unas toallas dobladas eran unos cuadros así grandes, y los pañales era súper incómodo..., ya desde ahí dije no....yo no puedo salir...me deprimí mucho y dejé de salir de mi casa”

En los casos de mujeres sobrevivientes de morbilidades maternas extremas que son dadas de alta con una fístula vinculada a la atención obstétrica, Ashford (2002) explica que suelen experimentar consecuencias sociales devastadoras, desde el estigma hasta el abandono de la pareja:

“El aislamiento social se añade al dolor...Las mujeres que padecen una fístula no sólo pierden a sus bebés (en la mayoría de los casos), sino que también pierden constantemente orina y heces que producen un olor desagradable. Es común que se sientan avergonzadas o deshonradas, a menudo sean abandonadas por sus maridos y poco a poco pierdan a sus familias, sus amigos y sus actividades de rutina, para caer en una vida miserable”⁶⁶ (Traducción propia. Ashford; 2002:4-5)

- **Consecuencias y reajustes familiares y de pareja: los silencios y los olvidos.**

La larga recuperación física de Viviana causó una serie de reajustes en la dinámica familiar. El matrimonio se vio en la necesidad de residir de manera permanente en la casa de los padres de Viviana, para que su esposo pudiera ir al trabajo y ellos se hicieran cargo de las labores del hogar y los cuidados de los hijos. El reacomodo familiar trastocó su vida de forma que por casi ocho meses, Viviana y su esposo no compartían la habitación, ella tuvo que dormir en otra cama, junto a su madre y el recién nacido.

⁶⁶ Ashford agrega que las fistulas afectan a mujeres en los países en vías de desarrollo: *“en forma desproporcionada a las mujeres jóvenes y pobres, especialmente a las muy jóvenes o primerizas; a aquellas cuyo crecimiento se ha atrofiado por una nutrición deficiente o enfermedad infantil; a las que habitan en zona rurales; y a las que tienen partos en sus casas con cuidados tradicionales. Se estima que casi 2 millones de mujeres, predominantemente en África y el subcontinente de la India, padecen fistulas. Cada año se producen entre 50.000 y 100.000 casos nuevos, en su mayoría en mujeres menores de 20 años....El tratamiento es posible, pero a menudo no está al alcance de las pacientes” (Traducción propia. Ashford;2002:4)*

“Sí fue algo difícil, imagínate no poder cuidar a mis hijos, ni hacer ningún esfuerzo. Y salir, ¿cómo? Con la cosa esa, pues no, estar aquí encerrada, y yo dormía con mi mamá, porque mi hijo el más grandecito se quería dormir con su papá y para que no me pateara, ni nada...y yo no los despertara con el bebé y con la pipí...que se me salía en la noche. Y el bebé recién nacido se dormía con mi mamá. Yo no podía moverme, ni nada. Y si el bebé lloraba, mi mamá ya rápido a darle de comer... con mi esposo eso que vivimos...incluso eso de dormir separados no nos afectó...Nos unió más. La verdad sí me saqué la lotería (llora), porque todo lo que aguantó, yo pensaba no y si quedo así, pues ahí te buscas alguien. Y me decía ¡no! ¿cómo crees?...Pero yo decía “yo creo que me voy a quedar así...con el hoyo en la vagina, con pañales...y ni para cuando poder tener relaciones sexuales...paso un montón casi como año y medio ... o más...hasta que los doctores me dijeron que podíamos dormir juntos y tener relaciones bien”

Es común que las familiares cercanos a las que sobreviven a estas morbilidades, tengan dificultades para hablar sobre la experiencia vivida (Souza et al, 2009:155). Rosa, expresaba que esposo se sentía muy incómodo al saber que ella platicaba, para esta investigación sobre su experiencia, decía que le hacía mal que ella recordara todo esto y él desde que Rosa salió del hospital, no volvió a hablar de lo que vivieron, de la morbilidad y de la histerectomía. Incluso estuvo renuente a que Rosa ingresara la queja médica ante la CONAMED, porque pensaba que era una pérdida de tiempo y que nada más Rosa se desgastaba y *“dejaba más tiempo solo al bebé”*.

“Tenemos muchos problemas de pareja... en el embarazo estábamos bien, pero ya después de que nació el bebé y que me puse grave, ya no....Es que ¿sabes qué?, (tono triste, voz baja) él es bien reservado, yo para que él me diga algo, ¡uyyy! ¡Está en chino! y ya si me lo dice, lo hace molesto. Entonces pues si como que no ha habido esa comunicación, como que él se me aisló mucho... todo fue a raíz de todo esto, el problema fue ahí... fue el hecho de que me quitaran la matriz ¿no? Y que cambiaran mi vida y que yo no me esperaba nada de esto. Entonces yo digo que mi problema empezó ahí que yo he ido arrastrando hasta hoy y si él no quiere ni hablar de eso que vivimos pues... ¡así no se va a arreglar nada!”

Las experiencias y la forma en que cada mujer resuelve y afronta los problemas generados por la morbilidad materna y sus secuelas, es diferente, en algunos casos este evento disruptivo une a las familias y parejas y, en ocasiones dirige la relación a momentos de tensión y conflictos, muchos de ellos vinculados al cierre de la vida reproductiva.

Viviana señala después de varios meses de recuperación de la fístula:

“La verdad sí me saqué la lotería (llora), porque todo lo que aguantó, yo pensaba no y si quedo así, pues ahí te buscas alguien. Y me decía ¡no! ¿Cómo crees?...yo te quiero a ti”

Rosa también comenta:

“tuvimos muchos problemas como pareja, yo a veces siento que se va a ir a tener hijos con otra mujer, porque yo ya estoy “pues así vacía” y no puedo”

5.3.4. Dimensión económico-laboral: mujer, pareja y familia.

El Consejo Nacional de Investigación de los Estados Unidos, a través del reporte de trabajo del Comité de Población (2000) señala que:

“[en años recientes] se han generado datos que exploran las consecuencias de las morbilidades extremas... Sin embargo, se sabe muy poco acerca de las consecuencias sociales y económicas de dicha morbilidad para los niños, las familias y, en última instancia, la sociedad en su conjunto. Hay poca investigación sobre los efectos sociales y económicos de la morbilidad materna en particular, pero es probable que tenga consecuencias similares a las de otras enfermedades y discapacidades de adultos... por ejemplo, [se encontró] que la reducción en la productividad de un adulto enfermo a menudo resulta en una reasignación de la mano de obra. Los costos médicos por su tratamiento pueden requerir cambios en los patrones de consumo, ahorro e inversión de los hogares... la morbilidad (debido a cualquier tipo de enfermedad o lesión, no sólo problemas reproductivos o maternos) redujo el consumo de los hogares...” (Traducción propia. National Research Council NRC:2000:17-18)

En las entrevistas se encontró que las mujeres y sus familias tuvieron gastos no contemplados debido a las morbilidades maternas extremas y sus secuelas. Lo cual fue una de las motivaciones para ingresar la queja ante la CONAMED. En los casos de Romina y Viviana, quienes tuvieron los mayores gastos en el sector privado y cuyas quejas resultados Procedentes, recibieron una indemnización por parte del IMSS y reembolso de algunos de los gastos realizados. Sin embargo, en todos los casos las MME y la experiencia de atención generaron otros impactos invisibilizados por las instituciones que afectan la economía de las familias nucleares, extensas y las comunidades en las que viven estas mujeres.

- **Los gastos de bolsillo derivados de las morbilidades y sus secuelas.**

Ashford (2002) explica que en los países menos desarrollados, uno de los impactos de las MME y las discapacidades vinculadas a la maternidad, es el desajuste de la economía familiar:

“El costo del tratamiento médico de la madre puede cambiar los patrones de consumo del hogar y reducir los ahorros y las inversiones. La menor productividad de la madre puede reducir los ingresos y la productividad de la familia, y obligar a los niños a ingresar al mercado laboral” (Ashford; 2002:4-5)

En este sentido Viviana describe:

“fueron muchos gastos que no pensábamos hacer, desde medicamentos al salir, los pañales para el bebé y para mí, la leche en polvo porque no le di mucho pecho...sobre todo los gastos más fuertes fueron de mi problema de la incontinencia... mi esposo buscó por cielo, mar y tierra algo con lo que yo me sintiera más cómoda, porque no quería ni salir, hasta que encontró unas toallas gigantes, como de 10 centímetros de gruesas, pero era lo que me hacía sentir más normal. Me las ponía, pero no podía tomar nada de agua, nada, porque yo no llegaba a la esquina de mi casa sin empaparme. Yo compraba siete toallas y eran 180 pesos....pero a veces, no siempre, pues para que mi esposo no gaste, porque yo lo veía angustiado (llora), pues...aguantaba mucho tiempo para no cambiarme, para que no gaste más, ¿no?, le decía, no te preocupes todavía tengo toallas...Lo bueno es que tenía trabajo, porque lo peor es que no hubiera tenido trabajo...después lo tuvo que dejar porque era muy demandante y el bebé ni lo conocía, le digo “aquí ya nadie te conoce”, pues no lo veía...él trabajaba sábados, domingos, todo. Y tomó la decisión salirse de ahí y buscar en otro lado”

...

“pero al ingresar la queja y que salió procedente, si nos pagaron lo del seguro de gastos médicos pero ¡nada de todo los gastos que tuvimos durante todo ese año de gastos y gastos y gastos!... antes de que me operaran en el hospital privado, no nos alcanzaba para el coaseguro y los gastos...y yo dije ¡Pues no me opero! pero me dijo mi esposo ¡vendemos el carro y a ver qué, pero si te operan...necesitas estar bien!...pedimos dinero, nos endeudamos horrible, con el banco y la familia...debíamos todo”

Romina, también explica cuáles fueron los gastos no contemplados durante el proceso, pero que se volvieron indispensables para salvarle la vida:

“Me recibe el doctor privado en urgencias, me hace unos análisis y me dice “hay cuatro de anemia, de mínimo necesita subir a siete...Es más, vamos a agilizar esto, yo no te voy a cobrar la transfusión, pero tú vas a ir al banco a conseguir la sangre...que no sale barata ehh” ... Le dije a mi marido tú ve a y

cómprame la sangre que necesito. No tarden, no sé ni de dónde sacó el dinero, pero si me operaron...si no me moría”

El médico privado de Romina, aceptó intervenirla, aunque ella y su familia le expresaron su incapacidad de acceder en ese momento a los recursos económicos suficientes para cubrir los gastos. Una fracción de erogado en el sector privado, fue cubierto por la indemnización recibida con la queja médica:

“con lo de la CONAMED, el IMSS pagó...a lo mejor lo que costó la cirugía, pero no pagaron lo que implica el medicamento, la estancia, los honorarios de los anestesiólogos, varias cosas que sí tuvimos que pagar de nuestros ahorros y endeudando a la familia. El doctor, se portó buena gente, me dijo, “te voy a cobrar un tanto por ciento”, porque es médico de mi prima, fue que aceptó y dada las circunstancias, no se tenía todo el dinero y dijo: “mira, nada más me vas a pagar un porcentaje de mis honorarios, no el 100% que acostumbro cobrar y me lo vas a pagar cómo puedas. Sólo me urge pagar al anestesiólogo, a no sé quién y a no sé cuándo.... Me dijo: ¡Lo mío lo dejamos a un lado y dime en cuánto tiempo puedes o cuánto tiempo crees tú que necesites para que me lo puedas pagar!”.

▪ **Reincorporación de las mujeres a la vida laboral.**

En términos económico y laborales, las morbilidades también han impactado de manera directa las trayectorias de vida de las mujeres. Muchas de ellas dejaron de trabajar a causa de los largos periodos de recuperación física, otras estaban emocionalmente trastocadas por el trauma vivido, lo que las limitaba para incorporarse a la vida laboral, la mayoría sentía que debían de quedarse a cuidar a sus hijos, no “abandonarlos de nuevo”; la experiencia vivida incidió en sus decisiones laborales:

Luisa, egresada de la Universidad Nacional es licenciada en teatro y actuación, pero después de las complicaciones del embarazo y las secuelas de las morbilidades extremas, dejó de trabajar por más de tres años:

“yo trabajaba con mi papá, en su negocio (de mi papá) y cuando tuve esto de que era amenaza de parto prematuro, entonces dejé de trabajar con él... después de todo lo que pasó y todo, pues ya no trabajé...además entré en una depresión que me tumbó... sólo lloraba y lloraba, no podía concentrarme, estaba muy deprimida... Apenas empecé a buscar trabajo, cuando mi bebé entró al kínder, ya habían pasado tres y medio años desde que “casi me muero” y dije “bueno, necesito un trabajo en el que solamente esté las horas que ellos estén en la escuela, no más”. Porque yo creo que la maternidad y sobre todo la mía, tiende a cambiarte la vida, no me late eso de que “¡que los

hijos se acoplen a ti! He escuchado eso, ¿es que él tiene que acoplarse a mí y a mis horarios!, o sea, ¡No...casi me muero dándole la vida!... después dije ¡necesito un trabajo! y la docencia es un trabajo noble, doy clases de teatro, trabajo las horas que ellos están en la escuela, punto. Salimos juntos y estamos todas las tardes juntos y las vacaciones juntos”.

Rosa, Ingeniera petrolera dejó de trabajar desde las últimas semanas del embarazo hasta que su hijo ingresó al preescolar, más de cuatro años después del alta hospitalaria:

“al salir de la carrera estaba embarazada, tenía un trabajo para seguir de Ingeniera petrolera pero pues por mi embarazo, recomendé a mi esposo y le dieron a él mi trabajo... Ser Ingeniera es difícil, primero porque es una carrera que está dirigida más para hombres, en segunda, te piden mucha experiencia por el tipo de carrera que es. Lo que yo he aprendido en todos estos años es que la experiencia es lo fuerte, no es de que el sistema educativo te lo va a venir a dar todo, si te ayuda y todo para las investigaciones, pero pues más que nada todo lo vas a aprender en el trabajo...Entonces le digo yo a mi esposo, pues yo salí embarazada de la universidad, ni experiencia tengo y ni siquiera hay lugar para mujeres y menos para mujeres que son mamás ¿no?”

En este caso, las normatividades en torno al género atraviesan su vida laboral y entran en conflicto con el ejercicio de su maternidad, tensión que se reflejaba en sentimientos relacionados a baja autoestima por la falta de reconocimiento de la pareja:

“Mi parte profesional no la he podido ejercer en parte por eso, por la culpa. Porque si me voy a trabajar me voy a perder la infancia de mi hijo. Y si lo intenté, un año después de que mi hijo nació y que ya no tuve dolores por la infección de la cesárea y lo del útero...intenté trabajar siete meses, y ahí sentí que me dio como la depresión postparto...ahí la sentí...porque yo veía a las mamás en las mañanas con sus niños, los niños dormiditos, y los llevaban a la escuela o a la guardería y yo lo dejaba a mi hijo en la casa, dormido, y o sea... yo con prisa, y yo llegaba al trabajo y mi esposo...no tenía trabajo... me mandaba videos al celular y me decía... ¡mira lo que está haciendo el niño!...y yo sentía así como... que cruel, porque él se quedaba en la casa a cuidarlo y yo me iba a trabajar, y le decía... ¡tú si estás viviendo esa parte y yo no!...pues fue muy difícil, porque yo veía a las otras mamás que iban por sus hijos y que paseaban con sus hijos (llora) Y así... entonces, yo llegaba a la casa, yo llegaba cansada, yo estaba fastidiada de estar en la oficina y de todos los problemas que tenía yo ahí, que tenía que resolver...pero a la vez me sentía bien, porque me sentía importante, pero llegaba a la casa y pues no estaba el niño listo para irse al otro día a la escuela, entonces yo llegaba a veces de malas, y me decía mi esposo...!es que no pasas tiempo con él, niño... y es que no convives con él y es que pues no te fijas en sus gracias!... había veces que me quedaba yo en la sala pero

así como que iba, así como que pensando, me quedaba desconectada y ni escuchaba que ellos hablaban y me decía mi esposo gritando ¿no pusiste atención verdad? Pero ya cuando me gritaba me daba cuenta... y le decía ¡No, la verdad no!... y no sé qué dijo el niño y eso era una bronca con él porque...me decía ¡es que te estás perdiendo lo mejores momentos de la vida por seguir tu vida profesional! y que no sé qué y yo así como que sí entendía, decía ¡si pero quiero trabajar, quiero sentirme importante, quiero sentirme útil! por decirlo. Bueno llegó a tal grado que me tuve que salir, tuve que dejar de trabajar, porque el niño empezó a tener problemas de rebeldía en la escuela...yo sentía que era mi culpa, que no era una buena madre si me iba al trabajo”

Por otro lado, se ubican los casos como el de Romina, dedicada de tiempo completo a su carrera como ingeniera civil, reconocida por su pareja y apreciada por la empresa en la labora. Ella desde las complicaciones del embarazo, tuvo la flexibilidad laboral de trabajar algunas semanas desde su casa, hizo efectiva la incapacidad por gravidez que otorga el IMSS y algunas semanas más que le otorgó su jefe al ser dada de alta del médico privado. Cuando finalmente recuperó la salud se reincorporó al trabajo, en el que ha permanecido por casi ocho años:

“Cuando tienes un hijo le apuestas a todo, y más siendo hijo único, entonces ya, una de las cosas por las que trabajo es exactamente para cumplir esas necesidades, que a lo mejor uno no las tuvo en su tiempo, pero sí le quieres dar lo mejor. Entonces, le invierto a su educación, a su desarrollo, y dentro de... pues ya hasta va en la lectura, casi... Yo preferiría quedarme en mi casa siendo mamá, pero desgraciadamente la situación económica que estamos viviendo en el país ya no te lo permite o trabajamos los dos...o no alcanza. Los dos somos Ingenieros tenemos una carrera que es muy voluble, afortunadamente ahorita estoy en una empresa en la que me he podido colocar durante ocho años, pero la construcción es muy voluble, entonces, quien no se logra colocar ¿cómo?... En este caso mi marido tiene lapsos hasta de cuatro meses sin empleo. Entonces, alguien tiene que estar estable en casa....y cuando él está laborando, pues igual completamos la situación, porque uno nunca sabe”.

Para algunas de las mujeres el impacto de sobrevivir a una morbilidad ha transformado su vida, en mayor o menor medida; a lo largo del periodo de trabajo de campo algunas de ellas se fueron reincorporando a la vida laboral, ya sea con emprendimientos desde casa y otras en trabajos flexibles. Sin embargo, durante casi cinco años después de haber presentado las MME, su productividad se redujo sustancialmente, y requirieron apoyo de las redes familiares, tanto para la manutención familiar como para el trabajo de cuidados.

Sus esposos o parejas, se vieron obligados a trabajar más tiempo –fines de semana y días festivos- reduciendo el tiempo de cuidados a la esposa y los hijos, al descanso y la recreación con la familia.

La esfera económico laboral es fundamental para comprender las huellas invisibles de lo vivido por las mujeres; en todos los casos se erogaron gastos no contemplados derivados de la atención obstétrica y las secuelas, provocando desequilibrios económicos, endeudamiento, incapacidad laboral por causas relacionadas a la depresión y las secuelas físicas, así como una importante baja en la productividad y capacidad de consumo de las familias.

5.4. Entre “lo visible y lo invisible”: las experiencias de violencia durante la atención médica

En las trayectorias de las mujeres se identificaron diferentes niveles de expresión de violencia; según la clasificación que propone Campiglia (2017)⁶⁷:

El abandono como forma de violencia:

“me pusieron oxitocina y se fueron, nos dejaban solas, se metían todos a la sala de expulsión y no me escuchaban... gritaba, ya no aguantaba, ya no podía...les pedía que me hicieran cesárea...tuve parto obstruido, no se dieron cuenta a tiempo para la cesárea, mi hijo se pudo haber muerto y yo con él”

Rosa vivió una violencia velada:

“me obligaron a firmar el consentimiento del DIU, yo no quería, ya había firmado el consentimiento en las consultas prenatales, quería esperar para tener un método...me obligaron y se me incrustó, se me infectó todo, no tenían el derecho de condicionarme la entrada a quirófano si no firmaba”

“tenía miedo, por eso no me quejaba tanto, porque tenía miedo a que ellos (personal médico) de que me trataran peor, a que no me pusieran el

⁶⁷ Campiglia propone la clasificación de tres categorías que conforman un eje articulador de las distintas clases de actos violentos que operan a través del dispositivo biomédico sobre las mujeres durante la atención institucionalizada de sus partos: 1.La violencia desnuda: el maltrato; 2. el abandono como violencia y 3.la violencia velada, refiriéndose a la híper-medicalización: *“La violencia velada ejecuta un desdibujamiento de la condición de sujeto de las parturientas por medio de una serie de prácticas estandarizadas que apuntan a la serialización. La puesta en suspenso de la condición de sujeto de aquel al que se atiende posibilita que el abandono ocurra, ya que por medio de ella se limita a la paciente a su condición orgánica. El abandono, a su vez, habilita el ejercicio desnudo de la violencia pues traza una zanja profunda entre el equipo de salud y el colectivo de pacientes. Dicha zanja que se ve profundizada por diferencias las étnicas y socioeconómicas que se ponen en juego en el intercambio entre personal de salud y pacientes, convirtiendo a la atención del nacimiento en un recurso para fijar las asimetrías en las relaciones de poder imperantes en la sociedad”* (Campiglia;2017:113-4).

medicamento correcto, que no me pusieran a sus horas los medicamentos... a que se desquitaran de mi queja... a que hubiera un desquite pues... Incluso porque cuando el jefe de ginecología del piso fue a hablar conmigo... fue a decirme ¡oye! ¿Sabes qué?... ¡no andes preocupando a tu familia con tus quejas porque si no no vas a salir tan rápido como quisieras!, ¡si te quejas con el director de la clínica, nada más nos traes problemas a todos!... ¡ponte abusada!”... o sea como amenaza, así lo sentí así... y pensé que podrían tomar represalias”

Violencia desnuda.

Viviana describe:

“me metieron los fierros, el dolor era insoportable y me desgarraron todo...me perforaron el cérvix...no sabían usarlos... me partieron por la mitad”

Durante el puerperio, Rosa expresa:

“en las curaciones de la herida cesárea infectada, no me ponían anestesia local, nada me pusieron, fue así como ¡al viva México!... me dolía más que el parto. Si de verdad que si me dolía muchísimo...se burlaban y me decían ¡no aguantas nada!, fue humillante”

Coincido con la perspectiva de Scheper-Hughes y Bourgois, al señalan que la violencia no puede entenderse únicamente en términos físicos. La violencia es un *continuo* que incluye ataques a la identidad, a la persona y a la dignidad, de manera velada, indirecta o directa; estas dimensiones sociales y culturales de la violencia son las que le otorgan “*poder y significado*” (Scheper-Hughes y Bourgois;2004).

Con los casos mostrados a lo largo del capítulo, se evidencia que la violencia durante la atención obstétrica y a lo largo del tránsito institucional, desdibuja la figura de las mujeres como sujetas de derechos. Estas experiencias de violencia dejan consecuencias que van más allá de lo físico, que quedan marcadas en la vida de las mujeres.

A lo largo de este capítulo, se ha mostrado que las morbilidades maternas extremas no son sólo complicaciones en términos biomédicos o clínicos sino que “sufrimientos ocultos/velados” que se viven y significan en y desde el cuerpo femenino y cuyas secuelas y consecuencias traspasan los espacios clínicos, impactando la vida de las mujeres, sus parejas, hijos(as), familiares y comunidades.

Se ha buscado dar cuenta del amplio espectro de factores que se intersectan al presentarse las morbilidades maternas extremas y las características e impactos de su manejo dentro y fuera de los hospitales. En cada uno de los elementos que se desarrollan en el texto, se han mostrado las principales coincidencias con las investigaciones que exploran las secuelas

clínicas de las morbilidades maternas extremas y con aquellos que analizan las “otras consecuencias” es decir, las afectaciones psicológicas y sociales de las morbilidades (NRC; 2000, Ashford; 2002, Smith et. al.; 2006, Souza et.al.; 2009, Elmir et.al.; 2012).

Un elemento que no identifican dichos estudios, es el papel central de las violencias durante la atención médica, su relación con las MME y con las consecuencias e impactos de estas morbilidades en la vida de las mujeres.

Planteo la urgencia de visibilizar tanto las secuelas físicas como las consecuencias no físicas de estos procesos, sin reducirlos a efectos psicológicos de la atención. Es necesario nombrar los efectos de la violencia obstétrica dando cuenta de su carácter sistémico y estructural, con secuelas y consecuencias que van más allá de la atención del parto, desestructurando la vida de las mujeres en múltiples formas, algunas de ellas descritas en esta disertación.

Si bien los casos descritos, dan cuenta de mala práctica, negligencia e impericia durante la atención al parto y puerperio, en muchos de ellos, las violencias atraviesan de manera transversal las trayectorias de atención mostrando acciones u omisiones institucionales, expresiones de control y disciplinamiento de los procesos reproductivos que violan de manera normalizada, naturalizada y muchas veces de sistemática los derechos de las mujeres.

A lo largo de este capítulo se ha buscado visibilizar la relevancia de las huellas de las morbilidades, las que se han denominado visibles, son identificadas por la biomedicina y desde ese enfoque, son las únicas consecuencias. Sin embargo, las huellas no visibles de estas morbilidades parecen no importar, a pesar de provocar múltiples problemas en la vida de las mujeres, sus parejas y familias, tales como los graves efectos emocionales, psicológicos, relacionales y de pareja, de crianza y en la construcción de las maternidades, así como en términos económico laborales, cuyas consecuencias pueden identificarse incluso varios años después de haber presentado la morbilidad.

Capítulo 6. La queja médica como búsqueda de la ciudadanía de las mujeres del estudio

6.1. Introducción

A lo largo del presente capítulo se muestran las características centrales del proceso de queja médica de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, buscando visibilizar las diferencias entre las quejas y vías la inconformidad por los conflictos relacionados a la atención médica en México.

Asimismo, a partir de las trayectorias de queja médica, recorridas por las mujeres que participan en el estudio, se exploran las motivaciones y expectativas de cada una de ellas durante el proceso, visibilizando los significados que estas mujeres otorgan al recorrido institucional y al resultado de la queja ante la CONAMED.

Finalmente, dialogando con estudios recientes sobre las ciudadanías y de gobernanza reproductiva, se propone pensar las experiencias de los casos de estudio, como evidencias de estrategias de apropiación de derechos y construcción de una ciudadanía enlazada con los derechos sexuales y reproductivos.

6.2. “No es lo mismo quejarse que denunciar”: las características del proceso de queja médica ante la CONAMED.

En este estudio resulta necesario subrayar las diferencias y límites de los procesos de queja médica y las opciones de demandas disponibles en México, debido a que cada una de ellas se realizan ante instancias distintas, con objetivos y alcances diferentes.

