



¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? un abordaje cualitativo

Referral or hospital multi-rejection? A qualitative approach

Susana Patricia Collado Peña¹, Ángeles Sánchez Bringas²

RESUMEN. Introducción: El acceso a una atención de calidad durante el embarazo y el resultado materno y perinatal no sólo son indicadores de desarrollo en los países, sino que deben abordarse como parte de un proceso complejo al que podemos denominar proceso atención prenatal-resolución del embarazo que permita visualizar el grado de ejercicio y respeto de los derechos sexuales y reproductivos. El objetivo de este estudio fue escribir y analizar en el nivel microsocioal las características del sistema de referencia y contrarreferencia en materia de atención obstétrica y los mecanismos institucionales que lo posibilitan e identificar si dicho sistema enmascara un fenómeno de rechazo hospitalario y las consecuencias de éste sobre el resultado materno y perinatal. **Material y Métodos:** Se exploró el proceso por el cual un grupo de 35 mujeres en puerperio accedió para su resolución obstétrica a una institución hospitalaria de segundo nivel de atención para población abierta de la ciudad de México. Esta investigación tuvo como punto de partida un diseño cualitativo. **Resultados:** El 57% de las mujeres tuvieron que buscar más de un sitio para su resolución obstétrica: 25% visitó dos, 17% tres, 15% a más de tres. La mujer que más hospitales visitó, acudió a nueve nosocomios a lo largo de 24 horas. No fueron debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención. También fue posible identificar que las complicaciones que presentaron algunas de las mujeres que participaron en esta investigación así como las de sus bebés, se debieron a la demora en la atención que se generó a través de la referencia y contrarreferencia de la que fueron objeto. **Conclusiones:** Este estudio permitió observar que debido a las condiciones actuales bajo las que opera, el sistema de referencia y contrarreferencia representa un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna, al enmascarar un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tiene un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente en la salud de las mujeres.

Palabras clave: acceso, referencia y contrarreferencia, rechazo hospitalario, morbilidad materna y perinatal.

ABSTRACT. Introduction: The access to a quality health care during pregnancy and the maternal and perinatal results are not only indicators of the development of the country, but also must be taken into account as a complex process -to which we can refer as process health care pregnancy resolution- that allows to visualize the degree of exercise and respect of sexual and reproductive rights. The objective of this study was to write and analyze at microsocioal level the characteristics of the referral system regarding obstetric health care and the institutional mechanism that enable this and identify if this system hides a hospital rejection phenomena and the consequences of this on the maternal and perinatal results. **Material and Methods:** The process for which a group of 35 women in puerperium agreed for an obstetric resolution in a hospital of second level of care for open population in Mexico City was explored. This investigation had as starting point a qualitative design. **Results:** 57% of women had to search for more than one site to obtain an obstetric resolution: 25% visited two, 17% three, 15% over three. The women that visited more hospitals attended nine throughout 24 hours. They weren't duly treated in all cases before being sent on their own means to other health care institutions. It was also possible to identify that the complications that some women presented and who participated in this research as well as their babies were caused by the untimely care received and generated by the referral and counter referral they were subject to. **Conclusions:** This study helped observe that due to the current conditions under which they operate, the referral system represents an obstacle for the timely access of obstetric health care, by covering up a multi-rejection hospital phenomena that, in turn, has a negative impact in the correct resolution of pregnancy and on the health of these women.

Keywords: access, referral, hospital rejection, maternal and perinatal morbidity.

¹ Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Gineco-Pediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social. México.

² Universidad Autónoma Metropolitana, plantel Xochimilco. México

Correspondencia: Mtra. Susana Patricia Collado Peña. Coordinación de Ginecología y Obstetricia. Gineco-Pediatría 3-A del Instituto Mexicano del Seguro Social. Av. I. P. N. s/n esq. Av. Colector 15, Col Magdalena de las Salinas, C. P. 07600, Del. Gustavo A. Madero, Ciudad de México. Correo electrónico: sarina94@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

En México, desde las últimas décadas del siglo XX, algunas organizaciones sociales, en particular organizaciones feministas, han venido luchando por mejorar la atención a la salud de las mujeres y el ejercicio de la profesión médica, principalmente en el área de la ginecología, la obstetricia y la salud reproductiva.^{1, 2} Estos grupos se han concentrado en promover diferentes prácticas de atención destinadas a mejorar la salud de la población con una perspectiva de derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos. Desde esta perspectiva, el acceso a una atención de calidad durante el embarazo y el resultado materno y perinatal no sólo son indicadores de desarrollo, sino que deben abordarse como parte de un proceso complejo –al que podemos denominar proceso atención prenatal-resolución del embarazo– que permita visualizar el grado de ejercicio y respeto de tales derechos.

La atención al embarazo inicia, generalmente, con el control prenatal. Éste tiene un impacto significativo en la salud de las mujeres embarazadas debido a que permite un proceso educativo que las prepara para reconocer los datos de alarma que sugieran la aparición de complicaciones, así como posibles alternativas de atención obstétrica y de control de la fertilidad una vez concluido el embarazo. Por otra parte, también posibilita que el personal de salud identifique oportunamente dichas complicaciones y refiera a las mujeres, que así lo ameriten, a un nivel de atención con mayor capacidad resolutoria. Es aquí donde cobra relevancia una parte del proceso atención prenatal resolución del embarazo que poco se ha estudiado: el sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de atención a la salud.

