



Trayectoria de atención, desatención y denuncia en un caso de mortalidad materna: perspectiva local-global

Trajectory of attention, neglect, and complaint in maternal mortality: local-global perspective

Bianca Fernanda Vargas Escamilla¹, Roberto Campos Navarro²

RESUMEN

Introducción. La mortalidad materna, como problema de salud global, se encuentra estrechamente relacionada con la perspectiva de Derechos Humanos. Por tanto, su abordaje se traduce en políticas que impactan en el ámbito local. A través de la reconstrucción de una trayectoria de atención-desatención y queja, el objetivo de este trabajo es mostrar un acercamiento a una realidad local que pueda analizarse a la luz del derecho a la salud y la ciudadanía como ejes de articulación.

Material y métodos. El caso que se presenta forma parte de una investigación original, con un diseño cualitativo, basado en el método de caso extendido y el análisis de narrativas, para el estudio en profundidad de casos de muerte materna identificados en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro (Michoacán, México).

Resultados. Se presenta una trayectoria mediante fragmentos narrativos y testimonios que da cuenta del contexto familiar y comunitario, los recursos de atención utilizados para la atención del embarazo y sus complicaciones, los procesos de desatención y la denuncia que sucede a la muerte de la mujer.

Conclusiones. La articulación de la experiencia de los actores sociales con los aspectos socioculturales y un referente teórico, invita a la reflexión sobre los faltantes para garantizar el derecho a la salud, en un contexto de crecientes tensiones y retos en el ámbito global, como es la reducción de mortalidad materna.

Palabras Clave: Salud Reproductiva, Mortalidad Materna, Servicios de Salud Materno-Infantil, Derecho a la Salud, Salud Global.

ABSTRACT

Introduction. Maternal mortality, considered as a global health issue, is closely related to Human Rights. Therefore, the policies and interventions entail consequences in local contexts. The aim of this paper is to present a trajectory of attention, neglect, and complaint, as an approach to a local reality, in order to analyze it in terms of the right to health and citizenship as a specific framework.

Material and Methods. This case comes from an original research, implying a qualitative design, based on the extended case method and narrative analysis, through which maternal death cases, identified around Lake Patzcuaro basin (Michoacan, Mexico), were studied in depth.

Results. A trajectory is presented by narrative fragments and testimonies that show the family and community context, healthcare resources used during pregnancy and its complications, processes of neglect, and complaint that followed the woman's death.

Conclusions. The articulation of the experience with the sociocultural aspects and the theoretical framework, trigger several reflections on the missing to guarantee the right to health, in a context of growing tensions and challenges in the global field, such as reducing maternal mortality

Key words: Reproductive Health, Maternal Mortality, Maternal-Child Health Services, Right to Health, Global Health.

¹ Posgrado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

² Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Correspondencia: Bianca Fernanda Vargas Escamilla. Médica Cirujana, candidata a Maestra en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en Antropología en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Palacio de la Medicina. Brasil #33, Cuauhtémoc, Centro Histórico, 06010, Ciudad de México, México. Correo electrónico: biancavescamilla@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Uno de los elementos clave en el estudio de la mortalidad materna es que se inscribe en el dominio de la salud global, en donde “los problemas de interés trascienden las fronteras y sólo pueden ser abordados mediante acciones y soluciones multidisciplinarias y cooperativas”.¹ Así, en las estrategias implementadas para la disminución de la mortalidad materna se identifican importantes características como el papel crítico de la salud en la agenda de desarrollo económico, la participación de diversos actores sociales² y la estrecha relación con perspectivas teóricas como la de los Derechos Humanos. De manera que, cualquier cuestión sobre globalización y salud implica considerar cómo las fuerzas globales actúan sobre el ámbito de la salud³, relación que está poco dilucidada, pues se suelen enumerar ciertas determinantes sin dar cuenta de su interrelación o de su peso específico, desde el punto de vista de los actores sociales, por lo que tienden a distanciar el problema del sujeto y restar valor a sus experiencias.

El abordaje de la mortalidad materna se inserta en un contexto transnacional, cuya intervención local merece una mirada crítica que atañe tanto a la biomedicina como a las ciencias sociales en salud, pues a la par de las transformaciones de las representaciones y prácticas de atención, en los sistemas sanitarios se observa una creciente preocupación por responder a ciertos problemas específicos con el consecuente debilitamiento de la satisfacción de las prioridades locales. En este sentido, exige reconocer que, cuando una mujer muere durante el embarazo, parto o puerperio, se evidencian procesos sociales, culturales, simbólicos y emocionales al interior de la familia y la comunidad, que dan a esta muerte un carácter diferencial.