La denominada “queja médica”, es uno de los mecanismos alternativos en las vías de la inconformidad, esta es una ruta extrajudicial para la solución de conflictos entre los pacientes y los prestadores de servicios médicos en México. Las quejas se ingresan ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, con el objetivo de que las partes implicadas lleguen a un acuerdo conciliatorio, o bien se llegue a una reparación del daño mediante un proceso arbitral, en el que la Comisión interviene directamente analizando el expediente médico y emitiendo un laudo.

Las quejas médicas tienen carácter civil, se resuelven basadas en el análisis del acto médico y bajo los preceptos la bioética para la práctica médica.

Por otro lado, las “denuncias médicas” se refieren a los mecanismos ante las diferentes instancias judiciales como el ministerio público, los tribunales penales, civiles, administrativos y laborales, por la presunción de un delito o falta en torno a la prestación de un servicio médico o la negación del mismo.

Las etapas de los procesos judiciales inician con el ingreso de la denuncia a través de la acusación, pasando a un proceso de investigación, una serie de audiencias, juicios orales, desahogo de pruebas y alegatos hasta que se dicta la sentencia del hecho juzgado (Bello Janeiro;2009). Generalmente estos procesos se resuelven en varios años, debido a los diferentes recursos jurídicos disponibles. Suelen estar involucrados los abogados de las partes, lo que implica la erogación de gastos por los servicios de asesoría y representación legal, por la emisión de reportes médicos legistas privados y/o peritos especialistas, por mencionar algunos.

Las quejas médicas ante la CONAMED, en cambio, se resuelven mediante un proceso corto de conciliación, generalmente en un periodo que va de tres hasta doce meses; cuando el caso amerita un proceso de arbitraje, este puede durar algunos meses más debido a que es revisado por varios especialistas médicos y juristas. La queja, es una vía gratuita que cualquier ciudadano(a) puede ingresar ante una inconformidad con el servicio médico otorgado por las instancias médicas tanto del sector público como privado. La queja puede dirigirse a personal de salud de todos los niveles y especialidades médicas y tiene por objetivo el cumplir con la pretensión reparatoria, entre ellas la indemnización, el reembolso de gastos erogados en el ámbito privado, entre otros.

En ambas vías: tanto extrajudiciales como judiciales se busca determinar *la responsabilidad médica*, la obligación del personal médico de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos, lesiones y errores tanto voluntarios como involuntarios, en el ejercicio profesional.

El marco conceptual de la *queja médica* permite comprender el proceso de análisis que realiza el personal de la CONAMED para determinar si una queja es procedente o improcedente. La Comisión se enfoca en analizar el denominado *acto médico* a partir del expediente clínico del caso, el cual es solicitado de manera formal al prestador del servicio médico y anexo al expediente de queja médica.

El *acto médico* es el conjunto de acciones que van desde el diagnóstico hasta las intervenciones quirúrgicas; se refiere a las acciones relacionadas con el ejercicio profesional del médico, incluida la relación con el paciente. El acto médico es legítimo cuando se apega al conocimiento científico actualizado según la Lex Artis⁶⁸, regido por los principios éticos y la normatividad vigente:

“Para que el acto médico sea considerado como tal, este debe haberse realizado bajo ciertas premisas, tales como el responder a una indicación médica, con una técnica correcta, por un profesional capacitado, en un lugar apropiado, en forma lícita y mediante una conducta ética... [resulta necesario homologar los mecanismos de evaluación del acto médico a partir de] la identificación de si hubo diagnóstico y si éste fue correcto, si el procedimiento estaba indicado, si la aplicación de la técnica fue la apropiada y si las instrucciones fueron precisas, si durante la realización del acto médico existió la supervisión continua y adecuada, si se aseguró que las medidas de sostén terapéutico fueran las necesarias, si el desarrollo del proceso quedo documentado en forma completa, incluyendo la descripción precisa de algún daño no previsto que hubiese surgido como consecuencia en la salud del paciente” (Fernández Cantón;2016:4).

Al evaluar el Acto médico se puede identificar:

1. Mala praxis. Enmarcada por cuatro principales categorías denominadas como *negligencia, impericia, impericia temeraria y dolo*:

*“**Negligencia:** descuido de precauciones y atenciones calificadas como necesarias; cuando a pesar de tener el conocimiento no se aplica y se provoca daño. **Impericia:** falta de capacidad y experiencia, de conocimientos técnicos y prácticos; cuando se actúa sin tener el conocimiento y se genera daño. **Impericia temeraria:** sometimiento a riesgos innecesarios a causa de falta de conocimiento. **Dolo:** Maquinación o artificio para dañar a otro. Siempre es punible ya que viola conscientemente la ley”* (Fernández Cantón;2016:4).

2. Errores médicos. Los errores médicos generalmente resultan de una serie de sucesos, en los que pueden participar uno o más prestadores de la salud; la falla o error se hace tangible cuando el paciente presenta complicaciones y/o daños en la salud.

Desde esta perspectiva, los errores se clasifican en excusables e inexcusables. Un **error excusable**, es aquel en el que a pesar de que el personal médico aplicó los conocimientos médicos basados en la evidencia científica, con conciencia y responsabilidad de sus actos, resulta dando un diagnóstico erróneo. Estos casos *no implican responsabilidad médica*,

⁶⁸ Se refiere a los conocimientos, procedimientos, reglas para el ejercicio médico, contenidas en la literatura aceptada y basada en evidencia científica actualizada, a través de la cual se establecen los criterios y medios para la atención médica.

debido a que es factible que un médico pueda confundir la sintomatología o subclínica de un paciente (el error es humano y sin dolo).

En cambio el error se define como ***inexcusable***:

“cuando la conducta clínica frente a un paciente no sigue las normas o pautas que señala la Lex Artis médica, sin seguimiento a la diligencia o con actuación de impericia e imprudencia. Cuando el error se debe a la no disposición y buen funcionamiento de instrumentos, bienes inmuebles o medidas de seguridad de las instalaciones físicas de la unidad hospitalaria, la responsabilidad recae en la institución” (Fernández Cantón;2016:4).

En la terminología médica se identifican como *eventos adversos* a los incidentes desfavorables o lesiones iatrogénicas no relacionadas con la historia natural de la enfermedad, generalmente resultantes de la intervención médica. Según la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente, se define como:

“todo incidente imprevisto e inesperado que surge como consecuencia de un tratamiento o una complicación médica, no por la enfermedad de fondo y que da lugar a una hospitalización prolongada, la discapacidad en el momento de la alta médica o ambas” (Fernández Cantón; 2015:3-4).

Los eventos adversos pueden ser calculados y comunicados al paciente antes de la intervención y/o tratamiento o bien puede ser que estos sean no identificados previamente o agravados por otros factores, como problemas de salud no tomados en cuenta o derivados de errores médicos. Sin embargo, no siempre un evento adverso es producto de un error inexcusable o negligente.

Infante (2006) en este sentido señala que el evento adverso y la irregularidad tienen tres definiciones: 1. la definición técnica-médica, 2. la legal y 3. la del paciente. Estas definiciones al ser generados desde diferentes perspectivas y actores, enfatizan diferentes aspectos, en el caso de la definición técnico médica se basa en el acto médico y la *lex artis*; la definición legal surge de los reglamentos, códigos vigentes y la legislación; en cambio, en el caso de los pacientes, las definiciones de estos eventos adversos e irregulares, surgen de la percepción subjetiva e intersubjetiva del paciente y su grupo de apoyo; la perspectiva del paciente está basada en diversos factores relacionados con el acceso a la información sobre la salud y la enfermedad, las características socioculturales particulares, el contexto, así como una serie de significados que se construyen a partir de la experiencia misma de la enfermedad y la atención institucionalizada vivida.

Coincidió con las perspectivas acordes a que no todo evento adverso deriva en una queja y esto se debe a diferentes razones, entre ellas las que desarrolla Localio et. al. (1991), al señalar justamente que no existe una relación directa entre un error negligente y el ingreso de una queja:

“la mayoría de los eventos para los que se hicieron reclamos en la muestra no cumplían con nuestra definición de eventos adversos debido a negligencia [concluyendo que] ... Los litigios por negligencia médica con poca frecuencia compensan a los pacientes heridos por negligencia médica y rara vez identifican y responsabilizan a los proveedores por la atención deficiente”
(Traducción propia. Localio;1991:245)

Al ingresar una queja médica intervienen una serie de factores relacionados tanto a cuestiones técnico-médicas -en términos de “calidad de la atención”-, como a factores relacionados a los derechos del paciente⁶⁹, la legislación y la construcción subjetiva de la atención desde el punto de vista del paciente.

Infante(2006) señala que el énfasis de carácter micro biologicista y técnico ha desviado la atención de las quejas, invisibilizando su carácter social, éstas expresan tanto problemas y errores médicos como aspectos administrativos, de comunicación médico paciente y de expectativas de atención, por mencionar algunos.

“para perfeccionar la investigación científica de las quejas se requiere plantear, recabar y analizar las quejas mediante elementos teóricos y metodológicos, de la manera que genera información que explique y permita identificar factores y mecanismos involucrados en los problemas que causan las quejas médicas y sus consecuencias...” (Infante;2006:14)

Retomando esta perspectiva, durante el trabajo de campo se exploraron los motivos centrales que impulsaron a las mujeres del estudio, a ingresar una queja médica ante la CONAMED por la atención obstétrica recibida en su último embarazo, parto y/o puerperio complicado.

⁶⁹ En México se han estipulado una serie de *Derechos generales de los pacientes*: 1. Recibir atención médica adecuada; 2. Recibir trato digno y respetuoso; 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz; 4. Decidir libremente sobre su atención; 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado; 6. Ser tratado con confidencialidad; 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión; 8. Recibir atención médica en caso de urgencia; 9. Contar con un expediente clínico; 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida (SSA;2019), los cuales en sí mismos, buscan garantizar la protección de los/las pacientes; sin embargo, las instituciones de queja médica deben de articularlos con un enfoque de derechos humanos de los y las pacientes con el objetivo de evitar su repetición.

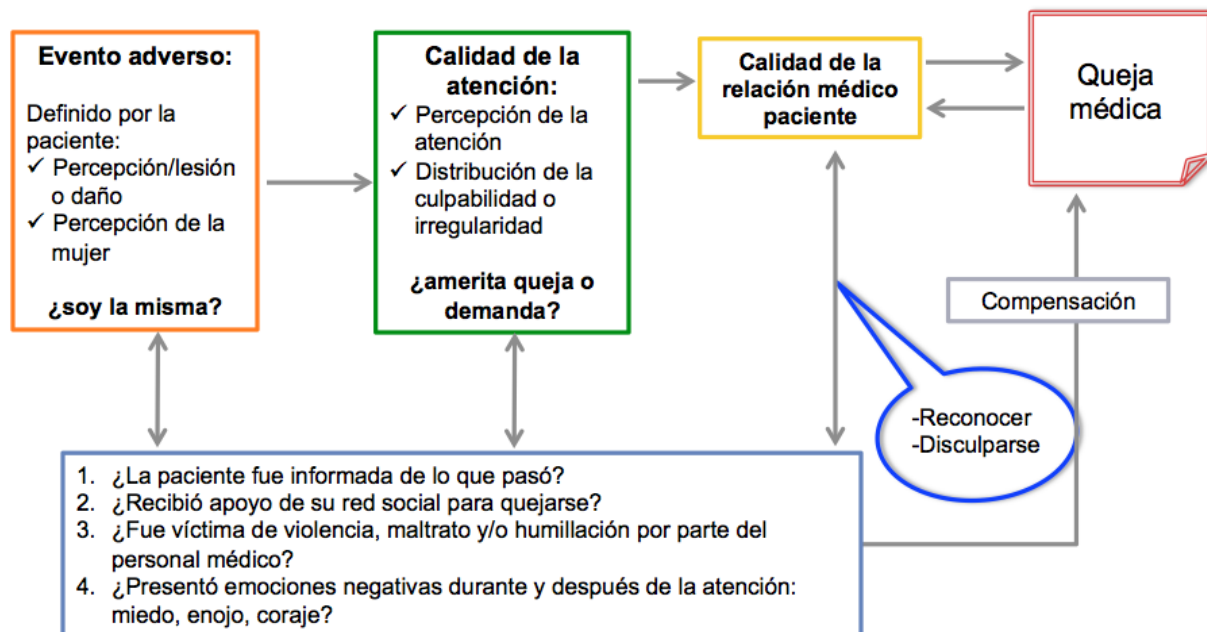
6.3. Motivaciones y expectativas de las mujeres al interponer la queja médica.

La perspectiva de las mujeres es central para comprender la queja médica, en este sentido, Infante (2006) analiza los diferentes factores que intervienen en la decisión de radicar una queja médica (Gráfico 18.)

“[el/la paciente cuestionan lo sucedido analizando] los cambios en su integridad física y la manera en que éstos afectan sus vidas y sus relaciones con las demás personas....después de que el individuo evalúa si ocurrió un evento adverso...su decisión de [inconformarse] depende del hecho de atribuirle culpabilidad al médico...depende de la relación entre el paciente y si médico” (Infante; 2006:20)

Fielding (1999) y Vincent (1995) subrayan aquellos elementos que evitan que el ingreso de quejas médicas, entre los que destacan una buena relación médico-paciente. Los pacientes valoran una fluida comunicación con información sobre los procedimientos médicos, los efectos y consecuencias de la atención e incluso cuando el médico comete un error, prefieren que acepte que se equivocó y ofrezca una disculpa, de no ser así, es posible que los/las pacientes estén motivados a interponer inconformidades.

Gráfico 18. Factores que inciden en el ingreso de una queja médica



Fuente: Infante (2006), basado en Fielding (1999), con adecuaciones propias incorporadas (2019).

Este gráfico, muestra que el ingresar una queja médica, constituye un proceso reflexivo, subjetivo e intersubjetivo, sobre la experiencia vivida, sus consecuencias y efectos a corto

y largo plazo. Los/las pacientes se plantean una serie de preguntas, que están estrechamente relacionadas a sus derechos, sus emociones y una serie de expectativas de la relación con el personal de salud.

Un aspecto que no toman en cuenta los estudios sobre las quejas médicas, generalmente desarrollados desde la perspectiva de la biomedicina y la salud pública, es el papel central de la violencia como un factor detonante de inconformidades (factor que –para los fines de esta investigación- se ha incorporado en el Gráfico 18).

Tal como se ha mostrado a lo largo de los capítulos de esta disertación, la violación de los derechos de las mujeres mediante diferentes expresiones directas y/o veladas de violencia obstétrica ocupan un lugar principal en las cartas de motivos de quejas médicas, incorporadas en los expedientes revisados, así como durante las entrevistas a profundidad.

“...uno de los aspectos más interesantes cuando se analiza el tema de las quejas lo constituye el apartado de los motivos que se encuentran detrás de estas, y que pueden ser desde causas no tan graves a graves y a muy graves, pero siempre significativas para las vivencias y expectativas de las mujeres atendidas en momentos de gran vulnerabilidad en sus vidas, como podrían ser las ocasiones ante los servicios de obstetricia sujetas generalmente a mucha presión y estrés tanto por parte de las usuarias como de los prestadores de la atención” (Fernández Cantón et.al;2016:37)

Fernández Cantón y colaboradores (2018) señalan al realizar un análisis documental de tipo transversal descriptivo, de la base de dato del Sistema Automatizado de Quejas Médicas (SAQMED,) como variables sociodemográficas, de la atención médica brindada, motivos de la queja y modalidad de conclusión del proceso, en el periodo de 2001 a 2015 los siguientes resultados: de 4,234 quejas ingresadas y concluidas en el área de ginecología y obstetricia, las mujeres principalmente ingresaron quejas médicas por problemas de tratamiento quirúrgico (28.4%), conflictos en la relación médico paciente (22.2%), problemas en el diagnóstico señalado por el médico (17.2%), y problemas vinculados a la atención del parto y el puerperio (12.4%).

Entre los principales motivos se fueron desagregando los plasmados en la siguiente:

Tabla 12. Quejas médicas de ginecología y obstetricia según distribución por grandes categorías de motivos, 2001-2015.

Motivos	Total	Porcentaje
Administración errónea de un medicamento	3	1.7
Ocurrió trauma obstétrico para el producto	83	46.4
Ocurrió trauma obstétrico para la madre	67	37.4
Presentación de accidentes	12	6.7
Presentación de infección intrahospitalaria	14	7.8
Accidentes e Incidentes	179	100.0
Complicaciones del parto	304	57.9
Complicaciones del puerperio	1	0.2
Diferimiento	198	37.7
Falta de control prenatal	21	4.0
Muerte del producto	1	0.2
Atención del Parto y Puerperio	525	100.0
Diferimiento	16	51.6
Estudios innecesarios	1	3.2
Falsos positivos	10	32.3
Resultados inoportunos	2	6.5
Secuelas	2	6.5
Auxiliares de Diagnóstico	31	100.0
Daños físicos	62	50.0
Daños morales	19	15.3
Daños patrimoniales	18	14.5
Secuelas	25	20.2
Daños y secuelas	124	100.0
Demora prolongada para obtener servicio	133	59.1
Falta de equipo, insumos y/o personal	51	22.7
Falta de medicamento	4	1.8
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no médico	13	5.8
Negación de la atención	24	10.7
Deficiencias Administrativas	225	100.0
Diferimiento en el diagnóstico	179	24.5
Diagnóstico erróneo	228	31.2
Falta de información y consentimiento	134	18.4
Diagnóstico innecesario	65	8.9
Diagnóstico inoportuno	102	14.0
Omisión de diagnóstico	3	0.4
No existen datos de haber realizado un diagnóstico diferencial	19	2.6
Diagnóstico	730	100.0
Falta de información	346	36.8
Información errónea o incompleta	383	40.7
Maltrato	212	22.5
Relación Médico-Paciente	941	100.0
Alta prematura del tratamiento	26	9.7
Complicaciones secundarias: desinformación	55	20.4
Diferimiento	148	55.0
Negación del servicio	14	5.2
Secuelas: exceso terapéutico	11	4.1
Tratamiento inadecuado	15	5.6
Tratamiento innecesario	6	2.2
Tratamiento Médico	275	100.0
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	20	1.7
Cirugía innecesaria	35	2.9
Complicaciones del postoperatorio	245	20.3
Complicaciones del transoperatorio	60	5.0
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	226	18.8
Extirpaciones erróneas	16	1.3
Secuelas	296	24.6
Técnica inadecuada	115	9.6
Tratamiento no satisfactorio: Falta de consentimiento informado	49	4.1
Tratamiento no satisfactorio: Falta de vigilancia	142	11.8
Tratamiento Quirúrgico	1,204	100.0
Total	4,234	100.0

Fuente: Fernández Cantón et.al; 2018; 23 (1).

El análisis presentado por los autores, sin duda evidencia datos relevantes, sin embargo, se muestran, de manera indistinta, las quejas médicas del área de ginecología con las de obstetricia, lo que impide, entre otros aspectos, el análisis específico en relación con los casos que interesa a esta investigación, enfocada exclusivamente en eventos relacionados con el embarazo, parto y puerperio; además señalan que el elemento central de las quejas se refiere a aspectos “técnico/médicos” durante la atención, lo que difiere en los hallazgos de esta disertación.

En este estudio se han identificado los siguientes detonantes centrales de las quejas médicas presentadas por mujeres con MME:

1. La opinión de otros médicos, tanto del sector público como privado sobre la mala práctica médica, que derivaron en la complicación y riesgo de muerte de las mujeres.
2. Los daños multidimensionales derivados de la atención obstétrica. Daños físicos como las consecuencias no físicas vividas por las mujeres sobrevivientes a las MME.
3. Las experiencias de maltrato y violencia ejercida por los miembros del personal médico de diferentes áreas de la institución, tanto en el área de obstetricia como en diferentes áreas del sistema de salud al que fueron derivadas las mujeres para el tratamiento y recuperación por los daños generados en relación al manejo de las MME.

Los primeros dos aspectos, sí son referidos en la bibliografía revisada sobre el tema; sin embargo, en las fuentes encontradas no se evidencian vínculos o relación alguna en torno a las diferentes expresiones de violencia con la presentación de quejas médicas (Souza;2008, Aguirre-Gas:2002 y 2006; Infante:2006; Fernández Cantón:2018).

Respecto al primero de los detonantes de las quejas médicas se encontró que Romina ingresó la queja por recomendación del médico de la institución privada que le realizó la histerectomía obstétrica de emergencia, salvando su vida, él al presentar la alta hospitalaria le entregó un detallado reporte médico, determinante para que su queja fuera procedente. Ella no contaba con seguro de gastos médicos por lo que la indemnización y el reembolso de los gastos erogados en el ámbito privado significaron un importante aporte a la familia que se había endeudado para poder cumplir con los requerimientos médicos emergencia de Romina:

“El doctor del hospital privado se portó muy buena gente porque dijo; lo que le hicieron estuvo muy mal señora, usted casi se muere porque no la atendieron bien! ... él fue el que me aconsejo ¡vaya a CONAMED a quejarse...para que se le haga justicia, porque ya no podrá tener más hijos y no tenía por qué pasarle esto. No hicieron bien su trabajo!... [yo] después de haber estado al filo de la muerte por mucho tiempo y haberme encaprichado... en querer tener un hijo, me siento agradecida con el doctor que me salvó la vida... y con el IMSS pues sí decidí quejarme, aunque todo mundo me dice ... ¿por qué no entraste con abogados al 100%?... del resultado de la queja me pagaron pero pues ¡lo que te dieron fue una miseria comparando con lo que me gasté con lo que se endeudó mi familia y con lo que perdí! ... pero decidió que no iba a demandar jurídicamente...dije ¡no voy a hacer más porque estoy viva y tengo a mi bebé y me dieron la razón...admitieron que actuaron mal! Con eso me quedo...ahora evito ir al IMSS no quiero ni pararme por ahí, son ineficientes”.

Viviana, ingresó una queja al ser diagnosticada después de la alta post parto, desgarros causados por los fórceps, histerectomía obstétrica inmediata y fístula vesico vaginal que le causaba incontinencia total. Su principal argumento fueron los múltiples daños a la salud y a la calidad de vida:

“Todavía como a los tres meses fui y sí metí una queja directamente en la Gineco 3, explicando todo... ¡No sirvió de nada! Ni siquiera me atendió el director, yo fui a la puerta del director y ni siquiera, nada más me sellaron de recibido, llevé mi copia y esa fue la que llevé después a la CONAMED. Entonces me dijo mi esposo, “no, déjame investigar si ya la póliza del seguro nos puede cubrir la operación”. Y dije, ¡ojalá! Y gracias a Dios sí... pero seguí con la queja ante la CONAMED...porque no es justo lo que vivimos, no sólo yo, mi esposo, mis hijos, mi familia”

Rosa, ingresó la queja médica principalmente por el maltrato recibido en las diferentes áreas médicas en las que fue atendida, tanto en tococirugía como en el reingreso hospitalario en el que estuvo internada durante un mes por infección de la herida cesárea.

“No me iba a quejar porque al final del día, como lo habíamos comentado, me salvaron la vida y el hecho de que me dieran la oportunidad de estar con mi hijo y de que mi hijo no creciera sin su mamá, fue el hecho de que bueno, hicieron mal la cosas... pero estoy viva, el hecho de estar viva, ya era mucho para mí. Pero lo que prosiguió, lo que siguió...porque lo que siguió fue el maltrato que me hizo el doctor “N” ...quien me hizo salvajadas, se burló de mí, me maltrató de muchas formas durante casi 30 días de curaciones sin anestesia, en donde me tuvo que reingresar a quirófano porque me rompió vasos sanguíneos y me estaba desangrando...toda una falta de sensibilidad a mi dolor y a mi estado de animo...o estaba deprimida, triste anémica, débil y

él y el personal se burlaban de mi...fue una tortura innecesaria ahí fue donde dije ¡no! ¡No cálmate... una cosa es de que me salvaras la vida y de que yo esté agradecida porque me salvaste la vida, y otra cosa es el maltrato que tu me hiciste pasar, no es justo, no es posible que sean y te digas un profesional cuando violas así la dignidad de una!”.

Otro aspecto que señala Rosa fue la violación a su derecho de decidir el método de anticoncepción, el cual ya había acordado con la institución durante las consultas prenatales:

“yo ya había firmado que no quería el DIU...en las consultas prenatales, yo ya lo había firmado y platicado con mi esposo...yo no quería el DIU y menos si finalmente se me incrustó y ahora por su culpa soy infértil...pero al estar ahí con el dolor me dijeron ¡te vamos a pasar a cirugía, va a ser cesárea! Yo le dije, pues haga lo que tenga que hacer, pero en ese lapso pues ya me habían dicho este, ya me había dicho la doctora, tienes que firmar el consentimiento para que yo te pueda pasar a cesárea y yo dije pues bueno... está bien y me dijo ella ¡mira a tu hijo ya se le hizo un capullo!... o algo así... y su ritmo cardiaco ya disminuyo...ya se cansó, tenemos que intervenir! ... pero ahí también venía el consentimiento del DIU...ni cuenta me di si lo firmé...pero ellos no respetaron mi derecho cuando estaba consiente que yo ya lo había firmado antes...¿cómo se atreven a pedirte que firmes si no estás consiente de nada?... yo no sabía ni donde estaba”.

Se evidenció durante las entrevistas que la dimensión emocional (subjetiva, intersubjetiva, y transubjetiva) jugó un papel central en el interés de las mujeres por ingresar una queja médica, es decir es uno de los componentes que se relaciona con la percepción de que lo vivido fue en detrimento de su dignidad. Luisa explicó:

“yo estaba enojada, yo estaba enojada de todo lo que había vivido, yo estaba enojada de que, bueno, el Seguro Social no es gratis, uno lo paga toda la vida, y pagas muchísimo, para que te tengan ese tipo de atención, para que te traten como si fuera una carnicería, para que no sepan operar... Se supone que ellos son especialistas, les enseñan en la carrera qué tienen que hacer para atender bien una cesárea...y la doctora que me atendió debió haber llevado varias operaciones... como para que no haya podido suturar de una manera correcta un útero...como no lo hizo bien mi útero entonces se abrió y empezó a sangrar por dentro. A mí me dijeron los médicos del IMSS al revisarme ¡tú no te moriste porque coagulas bien, la hemorragia comenzó a coagularse y los coágulos hicieron un tapón, que evitaron que te desangraras como llave, si a ti te hubieran dado de alta el viernes y te desangras en tu casa el sábado, te mueres ahí en tu casa desangrada,!... Porque estuve desangrándome una semana, de martes a martes...por todo eso estaba enojada...además el trato fue nefasto, una tortura...en el quirófano el

anestesiólogo fue grosero, burlón... irrespetuoso. Estaba enojada porque [la médica que atendió mi cesárea... me vio en el hospital a la semana de que me dio de alta] me dijo “¿qué pasó señora?, ¿qué hace aquí?” fue como una burla...fue a ver si yo estaba molesta y si la iba a demandar. Entonces dije ¿cómo ésta mujer va por la vida haciendo cesáreas y atendiendo partos si no sabe?. Entonces mi marido me dijo ¡vamos a meter una queja, voy a averiguar dónde! y ya me dijo ¡se meten en la CONAMED!... Él fue a preguntar qué se necesitaba y ya regresó diciéndome qué se necesitaba, y me dijo, ¡tienes que escribir todo!...con todo el dolor y el coraje escribí mi carta de motivos y las pretensiones, estaba indignada y dolida y así escribí mi carta...porque lo que vivimos fue injusto e innecesario”

En torno a las expectativas de la queja, las mujeres señalan que se habían imaginado que el ingresar una queja médica implicaría una sanción para el/los médicos que las atendieron o que al menos los médicos(as) de manera personal les explicarían -en la junta de conciliación- los detalles de su caso.