Es por la complejidad del embarazo como fenómeno biosociocultural que las mujeres embarazadas pueden correr el riesgo de sufrir complicaciones que pongan en peligro sus vidas. Este riesgo es diferente dependiendo del contexto en el que se encuentren, de las condiciones de salud que tengan al momento de presentar dichas complicaciones, del acceso que tengan a los recursos para poder resolverlas y de las características de tales recursos, tanto en términos de habilidades técnicas como de infraestructura y organización. Existen cálculos que indican que alrededor del 15% de los embarazos conllevan complicaciones que requieren la intervención de personal médico capacitado; sin embargo en los países poco desarrollados dicho personal sólo está presente en la mitad de los casos.³ A este respecto, la Organización Mundial de la Salud estima que por cada muerte materna, alrededor de 30 mujeres quedan con lesiones irreversibles en su salud después de la resolución del embarazo.⁴

Aquí radica la pertinencia de este estudio pues, si bien existe información fundamental y en términos generales homogénea en relación a la muerte materna, poco se ha dicho sobre aquellas mujeres que sobreviven a alguna complicación durante la gestación, parto o puerperio. La experiencia de dichas mujeres debe ser recuperada e incorporada al estudio de la morbi-mortalidad materna a fin de conocer, por un lado, los aspectos subjetivos relacionados con ella y redimensionar el valor del conocimiento que estas mujeres pueden proporcionar al análisis de este fenómeno;⁵ y por el otro, la responsabilidad que tienen las instituciones de salud en tal morbi-mortalidad.

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

El acceso que tienen o no las mujeres embarazadas a servicios de salud de buena calidad (técnica y humana) es un aspecto fundamental en la buena resolución de la gestación, con o sin complicaciones.⁶⁻⁸ Sin embargo, hablar de calidad de la atención no sólo tiene que ver con los tiempos de espera para ser atendida y con los insumos necesarios para la prestación de los servicios; tiene que ver también con el tipo de trato que las mujeres reciben por parte del personal de salud al interior de las instituciones y con la capacidad de dicho personal para resolver oportuna y correctamente los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico.

Accesibilidad, calidad de la atención y el sistema de referencia y contrarreferencia son, de alguna manera, eslabones en el proceso de atención que reciben las mujeres embarazadas que acuden a los servicios de salud para su resolución obstétrica, y sus características subjetivas se relacionan con el ejercicio y respeto de sus derechos y con el resultado materno y perinatal.

La Secretaría de Salud,⁹ con la participación de las instituciones del Sector Salud que atienden a población abierta, elaboró el Manual de referencia y contrarreferencia de pacientes con el propósito de que en sus tres niveles de atención se cuente con un documento normativo que “facilite la atención de los pacientes que acuden a solicitar los servicios”. Este manual define al sistema de referencia y contrarreferencia como:

Flujo organizado de envío y traslado de pacientes entre los tres niveles de atención médica, para facilitar el envío y recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad, va más allá de los límites regionales y de los ámbitos institucionales para garantizar el acceso a los servicios de salud en beneficio del paciente referido. Referencia es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor capacidad resolutoria, con el fin de que reciba atención médica integral. Contrarreferencia es el procedimiento mediante el cual, una vez resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento se retorna al paciente a la unidad que lo refirió con el fin de que se lleve a cabo el control o el seguimiento y continuar con la atención integral.⁹

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación consistió en un estudio exploratorio con un acercamiento cualitativo que permitió examinar un fenómeno social –que tiene repercusiones biológicas, psico-afectivas y económicas en quienes lo viven– dentro de un marco teórico definido, que a su vez, favoreció el desarrollo de reflexiones que contribuyen al análisis de dicho fenómeno.¹⁰ Su propósito fue caracterizar el proceso por el cual un grupo de mujeres embarazadas accedió para su resolución obstétrica a una institución hospitalaria de la ciudad de México. Se buscó identificar si el sistema de referencia y contrarreferencia, como parte de este proceso, oculta un fenómeno de multi-rechazo hospitalario y cuáles fueron las consecuencias de éste en el resultado materno y perinatal, cuando así fue el caso. Para ello, se indagaron los procesos y trayectorias de búsqueda de atención que vivieron estas mujeres para lograr el acceso a la atención obstétrica hospitalaria. El análisis partió desde la consulta prenatal, cuando ésta existió; y se entrevistó al grupo de estudio en el hospital seleccionado cuando ya se encontraba en la etapa de puerperio, incorporando en el análisis su experiencia con respecto a la atención recibida a lo largo del proceso atención prenatal-resolución del embarazo, pues si ésta no es adecuada o no satisface sus expectativas, podría impactar en el apego a las indicaciones y terapéuticas de la medicina alopática, así como en la decisión de solicitar o no atención posteriormente. Asimismo, esta percepción visibiliza el grado de ejercicio de sus derechos en materia de salud y cómo ellas mismas perciben el respeto de los mismos en las instituciones hospitalarias.

A través de entrevistas, se buscó conocer el número de consultas de control prenatal y los contenidos de éstas. Cuando no existió atención prenatal, se interrogó sobre cuáles fueron los motivos que originaron dicha situación.