Mediante el estudio cualitativo, basado en la etnografía y la entrevista a profundidad, se pretende el acercamiento a una realidad local, privilegiando la voz de los actores sociales para dar cuenta de la manera en que se produce y reproduce la construcción sociocultural de la muerte materna y cómo ésta se relaciona con el ámbito global, para lo cual, la reconstrucción de la trayectoria de atención-desatención constituye una herramienta esencial.

Se entiende por trayectoria de atención, la secuencia de decisiones y estrategias instrumentadas para hacer frente a un episodio concreto⁴, como es el proceso reproductivo y sus posibles complicaciones. Ésta permite identificar la diversidad de recursos de atención y la manera en que se relacionan, resaltando tanto articulaciones como contradicciones^{4,5} y da cuenta del acceso a determinados recursos, reflejando las condiciones materiales de existencia y las redes de apoyo, así

como la posibilidad de tomar decisiones, a partir del estatus en la organización familiar o comunitaria.

Asimismo, los procesos de desatención, entendidos como omisiones o cuidados insuficientes que pueden ser identificados en distintos niveles –personal, familiar, comunitario e institucional–, orientan a comprender las interrelaciones causales de las complicaciones que culminaron con el fallecimiento. Además, permite articular los saberes locales, los procesos de participación y los eslabones que imprimen en la mujer en edad reproductiva, una categoría de vulnerabilidad. La desatención, al igual que la búsqueda de atención, tiene componentes simbólicos, de significado, se construye culturalmente y se distribuye de manera diferencial al interior de un grupo social o en relación a un problema de salud específico.⁶

En este artículo se presenta una trayectoria de atención-desatención particular, que no culmina con el fallecimiento de la mujer, sino que es sucedida por un proceso de denuncia, que la mantiene aún vigente. A partir de esta se pretende visibilizar las experiencias de los actores sociales, situar los eventos en un contexto determinado que influye en las formas de atención y analizarlos desde la perspectiva del derecho a la salud y el ejercicio de la ciudadanía, como ejes clave de los Derechos Humanos y la salud global.

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso que se aborda forma parte de una investigación cualitativa, planteada desde la perspectiva de la antropología médica, en donde se identificaron los casos de muerte materna ocurridos en el periodo 2012-2013, en la región de la cuenca del Lago de Pátzcuaro, en el estado de Michoacán, México. Su diseño metodológico está basado en el estudio etnográfico a través del método de caso extendido y el análisis de narrativas, ambos sustentados en propuestas teórico-metodológicas que permiten vincular la experiencia subjetiva con los aspectos socioculturales⁷ y conjuntan la ciencia reflexiva con las técnicas de entrevista y observación participante para dar cuenta del contexto y dotarlas de un carácter concreto y particular. Además, pondera el diálogo y la intersubjetividad como su premisa básica; si bien existe un reconocimiento de la preocupación del paradigma positivista por los efectos de la entrevista, del entrevistado, del campo y de la situación, más que negarlos, constituyen un elemento de reflexión.⁸

La trayectoria que se presenta, se reconstruye a partir de entrevistas a profundidad con la familia directa (padre y hermanas) de la mujer fallecida y se integra con la información obtenida mediante la observación participante y no participante en los

espacios familiares, comunitarios e instituciones de salud, registrada en el diario de campo. Este, como otros casos, fue identificado a partir de las referencias de la comunidad y confirmado en los reportes jurisdiccionales; posteriormente, la selección de informantes se sustentó en el muestreo teórico⁹, y mediante una estrategia de avalancha¹⁰, se accedió a cada uno de ellos. En una última etapa, se consultó el expediente como un elemento de triangulación, pero privilegiando la narrativa de los interlocutores.

En relación a las consideraciones éticas en los estudios antropológicos, es pertinente señalar que estos deben responder a la comunidad académica, pero también hacia sus interlocutores, ante quienes se tiene el deber de la transparencia¹¹, el respeto y la preservación del anonimato, pues implica conocer procesos, acciones, comportamientos y acontecimientos que tienen que ver directamente con las personas en una dimensión relacional. El consentimiento informado permite hacer explícitos los aspectos más relevantes de la relación investigador-interlocutor, por lo que fue empleado en esta investigación y dado lo anterior, los nombres o cualquier dato de identificación fueron remplazados por seudónimos salvaguardando el anonimato de las y los participantes.