En todos los casos, las mujeres esperaban reunirse con un grupo de médicos y no con los abogados de la institución. Por lo que la junta de conciliación no cumplió con sus expectativas.

Rosa explica:

“Yo esperaba que realmente se sancionara a los médicos que obraron mal hacia mi persona y que hubiera mejor una compensación, no tanto como indemnización monetaria sino a lo mejor en cuanto a salud. Porque me dejaron totalmente, me hicieron las operaciones que me tenían que hacer y me dejaron olvidada...yo lo que pedí era como un apoyo, pero yo lo que buscaba era en sí la derechohabencia al seguro, porque yo ya no era estudiante y seguía con infecciones y problemas...pero en ese momento los de la CONAMED no me supieron orientar de lo que yo podía pedir. Yo en su momento le pregunté al doctor que me atendió en primera instancia [en la CONAMED] que me explicó lo de la bacteria que tuve y que cuso la infección... y todo el proceso que había pasado y él me preguntó qué era lo que yo buscaba, y pues yo le dije ¡lo que yo busco es que se castiguen a los médicos por obrar de esa manera que yo consideré que no fue de la manera correcta y que me dieran un seguimiento porque ni siquiera me dijeron, te va a pasar esto, tienes que estar en tratamiento y si ya no tienes seguro pues a lo mejor yo te puedo atender de manera particular o algo... no me dieron ninguna opción de seguimiento a mi salud... si fue un momento pues, confuso en el que acababa de salir del hospital, tenía que ver a mi chiquito recién nacido y no me supieron orientar como yo deseaba”

Luisa también esperaba que la médica que la atendió fuera sancionada o al menos removida de su cargo en atención obstétrica del IMSS:

“Sé que al final de cuentas ellos también son humanos que pueden cometer errores, pero hay de errores a errores. No coser bien un útero es un error fatal, de principiante. Y eso a ella la hace un mal médico y que tiene en sus manos vidas de mujeres y de niños, de bebés, porque al final de cuentas pienso que se sigue dedicando a lo mismo... Ella tiene en sus manos vidas de mujeres y de niños, y que vuelva a hacer lo mismo. Creo que sí sería un paso que quitaran esos malos elementos del Seguro Social... no supe que hacer...A mí lo único que me dijeron en la CONAMED que lo que seguía era la demanda judicial, pero eso cuesta mucho dinero y si la Comisión no pudo resolver a mi favor...pues quien sabe que pasaría en un juzgado”

6.4. La experiencia institucional y significados que construyen las mujeres ante el resultado de su queja.

A lo largo del capítulo cuatro, se describen las diferentes trayectorias de atención; destacan particularmente las de Viviana y Romina, porque éstas fueron concluidas como procedentes y se les otorgaron medios de reparación del daño a través de la indemnización y el reembolso de algunos de los gastos erogados en el ámbito privado.

Viviana, presentó la trayectoria de queja médica más compleja, debido a que ésta fue “reconsiderada” después de que los representantes del IMSS, resolvieran en la junta de conciliación que el caso era improcedente. Ante esta situación y en el marco de las atribuciones de la CONAMED, esta queja fue derivada a un proceso de arbitraje médico y concluyó con la emisión del laudo veinte meses del ingreso de la queja (ver Anexo 6. Gráficas trayectorias de atención y queja médica). Ella señala:

“[mi queja] se fue a re-dictamen, porque el Seguro dijo “¡No pasa, es improcedente, estuvo bien, desde el punto de vista médico todo estuvo bien!”. Pero el representante de la CONAMED, fue muy amable y también se sorprendió, porque dijo “¿y cuántos años tienes?”, y ya le dije. Leía y leía, decía ¡no,no,no! nada más le hacía así (moviendo la cabeza de un lado al otro), y me decía “vamos a poner esto”. Él me mandaba correos y dice “¿qué crees? Que declinaron la queja, pusieron que no procedía, pero no te preocupes, voy a meter el dictamen, por la vista médica, vas a ver”. Pues ya fuimos otra vez, mi esposo y yo...pensamos que pues ya ni modo, pero la verdad corrí con suerte...te voy a decir algo, ya lo habíamos platicado, yo nada más quería tener dos hijos, no más...realmente el hecho de que me hayan quitado la matriz no fue lo que me afectó...O sea, sí me afecto porque si no me la hubieran quitado no hubiera pasado por todo lo que pasé. Porque al quitarme la matriz y al cauterizar fue que me hicieron la fistula...Pero, aquí fue una negligencia totalmente, la doctora no me avisó que iba a usar fórceps... y pues todo eso lo revisaron en la CONAMED y me dieron la razón,

se tardaron pero mi queja fue procedente, se aceptó la culpa, me indemnizaron y pagaron algunos de los gastos del seguro privado que me operó... fue un alivio, estábamos endeudados pero sobretodo indignados!, ahora veo la vida otra manera, que se hizo un poco de justicia, a mi pues sin me dieron una segunda oportunidad... no solo de vivir, sino de creer en lo correcto y además tengo la dicha de ver crecer a mis hijos y salir sin pañal, sin dolor”

Romina señala que en la junta de conciliación, los representantes del servicio médico intentaron justificar los daños ocasionados por la atención brindada; por un lado, aceptaron la negligencia médica al realizarle legrados uterinos de restos placentarios por repetición y darla de alta sin identificar que estaba teniendo una infección, pero por otro lado, sin argumentos médicos, señalaron que al presentar un embarazo a los 38 años de edad, se puso en riesgo:

“¿Sabes qué me contestó el Seguro cuando me dieron ya el fallo? La vamos a indemnizar, tanto y tanto por órgano, tanto y tanto por gastos, pero usted de todas formas lo hubiera presentado por la edad... estaba impactada... me dijeron que la complicación fue por mi culpa... los abogados con sus comentarios echándome la culpa. Actuaron mal, me pagaron y no fue mi culpa fue de los médicos que no me supieron atender, fue culpa del Seguro Social y casi me muero si mi familia no me lleva al médico particular... Yo dije, bueno, y quién me dice, disculpe usted, todo lo que le ocasionamos... ¿nadie?... se pusieron perruchos los abogados... por eso hay que seguir quejándose, para que acepten sus errores y cambien su actitud”

Cabe mencionar que, en ambos casos, las mujeres recibieron el reembolso de los gastos que erogaron en el ámbito privado, para lo cual la Comisión les solicita que tengan comprobantes fiscales (facturas) emitidas por el prestador del servicio privado; condición que impidió que les sean reembolsados los montos totales gastados en transporte, insumos, medicamentos y otros gastos no comprobables que desequilibraron la economía de las familias.

Las indemnizaciones de los daños ocasionados por la atención brindada, se calculan según lo estipulado en la Ley Federal del Trabajo emitida por Secretaria del Trabajo y Previsión Social (STPS;2019), en ambos casos se indemnizó por la extirpación del útero y en el caso de Viviana además se sumaron los daños provocados en la vejiga (fístula vesico vaginal). En los casos de Rosa, Maribel y Luisa, las quejas fueron declaradas improcedentes, a pesar de que las tres mujeres expresaron no sentirse arrepentidas por haber ingresado su inconformidad, señalaron varios negativos del proceso y sobre las atribuciones de la Comisión.

Luisa explica:

“en la primera entrevista que tuve en CONAMED me dijeron ¡sí es una negligencia médica, empezando por que si tú tienes un estudio de baja de plaquetas, no te pueden decir que te tienen que meter a cesárea porque corres más riesgo de desangrarte!. Entonces él me dijo “¿quiere una compensación económica por el daño sufrido?” y le digo sí, por el daño físico y emocional, porque mi hijo no pudo ser amamantado y por el sufrimiento que yo tuve, y que tuvimos ambos, y por la negligencia médica. Pero además de eso, a lo mejor eso no procede, pero yo quiero que a esa mujer le digan que es una pésima doctora... Yo quisiera que la hubieran quitado, que no ejerciera como doctora, yo no quisiera que esto que me pasó a mí, esta doctora se lo provocara a otra mujer, yo no quisiera y quisiera que le pasara a ella, ¿sabes? O sea, yo la odiaba. Quería hablar con ella en la junta y decirle todo lo que me hizo sufrir a mi y a mi hijo”

...

“cuando aceptan revisar mi queja pasa un tiempo y te vuelven a citar con el abogado médico que mandan ellos [IMSS] ...llegan con esa actitud de que el Seguro Social había hecho bien las cosas, que mi caso había sido sólo “una complicación”, yo les dije “sí, una complicación que causaron ustedes, no una complicación médica que yo hubiera tenido; que causaron ustedes”. Y respondió “sí, pero al final de cuentas se te dio la atención”, yo de plano si les dije: ¡se me dio la atención hasta una semana después, se me dio la atención cuando no había doctores!.. el abogado respondía: “sí, pero se te dio, entonces arreglamos el desperfecto y tú estás bien” o sea como ¡danos las gracias! ¡te salvamos la vida! ...”¿qué más quieres, de qué te quejas?”... fue muy molesto yo le digo que no estoy de acuerdo y el de la CONAMED me dice que. ¡como las partes no se ponen de acuerdo, hasta ahí termina el papel de la CONAMED. Y se acaba!. Y digo, bueno, es que, ¿se acabó qué? Si no arreglaron nada. Y me dice “ahora lo que prosigue es que usted ponga una demanda penal”, y le digo “¿cómo es una demanda penal?”, me dice “una demanda penal, ya es con abogados, ya es en el ministerio público, ya citan al enfermero, al anestesiólogo, a todos...yo estaba indignada...y a la doctora qué...no la sancionaron ni nada...¿sigue haciendo sus cesáreas mal hechas?”

Para Maribel la experiencia de quejarse fue negativa:

“había pasado poco tiempo de que salí del hospital, y me citaron no... ven tal día... y ya fui... y me iba a acompañar mi tío ese que trabaja en el hospital y llegó tarde, entonces yo entre sola... y ni me acuerdo si era un doctor o quien era eran como dos... y dijeron... vamos a llegar a una conciliación, leyeron todo el documento y así... entonces iba como un representante de ellos, y dijo... ya no me acuerdo que dijo... dijo que no procedía... yo me sentí... pues, sentí mucha inseguridad... o sea ¿qué?, esto me pasa a mí, casi

me muero y ¡no pasa nada!... y ellos decían ¡pues sí, pero la atendimos y shalala shalala... y está aquí, caso cerrado!. Me dijeron: le podemos brindar asesoría psicológica... y yo dije assssh tengo infinidad de psicólogos, todos mis compañeros(as)...o sea, ir a que me den terapia psicológica... para poder ir otra vez con ellos (a la clínica 32) que ni crean que me voy a volver a ir a parar en su clínica. Fue lo primero que pensé... y bueno eso.. me podían brindar el servicio de psicología... porque para ese entonces, después de que ya me llamaron, si yo ya tenía ciertos roces o problemas con mi marido, por lo mismo no, y no porque chocáramos así... sino que él si tenía más como la ideología de ¡ayyy hay que tener un hijo no! Pero de repente como que me decía eso... y yo le decía ¡párale no...o sea así están las cosas y yo, no puedo tener otro bebé... y yo no tuve la culpa, o sea yo qué! Y él todavía como víctima... yo le decía, todavía todo lo que pasé, la CONAMED no hizo nada, al IMSS le valió y todavía me lo echas en cara...no se vale!... me tenía que quejar porque es mi derecho pero necesitan apoyar más a las mujeres...sino ¿para qué nos quejamos?...para que nos diga el seguro...pero ¡estás viva no...agradéceme!”

Rosa señala:

“...ya cuando terminó el proceso en la CONAMED y pues dijeron que mi queja no era válida, no era válido mi argumento y entonces lo único que hizo el doctor que me acompañó en la audiencia (en la junta de conciliación) fue decirme en cuanto terminó la junta, este... sabes qué, vete por fuera, vete por la vía civil porque por aquí no vas a lograr nada!

...

Entonces pues si fue así como que... o sea, si agradezco que él como encargado de mi caso, junto con una abogada que estaba ahí, que me explicarán todo. Estuvo ese día el representante del IMSS, que son abogados... no me pareció justo porque tenían que haber estado los médicos que me atendieron, yo lo que buscaba era que estuvieran los médicos para yo decirles ¿Qué había pasado?... o sea, yo que les había hecho para merecer el trato que me dieron, no?... o sea yo... en mi vida los había visto, para que ellos me dieran ese trato. El doctor que estuvo en ese momento, pues nada más dejó que yo expusiera mi caso y el abogado, realmente, del IMSS, pues no chistó nada, no dijo nada y fue también así como mi coraje, mi trauma.. De todo el proceso ellos concluyeron diciendo que en mi caso había “Un pronóstico favorable para la vida” ...y con eso ya se lavaron las manos...lo que no dijeron es ¿qué vida? ¿con qué desgaste emocional y físico? ...sin útero además...no supe nunca porque me dejaron así”

...

“ a pesar de que no salió favorable mi queja, si tuvo que haber pasado algo no... y a lo mejor por alguna circunstancia pues no salió favorable mi queja pero entró... estuvo ahí. Y el hecho de que estés tú aquí quiere decir que alguien la vio y alguien le hizo caso y eso sí cuenta. Y a lo mejor si puede ser favorable para otras personas ¿no?, Y a lo mejor con estos argumentos que tú estás grabando y analizando en tu estudio pues a lo mejor ya les puedes decir allá qué nos pasa a las mujeres que vivimos esto ”

6.5. Pensando la ciudadanía reproductiva a partir de la queja médica: procesos de apropiación y exigibilidad de derechos.

La perspectiva de derechos humanos, es central para pensar las trayectorias de atención de las mujeres y sus procesos de queja médica:

“Los derechos humanos proporcionan un marco legible a nivel mundial para comunicar las preocupaciones locales, y un medio para hacer que sus gobiernos rindan cuentas a los estándares internacionales para la protección de la salud y la ciudadanía de las mujeres” (El Kotni y Singer; 2019:118).

En los relatos de las mujeres que participan en el estudio, se muestra que sin estar vinculadas a movimientos feministas o de derechos, a partir de la experiencia de atención médica encuentran en el proceso de queja médica una vía de búsqueda de justicia y reparación del daño, lo que implica procesos de auto-conformación como sujetas, a través de la reflexión de lo vivido, la apropiación de su cuerpo y sus propios derechos a la salud y la reproducción.

Rosa en entrevista expresa que a pesar de que su queja ante la CONAMED fue improcedente, sintió que valió la pena exigir al estado que respondiera y garantizara sus derechos:

“A las otras personas que ingresan su queja pues si les puedo decir que tienen derechos, que no se debe de hacer lo que les hicieron, que no están solos, que existe un órgano...que es punto y aparte de las instituciones que nos atienden como el IMSS y el ISSSTE que regula esas o que puede como que irlos a regañar...yo creo que vale la pena quejarse. Vale la pena seguir diciendo... ¿sabes qué IMSS la regaste y si tú...como institución no me haces caso porque “x o y” razón pues si hay otra afuera (la CONAMED) que te va a hacer ver que la regaste y que vas a tener una consecuencia!... no como uno quisiera que tuvieran la consecuencia...jajaja! pero...si vas a tener un punto menos y ese punto menos, esa observación a la clínica, al doctor...para mí es suficiente...para mí tienen como 100 puntos menos y lo dije. Me quejé!”

La salud reproductiva de las mujeres es un campo en disputa de los derechos, las trayectorias de queja analizadas pueden pensarse como expresiones de resistencia, resiliencia y apropiación del cuerpo como agente, como sujeto de derecho. La reflexión de las mujeres sobre sus experiencia de atención obstétrica las condujo a buscar alternativas para expresar sus inconformidades, este proceso da cuenta del empoderamiento de las mujeres hacia el ejercicio de sus derechos y la construcción de una ciudadanía reproductiva.

Sostengo, en coincidencia con Habermas (1992) que la identidad de las personas se constituye a partir de la praxis; las trayectorias de atención y queja médica dan pistas de las diversas formas en las cuales las mujeres van *“haciendo suyos los derechos”* y *“confrontan a las instituciones del Estado”*, como responsables de garantizarlos. Lo que en palabras de Rivas, Amuchástegui y Ortiz(1999), son *procesos subjetivos de apropiación del cuerpo como un terreno de la soberanía individual y la construcción de una voz como la expresión de “autorizarse a sí mismas”*.

Los derechos sexuales y reproductivos atraviesan las dimensiones tanto personales como sociales (Petchesky;2006), el ejercicio individual de los derechos y su apropiación colectiva son procesos que no pueden desvincularse de las condiciones culturales, históricas, económicas y políticas que enmarcan la vida de las mujeres.

En el caso de las mujeres que participan en el estudio, en términos generales cumplen con ciertas características comunes: son mujeres jóvenes de entre 23 y 38 años de edad, urbanas, pertenecen a las clases medias y medias bajas, la mayoría universitarias y algunas con estudios técnicos o profesionales, la mayoría trabajadoras, todas unidas o casadas, con redes fuertes de relaciones familiares de apoyo y con acceso a la seguridad social, que han decidido regular su reproducción mediante el uso de anticonceptivos a lo largo de subida fértil.

Los casos aquí presentados, no son casos aislados o excepcionales, de lo contrario, dan cuenta de una problemática nacional más amplia. Tal como se muestra en la siguiente Tabla, se revisaron todos los expedientes de quejas médicas, que ingresaron en el periodo que comprende de 2013 a 2014, con bajo los criterios de inclusión del estudio. Dando como resultado 26 casos, distribuidos en 9 estados de la República. 12 de la CDMX, 6 del Estado de México, 1 de Veracruz, 1 de Quintana Roo, 1 de Baja California Sur, 1 de Jalisco, 1 de Nayarit, 1 de Guanajuato, 1 de Campeche y 1 de Sinaloa⁷⁰.

⁷⁰ La CONAMED recibe inconformidades de todo el país, tanto de manera presencial como virtual, mediante su página de internet, es decir, la base de datos cuenta con expedientes de quejas médicas de diversos los estados de la república. Sin embargo, cada estado del país, cuenta con Comisiones Estatales de Conciliación y Arbitraje Médico que no dependen de la CONAMED, organos desconcentrados de las Secretarías de Salud de cada Estado.

Tabla 13. Total de expedientes de quejas médicas CONAMED por MME (2013-2014)

NÚM	NOMBRE	EDAD	ATENCIÓN	DAÑO/SECUELAS FÍSICAS DE LA MME	ATENDIDA EN: ESTADO /INSTITUCIÓN/ RESULTADO QUEJA
1	EMILIA	29	Cesárea	1. INFERTILIDAD EXPIRACION DE ÚTERO ; 2. FÍSTULA VESICOVAGINAL/ INCONTINENCIA URINARIA TOTAL; 3. DESHICENCIA DE HERIDA CESÁREA; 4. CUADRO SÉPTICO/PERITONITIS 5.HEMORRAGIA SEVERA; 6.MORTINATO	CDMX/SSA / IMPROCEDENTE
2	CARMEN	25	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO Y BILATERAL DE OVARIOS; 2. APENDICITIS; 3. HEMORRRAGIA SEVERA	CDMX/IMSS / PROCEDENTE
3	ROMINA	38	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA	CDMX/IMSS / PROCEDENTE
4	MARIBEL	23	Cesárea	1. INFERTILIDAD/EXTIRPACION DE ÚTERO 2. SCHOK SÉPTICO POR TEXTILOMA	CDMX/IMSS / IMPROCEDENTE
5	LUISA	31	Cesárea	1. INFERTILIDAD /EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRRAGIA INTERNA /HEMATOMA	CDMX/IMSS / IMPROCEDENTE
6	GLORIA	37	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO	CDMX/IMSS / IMPROCEDENTE
7	MARILUZ	32	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. MORTINATO	CDMX/IMSS / PROCEDENTE
8	CARLA	19	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO Y OVARIO IZQUIERDOPOR TUMORACIÓN ANEXIAL	CDMX/SSA / IMPROCEDENTE
9	IRENE	18	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO Y OVARIOS	CDMX/SSA / IMPROCEDENTE
10	ROSA	25	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO	CDMX/IMSS / IMPROCEDENTE
11	SUSANA	21	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. DAÑOS AL RECIEN NACIDO /	CDMX/SSA / NO CONCLUYÓ
12	VIVIANA	28	Parto/forceps	1. INFERTILIDAD /EXTIRPACION DE ÚTERO; 2. FÍSTULA VESICOVAGINAL/ INCONTINENCIA URINARIA TOTAL	CDMX/IMSS / PROCEDENTE
13	ANGELICA	31	Cesárea	1. INFERTILIDAD; 2. FÍSTULA VESICOVAGINAL / INCONTINENCIA URINARIA TOTAL; 3.INSUFICIENCIA RENAL Y DE URETRA 4. MORTINATO	EDOMEX/IMSS / PROCEDENTE
14	VIRGINIA	24	Cesárea	1. INFERTILIDAD; 2. FÍSTULA RECTOVAGINAL 3. APENDICITIS; 4. ILEOSTOMIA Y COLOSTOMIA	EDOMEX/IMSS / PROCEDENTE
15	OLIVIA	37	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRACION DE ÚTERO Y OVARIO IZQUIERDO	EDOMEX/IMSS / IMPROCEDENTE

16	CAROL	23	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. DAÑO VASCULAR NEUROLÓGICO Y POLINEUROPATIA 3. DISFUNCION DE MIEMBROS INFERIORES/HEMIPARESIA DERECHA, MOVILIDAD DISMINUIDA 4. TRAQUEOTOMIA/DEFICIENCIA RESPIRATORIA Y NEUMONIA 5. FÍSTULA VESICOVAGINAL 6. LESION RENAL AGUDA	EDOMEX/IMSS / PROCEDENTE
17	EVA	26	Parto	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO Y OVARIO IZQUIERDO, TRAMO INTESTINO 2. HEMORRAGIA SEVERA 3. CUADRO SÉPTICO Y PERITONITIS 4. DAÑO RENAL AGUDO	EDOMEX/IMSS / PROCEDENTE
18	LORENA	26	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO Y BILATERAL OVARIOS 2. HEMORRAGIA SEVERA	EDOMEX/IMSS / IMPROCEDENTE
19	TATIANA	28	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. FISTULA VESICOINTESTINAL 3. HEMORRAGIA SEVERA	VERACRUZ/IMSS / IMPROCEDENTE
20	LILIA	29	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. FÍSTULA VESICOVAGINAL / INCONTINENCIA URINARIA TOTAL	QUINTANA ROO/IMSS / IMPROCEDENTE
21	MARIEL	31	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA	BCS/IMSS / IMPROCEDENTE
22	GINA	41	Parto	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA	JALISCO/IMSS / IMPROCEDENTE
23	TAMARA	36	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA 3. FÍSTULA URETROVAGINAL 4. INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	NAYARIT/IMSS / IMPROCEDENTE
24	BERENICE	25	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA	CAMPECHE/IMSS / IMPROCEDENTE
25	MARINA	23	Cesárea	1. INFERTILIDAD / EXTIRPACIÓN DE ÚTERO 2. HEMORRAGIA SEVERA	SINALOA/ISSSTE /NO CONCLUYÓ
26	BEATRIZ	25	Cesárea	1. INFERTILIDAD 2. HEMORRAGIA SEVERA 3. MORTINATO	GUANAJUATO / IMSS / IMPROCEDENTE

De los veintiséis expedientes revisados nueve fueron procedentes, dieciséis improcedentes y dos no concluyeron.

En todos los casos, se presentaron daños agudos y en algunos casos daños severos. El caso de Carol de 23 años de edad, primigesta, bajo control prenatal durante el embarazo y sin indicios de causas directas a la morbilidad presentó los mayores daños de la muestra; ella fue atendida en una unidad del IMSS en el Estado de México, entre las múltiples complicaciones vinculadas con el manejo clínico se desatacan en el expediente las siguientes: inicio de trabajo de parto, sin revisión por varias horas, cesárea de emergencia, hemorragia severa, atonía uterina, histerectomía post cesárea inmediata, (extirpación de útero-infertilidad irreversible), daño vascular neurológico y poli neuropatía, disfunción de miembros inferiores / hemiparesia derecha, movilidad disminuida; fístula vesico vaginal provocando insuficiencia urinaria total, lesión renal aguda y deficiencia respiratoria (traqueotomía), además su salud se vio deteriorada a causa de una neumonía contraída

durante su internamiento; su queja fue procedente. En uno de los casos se presentaron daños a la mujer y al recién nacido y tres mortinatos.

Si bien, un pequeño número de mujeres en nuestro país –tienen acceso a una serie de recursos económicos, sociales y simbólicos como las de los casos analizado en este estudio–, los cuales les permiten acceder a los procesos de queja médica ante la CONAMED; se ha buscado evidenciar que el problema de las MME, va más allá de ser exclusivamente biomédico o de salud pública, para ser un complejo problema que requiere del enfoque de derechos, con el objetivo de visibilizar la complejidad de factores que intervienen en la atención obstétrica en las instituciones públicas de salud en México, incluyendo las diferentes expresiones de violencia que se ejercen sobre los cuerpos femeninos y las huellas que dejan a su paso en las vidas de las mujeres, responsabilidad que recae directamente en el estado.

A lo largo de la investigación se destaca el papel de las mujeres como agentes activos, quienes a partir de la experiencia de atención médica viven un proceso de apropiación del cuerpo, de sus derechos y con ello una autopercepción de sí mismas como sujetas de derechos. A partir del análisis se propone pensar la queja médica uno de los vehículos para la conformación de la ciudadanía, incluso considerando que dicho proceso de la CONAMED no cumple a con las expectativas de las mujeres ni vincula la queja con los derechos de las mujeres estipulados a nivel local, nacional e internacional.

7. Conclusiones

El reflexionar sobre la experiencia de la investigación, los hallazgos del trabajo de campo, los aportes del análisis resulta una labor desafiante e inevitablemente parcial, debido a que cada vez que retomo las entrevistas, releo los conceptos teóricos e incluso al repensar lo vivido durante este proceso identifiqué valiosos aportes así como nuevas interrogantes. Sin embargo, a modo de cierre, a lo largo de estas últimas páginas se presentan los aspectos más relevantes que muestra esta disertación.