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

Las categorías centrales para el análisis del fenómeno que se describe en esta investigación fueron: una perspectiva feminista, el marco de los derechos sexuales y reproductivos, así como una perspectiva médica. Con respecto a la perspectiva feminista, partimos de una preocupación teórica y práctica acerca de las condiciones de las mujeres y el compromiso para transformar la opresión del género en relación con los sistemas de dominación que dividen a las mujeres por clase, raza, etnia, región, nacionalidad, religión, orientación sexual y edad; pues esto implica el cuestionamiento de todas las relaciones jerárquicas y de poder, incluyendo las que se encuentran en el proceso de investigación, y el compromiso por alcanzar la justicia social para todas las personas.¹¹

Así, durante los meses de febrero a mayo de 2008 se realizó el trabajo de campo en un hospital de segundo nivel de atención para población abierta en la ciudad de México. El hospital seleccionado cuenta con una unidad de tococirugía en donde se realizan mensualmente un promedio de 500 procedimientos obstétricos, distribuidos aproximadamente en 50% de partos, 30% de cesáreas y 20% de legrados uterinos instrumentados por aborto (cifras y distribución que pueden sufrir variaciones de acuerdo a diferentes circunstancias, tales como las restricciones de ingreso cuando existen procesos de remodelación o saturación de los servicios). Partiendo de esta distribución, se llevaron a cabo entrevistas semi-estructuradas, encaminadas a obtener descripciones de experiencias, comportamientos, acciones, actividades y respuestas emocionales a dichas experiencias, de manera secuencial a 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato al momento de la entrevista. Estas mujeres asistieron al servicio de ginecología y obstetricia para la resolución de su embarazo, el cual podía tener distintos resultados: parto eutócico a término sin complicaciones, parto pretérmino, operación cesárea, laparotomía exploradora por embarazo ectópico y legrado uterino instrumentado por aborto.

A las mujeres que aceptaron participar en esta investigación, se les solicitó verbalmente su consentimiento para ser entrevistadas y grabadas, haciendo énfasis en el respeto a su confidencialidad, en que se garantizaba el anonimato de su testimonio y en que la realización de la entrevista tenía la única finalidad de llevar a cabo este estudio, el cual fue completamente ajeno al manejo, tratamiento y a su egreso hospitalario.

La entrevista se llevó a cabo a partir de una guía de preguntas que fue elaborada para obtener información sobre: datos sociodemográficos, salud reproductiva, resultados obstétrico y perinatal, así como sobre las características de la referencia, del acceso al hospital y las de la atención recibida. Uno de los criterios de inclusión fue que no existiese conocimiento previo entre las mujeres que participaron y la entrevistadora, es decir, que no hubiese tenido ninguna intervención en la atención que recibieron hasta el momento en que se realizó la entrevista. Ésta se llevó a cabo cuando ya se encontraban en la etapa del puerperio, algunas de ellas ya habían sido dadas de alta y se encontraban en espera de sus familiares para irse a sus casas, mientras que otras se encontraban aun bajo manejo médico por algún padecimiento.

En la mayor parte de los casos se contó con acceso al expediente clínico, lo que permitió conocer los diagnósticos y tratamientos utilizados durante la estancia en el hospital, así como la información relativa a la salud, complicaciones y el manejo del recién nacido. En relación a la información sobre la referencia y contrarreferencia, ésta se obtuvo directamente de los testimonios de las mujeres, ya que en la mayoría de los casos no existió una hoja impresa que aportara datos al respecto en el expediente clínico, ya fuera porque no se les entregó a las mujeres en las diferentes instituciones que visitaron previo a su ingreso al hospital de estudio para su resolución obstétrica, o bien porque no fue anexada al expediente clínico por parte del personal del área de urgencias al momento del ingreso.

Las mujeres que no desearon participar en esta investigación o que contaban con alguna incapacidad para expresarse por sus propios medios, fueron excluidas del grupo de estudio. Se contempló eliminar de la investigación a las mujeres que durante el estudio decidieran cancelar su participación, sin embargo esto no sucedió. Sólo una de las mujeres solicitó que no se grabara la entrevista. Cuando no fue posible grabar ésta o transcribirla por problemas con el audio, o bien, porque no se contó con grabadora al momento de realizarla, se transcribieron las respuestas de las mujeres así como las anotaciones que se hicieron durante la entrevista.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. El grupo de estudio se compuso de 35 mujeres que se encontraban en el puerperio inmediato y mediato. Su edad promedio fue de 24.7 años, la más joven tenía 15 años y la mujer con más edad tenía 43 años; el 77% eran originarias del Distrito Federal, el 9%, del Estado de México y el 14% restante, de otros estados. En relación al sitio de residencia habitual en el Distrito Federal, y desde donde acudieron a solicitar su atención a este hospital, los hallazgos por delegación fueron los siguientes: las que provenían de Tlalpan 41%, Coyoacán e Iztapalapa 18%, respectivamente, Xochimilco 15% y el resto de las delegaciones en su conjunto representaron el 8%.

Con respecto a su estado civil, al momento de la entrevista, el 63% tenía pareja estable y el 37% no. De las mujeres unidas, el 73% refirió vivir en unión libre y el 27% estar casadas; las que refirieron no tener pareja, dijeron ser solteras en un 77% y separadas en un 23%. La escolaridad promedio en años fue de 10.14, es decir, habían cursado poco más que la secundaria. Por ocupación, los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera: el 74% se dedicaba a su hogar, el 23% tenía un empleo remunerado y 3% eran estudiantes. De las mujeres con empleo remunerado, el 37.5% refirió ser empleada doméstica y el 62.5% empleada, de tal forma que el 77% de las mujeres que participaron en esta investigación, no contaban con ingresos económicos propios, pues a pesar de haber referido ser amas de casa, se les interrogó sobre fuentes propias de ingresos, pero ninguna las mencionó. Las parejas de las mujeres unidas, tenían ocupaciones entre las que se encontraron: ayudante de albañil, empleado, chofer y comerciantes. El 86% pertenecía a medio socioeconómico bajo y el 14% a un nivel medio. Con respecto a la religión, el 97% de las mujeres dijo ser católica, mientras un 3% refirió ser testigo de Jehová.