Región de estudio: acercamiento al contexto

La región de estudio abarca cuatro municipios: Pátzcuaro, Erongarícuaro, Quiroga y Tzintzuntzan, y está conformada por localidades rurales y urbanas cuya población heterogénea incluye comunidades purépechas, personas originarias sin autoadscripción a un grupo étnico e inmigrantes –temporales o permanentes– de otros estados o del extranjero.

Las cifras estatales lo colocan como una de las entidades con menor Índice de Desarrollo Humano (IDH)¹² y en concordancia, presentaba un bajo porcentaje de disminución e incluso un aumento en las cifras de mortalidad materna (comparación 2002-2011)¹³, sin embargo, esta región particular es considerada como de media a baja marginación, presentando un acceso relativamente bueno a los servicios de salud, no obstante, la jurisdicción sanitaria de referencia oscilaba entre el primero y segundo lugar en defunciones maternas.^{14, 15}

La situación en la región concuerda con los análisis del Observatorio de Mortalidad Materna en México, en donde se identifica que más del 70% de las muertes maternas ocurren en una clínica u hospital del servicio público o de seguridad social y que más del 85% contaron con algún tipo de asistencia médica¹⁶, aunque es pertinente considerar limitantes de diversa índole en torno a la atención; desde las barreras en la comunicación y el distanciamiento entre el personal de salud y la población hasta la insuficiencia de recursos humanos,

materiales y de infraestructura, la falta de articulación entre instituciones para referencia y la saturación de los servicios con mayor capacidad resolutive.¹⁷ Por ello, resulta necesario estudiar las interacciones entre ciudadanos, profesionales de salud e instituciones, resaltando la diversidad y la construcción de significados culturales, comprendiendo la complejidad de las identidades múltiples¹⁸ y de las diferentes dimensiones del problema.

RESULTADOS

En el periodo 2012-2013, la jurisdicción sanitaria a la que corresponde la región, registró 16 defunciones maternas, de las cuales seis ocurrieron en los municipios de interés y cuatro fueron incluidas en el trabajo de investigación, realizando su seguimiento etnográfico. El presente caso corresponde a Ariadna, seleccionada en función de ser el único caso en la región de estudio, cuya trayectoria se mantiene aún vigente en un proceso de denuncia ante la Comisión Estatal de Derechos Humanos, lo que conlleva implicaciones específicas.

A continuación se presentan los fragmentos narrativos y testimonios obtenidos de las entrevistas con Lorena, Ana y Enrique (hermanas y padre, respectivamente) que dan cuenta de la trayectoria de atención de Ariadna, así como del contexto familiar y comunitario en el que se desarrolla. La experiencia de los familiares en torno al proceso reproductivo y a los diferentes eventos sucedidos desde el inicio del embarazo, la aparición de complicaciones, la muerte, e incluso después del fallecimiento, permiten identificar las interacciones entre saberes, recursos y procesos de toma de decisión que se concretizan en la trayectoria.

Entorno familiar: estatus, recursos y redes

Ariadna era una mujer de 30 años, originaria y residente de uno de los municipios de la región, pero trabajaba y atendía su primer embarazo en el municipio vecino, en donde se concentra la mayor cantidad de servicios, entre estos su clínica de derechohabencia, ubicada a unos veinte minutos de su casa.



Ella había decidido “juntarse” con su pareja, de manera inesperada, según comenta Lorena, su hermana. En un inicio, habían llegado a casa de la familia de la pareja, aunque al poco tiempo se mudaron, sin embargo, el sostén económico de la nueva familia recaía principalmente en ella, pues tenía un trabajo fijo, remunerado y acceso a seguridad social, mientras que él no tenía las mismas condiciones.

Aunque la decisión de mudarse sin contraer matrimonio no fue del todo aceptada por su familia, mantenían un vínculo estrecho y el embarazo reforzó aún más esta relación. Como su madre había fallecido trece años antes, su padre fomentaba la unión entre sus hermanas, asegurándose que recibiera el apoyo necesario, e insistía: “mira, no tienes a tu mamá, tú pláticale a Lorena, o a tu otra hermana, entre ustedes tres, no te puedo mandar con tu tía, porque no pueden, a lo mejor, compaginar igual. Lo único es que te atiendas, porque no hay más como una madre, pedirle consejo, ustedes más que son mujeres... El dinero va y viene, tú atiéndete, no te detengas. Tú, cuando te sientas mal, vete [a la clínica], si tu marido no te acompaña, tú vete sola...”