La investigación dialogó con disciplinas como la biomedicina, la salud pública, la sociología, el derecho y la política pública, en los que la antropología médica crítica y la perspectiva de género desde el feminismo buscó ser el puente entre ellas, planteando preguntas situadas y rutas teórico-metodológicas de análisis.

Realizar investigaciones sobre los derechos de las mujeres y los procesos de ciudadanía relacionadas a la salud sexual y reproductiva, es por demás necesario y pertinente, entre otros aspectos debido a que el sistema actual no ha podido garantizar que todas las personas gocen del respeto de sus derechos. Si bien la democracia es un sistema político y social común, incluso un campo semántico común para todas las personas, éste sigue reproduciendo condiciones de desigualdad para las mujeres, condiciones que impiden la efectividad de sus derechos sobre el propio cuerpo y los procesos biosocioculturales como la reproducción.

Esta disertación abona al debate de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, exploró los aspectos que intervienen en la construcción de los procesos subjetivos de apropiación del cuerpo femenino y de los derechos de las mujeres, a partir de la experiencia de atención médica de su último embarazo, el sobrevivir a una morbilidad materna extrema y al recorrer la ruta de la queja médica en México. Retomando los aportes de Petchesky y Judd (2006) quienes analizaron los elementos que median las decisiones de las mujeres en torno a su sexualidad, su fecundidad, la reproducción y la maternidad; visibilizando y analizando las manifestaciones cotidianas utilizadas para “negociar” sus derechos sexuales y reproductivos.

El respeto a los derechos de las mujeres es esencial para garantizar su desarrollo pleno y su participación social y comunitaria; es obligación de los Estados el garantizar que todas las mujeres accedan en condiciones de igualdad a estos derechos. Sin embargo, en todo el mundo, sigue siendo común que las mujeres no se sean tratadas como sujetas de derechos y se les limite el acceso a ellos.

Resulta indignante que en pleno siglo XXI, y en países en vías de desarrollo como México, las mujeres ven vulnerados sus derechos a una sexualidad elegida, a una maternidad sin riesgos y a servicios de atención médica de calidad.

La investigación se estructuró para responder a cinco preguntas guía: la primera buscó identificar los factores que intervienen para que las mujeres se reconozcan como sujetas de derechos, se autoricen a sí mismas para interponer una queja médica ante la CONAMED. Con el objetivo de comprender los procesos en la toma de decisiones de las mujeres. La segunda pregunta exploró la constitución de ciudadanía reproductiva, buscando analizar los significados de la queja médica desde la perspectiva de las mujeres y suponen procesos de apropiación del cuerpo y de los derechos.

La tercera pregunta organizó y describió lo sucedido durante la atención médica en las instituciones públicas de salud, identificando las características y los diferentes momentos clave que definieron las trayectorias de atención del embarazo, parto y puerperio así como los elementos que componen las trayectorias de queja médica; esto con el objetivo de reconstruir y analizar paso a paso el recorrido realizado por las mujeres en las instituciones.

La cuarta pregunta, buscó visibilizar los efectos de esas trayectorias de atención describiendo las secuelas y consecuencias de las morbilidades maternas extremas sobre sus cuerpos y las vidas de las mujeres, subrayando el carácter disruptivo de las MME, los daños a la salud y los impactos de estas morbilidades en el desarrollo de las mujeres al salir de los hospitales. Finalmente la quinta pregunta, analizó las violencias hacia las mujeres, identificando sus manifestaciones durante la atención médica y las formas en que se vincula con las quejas médicas.

Para responder las preguntas planteadas, se analizaron los casos de mujeres que ingresaron quejas médicas debido a la atención obstétrica recibida en los hospitales públicos; mujeres

que por diferentes situaciones durante la atención fueron expuestas a alto riesgo de muerte, derivando en morbilidades maternas extremas y ante lo vivido, utilizaron la vía de la queja médica, un mecanismo extrajudicial de Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como un camino de reparación del daño y búsqueda de justicia.

Como se mencionó en el último capítulo, no es casualidad que las mujeres de los casos analizados constituyan un grupo con características homogéneas tanto en términos clínicos como socioculturales y económicos. Por un lado, todas ellas son mujeres sanas que no presentan comorbilidades previas al último embarazo (no tenían diabetes, hipertensión, problemas de coagulación ni infecciones de transmisión sexual); desde el inicio de su vida sexual han controlado su reproducción con el uso de anticonceptivos y desde el inicio del embarazo asistieron a las consultas prenatales en el sector público y algunas alternado con visitas médicas en el sector privado.

Por otro lado, todas son mujeres heterosexuales, casadas o unidas, con redes de apoyo densas; tienen alta escolaridad, muchas de ellas universitarias e incluso con igual o mayor grado que sus parejas, han desempeñado trabajos relacionados a sus estudios y viven en hogares en colonias de sectores medios y medios-bajos en la capital del país. Además, todas cuentan con acceso a los servicios de seguridad social y algunas acceden a servicios privados de atención como resultado de sus prestaciones laborales o las de sus parejas. Estos recursos sociales y simbólicos, constituyen condiciones de vida que juegan un rol central en que las mujeres quedaran fuera de los casos de muerte materna y para tomar la decisión de ingresar quejas ante la CONAMED.

No es casualidad que la mayoría de las quejas médicas que se ingresan ante la Comisión, sean de personas urbanas de sectores medios; sino que son estas condiciones de vida las que coadyuvan para que las personas estén informadas de este procedimiento extrajudicial y además puedan promover estas estrategias de reparación del daño.

Las **condiciones de vida**, son uno de los principales factores que inciden en que las mujeres a partir de una experiencia de atención médica, identifiquen que vivieron una experiencia negativa y que es obligación del prestador del servicio médico el reparar el daño o al menos explicar qué fue lo que sucedió.

A partir de construcción y análisis de las trayectorias de atención se identificaron otros de los factores determinantes en estos procesos subjetivos de apropiación de los derechos y de exigencia al Estado. La reconstrucción de las **trayectorias de atención médica** (Glaser & Stauss;1968;1985 y Osorio;2016), fue una categoría de análisis en este estudio que permitió explicar e incluso *graficar* el recorrido de las mujeres en las instituciones de salud, desde el inicio del embarazo hasta la recuperación de la salud, pasando por los momentos de tensión, también denominados puntos de inflexión (ingresos a las unidades de cuidados intensivos y la realización de la cirugía de extirpación del útero) que definieron la experiencia de las mujeres.

Las trayectorias de las cinco mujeres de los casos analizados, dan cuenta de la larga duración y la complejidad que representó para ellas el último embarazo, parto y puerperio, con complicaciones importantes a su salud y que derivó en secuelas y múltiples; intensidad y complejidad que contrasta con las *trayectorias esperadas* (Glaser & Stauss;19968;1985), es decir, las de aquellas mujeres que ingresan a las unidades médicas, son atendidos sus partos o son intervenidas con una cesárea pero que egresan sin complicaciones y sin secuelas o daños a su salud ni la de sus recién nacidos, estas experiencias son significadas -en mayor o menor medida- como positivas debido a su desenlace, el nacimiento de un hijo(a) sana y la alta hospitalaria de ambos. En contraste, los casos de las mujeres del estudio mostraron que los errores, negligencias, impericias o incluso las fallas en la comunicación o coordinación del personal de salud pueden generar efectos graves y complicaciones potencialmente letales para las mujeres.

Hay evidencia científica que ha comprobado que estas desafortunadas situaciones son prevenibles; los así llamados eventos adversos de la atención obstétrica derivan en daños a las mujeres y desgaste en el sistema de atención, es decir, la atención ofrecida a las “usuarias”, resultó no ser costo efectiva para las instituciones públicas, ya que implicó el uso significativo de recursos materiales y humanos como el uso de camas en las unidades de cuidados intensivos, traslados, transfusiones, cirugías de alta complejidad tanto del área de obstétrica, ginecología como urología, entre otras; además en los casos en los que la queja fue declarada como procedente, las instituciones pagaron indemnizaciones a las mujeres. Por lo cual no se justifica que la intervención excesiva, la hiper medicalización y

el control del proceso del parto sea para reducir riesgos y elevar la productividad de las instituciones, sino todo lo contrario, resultan intervenciones caras y no benéficas para las mujeres.

También se mostró que muchas veces las complicaciones maternas no necesariamente están relacionadas a la falta de acceso a recursos de atención a la salud sino a la falta organización, de interés por parte del personal de centrar la atención en las mujeres. En los casos expuestos el **cuerpo** surgió como un territorio de disputa de los derechos de las mujeres, esto sucedió cuando ellas preguntaron, pidieron información, expresaron qué y cómo se sentían, expresaron sus necesidades o cuestionaron las decisiones del personal de salud y se enfrentaron a un sistema médico hegemónico (Menéndez;1986), desvinculado de la persona; las mujeres fueron silenciadas, ignoradas y descalificadas por los expertos y sus derechos sobre el propio cuerpo suprimidos. El propio cuerpo se volvió el protagonista durante la atención, pero como un **cuerpo-objeto** no como un **cuerpo-sujeto**.

La batalla por los derechos se concretó desde el cuerpo femenino en el espacio clínico, en relaciones asimétricas de poder (Foucault;1978), que afecta más a algunas mujeres que a otras, estas mujeres pareciera que cuentan con condiciones de vida favorables, tienen educación, parejas, familias, trabajos, viven en la capital del país; sin embargo, al ingresar al sistema de salud pública, son despojadas de esas condiciones y tratadas como “usuarias de un servicio”, fragmentado, insuficiente y no centrado en la mujer, lo que reduce sus capacidad de agencia al interior de la institución.

En palabras de Butler (2002) *hay cuerpos que no importan...* y yo agregaría... no importan tanto como otras... En sus relatos se mostró como ellas identificaron diferencias en la atención pública y en la privada, en la que su cuerpo, su voz y sus decisiones de las mujeres siguen lógicas distintas; en los hospitales del IMSS fueron maltratadas y en los hospitales privados en los que fueron atendidos sus partos anteriores, ellas tuvieron una experiencia mejor, aunque asumen que esto fue por que pagaron por un servicio, lo que produce y reproduce desigualdades (Menéndez;1990). El Cuerpo de las mujeres del estudio, es analizado no como víctimas sino sujetas de derechos, con capacidad de agencia (Esteban;2013), fortalecido por la autorización que se dan a sí mismas de hablar sobre él, en la queja y en las entrevistas realizadas..

Las **relaciones de poder** que circulan en el espacio clínico de la atención del embarazo, el parto y el puerperio son otro de los factores que intervienen en los procesos subjetivos de apropiación del cuerpo y de los derechos; estas relaciones de poder justifican y reproducen diferentes expresiones de **violencias**.

La **violencia obstétrica**, en esta investigación fue entendida como un fenómeno sistémico y estructural, que, como mencioné antes, involucra los procesos de hiper medicalización y patologización del proceso reproductivo desde el modelo médico hegemónico (Menéndez) y en la praxis y la atención de las mujeres, incide el biopoder y el disciplinamiento de los cuerpos femeninos (Foucault;1979). Se muestran casos en los que las violencias se manifiestan de manera desnuda: a través del maltrato; el abandono como violencia y otras formas veladas, como la excesiva medicalización del proceso (Campiglia;2017). Pero al visibilizar las morbilidades maternas extremas, sus secuelas y consecuencias, se presentó la necesidad de ampliar el concepto de violencia obstétrica (VO); los casos muestran que la violencia se caracteriza por dejar huellas visibles e invisibles en el cuerpo y las vidas de las mujeres. En tal sentido, la violencia obstétrica conforma un daño procesual (Scheper-Hughes & Bourgois;2003) sobre los cuerpos femeninos, el cual excede el espacio clínico.

Las consecuencias de la violencia se extienden más allá del momento del parto. Esto es particularmente impactante cuando nos referimos a casos como los de las cinco mujeres del estudio quienes dan cuenta de las secuelas graves en la salud provocadas por la inadecuada atención durante el parto, además de las consecuencias sociales y emocionales de la violencia obstétrica en las vidas de las mujeres. Estas reflexiones buscan aportar elementos respecto a la permanencia de la violencia obstétrica en los cuerpos y las vidas de las mujeres.

He utilizado el concepto de **huellas visibles**, para describir aquellas secuelas a la salud, las incapacidades funcionales como la infertilidad definitiva, el dolor físico y los significados en las cicatrices corporales derivadas de las morbilidades y el concepto de **huellas invisibles**, haciendo referencia a las consecuencias hechas a un lado por la biomedicina, que no son tomadas en cuenta de la mayoría de los análisis de las morbilidades pero que afectan desde lo íntimo hasta lo social y lo económico en la vida de las mujeres.

Con el concepto de **huellas de la morbilidad**, -marcadas en el cuerpo/experiencia y vividas desde la dimensión emocional-, se busca evidenciar los efectos des-estructurantes de las morbilidades maternas extremas, tanto en términos biomédicos (secuelas e incapacidades fisiológicas) como los “otros efectos” de estas morbilidades en los cuerpos femeninos y las vidas de las mujeres, sin reducirlos a problemas psicológicos-individuales, (Garret Williams;1993, Gregory;2005, Osorio;2008) “*como consecuencias que impactan las dimensiones socio-relacional, emocional-afectiva y económico-laboral*”.

El conocimiento de los derechos y la conciencia de ser sujetos de derechos, es uno de los elementos que define la posibilidad de construir una ruta de inconformidad, lo cual nos plantea una relación importante entre los derechos reproductivos y el ejercicio de la ciudadanía (Berrio & Singer, 2016). Aunque los derechos estén respaldados formal o jurídicamente, es el autorreconocimiento de la existencia personal (Amuchástegui, Rivas y Ortiz,1999) a través de procesos de apropiación de los derechos que las mujeres se constituyen como sujetas y asumen al cuerpo como un territorio de soberanía individual; de ahí que exijan, a través de las rutas de la inconformidad, la reparación del daño y la justicia.

Para decidir denunciar o poner una queja, las mujeres deben conocer cuáles son sus derechos como mujeres, sus derechos sexuales y reproductivos, así como los derechos de todos los pacientes en los servicios de salud. No obstante, conocer los derechos es insuficiente si no hay un reconocimiento de sí mismas como sujetas de estos derechos. En un sistema que minimiza e infantiliza a las mujeres durante la atención esto resulta particularmente difícil, e incluso para algunas de ellas es el propio proceso de la inconformidad el que va construyendo este sentido de ciudadanía.

Al analizar los casos de mujeres que interpusieron quejas ante la CONAMED, la violencia obstétrica e institucional queda invisibilizada, pues esta instancia se enfoca en analizar el acto médico, es decir, si el personal de salud que atendió a las mujeres actuó de manera adecuada en términos médicos, si se tomaron las decisiones clínicas adecuadas basadas en el *lex artis* y la medicina basada en evidencia, dejando de lado elementos centrales en la atención médica, como son las relaciones entre el personal médico y las pacientes, la comunicación y el respeto a los derechos.

Los expedientes de queja médica, son fuentes fértiles de información sobre las personas, lo que buscan y esperan de la atención médica; en los casos analizados las mujeres reportaron en su carta de motivos (anexa al expediente de la queja médica) que sufrieron maltrato, violencia física o psicológica, amenazas y burlas, manifiestan que fueron desatendidos sus síntomas de alerta, sus incomodidades, sus expresiones de dolor y duelo suprimidos y sus decisiones fueron ignorados por el personal de salud e incluso este tomó decisiones “por encima de su propia voluntad”. Toda esta información cualitativa que puede ser cuantificable, plasmada en el formato de queja médica es intencionalmente desestimada y hecha a un lado por la Comisión; pareciera que el espacio de la carta de motivos de la queja, fuera una especie de deshago para los inconformes, pero no una fuente de información valiosa para analizar, ya que no pertenece al expediente clínico, mismo que es la única referencia de análisis válido para el proceso de queja.

La reconstrucción de las **trayectorias de queja médica**, implicó un esfuerzo metodológico de análisis de expediente que derivó en proponer estrategias dialógicas para obtener datos de calidad cualitativa y cuantitativa de fuentes técnicas. Comparto la postura de Infante (2006) al señalar que las quejas médicas aportan elementos centrales para identificar cómo se está dando realmente la atención, como es percibida por las usuarias de los servicios y contienen propuestas valiosas sobre lo que las mujeres esperan de las instituciones. Entre ellos la no repetición de casos como los suyos.

Si las instituciones no reconocen las violencias que se ejercen sobre los cuerpos femeninos al ser atendidos sus procesos sexuales y reproductivos, y que se muestran a partir de las inconformidades que ingresan las mujeres, difícilmente se podrán transformar las prácticas normalizadoras y sistemáticas violentas que permanecen en los cuerpos femeninos más allá del espacio clínico, afectando el desarrollo pleno de las mujeres en la sociedad.

8. Anexos.

Anexo 1. Guion de encuentro para las mujeres.

Anexo 2. Guion de encuentro/dialógico con expediente de queja médica.

Anexo 3. Cédula de registro base del expediente.

Anexo 4. Consentimiento Informado.

Anexo 5. Carta de confidencialidad firmada ante la CONAMED.

Anexo 6. Gráficas trayectorias de atención y queja médica.

Anexo 1. Guion de encuentro para las mujeres

-Marcadores/ítems en los encuentros con las mujeres:

1.- Cómo era su vida antes de presentar el último embarazo. Describir algunos aspectos de la vida cotidiana: que hacía día con día, en qué trabajaba, quién hacía las labores de su casa, si tiene hijos(as) más grandes, cómo los cuidaba y que significaba para usted hacer todas esas cosas. Imaginarios de la vida antes de la MME.

2.-Cómo era su vida al ser dada de alta del servicio médico. Después del nacimiento de su último hijo(a). Qué cambió en sus relaciones laborales, sociales, económicas y de pareja. Consecuencias de la hospitalización, de la ausencia en el cuidado de sus hijos(as) más grandes. Redes de apoyo.

3.- Cómo cambió su cuerpo después de la Morbilidad Materna Extrema y la Histerectomía Obstétrica. Desarrollar en términos físicos, emocionales, identificar metáforas del cuerpo antes y después de la complicación obstétrica.

4.- Cómo imaginaba que iba a ser el nacimiento de su hijo(a). Identificar metáforas, imágenes, símbolos de la trayectoria de atención materna.

5.- Cómo fue la atención del nacimiento, cómo se sentía al irse dando cuenta de que se empezaba a complicar su salud. Qué escuchaba en el hospital, qué le decían y no le decían los médicos, las enfermeras, los que realizaban los análisis, que le comentaban sus familiares y su pareja.

6.- Tenía alguna idea del riesgo en el que estaba usted y su hijo(a), cuando se dio cuenta de que estaba en riesgo su vida. Qué era lo que pensaba en esos momentos, a que le daba importancia, que sentía en términos físicos y emocionales. Sentía miedo, angustia, coraje, vulnerabilidad, vacío, tranquilidad por estar con vida

7.- Alguna vez pensó que podría ser éste su último embarazo. Cuáles eran sus expectativas, quería tener más hijos, cuantos, porqué, cuando. Qué significa para usted que le hayan extirpado el útero. Qué era el útero para usted antes de embarazarse y qué es el útero para usted hoy. Identificar metáforas del cuerpo y el derecho a concebir.

8.- Como sentía que usted era vista y tratada por el personal médico. Qué hacía, qué decía o callaba en el hospital; cómo sabía usted de qué forma esperaban los médicos o enfermeras que usted actuara. Qué se espera de la mujer en las salas de parto y porque piensa que es así.

9.- Cuando estaba en el hospital, que pensaba sobre su hijo(a) recién nacido. Cuando tuvo contacto con el/ella. Le comunicaban los médicos, enfermeras o sus familiares sobre el estado de salud de su hijo(a).

10.- Si su hijo(a) fue dado de alta del hospital antes que usted, quiénes le ayudaron a cuidarlo, como lo alimentaba, con quien convivió en esos días. El que usted estuviera hospitalizada cree que le afectó a su hijo(a), cómo, porqué.

11.- Qué es ser madre para usted, como fue su madre con usted, quien le enseñó a cuidar a sus hijos(as), que tienen que hacer las mamás todos los días; qué de esas cosas usted ya no puede hacer y porqué. Identificar construcciones en torno a la maternidad, madre sana/madre enferma (por ejemplo en casos de daño renal, incontinencia urinaria).

12.- Relate su experiencia desde que llegó al hospital, para atender el nacimiento hasta que fue dada de alta. Trayectoria de atención médica.

13.- En que momento, identifica usted, que empezó la complicación obstétrica, cómo fue atendida y cómo se resolvió. Como piensa que debió haber sido la atención.

14.- Qué decisión cree usted que debió haber cambiado, en términos de la atención en el hospital. Usted tomó alguna decisión. Cuál fue el papel de su pareja y su familia, en la trayectoria de atención médica, que hicieron, que dijeron, que no dijeron.

15.- Qué términos médicos le dijeron durante la atención y usted no los comprendió, quien se los explicó.

16.- Usted o su familia, se quejaron del servicio médico recibido en el Hospital en donde la atendieron. Cómo fue el proceso, que respuesta le dieron, que pensaba usted de la respuesta que le dieron.

17.- Sabía usted que existía la CONAMED, antes de ingresar su queja médica. Quien le habló o cómo supo que podía ingresar una inconformidad. Quien le habló de la CONAMED y cómo decidió buscar información de los servicios que ofrece.

18.- Cuando usted pedía información sobre la CONAMED y el proceso de queja médica, que le decía su pareja y su familia sobre ello. Estaban de acuerdo en que ingresara una queja o en contra, la alentaban o desalentaban en ingresar la queja, habló con algún médico o abogado cercano a su familia, tuvo alguna asesoría. Qué imagen tenía usted de la institución.

19.- Que la motivo a ingresar la queja. Que sentimientos, hacia quién quería dirigirla y para qué quería ingresar la queja médica, que pensaba que podría conseguir con la queja. Pensaba que se podría multar o sancionar al médico o al personal médico, pensaba que podrían meter a la cárcel a alguien, pensaba que con su queja ayudaría a otras mujeres que son atendidas en el ese hospital...Buscar imaginarios respecto a los derechos, la apropiación del cuerpo como sujeto, la justicia, lo correcto, el levantar la voz, el desquitarse, la Derechohabiciencia, por mencionar algunos.

20.- Relate el proceso de ingreso de la queja médica. Cómo fue atendida, qué le dijeron, como la asesoraron, cómo se sintió al relatar su caso, usted lloró, gritó, se enojó, le dio vergüenza contar aspectos de su cuerpo, los tratamientos y las secuelas, se sintió bien al hablar de ello con la Comisión. Quien la acompañó a ingresar la queja.

21.- Cuantas veces asistió a la CONAMED, cuánto dinero se gastó, sintió que valió la pena el gasto de transporte, copias de los documentos etc... el trámite en sí. Esto le afectó en su trabajo, tuvo que pedir permiso en su trabajo o el de su pareja o familiar.

22.- Relate como se llevó a cabo la junta de conciliación. Qué le dijeron los representantes del servicio médico, cual fue la explicación que dieron de su caso. Qué decía el/la funcionaria de la CONAMED, sintió que realmente era imparcial, se sintió apoyada o hecha a un lado. Usted esperaba otra cosa en esa junta. Estaba nerviosa, con quien fue a la junta. Como entro usted a esa junta y como se sintió al salir de ella.

23.- Se resolvió su caso en la junta de conciliación. Si fue Procedente. Que sintió usted de que fuera procedente. Identificar emociones en torno a este resultado, alivio, alegría, más coraje, que se hizo justicia, que no fue suficiente... metáforas de dicho resultado.

24.- Recibió indemnización, cuanto pensaba usted que le podrían dar de indemnización. Que hizo usted con ese dinero, le alcanzó para su tratamiento, lo usó para sus hijos(as), le sirvió para sentirse mejor de salud (puede o no contestar esta pregunta, puede ser invasiva).

25.- Si no se resolvió su caso mediante conciliación, relate como fue el proceso de arbitraje, que le dieron como explicación del caso, que resolvió la CONAMED, cual fue el laudo y cómo le avisaron que el proceso había concluido. Relate el momento en el que le avisaron el resultado.

26.- Después de salir del último trámite o recibir el último aviso de la CONAMED, que hizo usted. Como se sintió después, si procedió o si no procedió. Relate un día después de que se cerró el proceso de queja.

27.- Cuanto tiempo ha pasado desde que puso la queja. Cómo ha cambiado su vida desde aquel entonces. Que siente usted que es diferente, con sus hijos(as), su pareja, su familia.

28.- Qué hace usted ahora, trabaja, se dedica al hogar, estudia. Cómo se siente de salud.

29.- Cómo es su vida con su esposo, siguen juntos, él le dice algo sobre su deseo de tener más hijos(as). Usted cómo se siente con la familia que tiene ahora. Su familia le apoya en el cuidado de los hijos(as), en qué actividades y cómo son los arreglos o intercambios por dicho apoyo, con dinero, con ayuda mutua, con reclamos...ya no la apoyan. Describa estas relaciones.

30.- Que secuelas físicas tiene ahora, tiene alguna molestia todavía. Describa las molestias, puede tener buena digestión, vida sexual sin dolor, sufre de incontinencia, dolor de riñón, problemas intestinales causados por las fístulas, infecciones vaginales. (cómo se siente usted con estas molestias: incomoda, triste, con vergüenza, enojada).

31.- Ha pensado quejarse en otra instancia, sobre el servicio médico recibido, en derechos humanos local o nacional. Porque si o no, para qué. Cuando y como lo hizo o lo piensa hacer.

32.- Sabe usted que es un derecho, sabe cuáles son los derechos sexuales y reproductivos.

33.- Que cicatrices tiene usted en su cuerpo por la MME con HO. Que significan para usted esas cicatrices. Se ven o no se ven. Usted las ve, y como las ve. Como ve esas cicatrices su pareja.

34.- Usted se quejaría de nuevo ante la CONAMED. Si o no y porqué. Que hubiera hecho distinto en el proceso de queja médica.

35.- En una frase cómo describiría su experiencia en el último embarazo.

36.- En una frase cómo describiría la atención médica.

37.- Usted ha vuelto a la unidad médica en donde la atendieron, regresaría a ser atendida ahí, si no por qué.

38.- Sigue siendo derechohabiente del IMSS o del programa del seguro popular. Que servicios ha requerido.

39.- Después de la experiencia del proceso de queja médica ante la CONAMED, usted se ha quejado ante otra instancia y piensa que podría quejarse ante otra institución del gobierno. Si o no, por qué, cuál.