Hallazgos sobre salud reproductiva del grupo de mujeres estudiado. En el Cuadro 1 que se presenta a continuación se resumen algunos de los datos recopilados sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres que participaron en esta investigación:

Las mujeres en este estudio comenzaron a tener relaciones sexuales en promedio a los 18 años de edad. El 53% de ellas refirió haber tenido un compañero sexual, el 26.5% dijo haber tenido dos, el 14.5% mencionó tres y el 6% dijo que ha tenido cuatro compañeros sexuales; en ningún caso mencionaron relaciones homosexuales. Cuando se les interrogó sobre el uso de métodos anticonceptivos, se pudo identificar que el 86% los ha utilizado en algún momento antes del embarazo por

el que acudieron al hospital en esta ocasión y, aunque este porcentaje es alto, un 14% refirió no haber utilizado jamás un contraceptivo. En promedio, estas mujeres han tenido dos hijos y el intervalo de tiempo entre cada uno de ellos fue de cuatro años.

Características del control prenatal. El 77% de las mujeres entrevistadas, llevó control prenatal en el embarazo que motivó su ingreso al hospital, mientras que un 33% no acudió a la consulta prenatal previa a este ingreso. Vale la pena resaltar que las mujeres con control prenatal recibieron un mayor número de consultas del que recomienda la norma oficial mexicana⁸ y sin embargo, poco más de la mitad de quienes que conformaron este grupo de estudio presentó alguna complicación.



Cuadro 1. Indicadores de salud sexual y reproductiva de las mujeres entrevistadas, 2008. Fuente: Elaboración propia con base en la guía de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo.

Las mujeres que recibieron atención prenatal, acudieron a un promedio de 6.5 consultas, mismas que fueron otorgadas en algún centro de salud en el 63% de los casos, en un consultorio privado en el 26% y en algún hospital público en el 11% restante. Respecto al sitio donde se llevó a cabo este control prenatal, la mayor parte de las mujeres que mencionaron haber acudido

a medio privado, se referían a consultorios en farmacia, donde generalmente laboran médicos generales cuyos honorarios se desprenden del consumo de los medicamentos que ahí se venden, y el costo de la consulta en tales sitios fluctuó entre los 25 y 35 pesos.

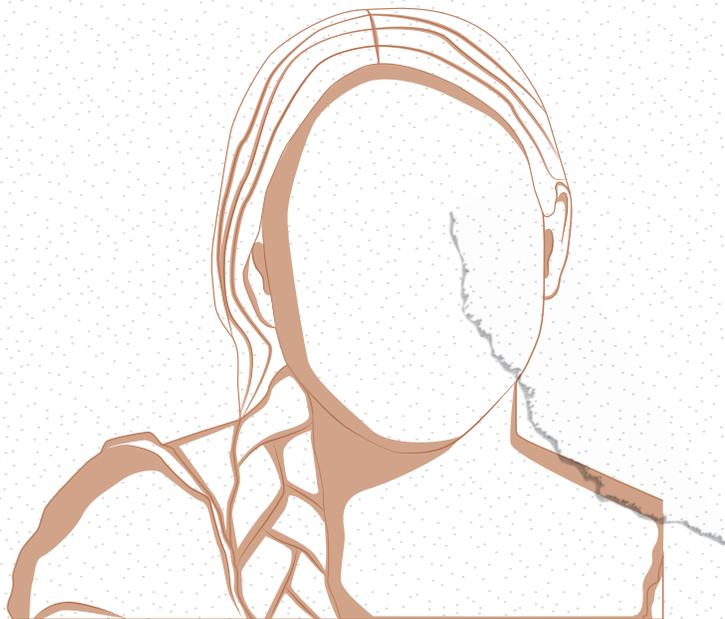
En el 41% de los casos, la atención prenatal inició en el primer trimestre de la gestación, mientras que el 59% restante lo inició a partir del 2° trimestre. Es decir, más de la mitad de las mujeres tuvieron un control prenatal tardío, por lo que no tuvieron un acceso oportuno a la detección de posibles circunstancias que incrementan la probabilidad de desarrollar complicaciones, tales como infecciones genitourinarias o las periodontales, así como trastornos nutricionales, síndrome anémico y condiciones de violencia familiar. Por otro lado, en ninguno de los casos existió una evaluación pre-concepcional.

Aquellas mujeres que no acudieron a control prenatal, cuando se les interrogó sobre los motivos por los cuales no asistieron o lo hicieron tardíamente, señalaron:

“...mi mamá no me dejó ir porque dice que el embarazo es algo normal y que ella nunca fue... No sabía que estaba embarazada... No tenía dinero...”

Se interrogó también sobre las actividades que se llevaron a cabo en las consultas del control prenatal, tomando como punto de partida la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido;⁸ y las ocho que se consideraron arbitrariamente para fines de esta investigación fueron: registro del peso y de la presión arterial maternos, administración de ácido fólico (o al menos su prescripción), explicación de los datos de alarma en el embarazo, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, solicitud de estudios de laboratorio y de ultrasonido, así como el haber recibido asesoría sobre las opciones anticonceptivas. A este respecto, se encontró que el número promedio de actividades que se llevaron a cabo en el control prenatal fueron^{6,8}. Aquí cabe mencionar que en la norma oficial mexicana se contemplan muchas más actividades.