Su hermana Ana, vivía en la misma comunidad y entre ellas había mucha confianza, pero durante su embarazo, recurría más a Lorena, que vivía en la capital del estado, aproximadamente a una hora de distancia, y trabajaba en un laboratorio de análisis clínicos, lo que le daba cierto conocimiento médico. Ambas habían estado embarazadas y sufrido complicaciones, por lo que su experiencia permeaba la información y precauciones que compartían con Ariadna. A Lorena le diagnosticaron preeclampsia en el octavo mes, pero le hicieron cesárea inmediatamente y Ana tuvo hemorragia durante su primer parto que culminó en histerectomía, como narra a continuación:

“Yo no quiero que te pase lo mismo que a mí, porque hay veces que uno no sabe, como por ejemplo, a me quitaron la matriz, porque según esto se me complicó el parto, me dio una hemorragia y no me la pudieron controlar, pero ya después de que fuimos a que llevaran la matriz a que la analizaran y me dijeron que no tenían por qué haberme quitado la matriz, que me hubieran podido controlar, poner una inyección.[...] Y yo si le comentaba a ella: «tú que tienes seguro, pues tú ve y estate checando, tu sí tienes, si estás económicamente bien, pues ve a un particular, tú que tienes y que puedes, pus órale, no lo dejes a la desidia...»”.

Recursos de atención en el embarazo y ante las complicaciones

Apoyada por su familia, Ariadna tuvo la posibilidad de acceder a diversos recursos de atención

(Figura 1). Al confirmar la sospecha de embarazo, comenzó su control prenatal en la clínica de derechohabencia, pero por recomendación de Lorena, se inscribió en un protocolo de investigación para mujeres embarazadas en donde le harían estudios de laboratorio completos y acudió con una ginecóloga particular, para realizarse un ultrasonido y confirmar la información obtenida en el sector público, pues existía cierta desconfianza.

La diversidad de recursos pudiera reflejar una percepción del embarazo como un evento patológico, sin embargo, los familiares comentan que ella continuaba con sus actividades cotidianas de manera normal, “porque tampoco nunca le dijo el médico que su embarazo era de alto riesgo o algo así”, especifica Lorena. Así, una vez concurridos los primeros meses, con cierta certeza de que todo iba bien, continuó yendo periódicamente a su clínica y atendía a las recomendaciones de sus hermanas que se enfocaban en tener una buena alimentación, caminar, descansar suficiente, no tomar medicamentos sin ver al médico y sólo en contadas ocasiones le recomendaron tomar un té de manzanilla para el malestar estomacal o aliviar la tensión. En una ocasión, por sugerencia de su padre, visitaron a una partera quien les dijo que ya estaba avanzado el embarazo y ya no la podía sobar*.

Hasta el séptimo mes, no había tenido ninguna molestia que hiciera sospechar de complicaciones. Un día antes de su ingreso al hospital, comentó que sentía mucho cansancio y la notaron un poco más hinchada —de lo que consideraban habitual en el embarazo—, ante lo cual Lorena intervino: “Le dije que si quería que la llevara al doctor, me dijo que al día siguiente ya tenía su cita y le dije: «si te empieza a doler la cabeza, si te empiezas a sentir más hinchada, más cansada, ve a que te tomen la presión. No vayas a dejar más tiempo, y si ya tienes la consulta, pues dile al doctor cómo te estás sintiendo, de todas maneras, cualquier cosa, háblame a la hora que sea.»” Por la madrugada Ariadna llama por teléfono a Lorena: “hermana, me siento muy mal, me duele mucho mi cabeza y se me pone el estómago muy duro”, ante lo cual le dice que debe ir inmediatamente a urgencias a la clínica en el municipio en donde, sin tomarle signos vitales, le recetan “una pastilla” y le dicen que debe volver a las ocho de la mañana. Lorena y Enrique llegaron poco antes de las nueve a la clínica en donde Ariadna esperaba en urgencias, acompañada por su pareja y su cuñada,

* La atención de las parteras empíricas o tradicionales ha disminuido de manera importante en la región, debido a su avanzada edad, ser menos solicitadas o las indicaciones que han recibido en las capacitaciones. En la actualidad, se observa frecuentemente que su actividad se limita a dar una sobada o masaje, sobre todo en los primeros meses, para “ver que el bebé esté acomodado o ayudar a que se acomode”, sin que esto implique una manipulación mayor.