40.- Cómo es su relación con sus hijos(as) y si es diferente esta relación con su último hijo(a). Usted le va a contar a su último hijo(a) sobre las complicaciones que vivieron ambos en el nacimiento, sí o no y para qué. Le va a platicar más detalles de lo que vivió a sus hijas que a sus hijos, por qué.

41.- Cree usted que sus hijas podrían estar en riesgo de vivir lo que usted vivió en su último embarazo. Quienes son las mujeres que están en riesgo de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, todas, algunas, por qué. El dinero es un factor, el servicio médico público, la relación con la pareja influye, el tener mamá, hermanas, cuñadas influye o no, cómo y por qué piensa que es así.

42.- Por que aceptó participar en esta investigación. Relate su experiencia en los encuentros conmigo. Que sentimientos le provocaron las pláticas conmigo. Qué espera de este estudio. A qué personas cree usted que le sirva esta investigación: a otras mujeres, a los médicos, a la CONAMED. Qué preguntas le incomodaron, cuales les hicieron pensar sobre su cuerpo, su vida antes y ahora.
Fin el encuentro con la mujer.

Anexo 2. Guion de encuentro/dialógico con expediente de queja médica.

Tablero de Dirección:

Sección I. Guion de preguntas sobre la mujer que ingresó la queja médica:

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIÓN específica del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
1. ¿Cuáles son los principales aspectos que la mujer plasma en la carta de motivos de la queja médica?	✓ MUJER / Carta De Motivos (transcripción de la carta de motivos y categorías de análisis)
2. ¿Quién es la mujer? ¿cuáles son sus datos generales?	✓ CONAMED / Portada De Expediente DATOS: nombre, edad, residencia, fecha y lugar de nacimiento, adscripción étnica ✓ MUJER / Formato De Queja Médica
3. ¿Cómo es la familia de la mujer?	✓ SERVICIO MÉDICO: Notas de Trabajo social DATOS: Estado civil de la mujer, nombre, edad y escolaridad de la pareja, clasificación socioeconómica, residencia nuclear, tipo de vivienda, servicios con los que cuenta la vivienda, tipo de propiedad, ocupación de la mujer y de la pareja, ingresos mensuales de la pareja, número de hijos y edades de cada uno
4. ¿Quiénes conforman la red de apoyo de la mujer?	✓ MUJER / Carta De Motivos ✓ CONAMED/ Formato De Queja Médica (Testigos de la queja, copia de sus credenciales de elector) ✓ SERVICIO MÉDICO / Notas De Trabajo Social: Notas de Acceso a Cuneros y Visitas; Comprobantes de Trasfusiones DATOS: Nombres de familiares, amigos y miembros de la red que las apoya durante el proceso de atención médica, en el cuidado de los recién nacidos, acceso a cuneros, transfusiones de sangre así como la red jurídica de apoyo, en el caso de tener abogados/representantes legales

Sección II. Guion de preguntas sobre el proceso de queja:

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIONES del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
5. ¿Cuáles son los datos de la queja médica:	✓ CONAMED / Formato De Queja Médica DATOS: fechas de ingreso y conclusión de queja; lugar en que se ingresó la queja (oficinas de CONAMED o turnada de otras instancias); servicio al que se dirige la queja; unidad médica a la que se dirige la queja; nombres de médicos o personal involucrado en la atención.
6. ¿La queja se resuelve mediante conciliación entre las partes involucradas?	✓ CONAMED / Acta De Conciliación
7. Si la queja no se resuelve mediante conciliación ¿cuánto tiempo dura el proceso arbitral? ¿cuándo y qué resuelve el Laudo?	✓ CONAMED / Oficio De Resolución Y Laudo
8. ¿La queja procede o no procede?, ¿cuáles son los motivos de la resolución de la queja?	CONAMED / Acta De Conciliación O Laudo
9.- ¿Se otorga indemnización, reembolso de gastos y por qué motivos?	✓ SERVICIO MÉDICO / Análisis De La Inconformidad, Reporte clínico ✓ CONAMED / Acta De Conciliación; Laudo
10. ¿Qué otros beneficios le otorga el servicio médico a la mujer y/o al hijo(a)?	✓ SERVICIO MEDICO / Análisis De La Inconformidad y Reporte Clínico ✓ CONAMED / Acta De Conciliación; Laudo
11. ¿Cuánto tiempo duró el proceso de queja médica?	✓ CONAMED / Portada Archivo; Acta de conciliación, Laudo
12. ¿En cuántas ocasiones la mujer tuvo que asistir a las oficinas de la	✓ CONAMED/ Oficios Citatorios; Acta De Conciliación; Laudo

CONAMED para el proceso de queja médica?	
--	--

Sección III. Guion de preguntas sobre el prestador del servicio médico

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIONES del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
13. ¿Cuál es el Servicio Médico implicado en la queja médica (Nombre, Delegación, Nivel de atención, Referencia y Contrareferencia Hospitalaria)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CONAMED / Portada; Formato De Queja Médica ✓ MUJER / Carta De Motivos
14. ¿Relación de la mujer- usuaria del servicio médico que la atendió (Derechohabiciencia; seguro popular)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carnet De Servicio Médico; Póliza De Seguro Popular ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico
15. ¿El servicio médico declara procedente o improcedente la queja interpuesta y con qué motivos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SERVICIO MEDICO / Expediente Clínico; Informe/ Reporte Clínico Del Caso y Respuesta Ante La Queja

Sección IV: Datos reproductivos de la mujer / trayectoria sexual y reproductiva

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIONES del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
16. ¿Cuáles son los antecedentes sexuales y reproductivos de la mujer: Edad primera menstruación, edad inicio de la vida sexual, número de parejas sexuales, métodos de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual y su tratamiento; ha recibido tratamientos de fertilidad?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico: Notas de Consultas Prenatales; Notas de Trabajo Social; Notas de Ingreso Hospitalario
17. ¿Cuántos embarazos y a qué edades los presentó; abortos, mortinatos; tipo de atención médica y complicaciones en	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico: Notas de Consultas Prenatales;

cada una de sus gestas; Hijos(as) nacidos vivos?	Notas de Trabajo Social; Notas de Ingreso Hospitalario
18 ¿Al ingresar al hospital en su último embarazo, la mujer solicitó algún método de anticoncepción (firmó el consentimiento informado)?	✓ MUJER / Carta De Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico; Notas de Trabajo Social; Consentimiento Informado

Sección V. Guion de preguntas sobre el último embarazo y condiciones en que se presenta la Morbilidad Materna Extrema

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIONES del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
19.¿Características del último embarazo y su atención: número de consultas prenatales, síntomas de complicación durante el embarazo, indicios de riesgo durante el embarazo, enfermedades preexistentes?	✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico; Notas de Consultas Prenatales; Notas de Ingreso Hospitalario; Resumen Clínico
20.¿ Cuáles fueron las condiciones en las que la mujer solicita atención al nacimiento: ingreso hospitalario por urgencias o cita programada, semanas de gestación, síntomas de riesgo, signos vitales, hemorragias, infecciones...?	✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico; Notas de Ingreso Hospitalario; Resumen Clínico ✓
21.¿Cuáles fueron las características de la atención al nacimiento: inducción al parto, tiempo de hospitalización previo al nacimiento, trabajo de parto, cesárea (de emergencia o programada); argumento que justifica la atención recibida?	✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico; Notas de Hospitalización, Resumen Clínico
22.¿Qué tipo de síntomas/complicaciones obstétricas presenta la mujer?	✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Notas de Ingreso Hospitalario, Notas de Unidad de Cuidados Intensivos; Reporte y Resumen Clínico ✓ DATOS: hemorragia, restos placentarios, atonía uterina, fístulas (vesico vaginales, recto vaginales, intestinales), órganos dañados, hematomas, infarto, sepsis, choque séptico, dehiscencia de herida

	(episiotomía, cesárea), reacción alérgica a medicamentos o anestesia, otros.
23.¿En qué momento de la atención se presentan las complicaciones obstétricas severas (antes o durante el parto; post parto, en la cesárea, post cesárea inmediata; puerperio tardío)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta De Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Notas De Ingreso Hospitalario, Notas De Unidad De Cuidados Intensivos; Reporte y Resumen Clínico
24.¿Qué tipo de histerectomía se le realizó a la mujer (total/subtotal), cuales son las justificaciones médicas de la Histerectomía obstétrica, ésta intervención resolvió la complicación ?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SERVICIO MÉDICO: Notas de Ingreso Hospitalario, Notas de Unidad de Cuidados Intensivos; Reporte y Resumen Clínico ✓ MUJER / Carta de Motivos
25.¿Qué otras intervenciones quirúrgicas y tratamientos se le practicaron a la mujer en la atención de su último embarazo; OTB, órganos extirpados además del útero; qué momento de la atención se realizaron estas intervenciones (en el parto; post parto, en la cesárea, post cesárea inmediata; puerperio tardío)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO: Notas de Ingreso Hospitalario, Notas de Unidad de Cuidados Intensivos; Reporte y Resumen Clínico; Reporte de Patología
26.¿Cuáles son las secuelas físicas de la atención médica recibida y si al momento de ingresar la queja, la mujer aún requería tratamiento médico para resolver las secuelas de la MME con HO , que tipo de tratamientos requiere y en qué servicios los recibe o solicita (publico/privado)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico ; Notas de Ingreso Hospitalario, Notas de Unidad De Cuidados Intensivos; Reporte y Resumen Clínico ✓ CONAMED / Arbitraje, Laudo
27.¿Cuánto tiempo estuvo hospitalizada la mujer, número de ingres y egresos, contrareferencias hospitalarias, tiempo de hospitalización en la Unidad de cuidados intensivos?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta de Motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico ; Notas de Ingreso Hospitalario, Notas de Unidad de Cuidados Intensivos; Resumen Clínico

Sección VI. Guion de preguntas sobre el producto del embarazo.

Preguntas	VOZ DEL ACTOR / SECCIONES del expediente en los que se ubica la respuesta, DATOS que aporta cada sección del expediente
28.¿Cuáles son los resultados del nacimiento: bebé nace sano, nace con complicaciones, fallece por causas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta de Motivos

relacionadas a su nacimiento, otras causas?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente Clínico de La Mujer y del Recien Nacido; Acta de Defunción Bebé
29.¿En qué condiciones nace el producto: talla, peso, Apgar?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / carta de motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente clínico de la mujer y del Recién nacido; Acta de defunción bebé
30.¿Qué tratamientos médicos recibe el bebé y tiempo de hospitalización: ingreso a cuidados intensivos, cunero patológico, transfusiones, intervenciones quirúrgicas, terapias?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / carta de motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente clínico de la mujer y del Recién nacido; Notas de ingreso a UCI; Notas Perinatología; Consentimientos Informados; Resumen clínico
31.¿Quienes apoyan a la mujer en el cuidado del bebé, tanto en la hospitalización como al ser dado de alta (red social de apoyo)?	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MUJER / Carta de motivos ✓ SERVICIO MÉDICO / Expediente clínico del bebé; Personas autorizadas para visitas en Cunero; Personas que firman los consentimientos informados de intervenciones y transfusiones del bebé

Anexo 3. Cédula de registro base del expediente

CEDULA DE REGISTRO/EXPEDIENTE		Hoja 1/2	ANEXO 3. CEDULA DE REGISTRO BASE
Num. Registro:		Fecha de realización:	
Numero de expediente CONAMED:		AÑO DE RESOLUCION DEL EXPEDIENTE:	
Fecha en que se ingresó queja (apertura):		Fecha de resolución de la queja:	
Años del archivo en tramite:		Años de conservación en archivo de concertación:	
DATOS Y ANTECEDENTES GENERALES:			
1. Nombre de la mujer:		2.- NOMBRE FICTICIO DE LA MUJER PARA EL ESTUDIO y TELEFONO DE CONTACTO:	
3.- Nombre de quien ingresa la queja:			
4.- Motivo por el cual la mujer NO ingresa la queja:			
5. Edad de la mujer al ingresar la queja:		7.- Estado de Residencia de la mujer:	
6.- Edad en la que presentó el Ultimo Embarazo:		8.- Delegación/ Municipio:	
9.- Prestador del Servicio Médico:			
10.- Hospital/Clinica que prestó el servicio/demandado:		11.- Delegación/ Municipio del Hospital:	
12.- Lugar de nacimiento de la mujer: _____			
13.- Grupo socioeconomico:		14.- Hablante de una lengua indígena NO () SI () Etnia:	
15. Estado Civil: Soltera () Casada () Divorciada / Separada () Unión Libre ()			
16. Vive con su pareja SI (X) NO ()			
17. Vive en: Casa prc Casa Rentada () Casa de Familiares de la mujer () Casa de Familiares de su Pareja ()			
18. Tipo de vivienda: Construcción Lamina Numero de cuartos Baños Letrinas: Servicios (luz, agua, drenaje SI () NO ()			
19. Personas con las que vive: Hijos _____ Hijas _____			
Pareja ____; Padre ____; Madre ____; Suegro ____ Suegra ____; Hermanos(as) ____ Cuñados(as) _____			
Otros: _____			
20. Opupación de la mujer		21. Salario o total de percepciones de la mujer: \$ _____	
22. Escolaridad de la mujer:		23: Religión:	
25. Escolaridad de la pareja:		24.- Religión acepta transfusiones: SI () NO ()	
26. Ocupación de la pareja:		27. Salario mensual de la pareja:	
28.- TOTAL DE PERCEPCIONES MENSUALES DE LA PAREJA:			

DATOS GENERALES DE SALUD Y DE ATENCION MÉDICA		HOJA 2/2
29.- Enfermedades preexistentes, antes al último embarazo: SI () NO ()	30.- Enfermedades/ padecimientos preexistentes:	
Transfusiones previas: SI () NO ()	32.- En qué años recibió sangre y porqué:	
32.- Tipo de Sangre:		
33.- Cuenta con algún programa de s: NO () SI ()	34.- Seguro Popular _____ Con poliza _____ Excenta de pago: _____	
35.- Es derechohabiente de: _____ IMSS () ISSSTE () Seguro Popular (X) Otro: _____		
36.- En el último embarazo ingresó al Hospital por vía: UREGENCIAS () CITA PROGRAMADA () OTRA: _____		
37.- Semanas de gestación del Ultimo Embarazo al presentan la complicación:		
38. Fue atendida en su último parto en hospital: Público () Privado ()		
39. Se le realizó la Histerectomía Obstétrica en el mismo hospita SI () NO ()	40.- En qué otro hospit Público () Privado ()	
41.-Nombre y Ubicación del hospital:		
42.- Contrareferencia hospitalaria SI () NO () En qué momento de la complicación:	43.-Se solicitó contrareferencia y fue SI () NO ()	
44.- Miembros de su Red social/familiar de apoyo:		
45.- Firma de consentimiento informado para realizar cesárea: SI () NO ()		
46.- Firma de consentimiento informado para HISTERECTOMIA SI () NO () DIU SI () NO () OTB SI () NO ()		
47.- Ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos: SI () NO ()	48.- Número de días en la UCI: _____	
DATOS REPRODUCTIVOS		
49. Edad de la menarquia: _____ Años	50. Edad inicio vida sexu _____ Años	51.- Edad inicio de la vida en pareja: _____ Años
52.- Número de parejas sexuales: _____ ()	53.- Número total de Gestas (contando en la que se presentó la complicación: _____ ()	
54.- Al presentar la complicación la mujer era: Multigesta () Primigesta ()		
55.- Ha presentado Abortos: SI () NO ()	56.- Número de abortos y edades: _____ ():	
57.- Ha presentado Obito SI () NO ()	58.- Número de óbitos y edades en los que los presentó: _____	
59.- Ha presentado mortinatos SI () NO ()	60.- Número de mortinatos y edades en lo que falleció el Hijo/hija: _____	
61.- Tipos de anticonceptivos utilizados: Preservativo () Metodos Hormonales: Pastillas () Parche () Otro: _____ DIU ()		
62.- Solicitó con Consentimiento Informado el uso de metodo de anticoncep SI () NO () Cual: _____ DIU () OTB/SALPINGO ()		
63.- Enfermedades/Infecciones de Transmisión Sexual: SI () NO () Cuales: _____		

EVENTOS REPRODUCTIVOS	Edad / años	64.- Número de consultas Prenatales:	65.- Lugar de Atención Prenatal	66.- Se indujo al Parto	67.Parto	68.Cesárea U=urgencia Pro=programada	69.Complicaciones de cada embarazo (pre y posparto):
Número de gesta							
G1							
G2							
G3							
G4							
G5							
G6							
COMPLICACIONES DEL ÚLTIMO EMBARAZO							
70.- Motivo por el que ingresa al Hospital para atención del último embarazo: _____							
71.- Presentó Hemorragia: SI () NO ()		72.- Requirió Transfusión de sangre: SI () NO ()					
73.- Momento en el que presentó la hemorragia en el último embarazo: Embarazo () Parto () Cesárea () Post Cesárea Inmediata () Puerperio ()							
74.- Histerectomía: Total () Subtotal () Abdominal () Vaginal ()							
75.- Clampsia/Preeclampsia SI () NO ()		76.- Atomía Uterina SI () NO ()					
77.- Restos Placentarios SI () NO ()		78.- Legrado Uterino po SI () NO ()					
79.- Órganos Extirpados: Útero () 1 Ovario () Ambos Ovarios () Parte del Intestino () Apéndice () Otros: _____							
CAUSAS Y SECUELAS DE LA MME EN EL ÚLTIMO EMBARAZO							
80.- Causas obstétricas Directas: Preeclampsia () Hemorragia Obstétrica () Sépsis por restos placentarios () Sépsis por Textiloma () Otras: _____							
81.- Causas obstétricas Indirectas: Hipotiroidismo () Diabetes Mellitus () Obesidad () Patología Abdominal () Miomatosis () Hipertensión arterial () Otras: _____							
82.- Secuelas Agudas: Hipertensión () Choque Hipovolémico () S. HELLP () Infarto () Lesión Renal aguda () Desgarro de cervix () Trombosis venosa () Hemoperitoneo () Hematoma de pared abdominal () Fístula vesicovaginal () Fístula anovaginal () Otras: _____							
83.- Secuelas Crónicas: Insuficiencia renal crónica () Incapacidad reproductiva/esterilidad () Hipertensión arterial () Daño Neurológico y/o psicomotor ()							

RESULTADO DEL ÚLTIMO EMBARAZO/PRODUCTO	
84.- Semanas de gestacion del bebé: _____SDG	85.- Apgar: _____
86.-Peso: _____grs	87.- Trasfuciones SI () NO ()
88.- Talla: _____ cms	89. Tratamiento al nacer SI () NO () Cual: _____
90. Requiere tratamientos para su salud SI () NO ()	
91.- Resultado del nacimiento	Vive sin daños () Vive con daños () Fallece ()
DATOS RELEVANTES SOBRE LA INCONFORMIDAD /QUEJA	
92. Persona que ingresa la queja	Mujer () Madre () Pareja/ Esposo () Abogado () Otro representante legal ()
93.- Ingresa queja en:	CONAMED CDMX () Comisiones estatales () CNDH () PGJ/DENUNCIA () PRESIDENCIA () Otra: _____
94.- Fecha de ingreso de la queja	DD/MM/AAAA 95.- Fecha de la resolución de la quej: DD/MM/ AAAA
95.- Pretensiones de la queja:	Indemnización () Por daño (Por pérdida de capacidad rep () Por daño o fallecimiento del Hijo(a) () Otro: _____
	Pago de Tratamiento Médico hasta recobrar la salu Atención medica de por vida sin importar derechohabiencia ()
	Destitución del personal medico que la atendio () Atención psicológica () Cirugia reconstructiva/plástica ()
	Atención Médica para el Recien Nacido () Reembolso de gastos erogados () Subrogar tratamiento en sector privado ()
96.- Queja dirigida a:	Servicio () Hospital () Médico(a) de manera directa/ con nombre ()
97.- Procesos en CONAMED	Conciliación () Arbitraje () Laudo ()
98.- Resultado de la queja	PROCEDENTE CON INDEMNIZACION () PROCEDENTE SIN INDEMNIZACION () IMPROCEDENTE EN TÉRMINOS MÉDICOS ()
99.- Casos especiales	La institución medica la declara impropcedente pero CONAMED la revisa y resulta PROCEDENTE
100.- MONTO DE INDEMNIZACION RECIBIDO:	
101. Al proceder la queja que otros servicios y/o beneficios recibe la Mujer y Recien nacido (según el Caso): _____	

Anexo 4. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Posgrado en ciencias médicas, odontológicas y de la salud

Doctorado en Ciencias Sociomédicas:

Campo disciplinario Antropología en Salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra. XX

Usted ha sido invitada participar en el estudio sobre las morbilidades maternas extremas en mujeres que ingresaron quejas médicas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, concluidas en el periodo de 2013 a 2015. Esta investigación doctoral está a cargo de la Maestra Graciela Beatriz Muñoz Garcia, alumna del Posgrado en Ciencias Sociomédicas: Antropología en Salud de la Universidad Nacional Autónoma de México, con apoyo de la beca de Posgrados de Calidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT.

Uno de los objetivos de esta investigación es conocer la experiencia de las mujeres que han padecido una complicación obstétrica severa, atendidas en Hospitales Públicos en la Ciudad de México y que han ingresado una queja médica ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el periodo de 2013 a 2015.

La hemos contactado porque usted es mayor de edad y pertenece a la población atendida en algún Hospital Público ubicado en la Ciudad de México durante su último embarazo, parto y/o puerperio y ha presentado una queja médica ante la CONAMED resuelta, concluida y en archivo de esa institución en los años que comprenden de 2013 al 2015.

Usted ha sido invitada a participar porque nos interesa conocer más aspectos sobre su experiencia en la atención médica de su embarazo, parto y puerperio. Buscando identificar las causas, las secuelas y las consecuencias físicas y no físicas de la complicación obstétrica y la atención médica recibida. Además de que buscamos conocer los motivos, aspiraciones, resultado y percepciones de su experiencia al ingresar una queja médica ante la CONAMED.

Este estudio nos ayudará a dar conocer más sobre las complicaciones obstétricas en mujeres mexicanas; así como sobre las quejas médicas, los procedimientos y el ejercicio de los derechos de las mujeres. Los resultados de esta investigación podrían dar cuenta de las causas que la llevaron a presentar una complicación severa en su último embarazo, la calidad de la atención médica recibida, las secuelas y consecuencias en su vida a partir de la complicación, las formas en que este padecimiento ha cambiado su vida actual, datos relevantes sobre los procedimientos de queja y el ejercicio de su derecho a una atención de calidad.

Su participación es totalmente voluntaria y puede tomarse el tiempo que requiera para decidir participar. Durante todo el estudio, la Maestra Graciela Beatriz Muñoz Garcia, su directora de tesis la Dra. Zuanilda Mendoza (UNAM) y su asesor externo el Dr. Luis Alberto Villanueva (CONAMED), están a su disposición para aclarar cualquier duda o inquietud que usted tenga. Aunque haya decidido participar, usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Su atención médica presente y futura no cambiará de ninguna manera si usted decide no participar; ni tiene el resultado de la queja que usted presentó ante la CONAMED.

El Procedimiento:

1.- Usted ha sido informada por la CONAMED vía oficio y/o vía telefónica que la UNAM realizará un estudio independiente de esa institución, sobre las complicaciones en la atención obstétrica que usted recibió.

2.- La Mtra. Graciela Beatriz Muñoz Garcia se comunicó con usted vía telefónica para agendar una cita y poder darle más detalles del estudio, así como entregarle este CONSENTIMIENTO INFORMADO:

“Si está de acuerdo con participar en mi investigación, realizaré una entrevista con usted ahora, o a la hora y el lugar que usted le convenga. La entrevista involucrará preguntas sobre tu experiencia a lo largo de sus embarazos, su vida cotidiana, su maternidad; su experiencia en la atención de su último embarazo y en el proceso de la queja médica.

La duración de la entrevista dependerá en su nivel de comodidad y cuanto le gustaría compartir. Con su permiso, grabaré la entrevista con audio y/o video, tomaré apuntes durante la entrevista (siempre reservando su identidad). Las grabaciones y las fotografías serán para documentar fielmente la información que proporciona, y serán utilizadas para el propósito de transcripción. Si no quisiera ser grabado/a por audio y/o video, tomaré apuntes en lugar de grabaciones. Si acordara ser grabado/a o aparecer en fotos pero se siente incómodo en cualquier momento durante la entrevista, podría apagar la cámara o la grabación según su petición. O, si no quiere seguir con la entrevista, puede solicitar que paremos en cualquier momento.

Estoy interesada en hacerle una entrevista y de ser posible más entrevistas, según el tiempo que usted disponga y los temas que usted pueda compartir. Algunos extractos de las grabaciones, serán utilizadas en reuniones científicas o en la realización de un documental, aunque siempre se reservará su identidad, no se mostraran ni imágenes ni su nombre y apellidos, buscando siempre que su identidad no sea revelada, ya que es únicamente con fines académicos y de difusión científica”.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos serán de carácter confidencial, se guardará el anonimato, estos datos serán organizados con un número asignado y un nombre ficticio para a cada mujer entrevistada. Su identidad y la de todas las participantes será completamente confidencial. Los datos estarán a cargo de la Mtra. Graciela Beatriz Muñoz Garcia y podrán ser revisados por su directora de tesis para el posterior desarrollo de informes y publicaciones científicas. Las grabaciones serán guardadas en archivos digitales confidenciales. Cuando la investigación esté completa, la información de esta investigación puede ser reservada y utilizada en investigaciones futuras exclusivamente de la Mtra. Graciela Beatriz Muñoz

Garcia, respetando siempre los principios de la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Quien guardará estos archivos indefinidamente con el fin de aportar elementos para que la investigación sobre estos temas sea cada vez más amplia.

La información recolectada no será usada para ningún otro propósito, además de los señalados anteriormente, sin su autorización previa y por escrito.

Beneficios:

No hay ventaja directa para usted en su participación en este estudio. Se espera que la investigación proporcione información sobre la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio y sobre la atención de las quejas médicas, buscando hacer sugerencias y/o recomendaciones mediante la publicación de libros, artículos.

Riesgo o Incomodidad

Algunas de las preguntas de esta investigación la pueden hacer sentir incómoda o afectada, por lo cual usted se puede negar a responder a cualquiera de las preguntas que desee, o puede parar la entrevista en cualquier momento. Esta investigación busca tomar todas las precauciones para minimizar el riesgo.

Compensación

Ningún participante en la investigación recibirá pago por colaborar en este estudio, ya que es exclusivamente con fines académicos.

Derechos

Participación en esta investigación es completamente voluntaria. Usted se puede negar a participar en este proyecto. Puede negarse responder cualquiera de las preguntas y puede parar su participación en el proyecto en cualquier momento. Si elige o no participar en el estudio, y si elige o no contestar las preguntas o seguir participando, con lo cual no se limitará ninguno de sus derechos.