Resolución del embarazo. En 43% de los casos, las mujeres tuvieron un parto vaginal a término sin complicaciones, sin embargo, a pesar de que las dos terceras partes de las mujeres de este grupo de estudio recibieron control prenatal, en el 57% de ellas se presentaron complicaciones: 9% tuvo un parto pretérmino, a un 11% se le tuvo que practicar una laparotomía exploradora por embarazo ectópico roto, al 14% se le realizó un legrado uterino instrumental por aborto incompleto y a un 23% se le realizó una operación cesárea. No en todos los casos las complicaciones fueron



identificadas en el control prenatal, por ejemplo, todas las mujeres que tuvieron como complicación un parto pretérmino, habían tenido consultas prenatales en las que no se identificó la presencia de factores de riesgo para esta complicación y acudieron a buscar atención hospitalaria hasta el momento en el que presentaron molestias, como se aprecia en el siguiente testimonio:

...A mi me quitaron un pólipo del cuello de la matriz y me dijeron que tenía amenaza de aborto e infección en el segundo mes de embarazo [todas estas condiciones son factores de riesgo para parto pretérmino]. En mi octavo mes, yo fui al ISSSTE de Ermita-Iztapalapa [hospital de segundo nivel de atención para población derecho-habiente] porque tenía dolores [dolor abdominal] y porque sentí que me salía líquido [transvaginal] y ahí me revisó un ginecólogo y me dio unos supositorios de indocid y unos óvulos de nistatina porque tenía infección y amenaza de parto prematuro. Luego, fui con un médico general [primer nivel de atención, privado] porque me dolía la panza y me seguía saliendo líquido, él me recetó amoxicilina y fenazopiridina pero no me revisó. Como yo me seguía sintiendo mal, fui con un doctor particular [primer nivel de atención, gineco-obstetra privado] pero tampoco me revisó, nomás me recetó una medicina que se llama Dactil OB. Como nada me hacía, me regresé a urgencias del ISSSTE [al hospital al que acudí inicialmente] y otro ginecólogo me revisó y me dijo que yo ya tenía 2 cm de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones....

¿Referencia y contrarreferencia o multi-rechazo hospitalario? Si bien, de las 35 mujeres que conformaron este grupo de estudio, el 43% pudo ser atendido de manera resolutive en el primer sitio de atención al que acudió, más de la mitad de los casos (57%) tuvo que buscar al menos dos hospitales para ser atendidas. Así, el 25% de las mujeres acudió a dos unidades de atención, 17% a tres y 15% a más de 3 unidades. Vale la pena mencionar que las mujeres que más hospitales visitaron, acudieron a siete y nueve nosocomios, respectivamente.

Entre los hallazgos más significativos que se encontraron a través de las entrevistas se encuentran los siguientes: un número de consultas prenatales adecuado no garantiza que las mujeres puedan llegar de manera más expedita a una institución que les brinde una atención integral durante la resolución de sus embarazos. También se pudo observar que una conducta adecuada por parte de las usuarias, como fue la identificación de signos de alarma, no les facilita necesariamente el ingreso a un hospital resolutive. He aquí una muestra de ello:

...Yo llegué a tiempo, yo lleve mi control de embarazo, yo cada mes me hacía mis estudios por mi cuenta, mi glucosa, todo, y no se vale que eso suceda, a cuántos hospitales fuimos y dijeron que no se me había roto nada [tuvo ruptura prematura de membranas motivo por el cual acudió a diferentes hospitales], si me hubieran provocado los dolores aquí [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal, donde se llevó a cabo este estudio y donde ella tuvo sus últimas consultas prenatales], desde un principio, mi bebé hubiera nacido sin ningún problema, y yo no llevaría 8 días aquí [el motivo de dicha estancia hospitalaria fue un síndrome febril probablemente secundario a decidoendometritis post-cesárea), sin siquiera cono-cerla...

La aceptación y agilidad de la atención que reciben las mujeres en las instituciones de salud, depende, en gran medida, del personal administrativo, el policía o la secretaria, como lo ejemplifica el testimonio de una de las mujeres complicadas con preeclampsia:

...Como yo tengo una prima en el hospital [segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ella nos llevó ahí, pero desde la entrada el policía nos dijo que no había ginecos, entonces ya nada más entré para ver si me daban un papel para que me atendieran más rápido....

También se reconoce la ausencia de habilidades técnicas en los médicos/as de primero y segundo nivel de atención (tanto de instituciones públicas como privadas) para llevar a cabo una atención primaria de las urgencias obstétricas. Así lo muestra este testimonio:

«...A mi ya me habían quitado el dispositivo, pero tenía dolor en el estómago y por eso fui con una ginecóloga particular [primer nivel de atención, privado], pero me dijo que no podía estar embarazada porque estaba menstruando. Como el dolor se hizo más fuerte, fui con otro doctor particular [primer nivel de atención, privado], un médico general. Estuve ahí como una hora, me revisó y me dio unas gotas para subirme la presión y al final me dijo que me tenía que ir de urgencia a otro hospital [sin especificar a cuál] porque probablemente era un embarazo fuera de mi matriz y ellos no se podían hacer responsables, entonces me subió a una silla de ruedas para llevarme al coche...»