con los ojos cerrados y quejándose de dolor de cabeza intenso. Su padre y su hermana se molestaron e insistían sobre la necesidad de ser atendidos con una empleada del hospital, quien respondía de manera prepotente: “es que tenemos otra paciente primero, por eso no la hemos pasado, no tenemos camillas...”, y Lorena argumentó: « ¿por qué no hablan y dicen que no la van a atender? Para que ella busque atención médica en otro lugar [...] ¿No están viendo el cartelote de los síntomas de la preclampsia, eclampsia y demás? Ustedes mismos lo tienen en la sala de espera...» Y Enrique agrega: “mi hija necesita atención médica, vino a las cuatro de la mañana, la regresaron, ¿cómo es posible que para nosotros, los trabajadores, sí nos estén descontando de nuestro salario, para que no tengan atención médica?”.

En cierta medida, la información previa, daba a la familia de Ariadna, mayor posibilidad de identificar la gravedad de la situación y de ejercer el derecho a la atención, incluso propusieron buscar una ambulancia privada para trasladarla a la capital del estado, sin embargo, se limitaron por la responsabilidad de tomar acción sin el respaldo de la institución médica, por lo que decidieron esperar hasta que fue ingresada cuando su estado era grave, con la solicitud de firmar un consentimiento para realizar una cesárea de emergencia. Ante la situación, Lorena reacciona:

“Se los dije, mi hermana estaba mal, pero ustedes aquí son tan negligentes, tan inhumanos..., no voy a firmarles nada, y le dije a la pareja si quería, firmara...” “Es que no sé firmar” –respondió él– Ante el enojo de Lorena, la trabajadora del hospital interviene: “Señora, no se ponga así, para la próxima nada más le hablamos a él, al esposo porque usted no tiene derecho a estar aquí”.

Mientras esperaban, observaron un mayor movimiento en el hospital y antes de recibir informes, vieron salir una incubadora y posteriormente una camilla, y se acercaron para cerciorarse que se trataba de Ariadna y su hija. Les dijeron: “está grave pero estable”, no obstante, Lorena sospechaba que algo estaba mal, pues no salía un médico a darles información precisa, sólo sabían que irían al hospital de especialidades de la capital, porque no tenían los recursos para seguirlas atendiendo.

La familia llegó poco después que la ambulancia al hospital y al solicitar información, los recibió un médico, quien señalando hacia la computadora, explica: “nosotros no podemos ya hacer nada, señor. Tiene muerte cerebral, tiene un coágulo en el cerebro, mire, aquí está la pantalla, aquí le estamos dando información. Vamos a hacer lo que está en nuestras manos, pero no le aseguramos nada, señor, y esto, no estuvo por parte de negligencia de nosotros, sino de donde viene, y haga usted lo que tenga que hacer”.

Figura 1. Trayectoria de la atención en el caso Ariadna.

Ariadna permaneció dos días más internada sin ningún cambio, hasta su fallecimiento. Una muerte diferente a otras que habían ocurrido en la familia: inesperada y, tal vez, evitable, como lo narra Lorena:

“Yo lo que pienso es que a lo mejor mi hermana iba a fallecer por ‘equis’ causa, ‘equis’ razón, pero ¿por el hecho de un embarazo? Si desde el momento en que ella llega se le atiende correctamente... pues, no sé, igual y otra cosa hubiera sido. [...] Porque si ella hizo sus actividades normales un día antes, la verdad para mí ha sido, hasta cierto punto, inasimilable, porque -le pregunto- ¿puede llegar a pasar, que de un momento a otro, así se agrave la situación? [...] La verdad es difícil para uno como familiar, porque a la fecha, yo me hago muchas preguntas, mi papá dice: «tú no eres médico y aunque hubieses sido médico, a lo mejor ni en tus manos hubiese estado»”.

Además, la explicación que recibieron del doctor, despertó otras inquietudes en la familia, Enrique comenta: “yo lo que entendí es que teníamos el derecho de seguir adelante, entendí que era negligencia médica, incluso, yo no quería, pero uno de mis hijos dijo: «No, es que no nos van a ver la cara, estos casos que sirvan de experiencia para la demás gente de la sociedad». Y fuimos a [la Comisión Estatal de] Derechos Humanos, ahí nos entrevistaron...”

La queja: ¿por qué? y ¿para qué?