Preguntas:

Si Usted desea realizar un reclamo, emitir comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de la investigación o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio: usted puede dirigirse a la Maestra Graciela Beatriz Muñoz Garcia teléfono 04455-41911272 y al email: gramugarcia@gmail.com o bien con la Dra. Zuanilda Mendoza Profesora del Posgrado en Ciencias Sociomédicas: Antropología en salud, de la Facultad de Medicina de la UNAM/Dra. Lina Rosa Berrio Palomo CIESAS –Pacífico Sur, Oaxaca.

CONSENTIMIENTO

En este momento usted recibirá una copia de este documento de consentimiento. Si le gustaría participar en este estudio, por favor firme abajo e indique la fecha.

Nombre del Participante (escribir con letra de imprenta)

Firma de Participante

Fecha

Firma de responsable de la Investigación

Fecha

Maestra Graciela Beatriz Muñoz Garcia

Alumna del Posgrado en Ciencias Sociomédicas: Antropología en Salud.

Anexo 5. Carta de confidencialidad firmada ante la CONAMED

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

México, D.F., a 25 de febrero de 2016.

El (La) que suscribe, **GRACIELA BEATRÍZ MUÑOZ GARCÍA**, manifiesto mi compromiso de mantener la más absoluta confidencialidad respecto de toda la información y documentación a la que tengo y tendré acceso en el desarrollo de servicio social en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, y expreso mi conformidad con lo siguiente:

- a. No divulgar a terceras personas físicas o morales el contenido de cualquier documentación o información, a la que tengo y tendré acceso en el desarrollo de mis funciones y actividades;
- b. Proteger la información confidencial a la cual tengo y tendré acceso con motivo del desarrollo de mis funciones y actividades;
- c. No discutir ni divulgar los asuntos de los que conozca, con terceros;
- d. No permitir a terceros el manejo de la documentación, información, resultados o conclusiones que obtenga o resulten del desarrollo de mis funciones y actividades en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico;
- e. No explotar o aprovechar en beneficio propio, o permitir el uso por otros, de la información y de los resultados obtenidos durante el desarrollo de mis actividades en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico;
- f. Que conozco y acepto que la información que resulte de las actividades que realizo en o para la Comisión Nacional de Arbitraje Médico es propiedad de esta institución;
- g. No sacar de las instalaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la documentación que se me proporcione para el desarrollo de mis actividades;
- h. No conservar, una vez concluida mi relación laboral con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, documentación que sea propiedad o esté en posesión de esta institución, ni obtener copia de la misma ni permitir que se realicen copias no

autorizadas de esta información.

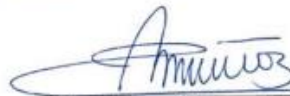
- i. No utilizar con fines de difusión, publicación, protección legal por cualquier medio, licenciamiento, venta, cesión de derechos parcial o total, los materiales, datos analíticos o información de toda índole, relacionada con las actividades y resultados obtenidos de los asuntos de que conozca en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico;
- j. Cumplir todas las disposiciones relativas a la protección de datos personales, uso y divulgación de información, y a no divulgar la información que reciba a lo largo de mi relación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, subsistiendo este deber de secreto, aún después de que finalice dicha relación, tanto si esta información es de su propiedad, como si pertenece a un usuario de la misma, o a algún tercero, cualquiera que sea la forma de acceso a tales datos o información y el soporte en el que consten, quedando absolutamente prohibido obtener copias sin previa autorización, y
- k. No poner en peligro la integridad, disponibilidad y confidencialidad de la información que maneja la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Acepto que los anteriores compromisos de confidencialidad y secreto subsistirán de manera indefinida, aún después de que finalice mi relación con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Asimismo, expreso que se me ha hecho saber y manifiesto mi aceptación con ello, que en la realización de las funciones y actividades que desarrollo en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, debo conducirme con objetividad e imparcialidad, por lo que en caso de que en algún momento pueda tener algún conflicto de interés, notificaré de inmediato a mi superior jerárquico, por escrito, de este hecho y me abstendré de participar en el asunto de que se trate.

Entiendo que el incumplimiento de cualquiera de las obligaciones que constan en el presente documento, podrían implicar, en su caso, responsabilidades de carácter administrativo, civil o penal.

GRACIELA BEATRIZ MURDOZ GARCÍA



Nombre y firma del suscriptor de la carta

Anexo 6. Gráficas trayectorias de atención y queja médica

Nota: en la versión impresa de la tesis se incluirán a color las seis gráficas de las trayectorias -lo que cambiará los números de página-;
Para fines de este documento se anexa (PPT)

9. Relación de gráficos y tablas

Gráfico 1. Sistema Nacional de Salud

Tabla 1 Sistema de evaluación de triage obstétrico

Gráfico 2 . Espectro de morbilidades maternas extremas respecto al total de gestaciones

Tabla 2. Criterios para determinar casos de Morbilidades Maternas Extremas.

Gráfico 3. Razón de Morbilidad Materna por cada 1000 nacidos vivos.

Tabla 3. Estudios cuanti y cualitativos de MME.

Gráfico 4. Esquema teórico.

Gráfico 5. El cuerpo consiente: los tres cuerpos (Scheper Hughes & Lock; 1987).

Gráfico 6. Triángulo y flujos de violencia de Galtung (2003).

Gráfico 7. Violencia obstétrica: fenómeno sistémico y estructural.

Gráfico 8. Proceso de construcción de la ciudadanía reproductiva Castro y Erviti (2014).

Gráfico 9. Proceso de queja médica CONAMED.

Tabla 4. CONAMED: Salas de especialidades médicas para atención de las quejas.

Gráfico 10. Proceso de selección de los casos.

Gráfico 11. Enfoque relacional/polifónico del expediente de queja médica.

Tabla 5. Tabla casos de estudio. Datos generales.

Tabla 6. Tabla casos de estudio: Derechohabiencia y resultado de queja médica

Gráfico 12. Trayectoria de atención: caso sin complicaciones.

Tabla 7. Resumen historia reproductiva Caso 1

Gráfico 13. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 1. Romina.

Tabla 8. Resumen de historia reproductiva Caso 2.

Gráfico 14. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 2. Viviana.

Tabla 9. Resumen historia reproductiva Caso 3

Gráfico 15. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 3. Maribel.

Tabla 10. Resumen historia reproductiva Caso 4

Gráfico 16. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 4. Rosa.

Tabla 11. Resumen historia reproductiva Caso 5

Gráfico 17. Trayectoria de atención y queja médica. Caso 5. Luisa.

Gráfico 18. Factores que inciden en el ingreso de una queja médica.

Tabla 12. Quejas médicas de ginecología y obstetricia según distribución por grandes categorías de motivos, 2001-2015.

Tabla 13. Total de expedientes de quejas médicas CONAMED por MME (2013-2014).

10. Referencias bibliográficas

ACELAS-GRANADOS et.al. (2016). Factores de riesgo para la morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino a la supervivencia. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2016; 81(3): 181 – 188

AGAR, Michael. (1980). *Getting Better Quality Stuff: Methodological Competition in an Interdisciplinary Niche Urban Life*, vol. 9, 1: pp. 34-50. , First Published Apr 1, 1980

AGÜERO O. (2000) Histerectomías Obstétricas en Hospital Privado. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2000;60.

AGUIRRE-GAS, H. et.al. (2008). Análisis crítico de quejas CONAMED, 1996-2007. *Revista CONAMED*, Vol. 13, abril–junio 2008.

AGUIRRE-PABÓN JAVIER ORLANDO. (2011). Dignidad, Derechos humanos y filosofía práctica de Kant. *Universitas*. Bogotá (Colombia) N° 123: 45-74, julio-diciembre de 2011.

ALARCÓN-MUÑOZ, AM, ALDO CONRADO VIDAL-HERRERA (2005). Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres. *Salud Pública de México*, Vol. 47, Núm. 6 (2005)

ALFARO BARBOSA, AC. (2018). Mujeres en búsqueda de atención no hegemónica en salud materna. el caso de la zona metropolitana de Guadalajara. Tesis de posgrado. Centro De Investigaciones y Estudios Superiores En Antropología Social Guadalajara, Jalisco CIESAS- Occidente.

ALI, A. A., KHOJALI, A., OKUD, A., ADAM, G. K., & ADAM, I. (2011). Maternal near-miss in a rural hospital in Sudan. *BMC pregnancy and childbirth*, 11(1), 48.

ALMERIE, Y., ALMERIE, M. Q., MATAR, H. E., SHAHROUR, Y., AL CHAMAT, A. A., & ABDULSALAM, A. (2010). Obstetric near-miss and maternal mortality in maternity university hospital, Damascus, Syria: a retrospective study. *BMC pregnancy and childbirth*, 10(1), 65.

ALVAREZ CASTAÑO LS. 2009 Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo *Rev. Gerenc. Polit. Salud*, Bogotá (Colombia), 8 (17): 69-79, junio-diciembre de 2009.

ÁLVAREZ TOSTE, M., Salvador ÁLVAREZ, S., GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, G., & PÉREZ, D. R. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extremadamente grave. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48(3), 310-320.

AMORÓS, CELIA. [1985] 1991. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Barcelona, Anthropos.

AMUCHÁSTEGUI HERRERA, Ana; RIVAS ZIVY, Marta (2004). Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión. *Estudios Demográficos y Urbanos*, núm. 57, septiembre-diciembre, 2004, pp. 543-597. El Colegio de México, A.C.. Distrito Federal, México.

ANGELINI C, PACANGELLA R, PARPINELLI M, SILVEIRA C, ANDREUCCI C, FERREIRA E, SANTOS J, ZANARDI D, SOUZA R, SOUSA M, CECATTI J (2018) "Quality of life after an episode of severe maternal morbidity: evidence from cohort study in Brazil" *Bio Med Research International* Vol. 2018. Hindawi.

ANTÓN HURTADO, Fina. (2015): Antropología del miedo. *Methaodos. Revista de Ciencias Sociales*, 3 (2): 262-275.

ARDITTI R, PAT BRENNAN AND STEVE CAVRAK (1980). *Science and Liberation*, South End Press, 1980.

ARDITTI RITA et.al. (1984). *Test tube women: What future for Motherhood?*. Ms. Ago/July.

ARGENTINA BORDES, MARIANA. 2010 *Lo simbólico y lo real en la definición de la realidad médica. Notas sobre las potencialidades heurísticas del concepto de experiencia. INTERSTICIOS. Revista sociológica de Pensamiento Crítico* Vol. 4 (2) 2010.

ARGUEDAS RAMÍREZ, GABRIELA *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2014, pp. 145-169. Universidad de Costa Rica. San Pedro de Montes de Oca, Costa Rica.
<https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>

ARROWSMITH, S., E.C. Hamlin, and L.L. Wall 1996 *Obstructed labor injury complex: Obstetric fistula formation and the multifaceted morbidity of maternal birth trauma in the developing world. Obstetric and Gynecological Survey* 51(9):568-574

ASHFORD, Lori (2002). *Hidden Suffering: Disabilities From Pregnancy and Childbirth in Less Developed Countries*. Population Reference Bureau. Measure Communication.

ATKINSON, Paul. (1990). *The Ethnographic Imagination*, Londres, Routledge.

ÁVILA MELLIZO, G. A., (2014). *Informe del evento morbilidad materna extrema, hasta el periodo epidemiológico 12 del año 2014*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública.

AYERS S. et.al. *Thoughts and emotions during traumatic birth: a qualitative study*" *Birth* 2007: 34,253-263.

AYERS S. et.al.(2006). *What happens after a difficult birth?. Postnatal debriefing services*, *Br. J Midwifery* 14, 157-16.

BARNARD Alan AND Jonathan SPENCER. (2010). *The Routledge Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology* Citizenship. pp. 120-122.

BARRAGÁN SOLIS, Anabella. (2005). *La interrelación de los distintos modelos médicos en la atención del dolor crónico en un grupo de pacientes con neuralgia posherpética*. *Cuicuilco*, vol. 12, núm. 33, enero-abril, 2005, pp. 61-78 *Escuela Nacional de Antropología e Historia Distrito Federal, México*.

- BAUMAN, Zygmunt. (2007). Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona: Paidós.
- BEATON J, GUPTON A.(1990). Childbirth expectations: a qualitative analysis. *Midwifery*. 1990;6(3):133-139. doi:10.1016/s0266-6138(05)80170-6
- BELLI, LAURA F. (2013), “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”, en *Revista Red Bioética/UNESCO*, 4, 1 (7): 25-34
- BELLI, LAURA. “ La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética/UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/UNESCO* Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013 ISSN 2077-9445 pp. 25-34.
- BELLO JANEIRO, Domingo. (2009). Responsabilidad civil del médico y responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria. Ed. Reus. Madrid.
- BELLÓN SÁNCHEZ, SILVIA (2014). “Obstetric violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?”, *Tesis de máster*, Países Bajos, Utrecht Universiteit
- BERLINGUER G. (2009). Determinantes sociales de las enfermedades. *Rev cub salud pública*. 2007. [Citado en 2009, enero 25]; 33(1).
- BERRIO PALOMO, Lina Rosa Y Elyse SINGER. (2016). La salud sexual y reproductiva. Un ámbito de disputa en la construcción de ciudadanía para las mujeres indígenas. En: Cejas, Mónica (Coordinadora). *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. Universidad Autónoma Metropolitana UAM-X, Editorial Terracota. Ciudad de México.
- BERRIO PALOMO, Lina Rosa.^[1]_[SEP](2013) “Prácticas de atención durante el embarazo entre mujeres indígenas amuzgas y mixtecas de la costa chica de Guerrero” Tesis Doctorado en Ciencias Antropológicas, UAM Iztapalapa.
- BLACKING, John. (1977) *Towards an Anthropology of the Body*. In *The Anthropology of the Body*. John Blacking, ed. Pp. 1-27. New York: Academic Press.
- BLACKING, John.^[1]_[SEP](1977). *Towards an Anthropology of the Body*. In *The Anthropology of the Body*. Blacking, ed. Pp. 1-27. New York: Academic Press.
- BLAIR TRUJILLO, Elsa (2009) “Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición”, *Política y Cultura*, núm. 32, otoño, 2009, México, UAM-Xochimilco, pp. 9-33.
- BLANCO, Mercedes. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población* 2011, 5 (Enero-Junio).
- BLÁZQUEZ RODRIGUEZ M. Aproximación a la antropología de la reproducción. AIBR. *Revista de antropología iberoamericana*. España.
- BOBBIO, N. (1991), *El tiempo de los derechos*, Madrid, Editorial Sistema.

BOHREN MA, VOGEL JP, HUNTER EC, LUTSIV O, MAKH SK, SOUZA JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med 12(6): e1001847.

BONDER Gloria. (1998). Género subjetividad: avatares de una relación no evidente. PIEG Chile.

BORDO, Susan. (1990). El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. University of California press. La ventana núm. 14 (2001)

BOURDIEU Pierre (1994) Estructuras, habitus, prácticas. En: El sentido práctico. Madrid: Taurus.

BOURDIEU Pierre. (1996) La dominación masculina, en ventana Num 2, Guadalajara, UdeG, 1996:7-95.

BOURDIEU, P. (1999a). La miseria del mundo. Madrid: Akal.

BOURDIEU, P. (1991b) La distinción. Madrid: Taurus

BOURDIN, GL (2016) Antropología de las emociones: conceptos y tendencias. Revista Cuicuilco, vol. 23, núm. 67, 2016 Instituto Nacional de Antropología e Historia.
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/351/35149890004/html/index.html>

BRACE ET. AL (2007) Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003-05. BJOG. 2007;114:1388-1396

BRICEÑO-PÉREZ C, et.al. (2009) . Histerectomía obstétrica: análisis de 15 años. Vol. 69, N° 2, junio 2009 89 Rev Obstet Ginecol Venez 2009;69(2):89-96

BROWN, JOSEFINA; PECHENY MARIO, GATTONI SOLEDAD et.al. (2013). Cuerpo, género y sexualidad en la atención ginecológica revista *Ártemis*, Vol. XV n1; enero julio 2013.

BROWNER CAROLE AND NANCY PRESS The Production of Authoritative Knowledge in American Prenatal Care Medical Anthropology Quarterly, New Series, Vol. 10, No. 2, The Social Production of Authoritative Knowledge in Pregnancy and Childbirth (Jun., 1996), pp. 141-156. Blackwell Publishing on behalf of the American Anthropological Association Stable URL: <http://www.jstor.org/stable/649325>

BUNCH CHARLOTTE, CLAUDIA HINOJOSA, NIAMH REILLY (Eds.). (2000). Los derechos de las mujeres son derechos humanos. Crónica de una movilización mundial. Edomex.

BURCHETT HE, MAYHEW SH. (2009) Maternal mortality in low-income countries: What interventions have been evaluated and how should the evidence base be developed further? Int J Gyn Obst 2009;105:78-81.

BURKHALTER, B.R. 2000a, 'Assumptions and Estimates for the Application of the REDUCE Safe Motherhood Model in Uganda', Centre for Human Services, Bethesda, Maryland.

BURKHALTER, B.R. 2000b, 'Consequences of Unsafe Motherhood in Developing Countries in 2000: Assumptions and Estimates from the REDUCE Model', Centre for Human Services, Bethesda, Maryland.

BUTLER J. (2006) *Deshacer el género*. Paidós.

<https://www.caladona.org/grups/uploads/2014/02/butler-judith-deshacer-el-genero-2004-ed-paidos-2006.pdf>

BUTLER, JUDITH (1993) "Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del 'sexo'". Ediciones Paidós. Buenos Aires.

BUTLER, JUDITH (2001) "El género en disputa". Ediciones Paidós. México, 2001.

BUTLER, JUDITH, LACLAU, ERNESTO Y ZIZEK, SLAVOV.(2003). "Contingencia, hegemonía y universalidad". Ediciones FCE. Buenos Aires,

BUTTLER J. (1990). *El género en disputa. El género en disputa: feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

BUTTLER J. (1993). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del sexo*.

BUTTLER J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías sobre la sujeción*. Universitat de Valencia, España

BUTTLER J. (2002) *Cuerpos que importan sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.

BUTTLER J. (2006) *Deshacer el género*: Barcelona, España. Paidós Studio 167.

CABEZAS E. Mortalidad Materna, un Problema por Resolver. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2009;35.

CABEZAS E. Shock Hemorrágico en Obstetricia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 71.

CÁCERES, Carlos F.; FRASCA, Timothy; PECHENY, Mario; TERTO Júnior, Veriano (Editores). (2004) *Ciudadanía Sexual en América Latina: Abriendo el Debate*. Universidad Peruana. Cayetano Heredia.

CALDERÓN RIVERA, Edith. (2012) *La afectividad en antropología: una estructura ausente*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Ciudad de México.

CALDERÓN RIVERA, Edith. (2012). *La afectividad en antropología: una estructura ausente*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, Ciudad de México.

CALDERÓN RIVERA, Edith. (2015) *Universos emocionales y subjetividad*. Nueva Antropología. Núm. 61.

CALDERÓN RIVERA, Edith. (2015) *Universos emocionales y subjetividad* Revista nueva antropología num 81. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. México.

CALDERÓN RIVERA, Edith. (2017). El papel de la dimensión afectiva en la adquisición del lenguaje materno *Alteridades*, vol. 27, núm. 53, enero-junio, 2017, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa Distrito Federal, México.

CALVO AGUILAR, O. MORALES GARCÍA, VE. FABIÁN FABIÁN, J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud de Oaxaca. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(12): 660-668.

CAMACARO MF et.al. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y praxis Latinoamérica AÑO 20. No 68* (enero-marzo 2015) Universidad del Zulia .Venezuela.

CAMACHO MF Y MA. José ROMERO MATÍN. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de la Ribera: una aproximación cualitativa. *Revista enfermería Global* Num 49; Enero 2018.

CAMPIGLIA Mercedes, (2017) Tesis doctoral CIESAS. La institucionalización del nacimiento. El vínculo Roto. CIESAS, CDMX, México.

CARBONELL, MIGUEL (2005). Los derechos fundamentales y su interpretación. Porrúa. México.

CARDACCI Dora, Ma. Ángeles SÁNCHEZ BRINGAS. (2007) ¿Cómo es mi cuerpo ahorita? Enfoque biomédico y construcción social de la gestación. *Zona Franca*, revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre las mujeres Facultad de Humanidades y Artes, Año XV, Núm. 16, Mayo 2007, pp. 3-14.

CÁRDENAS R. (2000). La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México, pp. 301-28. en STERN C. & ECHARRI C. (Comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. El Colegio de México, México.

CARRERA, Claudia (2015) La atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México. https://parteria-omm-ciesas.org/wp-content/uploads/2018/10/3.Informe_CDMX.pdf

CASTRO R, RUÍZ A. (2004). Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Saúde Pública* 2004; 38(1), 62-70.

CASTRO Roberto (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev. Mex. Sociol* [online]. 2014, vol.76, n.2, pp.167-197. ISSN 0188-2503.

CASTRO Roberto Y ERVITI Joaquina. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México” en *Revista Muñoz Hernández, Onofre y Meljem Moctezuma*, vol. 19, Núm. 1, enero-marzo 2014, págs. 37-42 37.

CASTRO Roberto Y ERVITI Joaquina. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. UNAM

CECATTI C, et al. (2007) Research on severe maternal morbidities and near-misses in Brazil: what we have. *Learned Reproductive Health Matters* 2007;15(30):125-133.

CEJAS, Mónica. Y Ana Lau JAIVEN (Coords.). (2011). Mujeres y ciudadanía en México estudios de caso. UAM, itaca. México.

CENTENARO LEVANDOWSKI et.al (2015). ¡Llegó la hora! Expectativas y experiencias de parto de adolescentes embarazadas Revista de Psicología Vol. 33 (2), 2015 (ISSN 0254-9247)

CHAVEZ COURTOIS, MAYRA LILIA. (2008). Infertilidad y Técnicas de Reproducción Asistida: Una perspectiva antropológica de las dimensiones de cuerpo, género y parentesco. Tesis de Doctorado en ciencias antropológicas. UAMI. México.

CHÁVEZ COURTOIS, Mayra Lilia. (2016). Algunas dimensiones culturales de parejas con diagnóstico de infertilidad, tratamientos y el sistema de género y cuerpo. En Moreno Tetlacuilo & Carrillo F (Coords.) la perspectiva de género en la salud. Facultad de medicina. UNAM.

CHRISMAN NJ (1977) The health seeking process: an approach to the natural history of illness. *Cult Med Psychiatry* 1977;1(4):351-77. DOI: [10.1007/BF00116243](https://doi.org/10.1007/BF00116243)

COLEN, SH. (1995). "Like a mother to them": Stratified Reproduction and West Indian Childcare Workers and Employers in New York. En: Ginsburg F, Rapp R, editors. *Conceiving the new world order. The Global Politics*. Berkeley: Universidad de California; 1995. p. 78-102.

COLLADO PEÑA S. y SÁNCHEZ BRINGAS A. (2012). ¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Un abordaje cualitativo REVISTA CONAMED Vol.17, suplemento 1, 2012.

COLLADO PEÑA, S. (2010). Del sistema de referencia y contra-referencia al multi-rechazo hospitalario en materia de atención obstétrica. Aportes desde un enfoque cualitativo", tesis de Maestría en Estudios de la Mujer, México, Universidad Autónoma Metropolitana, pp.151.

COMELLES, JM. (1985). El papel de los no profesionales en los procesos asistenciales. *Humanidades médicas: antropología de la medicina*. JANO 18-29 septiembre 1985. Vol. XXIX No. 660-H.

COMELLES, Josep. M y MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Ángel. (1992) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema. España.

CONAMED, Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Centro de documentación CONAMED; 1996.

CORAL-DIAZ Ana Milena. et.al. (2010). EL CONCEPTO DE LITIGIO ESTRATÉGICO EN AMÉRICA LATINA: 1990-2010. *U niversitas*. Bogotá (Colombia) N° 121: 49-76, julio-diciembre de 2010.

CÓRDOBA JE. (1997). Responsabilidad penal del médico frente al acto médico. En: *La responsabilidad Profesional y Jurídica de la Práctica Médica*. Simposio México: CONAMED- Academia Mexicana de Cirugía, 1997.

- CRUZ C , Y HACHUZ T, (2012). Parto o cesárea y su relación con el apego al control prenatal , Hospital General de Zona No 1, IMSS, Pachuca Hidalgo.
- CSORDAS, THOMAS J. & JACK A. CLARK 1992. Ends of the line: Diversity among chronic pain centers. Original Research Article Social Science & Medicine, Volume 34, Issue 4, February 1992, Pages 383-393.
- CUAMATZI-PEÑA, M.T. VILLELA-MAMEDE M. (2009). Significado de la Histerectomía en mujeres en edad reproductiva por complicaciones del parto: una visión sociocultural. Revista CONAMED Vol. 14, suplemento 1, 2009, paginas 11-14.
- DAVIS-FLOYD, R. (1987). The Technological Model of Birth. The Journal of American Folklore, 100(398), 479-495. doi:10.2307/540907
- DAVIS-FLOYD, Robbie E. (1993), “The technocratic model of birth”, en PERSING, LINDA Y YOUNG, M. JANE (Eds.). Feminist Theory in the Study of Folklore, Tower Hollings, , 297-326. Urbana, University of Illinois
- DAVIS-FLOYD, Robbie E. Y SARGENT, Carolyn, (Eds.). (1997). Childbirth and Authoritative Knowledge, Berkeley: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. International Journal Gynaecology and Obstetrics. 2001, vol. 75, suplemento 1, p. 5-23.
- DE BEAUVOIR, SIMONE (1975) El segundo sexo. Buenos Aires, Ediciones Siglo Veinte.
- DELANTY, Gerard. (2006). *Community: comunidad, educación ambiental y ciudadanía* Grao (2006)
- DERRIDA, J. (1966). La estructura, el signo y el juego en el discurso de las ciencias humanas. Conferencia dictada en la Universidad Johns Hopkins, sobre los “lenguajes críticos y las ciencias del hombre”, el 21 de octubre de 1966.
- DERRIDA, J. (1967) De la Gramatología. Siglo XXI Editores.
- DEWALT, Kathleen M. & DEWALT, Billie R. (2002). Participant observation: a guide for fieldworkers. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
- DIAZ Daniela Y Christian GURENBERG (Coords.). (2016). Presupuesto público, rendición de cuentas y salud materna en México. Acercamientos desde los derechos humanos. Prólogo de Alicia Ely Yamin. FUNDAR. Gedisa editorial, México.
- DIAZ, Bladimir (2011) Condiciones para la construcción de la ciudadanía. Revista Científica de Ciencias Humanas Vol. 7, Num 19, Julio 2011:198-209.
- DOUGLAS MARY ([1978] 1988) *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- DOUGLAS, MARY — (1979b). Implicit Meanings: Essays in Anthropology. Londres: Routledge.