Así, pudo observarse que el retraso en la atención obstétrica resolutive, documentado en este estudio, se está presentando al interior de los servicios de salud, situación que pone en entre dicho la habilidad, los conocimientos técnicos y la calidad de la atención que están brindando los personajes de estas instituciones, independientemente de que sean públicas o privadas, del nivel de atención que ofrecen, y de que sean estatales o federales. A su vez, el personal hospitalario no considera de su incumbencia la prevención del riesgo de un nuevo embarazo, dado que no ofertó o no logró que las mujeres optaran por utilizar algún contraceptivo, a pesar de que muchas de ellas sí lo deseaban. Cuando se les interrogó al respecto, ésto fue lo que respondieron:

«...Yo les dije que quería que ya me ligaran, pero me dijeron que no, por algo me dijeron que no, ¿verdad?... No quise porque yo sé que el DIU se encarna... Por las prisas, ya ni les dije... Yo les dije que quería el DIU, ¿si me lo pusieron?... Pedí que me ligaran, pero me dijeron que no había anestesiólogo... Les dije que no porque sólo me dijeron del DIU y de la salpingo...»

Si bien existieron casos en los que por la condición de urgencia obstétrica con la que ingresaron hizo imposible que las mujeres dieran su consentimiento informado para algún contraceptivo, la mayoría de ellas permaneció hospitalizada al menos 24 horas después de haber sido resuelta dicha condición, tiempo en el que se pudo haber ofertado contracepción. Entre las mujeres del estudio sólo el 26% mencionó haber recibido asesoría contraceptiva en la consulta prenatal y el 63% de los casos, no contaba con un método anti-conceptivo al momento de la entrevista.

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

«...Al día siguiente ya no aguantaba mucho [mujer complicada con preeclampsia y ruptura prematura de membranas] y nos fuimos al Belisario Domínguez [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ahí no me revisaron y no me aceptaron porque no me correspondía [desde el punto de vista de la regionalización geográfica con respecto a su domicilio]...»

De igual forma, la narrativa de las entrevistadas mostró que el personal de salud no se considera responsable por el desenlace que pueda ocasionar la falta de atención y la referencia inadecuada al siguiente nivel de atención. El relato de una mujer que tuvo un parto pretérmino da cuenta de ello:

«...Un ginecólogo me revisó y me dijo que yo ya tenía 2 cm de dilatación, pero que ahí no tenían ultrasonido para ver si todavía me podían detener las contracciones y entonces me mandaron al ISSSTE de Zaragoza [hospital de segundo nivel de atención para población derecho-habiente], me dieron un pase pero me dijeron que no lo mostrara y que quién sabe a qué hora llegaba la ambulancia... todos me decían que eran movimientos del bebé. Cuando llegué al ISSSTE de Zaragoza [por sus propios medios] ahí me pusieron un suero y una inyección, pero como no encontré la hoja del ISSSTE [no pudo comprobar la derechohabencia], me dijeron que fuera a Perinatología [hospital de tercer nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud Federal]. Con todo y el suero puesto, fui y ahí me dijeron que no había lugar y que cómo me atrevía a llegar sin avisar y por eso yo no me deje revisar, entonces ellos me hicieron firmar una hoja para liberarlos de responsabilidad, pero no me dieron direcciones de otros hospitales. De ahí nos fuimos a Tláhuac [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], pero ahí dijeron que estaba lleno, que no tenían incubadoras, entonces me revisaron y me dieron una hoja para irme a otro hospital...»

Otro ejemplo de esta situación, se puede apreciar en el siguiente testimonio:

“...Llegamos al hospital [segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal] entre 6 y 7 de la mañana, me recibieron la hoja pero hasta las 11 de la mañana me dijeron que no había ginecólogos ni lugar y que el único ginecólogo que había, estaba ocupado. Como yo les dije que entonces me mandarían en ambulancia a otro lado, ellos me dijeron que yo lo tenía que ver en trabajo social...”

Ante este fenómeno, algunas de las estrategias que ellas implementaron para ser finalmente recibidas en el hospital donde se llevó a cabo este estudio fueron: el no abandonar la institución o solicitar la atención cuando el trabajo de parto o una complicación ya se encontraban en una etapa avanzada, o bien, acudir a sus redes de apoyo social como sucedió en los casos de las mujeres que refirieron haber sido admitidas gracias a que algún conocido trabajaba en la institución donde finalmente fueron atendidas. Con respecto a la percepción de las mujeres sobre el trato que recibieron en las diferentes instituciones de salud a las que acudieron para su resolución obstétrica, se encontró que al percibir un mal trato, se postergó la solicitud de atención, generando con ello posibles retrasos que incrementaron la probabilidad de un resultado materno y perinatal adversos:

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

Por otro lado, en varios de los testimonios se pudo observar la presencia de agresiones verbales, amenazas, coacción mediante el dolor durante el trabajo de parto, así como críticas al ejercicio de la sexualidad de las usuarias por parte del personal de salud, durante la resolución del embarazo, como se ilustra con los siguientes testimonios:

“...Fuimos a Contreras [hospital de segundo nivel de atención para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], leyeron la hoja de referencia donde decía que la cristalografía era positiva, que se me había roto la fuente. Aun así, me hicieron tacto como cuatro doctoras, y pues me dolía pero yo me aguante mucho y luego vino el jefe y me iban a hacer otra cristalografía. Les dije que ya no, que estaba muy lastimada y me puse a llorar por el dolor. Una de las doctoras se enojó

y me dijo “ay, pues eso hubiera pensado antes de embarzarse”, entonces me pidieron un ultrasonido pero mi mamá no quiso y, como mi tía les reclamó que me trataran así, las doctoras mandaron llamar a un policía y hasta la sacaron del hospital. Las doctoras me decían que pujara [médicas residentes de primero y segundo año de ginecología y obstetricia, hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud Federal], que mi bebé se iba a morir porque yo no cooperaba... era tanto el dolor que vomité y una doctora [especialista en anestesiología] dijo “¡ay qué asco!, díganme que eso es agua de sandía, ¿ya terminó de hacer su numerito?” Fuimos a Xoco [hospital de segundo nivel para población abierta, Secretaría de Salud del Distrito Federal], ahí me revisó un doctor y dijo que tenía la presión alta, que era normal y que me fuera a caminar dos horas. Entonces mi mamá le dijo “aunque sea déle algo para que se le baje la presión” y el doctor le contestó “mire señora, usted no es nadie para venirme a decir qué tengo que hacer, el que estudió fui yo, no usted”...”