DOUGLAS, MARY (1979a). "Do Dogs Laugh". A Cross Cultural Approach to Body Symbolism. En DOUGLAS, M. (comp.). *Implicit Meanings: Essays in Anthropology*. Londres: Routledge.

DURÁN MARTÍN, JM SAUCEDA –GARCIA, TERESA LARTIGUE. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana* Vol. 22 No. 1; Enero-Marzo 2008.

DVA Women (2001) World Health Organization. Putting women's safety first; ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Global Program on Evidence for Health Policy Gen? World Health Organization.

ECCLES A. (1982) *Obstetrics and Gynaecology in Tudor and Stuart England* by Audrey Eccles (1982-06-30). Inglaterra.

ELMIR et. al. (2011) Separation, failure and temporary relinquishment: women's experiences of early mothering in the context of emergency hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing* 21,1119-1127.

ELMIR et.al. (2012) .Between life and death: women's experiences of coming close to death, and surviving a severe postpartum haemorrhage and emergency hysterectomy. *Rev. Midwifery* 28 (2012) 228-235.

ELU CAYADO, M.C. (1991). Estudio antropológico de la mortalidad materna el encuentro entre ser mujer, maternidad y muerte. Universidad Iberoamericana, México.

ENGELSEN, I. (2010). Albechtsen S, Iversen O. Peripartum Hysterectomy. Incidence and Maternal Morbidity. *Acta Obstet Gynecol.* 2010; 80:409-12.

ERVITI, Joaquina (2010), Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos, en CASTRO Roberto y LÓPEZ Alejandra (Eds.). *Poder médico y ciudadanía. El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, 101-22, Montevideo, U de la R /CRIMUNAM

ERVITI, Joaquina (2012), Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en servicios de salud reproductiva, en AGOFF C., CASIQUE L . Y CASTRO R. (Eds.), *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, 119-143, Cuernavaca, CRIM-UNAM

ESTEBAN, ML (2013). *Antropología del cuerpo*. Ediciones Bellaterra. España.

ESTEBAN, ML.(2004). *Antropología encarnada. Antropología desde una misma*. 2004, Papeles del CEIC No. 12.

FÁBREGA, H. (1974). *Disease and social behavior: An interdisciplinary perspective*. The MIT Press.

FAJARDO DOLCI, German. et.al. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *Rev. Salud pública de México / vol. 51, no. 2, marzo-abril de 2009*.

FENECH, G. et. al. (2014) Tormented by ghost from their past”: a meta-synthesis to explore the psychosocial implications of traumatic birth on maternal well-being, *Midwifery* 30 (2014) 185-193 UK.

FERNÁNDEZ-CANTÓN SB, RIZO-AMÉZQUITA JN. (2018) La queja médica relativa a los servicios de ginecología y obstetricia en México, 2001-2015. *Rev CONAMED* 2018; 23(1): 33-42.

FERNANDES et.al. (2017). Skin Color and Maternal Near Miss. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2017;39:209–216.

FERNÁNDEZ CANTÓN, Sonia. (2015) Eventos adversos y seguridad del paciente. *Boletín CONAMED - OPS*, Número 3, noviembre-diciembre 2015.

FERNÁNDEZ CANTÓN, Sonia. (2016). El Acto Médico: Error y la mal praxis *Boletín CONAMED - OPS*, Número 5, marzo- abril 2015.

FERNÁNDEZ GUERRERO, Olaya. (2012). Pensar con el cuerpo, pensar desde el cuerpo. *Thémata. Revista de filosofía* No. 46 (2012) segundo semestre. Pp. 361-368.

FERNÁNDEZ, Inés. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata Revista de Filosofía* Núm 33, 2004.

FERRANDIZ MARTÍN, Francisco (2011). Etnografías contemporáneas: anclajes, métodos y claves para el futuro. *ANTHROPOS*. UAM.

FERRANDIZ MARTÍN, FRANCISCO 2011. Etnografías contemporáneas: anclajes, métodos y claves para el futuro. *ANTHROPOS*. UAM.

FIGARI, Carlos. (2014). Conocimiento situado y técnicas amorosas de la ciencia. *Tópicos de epistemología crítica*.

FLORES NAVA, Gerardo. et.al. (2007). Morbilidad y mortalidad neonatal asociadas con el síndrome de HELLP *Ginecol Obstet Mex* 2007;75(9):527-32.

FORNES, Valeria Lucía (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

FORTNEY JA, SMITH JB. (1996). The base of the iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries. *Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International [FHI], Maternal and Neonatal Health Center*, Dec. vii, 104

FORTNEY JA, SMITH JB. (1999). Measuring maternal morbidity. En: Berer M, Ravindran TKS. *Safe motherhood initiatives: critical issues*. Oxford: Blackwell Science; 1999. p. 43-50.

FOUCAULT M [1963] *El nacimiento de la clínica*

FOUCAULT M [1975] (1986), *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI Editores

- FOUCAULT M [1976] La historia de la sexualidad I, II, III.
- FOUCAULT M [1978] Micro física del poder
- FOUCAULT M. (2004), Nacimiento de la Biopolítica, Buenos Aires, FCE
- FOUCAULT, M. (2006). La Historia de la Sexualidad, Volumen I: La Voluntad de Saber. Siglo XXI Editores.
- FOUCAULT, MICHEL, [1971] (1987), El orden del discurso, Buenos Aires, Tusquets.
- FOURNIER, P. et.al. (2009). Improved access to comprehensive emergency obstetric care and its effect on institutional maternal mortality in rural Mali” Bulletin of the World Health Organization, [s. l.], v. 87, n. 1, p. 30–38, 2009.
- FREEDMAN LYNN P. (2014) Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda” Bull World Health Organ 2014;92:915–917.
- FREIDSON (1972); La profesión médica. Barcelona: Península
- FREYERMUTH E, Graciela (Coord.). (2015). 25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia /, Coordinadora; Observatorio de Mortalidad Materna en México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- FREYERMUTH E, Graciela. (2010). Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas. Un análisis desde la inequidad. Informe de desarrollo Humano en Chiapas, Documentos de trabajo. México: PNUD.
- FREYERMUTH E, Graciela. (2014). Mortalidad Materna en México. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres. En: SÁNCHEZ-BRINGAS A. (Coord.). Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México. México: UAM Xochimilco/Ítaca.
- FREYERMUTH, Graciela (2013) Los derechos humanos y la salud materna: entre el discurso del siglo XX y las prácticas del XXI. Revista CONAMED, vol. 18, num 2, abril-junio 2013.
- GALTUNG, Johan (1985). Sobre la paz, Fontamara, Barcelona
- GALTUNG, Johan (2003), Violencia Cultural, Guernika-Lumo, Gernika Gogoratz.
- GALTUNG, Johan (2003b) Paz por medios pacíficos. Paz y conflicto, desarrollo y civilización, Bilbao, Gernika Gogoratz.
- GARCÍA PUGA, Julio A. et.al. (2016) Trayectorias de atención de mujeres con pre eclampsia en Hermosillo, Sonora. Revista de ciencias biológicas y de la salud. Volumen XVIII, (E2). Universidad de Sonora.
- GEERTZ, Clifford. (1973) Descripción Densa: Hacia una Teoría Interpretativa de la Cultura. The Interpretation of Cultures: Selected Essays. Nueva York, Basic Books.
- GEERTZ, Clifford. (1977). La interpretación de las culturas. Editorial Gedisa.

- GLASER, Barney G. & Anselm L, STRAUSS. ([1968] 2017). Time of dying Tercera edición 1980. Routledge Taylor & Francis Group (Eds.) London y New York.
- GLASER, Barney G. & Anselm L, STRAUSS. (1965). Awerness of dying. Aldine Publishing Company. Chicago.
- GOFFMAN, Erving (1970) Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Ediciones, Buenos Aires- Madrid.
- GOFFMAN, Irving. ([1961], 2001). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. ESPAÑA. AMORRORTU EDITORES.
- GOMEZ-DANTES et.al. (2011) Sistema de salud en México. Rev. Salud Pública Mex 2011;53 supl. 2:S220-S232.
- GONZÁLEZ-ROSALES R, AYALA-LEAL I, CERDA-LÓPEZ JA, CERÓN-SALDAÑA MA. (2010). Mortalidad materna en el Hospital General de Matamoros Dr. Alfredo Pumarejo Lafaurie durante un periodo de 10 años. Ginecol Obstet Mex 2010; 78(4):219-225.
- GOOD, Byron. (1994). Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Cambridge University Press.
- HABERMAS, Jürgen. (1992). Citizenship and National Identity: Some Reflections on the Future of Europe. Praxis Intenational, núm. 12.
- HABERMAS, Jürgen. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos, LV Dianoia, 64, 6 (mayo de 2010).
- HAHN, Robert & KLEINMAN, Arthur (1983) Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and Directions. Ann Rev. Anthropol.1983.12:305-33.
- HAMMERSLEY, Martin Y Paul ATKINSON. (1994). Etnografía: Métodos de investigación, Barcelona, Paidós.
- HARAWAY, Donna J. (1988), Situated Knowledge's: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective, en Feminist Studies 14 (3): 575-599.
- HARAWAY, Donna J. (1995). Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la naturaleza, Madrid, Cátedra. Health, 2016,8, 206-218.
- HARDING, Sandra (1987) Feminism and Methodology. Bloomington: Indiana University Press.
- HARDING, Sandra (1993) Rethinking Standpoint Epistemology: What Is 'Strong Objectivity'?, in Feminist Epistemologies. L. Alcoff and E. Potter. New York: Routledge. 49-82.
- HERNÁNDEZ L. Mónica (2017). Estrategias y procesos de alternación en la trayectoria de atención a mujeres embarazadas con VIH en el INPer desde el enfoque biocultural / tesis que para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas, Disertación/ Tesis06/22/2017 TESIUNAM.

HERNANDEZ María Del Pilar (2002). Derechos del personal de la salud. Cámara de Diputados LVIII Legislatura y UNAM.

HERNANDEZ TORRES et.al. (2009) Queja médica y calidad de la atención en salud. Revista CONAMED, Vol. 14, julio - septiembre 2009.

HINOJOSA MA, HERNÁNDEZ FJ, BARRERA E, GAYOSSO MT. 2010 “Prevalencia de diabetes mellitus gestacional en el Hospital Juárez de México.” Rev Hosp Jua Mex. 2010; 77(2) :123-28.

http://www.antropologiadelasubjetividad.com/images/trabajos/lorena_pollock.pdf

HUNT, Paul Y BUENO DE MESQUITA, Judith. (2002). Reducing Maternal Mortality: the contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health. University of Essex, Human Rights Centre. p. 3.

HUSSEIN, Julia (2017) Non-communicable diseases during pregnancy in low and middle income countries, *Obstetric Medicine*, 10, 1, (26), (2017).

IGLESIAS PRIETO, Norma. (1997). Reconstruyendo lo femenino: identidades de género y recepción cinematográfica. *Frontera Norte* Vol.9 Num 18, Julio-diciembre.

ILLICH, Ivan. (1976). *Medical Nemesis. The expropriation of health.* London: Random House.

INFANTE CASTAÑEDA, Claudia. (2006). Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica Facultad de Medicina, UNAM y Editores de Textos Mexicanos, S.A. de C.V.

IÑIGO RIESGO CA, et.al. (2008) Hipertensión arterial crónica en 110 mujeres embarazadas Artículo original *Ginecol Obstet Mex* 2008;76(4):202-10

JAHAN, S., BEGUM, K., SHAHEEN, N., & KHANDOKAR, M. (2006). Near-Miss/Severe acute maternal morbidity (SAMM): A new concept in maternal care. *Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons*, 24(1), 29-33.

JORDAN Brigitte. (1992). Technology and social interaction: notes on the achievement of authoritative knowledge in complex settings. Institute for Research on Learning. Palo Alto California. Report no. IRL92-0027

JURADO OCAMPO Nathalie. (2014). Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. Especialidad en Ginecología y Obstetricia Universidad del Rosario Bogotá, Colombia.

KACMAR J, BHIMANI L, BOYD M, SAH-HOSSEINI R, PEIPERT JF (2003). Route of delivery as a risk factor for emergency peripartum hysterectomy: A case-control study. *ACOG* 2003;120(1):141-5.

KALE et.al.(2003) Lived experiences of women who developed uterine rupture following severe obstructed labor in Mulago hospital, Uganda. *Reproductive Health* 2014, 11:31.

- KAROLINSKI A, MERCER R, MICONE P, OCAMPO C, SALGADO P, SZULIK D, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(4/5):351–9.
- KAROLINSKI, Ariel. et.al. (2009). Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Vol. 105-2. Mayo 2009.
- KAYE. DAN K. et.al.(2014). Survivors’ understanding of vulnerability and resilience to maternal near-miss obstetric events in Uganda. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Volume 127, Issue 3, December 2014, Pages 265-268. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.05.019>
- KEANE, John. (2000). Reflexiones sobre la violencia, traducción de Josefa Linares de la Puerta, Madrid, Alianza editorial, 2000, pp. 61-62
- KHOSLA, A. H., DAHIYA, K., & SANGWAN, K. (2000). Maternal mortality and near-miss in rural north India. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*,68(2), 163-164.
- KICKBUSCH. I. (2004). La nueva agenda de la salud. perspectivas de salud. organización panamericana de la salud. PAHO. volumen 9, número 2, 2004.
- KITZINGER SHEILA (1978). *The Place of Birth*, edited by Sheila Kitzinger and John A. Davis. 266 pp. OXFORD UNIVERSITY PRESS, Oxford.
- KLEINMAN A, & CSORDAS T. (1996). The therapeutic process. En: Sargent C , Johnson T, comp. *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger Publishers, 1996:3-21.
- KLEINMAN AR, HAHN A. (1988). Biomedical practice and anthropological theory: frame works and directions. *Ann Rev Anthropology* 1988; 12: 305-33.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration in the borderland between Anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, USA: University of California Press.
- KWAST, Bárbara. (1991). Maternidad sin riesgo: meta de la asistencia obstétrica” *Foro mundial de la salud* Vol. 12; 1991.
- KYMLICKA, W. Y W. NORMAN. (1996). El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía”, en revista *La Política*, núm. 3: Ciudadanía. El debate contemporáneo, Barcelona.
- LALE S, et al. (2004). WHO Systematic review of maternal morbidity and mortality: the Prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive Health* 2004;1:3.
- LAMAS, Martha. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. En *Ventana* Num 1, Guadalajara, UdeG, México.

- LANGER A. R. LOZANO y B. HERNÁNDEZ. (1994). Mortalidad materna, niveles y causas, en María del Carmen Elú y ana Langer (coords), *Maternidad sin riesgos en México*, CPMSR/ Instituto Mexicano de Estudios Sociales, México; 1994, 23-30
- LE BRETON David. (2002). *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- LE BRETON, D. (1999): *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- LE BRETON, David. (1995). *Antropología del cuerpo y la modernidad*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires Argentina.
- LE BRETON, David. (2005). *Las pasiones ordinarias. Antropología de las emociones*, Buenos Aires: Nueva Visión.
- LE BRETON, David. (2012). Por una antropología de las emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. N°10. Año 4. Diciembre 2012-marzo de 2013. Argentina. pp. 69-79.
- LEAPE L. et. al. (2009). Transforming healthcare: a safety imperative. *Qual Saf Health Care*. 2009; 18(6): 424-428
- LEBOVICI S. (1989). Ligas transgeneracionales. Las interacciones fantasmáticas en LEBOVICI S, Weil- Halpern F (eds.). *Psychopathologie du bébé*. Paris, Presses Universitaire de France; 1989. p. 128-42.
- LECHNER, N. (1986). *La conflictiva y nunca acabada construcción del orden deseado*, Chile, FLACSO.
- LEDÓN LLANES, Loraine. (2011). *Articulación entre las categorías cuerpo, género*
- LÉVI-STRAUSS, Claude .(1949b). La eficacia simbólica, en *Antropología estructural*, 1977, Eudeba, Buenos Aires.
- LÉVI-STRAUSS, Claude. (1949a). El hechicero y su magia, en *Antropología estructural*, 1977, Eudeba, Buenos Aires.
- LOCALIO, AR. et. al. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence. *New Engl J. Med*. 1991; 325(4): 245-251.
- LOCK Margaret. (1993b). Cultivating the body: anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. *Annual review anthropology*, 1993; Vol. 22:133-55
- LOCK Margaret. (2001). *An anthropology of biomedicine*. Wiley.
- LOCK, Margaret. (1993a). *Encounters with Aging Mythologies of Menopause in Japan and North America*. University Press of California.
- LÓPEZ PACHECO, Marcela. (2017). *Trayectorias de atención e itinerarios terapéuticos de mujeres con IVPH / tesis que para obtener el grado de Maestría en Ciencias Sociomédicas, Disertación/ Tesis 06/22/2017 TESIUNAM*.
- LOPEZ SÁNCHEZ Oliva. (2013). *Cuerpo, salud, género y emociones: estudios diacrónicos y sincrónicos*. UNAM. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 16 (4), 2013.

LÓPEZ SÁNCHEZ, Oliva. (2013). La pertinencia de una historia de la construcción emocional del cuerpo femenino en México entre 1850-1910. Abordaje desde el construccionismo social Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 51-64.

LOZANO ASCENCIO, Rafael et.al. (2005). Evolución y tendencias de largo plazo de la mortalidad maternal en México: análisis de factibilidad y de efecto potencial de intervenciones seleccionadas para el cumplimiento de las metas de milenio, en: ZÚÑIGA E. (Coord.) México ante los desarrollos del Milenio, México, Consejo Nacional de Población, SEGOB, pp. 168-192.

LUTZ, CATHERINE Y GEOFFREY WHITE (1986). "The Anthropology of Emotions". Annual Review of Anthropology 15 (1): 405-436.

MAGALLÓN, P. (2005) Epistemología y violencia. Aproximación a una visión integral sobre la violencia hacia las mujeres. DOI: 10.14198/fem.2005.6.03.

MAGNONE ALEMÁN, Natalia. (2010). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Montevideo, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la Republica, Uruguay.

MAINE D, y ROSENFIEL A. (2002) The AMDD program: history, focus and structure. International journal obstet gynecol. 2002; 74: 99-103.

MALVINO, E. (2009). Morbilidad materna aguda severa (en línea). Buenos Aires, AR. Obstetricia Crítica. p. 1-4.

MARIÑO MARTINEZ, C., VARGAS FIESCO D. (2010). Caracterización de la morbilidad materna extrema en el instituto materno infantil – hospital La Victoria. Trabajo de grado presentado para optar el título de especialista en obstetricia y ginecología, universidad nacional de Colombia Facultad de Medicina. Departamento de Obstetricia y ginecología, Bogotá, Colombia.

MARTÍN MALDONADO-DURÁN JM, SAUCEDA-GARCÍA, TERESA LARTIGUE (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. Revista de perinatología y reproducción humana. 2008: 22: 5-14. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip081c.pdf>

MARTIN, G. (2000). The 'tradition of violence' in Colombia: Material and Symbolic Aspects. En Aijmer, G. y Abbnik J. (eds), Meanings of Violence. A cross cultural perspective. New York. Berg.

MARTÍNEZ BARREIRO ANA. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. Papers 73, 2004, 127-152

MARTÍNEZ E, et.al. (2004). Placenta Percreta, Rotura Uterina e Histerectomía Obstétrica. Clin Invest Gin Obst. 2004;31:266-8.

MARTINEZ HERNÁEZ (2015) Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. España.

MARTÍNEZ PACHECO, Agustín. (2006). La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio Política y Cultura, núm. 46, 2016, pp. 7-31 Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco Distrito Federal, México.

MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Angel. (2008). Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad. Anthropos. Barcelona.

MATEUS, JULIO. (2016). The burden of severe maternal morbidity in contemporaneous Obstetrics. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(4), 397-404. Recuperado en 19 de agosto de 2020, de

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000400008&lng=es&tlng=.

MATTHIAS SACHSE, et.al. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca REVISTA CONAMED Vol.17, suplemento 1, 2012.

MAUSS MARCEL (1925) Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. <http://mastor.cl/blog/wp-content/uploads/2017/05/MAUSS-Marcel-Ensayo-sobre-el-don-1924.pdf>

MCCALL, SJ, M NAIR & M. KNIGHT. (2016). Factors associated with maternal mortality at advanced maternal age: a population-based case-control study, *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **124**, 8, (1225-1233).

MCLEAN A. (1995) Empowerment and the psychiatric consumer/ex/patient movement in the United States: Contradictions crisis and change *Soc Sci & Med* 1995;40(8): 1053-1071

MEAD, Margaret. ([1928] 1990). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Grupo planeta. México

MEJÍA A, TÉLLEZ G, GONZÁLEZ A. (2012). Morbilidad materna extrema (near miss) y muertes maternas. *Arch Invest Materno Infant* 2012; IV (3):146-53.

MÉNDEZ MARTINEZ, JL. (2014). El autor como anomalía: Kierkegaard, Scriblerus, Bajtín. Tesis de grado para Lic. En Filosofía UNAM

MENÉNDEZ, Eduardo. (1983). Modelos hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Características estructurales. En *Hacia una práctica medica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. CIESAS. Cuadernos de la Casa Chata. México.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1990) *Antropología medica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata No. 179. 1990, p. 107-38, 165-203.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1992). Modelo hegemónico, Alternativo subordinado, modelo de autoatención. En *La antropología Médica en México; 1ra Edición*, Universidad Autónoma Metropolitana.

MENÉNDEZ, Eduardo. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En: SPINELLI H, (compilador). *Salud Colectiva*.

Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.

MERLEAU-PONTY, Maurice ([1945],1957). Fenomenología de la percepción México, FCE, 1957. Primera edición en francés, 1945 Traducción de Emilio Uranga.

MEZA E, Tania Eréndira y Mitzy, ALCALÁ C. (2000)“Carmen Rincón: el derecho a ser madre (un testimonio sobre la lucha por los derechos reproductivos de la mujer)” tesis FCP y S UNAM.

MICHAELSON KAREN & COLS (1988). Childbirth in America: Anthropological Perspectives. EUA.

MICHAELSON KAREN (1988), Childbirth in America. Anthropological perspectives. By Karen L. Michaelson and Contributors. South Hadley, MA: Bergin and Garvey Publishers, Inc., 1988. <https://doi.org/10.1002/ajpa.1330780314>

MOHAMMED F. ZAIDAN AND ALEXANDER G. DUARTE. (2016). Pulmonary Hypertension in Pregnancy, Critical Care Obstetrics, (775-790), (2018).

MONTES, María Jesús. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. Tarragona, 2007.

MORA RIOS Jazmín; Monserrat SALAS VALENZUELA; Luz María ESPINOSA CORTÉS. (2013). Saberes y trayectorias de atención a la salud de poblaciones vulneradas en México: un abordaje interdisciplinario. Saúde e Sociedade, Vol 22, Iss 2, Pp 590-602 (2013); Universidade de São Paulo, Brasil.

MORENO A. Laura (2010) Enfermedad, cuerpo y corporeidad: una mirada antropológica Gac Méd Méx Vol. 146 No. 2.

MOUFFE, Chantal (1996). Por una política de la identidad nómada. Debate feminista, No. 7, Vol. 14, 1996.

MOYZAKITIS, W. (2004). Exploring women’s descriptions of distress and/or trauma in childbirth from a feminist perspective” Evidence Based Midwifery 2, 8-14;

MUÑIZ P. (1996). Crisis, familia y género en las trayectorias educativas universidades, en Sociológica. Revista del Departamento de Sociología, año 11, núm. 32. UAM Azcapotzalco, México. Sept-Dic: 95-114.

MUÑIZ, Elsa. (2013). El cuerpo. Estado de la cuestión. UAM y La Cifra editorial.

MUÑOZ G. Graciela Beatriz. (2014). Procesos y trayectorias reproductivas de mujeres jóvenes en situación de calle en la Ciudad de México, en SÁNCHEZ BRINGAS, Ángeles. (Coord.) 2014. Desigualdades en la procreación: trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. UAM Xochimilco y Ed Ítaca: 245-287.

MUÑOZ GARCIA GB Y BERRIO PALOMO LR. (2020) *Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad. La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México*” en Quattrocchi P. Magnone N. (Coords.)

“Violencia Obstétrica: alcances y desafíos en investigación”. Cuadernos de Salud Pública del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.

NANCY, Jean Luc. (2006). 58 indicios sobre el cuerpo, Extensión del alma. 1ra ed. Buenos Aires; Ediciones la Cebra.

NAVA FJ, et.al. (2002). Indicaciones y factores de riesgo para histerectomía obstétrica de urgencia. *Ginecol Obstet Mex* 2002;70:289-94.

NRC National Research Council (2000) *The Consequences of Maternal Morbidity and Maternal Mortality: Report of a Workshop*. Committee on Population. Holly E. Reed, Marjorie A. Koblinsky, and W. Henry Mosley, editors. Commission on Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy Press. <https://www.nap.edu/read/9800/chapter/1>

O’NEIL J. (1985). *Five Bodies: Re-figuring Relationships*. Published in association with Theory, Culture & Society. SAGE Publications Ltd; Edición: 1 (21 de febrero de 2004) ISBN-13: 978-0761943099.

O’DONNELL, Guillermo. (1993). Estado, democratización y ciudadanía, en *Revista Nueva Sociedad*, núm. 128, noviembre-diciembre, Caracas.

O’DONNELL GUILLERMO (1993). Estado, Democratización y ciudadanía. *Nueva sociedad*, ISSN 0251-3552, Nº. 128, 1993, págs. 62-87

OLIVEIRA Neto AF, et al. (2009). Factors associated with maternal death in women admitted to an intensive care unit with severe maternal morbidity. *Int J Gyn Obst* 2009;105: 252-256.

ORDAZ MARTÍNEZ KY. et.al. (2010). Factores asociados a la muerte materna hospitalaria en el Estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet Mex* 2010;78(7):357-64.

ORTEGA, Francisco. (2010). *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Consejo superior de investigaciones científicas CSIC, Madrid, España.

ORTIZ ORTEGA, Adriana (comp.) (1999). *Derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social en México*. México DF: Edamex y UAM-X.

ORTNER, Sherry. (1974). Is female to male as nature is to culture?. En: ROSALDO, M. Z. y L. LAMPHERE (eds.). *Women, culture and society*. Stanford, Stanford University Press.

ORTNER, Sherry. (1996). The Problem of “Women” as an Analytic Category. En: *Making Gender. The Politics and Erotic’s of Culture*. Boston, Beacon Press.

OSORIO C. Rosa María. (2000). Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente ante los padecimientos infantiles. CIESAS, INAH, INI.