Finalmente, entre los motivos de rechazo hospitalario que se pudieron identificar a través de este estudio, se encuentran la falta de personal médico y de espacio físico tanto para las mujeres embarazadas como para sus bebés en el caso de que éstos sean pretérmino, la no derecho-habencia a la seguridad social y en muchos casos, no se identificaron razones que justifiquen el rechazo.

DISCUSIÓN

Los hallazgos de esta investigación permitieron concluir que, en materia de atención obstétrica, el sistema de referencia y contrarreferencia no existe; por el contrario, oculta prácticas innegables que dan lugar a un fenómeno de multi-rechazo hospitalario que, a su vez, tuvo un impacto negativo en la buena resolución del embarazo y finalmente, en la salud de las mujeres que participaron en este estudio. Así, el flujo organizado de envío y recepción de pacientes entre los diferentes niveles de atención e instituciones de salud –tanto públicos como privados– no es una realidad, pues en ellas se rechaza cotidianamente a mujeres con y sin complicaciones. A lo largo del proceso atención prenatal resolución del embarazo, se pudieron observar violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que participaron en esta investigación: su derecho a la vida, a tomar decisiones reproductivas autónomas, a la información, a la atención médica de calidad y a la protección de la salud y a gozar de los beneficios del progreso científico.

De acuerdo con los testimonios de las entrevistadas que refirieron haber recorrido más de un establecimiento de salud en su búsqueda de atención para la resolución de sus embarazos, se puede concluir también que las condiciones actuales bajo las que se lleva a cabo el llamado sistema de referencia y contrarreferencia, son las siguientes: las mujeres no son debidamente valoradas en todos los casos antes de ser enviadas por sus propios medios a buscar otros sitios de atención, por lo tanto están siendo rechazadas; dicho envío no garantiza la atención resolutive en el siguiente nivel de atención; nadie en la institución involucrada se responsabiliza por el rechazo; los motivos de tal rechazo no quedan claros y carecen de justificación; se responsabiliza a las usuarias de la falta de capacidad resolutive de la unidad que rechaza y de llevar a cabo la referencia. Bajo este escenario, el sistema de referencia y contrarreferencia, constituye un obstáculo para el acceso a la atención obstétrica hospitalaria oportuna y, por ello, a partir de los hallazgos de esta investigación se propone que tal fenómeno sea contemplado como una causa de morbilidad materna y perinatal, así como una forma de violación flagrante a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que tienen que vivirlo.

Cuando las mujeres son “referidas”, no siempre reciben la hoja de referencia y contrarreferencia que documente que fueron evaluadas correctamente ni que indique u oriente respecto a cuál es el siguiente sitio al que deben acudir. De acuerdo con los resultados de la investigación, esto puede obedecer a una omisión intencionada que permite no dejar constancia de la responsabilidad del personal de salud y la institución que ejerce el rechazo. De hecho, el manejo de la información parece darse a conveniencia de quien la brinda y no de la usuaria a la que se le da. Así, da la impresión de que en las instituciones, tanto públicas como privadas, se privilegia la posibilidad de manipular la información para evitar posibles problemas medicolegales y en el medio privado, ésta además se manipula para perpetuar el papel de las usuarias como un medio de ganancia económica y no como un fin en sí mismo.

De igual forma, pudo observarse que la falta de derechohabencia a la seguridad social puede constituir un motivo de rechazo hospitalario y, a través de ello, de retraso en la atención resolutive. Algo similar sucede bajo el argumento de la “regionalización” en las instituciones para población abierta, pues uno de los motivos por los cuales las mujeres que participaron en este estudio mencionaron no haber sido atendidas en los diferentes servicios sanitarios que visitaron fue el hecho de que el personal de salud les indicaba acudir por sus propios medios al hospital que les correspondiera geográficamente. Cabe aclarar que con respecto a la derechohabencia, desde 2007 existe un convenio

interinstitucional que obliga a atender a las mujeres con una urgencia obstétrica, independientemente de su condición de seguridad social.¹² Así, se puede pensar en varias hipótesis sobre las causales del rechazo:

- 1 La discriminación hacia las mujeres en tanto mujeres. En varios de los testimonios se pudo observar la presencia de agresiones verbales, amenazas, coacción mediante el dolor durante el trabajo de parto, así como críticas al ejercicio de la sexualidad de las usuarias por parte del personal de salud. Tales agresiones fueron ejercidas por hombres y mujeres de dicho personal.
- 2 La ignorancia médica en cuanto a conocimientos técnicos que permitan prever, identificar y tratar oportunamente una complicación.
- 3 Una crisis de valores en la medicina en la que parece haberse perdido el sentido de la misma: las usuarias.
- 4 El abuso sistemático de poder sobre las mujeres en condiciones de vulnerabilidad, toda vez que además no existen los mecanismos institucionales inmediatos que permitan la queja y el seguimiento de ésta, pues pocas son las quejas que reciben seguimiento a través de instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

A la luz de los testimonios de las mujeres entrevistadas y de las observaciones que surgieron durante el trabajo de campo, los mecanismos que posibilitan la existencia de este fenómeno son: la ausencia de lineamientos claros que regulen la referencia y contrarreferencia de pacientes obstétricas; inexistencia de controles de calidad y de retroalimentación para los prestadores de los servicios de salud; ausencia de una figura que se responsabilice del multi-rechazo hospitalario que enmascara el sistema de referencia y contrarreferencia, del seguimiento a las posibles quejas y de crear las estrategias que permitan evaluar a este sistema desde la perspectiva de las usuarias. Esto permite afirmar que las instituciones de salud tienen una responsabilidad directa en la morbi-mortalidad materna y perinatal, y hay que recordar que tales instituciones son dirigidas por individuos, por lo que se propone que sus esfuerzos sean encaminados de manera más personal, involucrándose con los prestadores operativos de los servicios para que las recomendaciones o las iniciativas de mejora no queden únicamente impresas en documentos que nadie lee, que nadie interioriza.

En relación al grado de ejercicio de sus derechos, algunas de las mujeres entrevistadas sí identificaron el mal trato y la forma en cómo las/os prestadores de servicios delegaron en ellas su responsabilidad; sin embargo, aun cuando exigieron un trato digno y respetuoso,

no existió un verdadero control de calidad en las instituciones de salud que respondiera a tales demandas. A través de la mirada al proceso atención prenatal-resolución del embarazo que permitió este estudio, fue posible poner en evidencia que el grado de ejercicio y respeto a los derechos reproductivos sigue siendo nulo en muchos casos.

Con respecto a los factores de género, resulta complejo analizar si el trato que recibieron en las diferentes instituciones a las que acudieron durante el proceso atención prenatal-resolución del embarazo obedece al solo hecho de ser mujeres, dado que no existe punto de comparación con los varones. Sin embargo, a través de los insultos hacia el ejercicio de su sexualidad y la forma en la que se les responsabiliza del resultado perinatal, es posible observar prácticas discriminatorias hacia ellas, generadas –como se pudo apreciar en varios de los testimonios– por otras mujeres y hombres servidores de la salud; y que son los mecanismos institucionales de atención obstétrica los que posibilitan tal forma de trato hacia ellas desde el momento en que no existe retroalimentación que permita identificar la mala praxis, darle seguimiento y la corrijan, cuando es el caso, y que además permitan la reparación del daño. Así, no basta con que las usuarias se apropien de sus derechos y exijan un trato digno, mientras el personal de salud no incorpore en su práctica cotidiana la noción de derechos, los cuales tienen obligación de respetar.

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

El fenómeno de multi-rechazo hospitalario documentado en este estudio es complejo y multifactorial, y debe ser estudiado desde todos sus ángulos pues de no hacerlo, estaríamos siendo cómplices de la mala atención que reciben las mujeres todos los días con motivo del ejercicio de su capacidad reproductiva. Por ello, se propone que tal fenómeno sea contemplado como una causa de morbilidad materna y perinatal, así como una forma de violación flagrante a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que tienen que vivirlo; que se deje de considerar que un resultado materno y perinatal que cae dentro de los parámetros de lo aceptable desde la óptica de la salud pública basta para afirmar que la atención que se brinda durante la resolución del embarazo es de calidad y respetuosa de los derechos reproductivos de las mujeres.

REFERENCIAS

1. Cardaci D, Sánchez Bringas A. La salud reproductiva en la arena política: alcances y retos del feminismo frente a la política demográfica del Estado. En: Aziz A, Alonso J. (Coords.) Sociedad Civil y Diversidad. vol III. México: CIESAS, Porrúa y Cámara de Diputados; 2005. p. 167-195.
2. Freyermuth G, Sesia P. (Coord.) La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Serie de evidencias y experiencias en salud sexual y reproductiva. Mujeres y hombres en el siglo XXI, Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 2009. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/03/muerte_materna.pdf.
3. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos, cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Washington, D.C: Population Reference Bureau, 2002. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: <http://www.prb.org>.
4. Ashford L. Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y el parto en los países menos desarrollados. Washington, D.C.: Population Reference Bureau: 2002. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf.
5. World Health Organization (WHO). Beyond the Numbers: Reviewing Maternal Deaths and Complications to Make Pregnancy Safer. Geneva: WHO; 2004.
6. Ministerio de Salud (MINSA). Manual de operaciones del sistema de referencia y contrarreferencia. Lima: MINSA; s/f. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/psnb/docs/manuales/05C_MO%20Referencia-Contraref.pdf.
7. Organización Mundial de la Salud (OMS). Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio México, Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1995. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
9. Secretaría de Salud. Lineamientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes pediátricos de población abierta de la ciudad de México y área conurbada del estado de México, s/l, Secretaría de Salud, 2002. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7455.pdf>.
10. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 4ª edición, México, McGraw-Hill, 2008.
11. Petchesky RP, Judd K. (Comp.). Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, políticas y religiones. México: El Colegio de México/Centro de Estudios de Asia y África/Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer/Programa de Salud Reproductiva y Sociedad/Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos; 2006.
12. Convenio General de Colaboración Inter-Institucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica. [acceso: 5-12-2012] Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/wpcontent/uploads/2009/07/convenio.pdf>.