OSORIO C. Rosa María. (2008), *La experiencia de los padecimientos reumáticos en un grupo de autoayuda en la ciudad de Barcelona: desafíos y dilemas en la investigación sobre enfermedades crónicas*. Antropología de la medicina, metodologías e

interdisciplinaria: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. XI Congreso de Antropología: retos teóricos y nuevas prácticas. Páginas: 157-171.

OSORIO C. Rosa María. (2016), Cultura de atención médica materna en las enfermedades infantiles en Campos-Navarro, Roberto (Coords) "Antropología médica e interculturalidad" UNAM, Facultad de Medicina y McGraw-Hill, México.

PACHECO SOTO, Xenia. (2005). La construcción social del cuerpo femenino. Temas de nuestra América. CIDE y Universidad Nacional Heredia, Costa Rica. Revista de Estudios Latinoamericanos; Vol 21, No 42. Año, 2005.

PACHECO SOTO, Xenia. La construcción social del cuerpo femenino. Temas de nuestra América. CIDE y Universidad Nacional Heredia, Costa Rica.

PADILLA Mark (2017). Lecture of medical anthropology. Mailman School of Public Health Columbia University New York USA.

PATTINSON Robert et.al. (2009). WHO maternal death and near-miss classifications. Bull World Health Organ 2009;87:734.

PATTINSON Robert, Hall M. (2003). Near misses: a useful adjunct to maternal death enquiries. British Medical Bulletin 2003;67:231-247.

PETCHESKY Rosalind P y Karen JUDD (Compiladoras). (2006). Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones. COLMEX.

PETCHESKY, ROSALIND P. (1984). "Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality, and Reproductive Freedom". Boston: Northeastern University Press: 412.

PETCHESKY, ROSALIND P. (Summer 1987). "Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction". *Feminist Studies*. 13 (2): 263-292.

POLANYI, Michel. (1958). Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy. Routledge UK.

POLLOCK, Lorena (2012). Rituales de Nacimiento: Subjetividades en Transformación. Elegir Cómo Parir, Elegir Cómo Vivir...

POOPHARINESINGH R, FAY L, MACKENNA P. (2003). A 27-year review of obstetric hysterectomy. J Obstet Gynecol 2003; 23(3): 252-4.

PRATS ÁLVAREZ, O. M. et.al. (2011). Morbilidad y mortalidad de la materna grave. Pinar del Río 2000-2010. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 15(2), 133-144.

PRUAL, A. et. al. (2000). Severe maternal morbidity from direct obstetric causes in West Africa: incidence and case fatality rates. Bull of the WHO 2000;78:593-602.

PUJADAS, Joan.(Coord.). (2004). Etnografía, Barcelona, Editorial UOC.

QUATTROCCHI P. MAGNONE N. COORDS (2020). "Violencia Obstétrica: alcances y desafíos en investigación". Cuadernos de Salud Pública del Instituto de Salud Colectiva

de la Universidad Nacional de Lanús, Argentina.
<http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>

QUESNEL GBC, AHUED JR, RIVERA J. OBEID LJ. (1997). Obstetric hysterectomy. A review of 675 cases at the Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 1997; 65(3):119-24.

QUIROZ-HUERTA G, et.al. (2015) Morbilidad Materna extremadamente grave en el Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz, 2012. *Rev CONAMED* 2015;20 (4): 160-73.

RAMÍREZ GOICOECHEA, Eugenia. (2001). *Antropología compleja de las emociones humanas*. ISEGORÍA 25. PP. 177-200 Madrid.

RAMÍREZ HERNÁNDEZ C. (2012). Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa *REVISTA CONAMED* Vol.17, suplemento 1, 2012.

RAMÍREZ HERNÁNDEZ C. et.al. (2012). Desafíos en salud materna en México: universalidad, calidad y respeto a derechos humanos. *REVISTA CONAMED* Vol.17, suplemento 1, 2012: S3.

RAMÍREZ ROJAS M. y FREYERMUTH E. G. (2012). Monitoreo al Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, 2011 *REVISTA CONAMED* Vol.17, suplemento 1, 2012.

RAMÍREZ SÁIZ, JUAN MANUEL. (2012). Dimensiones constitutivas y ejes estructurales de la ciudadanía. *Estudios políticos (México)*, (26), 11-36. Recuperado en 20 de agosto de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16162012000200002&lng=es&tlng=es

RANGEL Y MARTINEZ A. (2016). La investigación en morbilidad materna extrema “near miss” en América Latina. *Rev Peru Exp Salud Pública* 2016;34(3):505-11.

RAVELO, Patricia (2009). En busca de nuevos paradigmas: algunas reflexiones en torno a la categoría género, en *Acta Sociológica* Num 16, FCP y S, UNAM; enero abril 1996:11-39.

RCOG. Antepartum Haemorrhage, Greentop Guideline No. 63. Royal College of Obstetrics & Gynaecology, London; 2011. Available in: http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG63_05122011APH.pdf

REDDY, WILLIAM (1997). “Against Constructionism: The Historical Ethnography of Emotions”. *Current Anthropology* 38 (3): 327-351.

RICHES, D. (1986). *The Phenomenon of Violence*. En Riches, David (comp.), *The Anthropology of Violence*. London. Basil and Blackwell.

RICO, Nieves. (2016). Consultora de la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL. “Violencia de género: un problema de derechos humanos” Puerto Rico.

RINCÓN CRUZ, Carmen y SÁNCHEZ-BRINGAS A. (2014). Morbilidad materna y sus secuelas en un hospital de seguridad social de Pachuca, Estado de Hidalgo. En: Sánchez-Bringas A. [coord.] Desigualdades en la procreación. México: Xochimilco/Ítaca; 2014. p.197-209.

RINCÓN CRUZ, Carmen. (2013). De la pre eclampsia a la insuficiencia renal: morbilidades post parto en mujeres derechohabientes del IMSS, Delegación Hidalgo” México. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Mujer y estudios de género. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco.

RIOS RUIZ, MA. (2014). El arbitraje en la praxis médica, análisis y perspectivas de nuevos mecanismos para la solución de controversias” Revista Electrónica de la Facultad de Derecho Número 1 3a Época Mayo - Agosto 2014.

ROBERTS CHRISTOPHER, Nigel. (2010). Exploring Fractures within Human Rights: An Empirical Study of Resistance. A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Public Policy and Sociology) in The University of Michigan.

ROBLEDO GALVÁN Héctor. et. al. (2012). La queja médica; tema de análisis y reflexión actual. REVISTA CONAMED Vol.17, Núm. 4, Octubre-diciembre, 2012: 149-155.

ROBLES-ELÍAS FJ, et.al. (2014). ¿Despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: Medicina y Derecho. Ginecol Obstet Mex 2014;82:828-838.

RODRIGUEZ R., Brenda. (2011). La ciudadanía como experiencia en las madres de Eureka en CEJAS, Mónica y Ana Lau JAIVEN (Coords.). Mujeres y ciudadanía en México estudios de caso UAM, Ítaca. México.

ROMALIS, Shelly. (1981). Childbirth: Alternative To Medical Control. University of Texas Press: Austin.

ROMANÍ, Alfonso Oriol. Cristina LARREA y José FERNANDEZ (Coords.). (2008). Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales. Ed. Donostia, Ankulegi Antropología Elkartea.

RONSMANS, C., FILIPPI, V. (2004) Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications. ISBN: 9241591838 WHO reference number: WA 900 2004WO.

ROSALDO, Renato (2000). La pertenencia no es un lujo: Procesos de ciudadanía cultural dentro de una sociedad multicultural Desacatos, núm. 3, primavera, 2000. CIESAS. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social Distrito Federal, México.

ROTHMAN BARBARA & RENATE KLEIN (1981). Awake and aware of false consciousness in childbirth alternatives medical control by Romalis,S. Austin University.

ROUX, JP. (1988). Le sang: mythes, symboles et réalités. Paris, France: Fayard.

SADLER, Michelle. (2001). El Nacimiento como Acontecimiento Médico. En: Werkén N°2, Universidad de Chile – Departamento de Antropología, Lom Ediciones, Santiago de Chile, pp. 113-124.

SÁNCHEZ BRINGAS A, PÉREZ-BALEÓN F. ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? Género y Salud en Cifras [internet] 2014 (1) [acceso 2016-05-01].

SANCHEZ BRINGAS, ANGELES (2003). *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. MÉXICO. UAM, UNAM-PUEG.

SÁNCHEZ BRINGAS, ANGELES Y FABIOLA GUADALUPE PÉREZ BELEÓN. 2011, *Paternidad, mortalidad y salud: un campo por explorar*, (Ponencia), Diálogos y reflexiones sobre población, ciudad y medio ambiente, Colegio de México.

SÁNCHEZ BRINGAS, MA. y PEREZ BALEON GF. (2014). ¿Qué sabemos de la morbilidad materna en México?. Género y Salud en Cifras. 12. 3-14.

SÁNCHEZ OLVERA ALMA ROSA. El Feminismo en la construcción de la ciudadanía de las mujeres en México. Revista Itinerario de la Miradas, No.63 FES Acatlán, Coordinación de investigación abril 2006

SÁNCHEZ-BRINGAS MA, PÉREZ-BALEÓN F. (2014). La morbilidad asociada al embarazo y su manejo en México. En: Sánchez-Bringas A. [coord.] Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbimortalidad materna en México. México: UAM XOCHIMILCO/ÍTACA; 2014. p. 71-103

SÁNCHEZ-RODRÍGUEZ EN. et.al. (2010). Estado actual de la pre eclampsia en México: de lo epidemiológico a sus mecanismos moleculares. Rev Invest Clin. 2010; 62(3): 252-60.

SANTOS ANDRADE, MAGNA; MELONI VIEIRA, ELISABETH. Treatment itineraries of women with severe maternal morbidity. Cadernos de Saúde Pública, Jul2018, Vol. 34 Issue 7, p1-12, 12p. Revista Portuguesa de Saúde Publica - Escola Nacional de Saúde Publica.

SARGENT C & NANCY STARK. Childbirth Education and Childbirth Models: Parental Perspectives on Control, Anesthesia, and Technological Intervention in the Birth Process. Medical Anthropology Quarterly Vol3 Issue 1. March 1989 <https://doi.org/10.1525/maq.1989.3.1.02a00030>

SAY, L. PATTINSON, RC. y GÜLMEZOGLU, AM. (2004). WHO systematic review of maternal morbidity Reprod Health. 2004 Aug 17;1(1):3.

SCARLETT M, et al. (2009). Maternal mortality in patients admitted to an intensive care unit in Jamaica. Int J Gyn Obst 2009;105:169-179.

SCHEPER –HUGHES, N., 1997, La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil, España, Ariel, pp.576.

SCHEPER-HUGHES Nancy & Margaret M. LOCK. (1987), *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol. 1, No. 1 (Mar., 1987), pp. 6-41.

SCHEPER-HUGHES Nancy & P. BOURGOIS () *Violence in war and peace: an anthology Introduction. Making sense of violence.*
https://www.academia.edu/34279551/Introduction_Making_Sense_of_Violence_In_Violence_in_War_and_Peace_Edited_by_Philippe_Bourgois_and_Nancy_Scheper_Hughes_Blackwell_Press

SCOTT, Joan W. (1986). *Gender: A Useful Category of Historical Analysis*, en *American Historical Review*, 91, pp. 1053-1075.

SEGATO, Rita Laura (2003). *Las estructuras elementales de la violencia - 1a ed. - Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.*

SESA PAOLA Y RAFFAELA SCHIAVON 2013 *Por qué la muerte materna constituye una violación a los Derechos Humanos de las mujeres*

SESA, Paola. (2016). *Maternidades violentadas, ¿Maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México.* En: SALDAÑA, A., T. DAVIDS Y L. VENEGAS (Coords.). *¡A Toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México.* Ed. Ítaca /INAH: 71-111.

SESA, Paola. (2018). *Derechos humanos, salud materna y violencia obstétrica.* *Revista Ichan Tecolotl.* CIESAS. Enero 12, 2018.

SESA, PAOLA; BERRIO, LINA, BONFIL, PALOMA Y DANIELA DÍAZ (2018). *La regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos en la legislación mexicana y para conocer el grado de cumplimiento de la nom-046-ssa2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca.* CNDH. Programa de asuntos de la mujer y de igualdad entre mujeres y hombres.

SINGER, Merrill. & Hans, BEAR. (2011) *Introducing Medical Anthropology: A discipline in Action*. AltaMira Press, 2th edición.

SJÖGREN, B. (1997). *Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women.* *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(4), 266-272.

SJOGREN, B. (1997). *Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women.* *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 18(4), 266-272.

SOLA MORALES, SALOME. *El cuerpo y la corporeidad simbólica como forma de mediación.* *Mediaciones sociales* No. 12, 2013, pp. 45-62

SOUZA, J. P., CECATTI, J. G., PARPINELLI, M. A., KRUPA, F., & OSIS, M. J. (2009). *An Emerging “Maternal Near-Miss Syndrome”: Narratives of Women Who Almost Died During Pregnancy and Childbirth.* *Birth*, 36(2), 149-158.

SOUZA, J. P., CECATTI, J. G., PARPINELLI, M. A., SOUSA, M. H., LAGO, T. G., PACAGNELLA, R. C., & CAMARGO, R. S. (2010). *Maternal morbidity and near miss*

- in the community: findings from the 2006 Brazilian demographic health survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(13), 1586-1592.
- STARR D. (2002). *Blood. An epic history of medicine and commerce*. New York, EU: Perennial.
- STONE W, LAN W, AL-AZAWI F Y KELLY M. (1991). An investigation of maternal morbidity with identification of life threatening "near miss episodes", en *Health Trends* 1991.
- TAUSSIG, Michael. (1980). *The Devil and Commodity Fetishism in South America*, University of North Carolina Press, Chapel Hill.
- TAUSSING MICHEL([1980] 1993) *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica*. México. Nueva Imagen.
- TAVORY, Iddo & TIMMERMANS. (2009). Two cases of ethnography. *Grounded theory and the extended case method Stefan Ethnography*(2009),10(3):243.
- TUNÇALP, Ö., HINDIN, M. J., ADU-BONSAFFOH, K., & ADANU, R. M. (2013). Assessment of maternal near-miss and quality of care in a hospital-based study in Accra, Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*,123(1), 58-63.
- TUNÇALP, Ö., HINDIN, M. J., SOUZA, J. P., CHOU, D., & SAY, L. (2012). The prevalence of maternal near miss: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(6), 653-661.
- TURNER, Brayan. (1984). *The Body and Society: Explorations in Social Theory*, Oxford: Basil Blackwell.
- TURNER, Brayan. (1994). Los avances recientes en la teoría del cuerpo REIS 68/94 pp11-39 Universidad Deakin en Geelong, Australia
- TURNER, Brayan. (2000). The history of the changing concepts of health and illness outline of a general model of illness categories. In: ALBRECHT GL, FITZPATRICK R, SCRIMSHAW SC. (Eds.). *The handbook of social studies in health and medicine*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications; 2000. pp. 9-24.
- TURNER, Víctor. *La selva de los símbolos*, Siglo XXI, 1967 (traducción de Ramón Valdés del Toro y Alberto Cardín Garay)
- URIBE R. (2007). Histerectomía obstétrica Concepto e Importancia. *Ginec Obst Mex*. 2007;64:23.
- VALDÉS-SALGADO R. (1999). Satisfacción de los usuarios de servicios de salud en México D.F. Análisis de las demandas presentadas a la CONAMED. Tesis de maestría en Población. FLACSO México.
- VALDÉS-SALGADO, R. et.al. (2001). Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, *Revista de Salud Pública de México* / vol.43, no.5, septiembre-octubre de 2001

- VALDEZ-SANTIAGO R. et.al. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto Revista CONAMED, vol. 18, Núm. 1, enero-marzo 2013, págs. 14-20 ISSN 1405-6704
- VALENZUELA ARCE, JM. (1992). Introducción. En Decadencia y auge de las identidades; México, Colegio de la Frontera Norte.
- VALLEJOS C, LÓPEZ MR, ENRÍQUEZ MA, RAMÍREZ B. (2010). Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. *Enf Inf Microbiol.* 2010, 30(4): 118-22.
- VARELA NURIA [2013] 2018. *Feminismo para principiantes.* Penguin Random House, Barcelona. España.
- VARGAS, VM. et.al. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2012; 77(6): 471 – 476.
- VELASCO-MURILLO, V., & NAVARRETE-HERNÁNDEZ, E. (2006). Mortalidad materna en el IMSS, 1991-2005. Un periodo de cambios. *Rev Med Inst Mex Seguro Social*, 44 (Supl. 1), S121-S128.
- VILLALOBOS N, LÓPEZ C. (1999). Análisis de las indicaciones para histerectomías obstétricas. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1999;59:7-11.
- VILLAMIL PINEDA MA. *Fenomenología del cuerpo humano.* Vol. 26, No. 92 (2005)
- VILLANUEVA EGAN LA. Y CRUZ VEGA L. (2012). Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica, *REVISTA CONAMED* Vol.17, Núm. 2, abril-junio 2012: 60-66
- VILLANUEVA EGAN, L.A Y GRAJEDA CAMPA A. (2012). Variabilidad inter observador en la evaluación de cardiotocogramas intraparto y su efecto en las decisiones clínicas: un tema de seguridad en la atención obstétrica. *REVISTA CONAMED* Vol.17, Núm. 3, Julio-Septiembre, 2012: 114-119.
- VILLANUEVA EGAN, LA ET. AL. ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *REVISTA CONAMED.* Vol. 21 Suplemento 1, 2016.
- WHITEMAN, K. KURLINA, E. HILLIS, D. Y JAMIESOM J. (2008). Incidence and Determinants of Peripartum Hysterectomy. *ACOG.* 2008;108:1486-92.
- WHO (2012) *Investing in Maternal, Newborn and Child Health: Analysis of the Costs, Benefits and Returns Report on Study Prepared for the APEC High-Level Meeting on Health and the Economy St Petersburg, 27 June 2012.* <http://www.vises.org.au/documents/2012-CSES-&-WHO-Investing-in-MNCH.pdf>
- WICHTERICH, CHRISTA (2015) *Derechos sexuales y reproductivos.* Heinrich Böll Stiftung. México, Centro América y el Caribe.
- WILLIAMS, Gareth H. & Ian Rees JONES. (2017). Making sense: further studies of living with chronic illness” *Sociology of Health & Illness* Vol. 39 No. 5 2017 ISSN 0141-9889, pp. 653–658

WILLIAMS, Gareth. (1993). Chronic illness and the pursuit of virtue in everyday life. En RADLEY ALAN (ed.). *Worlds of Illness. Biographical and cultural perspectives on health and disease*. Routledge. London, New York.

YAMIN, Alicia E., Beatriz GALLY, Sandra VALONGUEIRO. (2018). Implementing international human rights recommendations to improve obstetric care in Brazil. *Rev. J Gynecol Obstet* 2018; 143: 114–120.

YAMIN, Alicia Ely. (2008). Will We Take Suffering Seriously? Reflections on What Applying a Human Rights Framework to Health Means and Why We Should Care Health and Human Rights. Vol. 10, No. 1 (2008), pp. 45-63

YOUNG, Allan. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*.

YOUNG, Allan. (1995). *The harmony of illusions : inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

YU-TANG, Jorge. (2000). Complicaciones Perinatales y Vía de Parto en Recién Nacidos de Madres Adolescentes Tempranas y Tardías, 1995-1997. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 61, No 1: 46-50.

ZARAGOZA-SAAVEDRA, JJM. Hemorragia obstétrica Rev. Anestesiología en ginecología y obstetricia Vol. 39. Supl. 1 Abril-Junio 2016 pp S20-S21.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161j.pdf>

ZAVALETA RAMÍREZ, P. (2017). Trayectorias de búsqueda de atención y demora diagnóstica en familias mexicanas con trastorno del espectro autista. / tesis que para obtener el grado de Maestría en Ciencias de la Salud, 06/29/2017 TESIUNAM.

ZOLA, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *American Sociological Review* 1972; 20(4):487-504

ZURITA NAVARRETE, Ricardo. (2011). Estado actual de las demandas. *Revista Cirujano General* Vol. 33 Supl. 2 - 2011

ZWART, J. J., RICHTERS, J. M., ÖRY, F., DE VRIES, J. I. P., BLOEMENKAMP, K. W. M., & VAN ROOSMALEN, J. (2008). Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands: a nationwide population-based study of 371 000 pregnancies. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(7), 842-850.

Otras fuentes consultadas:

AMNISTÍA INTERNACIONAL (2017)“El Estado como Aparato Reprodutor de violencia contra las mujeres” violencia contra las mujeres y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva En América Latina y El Caribe”. Oficina Regional De Amnistía Internacional para las Américas. Ciudad De México.co.
<https://www.amnesty.org/download/documents/amr0133882016spanish.pdf>

CNDHCD 05/2019 Recomendación Disponible en:

<https://cdhcm.org.mx/2019/07/recomendacion-05-2019/>

CNDH 2002,2017,2018. Recomendaciones violencia obstétrica

<https://www.cndh.org.mx/tema/2045/violencia-obstetrica>

CNDH. (2019). http://www.cndh.org.mx/Atencion_Quejas

CNDH (2018) Recomendación 36/2018 sobre el caso de violencia Obstétrica y violación al derecho a La protección de la salud en agravio De v1 y v2, en el hospital de Ginecoobstetricia no. 4 “Luis Castelazo Ayala”, del Instituto Mexicano del Seguro social, en la ciudad de México.

CONAMED (2019) <https://www.gob.mx/conamed/es/acciones-y-programas/queja-medica-para-conciliacion-ante-la-conamed>

CONAMED 2006 “¿qué es la lex artis ad hoc?

¿http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/lex_artis.pdf

CONAMED REVISTAS 1998-2019 <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/publicaciones.cgi?IDREVISTA=334&NOMBRE=Revista%2520CONAMED>

CNEGSR. Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva

<https://www.gob.mx/salud/cnegsr>

CNEGSR 2019. Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica Lineamiento Técnico. Secretaria de Salud. Gobierno de México.

http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

Diccionario de Real Academia de la Lengua Española (2019)

<https://dle.rae.es/?w=diccionario>

Diccionario Jurídico Coordinado por Oscar Montoya Pérez. NÚMERO DE REGISTRO:

03-2016-053009540100-01: <http://www.diccionariojuridico.mx/definicion/lex-artis/>

DOF Diario Oficial de la Federación Reglamento Interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. CONAMED (1996)

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4899445&fecha=12/09/1996

Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009 (ENADID). México: INEGI; 2009.

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG):

<https://www.flasog.org/>

GIRE 2014 Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México

<https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf>

INEGI/INMUJERES (2018). Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México).

Encuesta intercensal Mujeres y hombres en México 2018 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México : INEGI, c2018.260 p. ISBN 978-607-530-071-9.

http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2018.pdf

OCED (2016) Estudios de la OCDE sobre los Sistemas

de Salud México resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones 2016. <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>

ONU Naciones Unidas. Noticias sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet] 2016; [acceso 2016-01-27] Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/>

Observatorio de Mortalidad Materna México: <http://www.omm.org.mx/>

Observatorio de Mortalidad Materna en México. [acceso 2015-05-01] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/>

Observatorio de Mortalidad Materna en México. [acceso 2015-05-01] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/>

OMS. Organización Mundial de la Salud (2012). <https://www.who.int/topics/violence/es/>

ONU (1995). Organización de Naciones Unidas. Cuarta Conferencia de la Mujer de Naciones Unidas, Pekín 1994 <https://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

OMS (2019) UNICEF, UNFPA, Grupo del Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas. **Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015** Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas

ONUDH (2014). Derechos sexuales y reproductivos: http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechos-sexuales-y-reproductivos&Itemid=268

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2009). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra, Suiza. https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Internet] 2016; [acceso 2016-01-27] Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/

OMS;2018. Organización Mundial de la Salud 2018. Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra, Suiza. WHO/RHR/18.12 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>

ODS 2030 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

PADILLA Mark et.al. Globalization, Structural Violence, and LGBT Health: A Cross-Cultural Perspective. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/686/209-241.pdf>

PRO-R02.052. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema versión 2016 Colombia.

PRO-R02.052. Instituto Nacional de Salud. Vigilancia y análisis del riesgo en salud pública protocolo de vigilancia en salud pública morbilidad materna extrema versión 2016 Colombia.

PROFECO 2019: <https://www.gob.mx/profeco/articulos/proceso-y-requisitos-de-quejas-y-denuncias?idiom=es>

Recomendaciones Comisión Nacional de Derechos Humanos 2017
<http://www.cndh.org.mx/Recomendaciones>

SESA;APV (2008) Programa sectorial de salud 2007-2012.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5028687&fecha=17/01/2008

SESA DGPyDS (2019) Programa Sectorial de Salud PROSESA 2013-2018.
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5326219&fecha=12/12/2013

CNEGSR (2019) Programa de Salud Maternal y Perinatal
<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/programa-de-salud-materna-y-perinatal-cnegsr-12031>

SFP:2019: <https://www.gob.mx/sfp/articulos/donde-presentar-quejas-o-denuncias-en-contra-de-servidores-publicos-federales>

WHO World Health Organization (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Ginebra. Disponible en:
https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/

STPS (2019). Secretaría del trabajo y previsión social. Ley federal del trabajo. Última reforma publicada en el diario Oficial de la Federación DOF 02-07-2019
<http://www.profedet.gob.mx/profedet/pdf/LeyFederaldelTrabajoActualizada.pdf>

SSA (2019). Secretaría de Salud. Gobierno de la República Mexicana. Los derechos generales de los pacientes. <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>

Otras referencias digitales:

Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia
http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%20licos/equilibrio-electrol%20ADtico/hipocalcemia-concentraci%20n-baja-de-calcio-en-la-sangre>

<http://chemocare.com/es/chemotherapy/side-effects/Hipokalemia.aspx>

Medigraphic;2013 <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132z.pdf>

TM (2019) Festividad 02 febrero: <https://www.travelbymexico.com/blog/11026-dia-de-la-candelaria-en-mexico/>

<http://cdhdfbeta.cdhdf.org.mx/nosotros-2/>

http://ensanut.insp.mx/doctos/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf

<http://fundar.org.mx/irene-sobrevive-13-anos-de-violencia-obstetrica-en-oaxaca/>

<http://www.cndh.org.mx/Antecedentes>

http://www.conamed.gob.mx/conocenos/pdf/decreto_creacion.pdf

http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/funciones.pdf

http://www.hchr.org.mx/index.php?option=com_k2&view=item&id=622:derechos-sexuales-y-reproductivos&Itemid=268

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/madre12.asp?c=2835&ep=91>

<http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2012/madre12.asp?c=2835&ep=91>

<http://www.omm.org.mx/index.php/glosario-17.html>

http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

<http://www.who.int>

<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc132z.pdf>

<https://www.worldometers.info/es/>

<https://www.youtube.com/watch?v=JGji0DxxVZw&list=PLfKWG22U33FSnK6LILX4lj0R7Kkf9Cqy&index=44>