La ambigüedad de la información y la poca disposición del personal de salud a responder sus preguntas hicieron dudar sobre la atención que recibió Ariadna, aunado identificar, con base en su experiencia previa, las omisiones, retrasos en el diagnóstico y en recibir la atención. Por ello decidieron acudir a las oficinas de Derechos Humanos en la capital del estado en donde asentaron la queja y sólo les dijeron que debían comunicarse para dar seguimiento. Además de la queja formal, algunos compañeros del trabajo de Ariadna promovieron un comunicado en prensa, otra forma de denuncia que traería importantes consecuencias, pues enfrentaron amenazas en la institución y prohibiciones para visitar a la hija de Ariadna que se encontraba hospitalizada.

Una vez superada esta difícil etapa, continuaron en espera de la resolución de la Comisión Estatal de Derechos Humanos, hasta dos años después, cuando les entregaron un oficio y dijeron: “ya se les tomó en cuenta, no lo tomen a mal, pero pues el enfermo ya no va a regresar, ya murió, váyanse a la institución, muéstrenlo allá [el oficio], lo único que les van a dar es un dinero, una compensación”. Hasta ahora no han buscado hacer válido dicho oficio y no se concibe manera alguna de reparar el daño, sin embargo, tanto Enrique como Lorena coinciden en que la

principal motivación es tratar de evitar que algo similar suceda a otras mujeres y a otras familias. Enrique señala:

“Yo sé que el ser humano ya no va a regresar, ya se fue y para siempre, pero yo no soy de los que doblegan, no, yo soy de raza indígena, por dinero no voy a doblar, ¿por qué? porque este es un asunto que le puede suceder a otra persona, ya no lo voy a ver yo por mí, sino por otras personas que no les hagan lo mismo...y ¿por qué? porque va uno a consulta, pero no nos están dando el servicio gratis, el medicamento no lo dan gratis, a la hora del cheque lo descuentan...”

Y Lorena concluye:

“Mi idea era que no quedara nada más ahí, que la gente se diera cuenta que sí se puede hablar, aunque estamos envueltos por un círculo vicioso en el sistema, que igual no pasa nada, pero que estén más alertas las personas, pues a veces si abusamos de las personas que no se defienden, que no hablan..., como no saben, de ahí nos aprovechamos. Igual no sirve de gran cosa, pero al menos no quedarse con la espinita de quedarte callada.”

Así, el proceso de denuncia es motivado por una transformación de la experiencia de la muerte en un hecho social, más que individual y, al mismo tiempo, alude a la acción de narrar como una forma de dar sentido y significado a un evento disolutivo.¹⁹

DISCUSIÓN

La trayectoria de atención permite un acercamiento a las representaciones y prácticas en torno al embarazo, parto y puerperio, que pueden ser experimentados como parte del ciclo vital y no como un proceso patológico que requiera un exhaustivo control médico, no obstante, dichos eventos desencadenan múltiples formas de atención. La búsqueda de estos recursos tiene un carácter plural, dado por las interacciones entre modelos de atención y fuentes de información; como puede observarse, se suele recurrir a dos o más recursos de manera simultánea, con una predilección por los biomédicos, en donde a su vez, se conjuntan los sectores público y privado.

Asimismo, la aparición o sospecha de complicaciones transforma, no sólo la experiencia y sus significados, sino también la percepción de eficacia de los recursos a los que se puede acceder y evidencia la incorporación de saberes del campo médico.

Por otra parte, la desatención implica procesos complejos, permeados por elementos estructurales que condicionan el acto médico, el sistema de salud y sus instituciones. En el caso presentado, el certificado de defunción asienta como causa de muerte “hemorragia cerebral masiva, síndrome de

HELLP y eclampsia” en concordancia con el dictamen oficial que catalogó el caso como muerte materna directa, identificando como eslabones críticos principales la demora en urgencias y la falla en reconocer signos y síntomas de preeclampsia.²⁰ Como puede observarse, estos puntos son también reconocidos por la familia, además de otros aspectos evidenciados en sus narraciones, como la negativa del personal a brindar información clara y oportuna que les permitiera, en dado momento, activar redes y recursos alternativos, así como el trato agresivo, prepotente y descalificador percibido ante la demanda de atención.

Tanto la solicitud de información como de atención son elementos del derecho a la salud en general –y en particular a la salud reproductiva–, un derecho que forma parte de la dimensión social de la ciudadanía. Sin embargo, es necesario considerar “las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer”, que se encuentran vinculadas a las condiciones de desigualdad, dada por el género, la etnicidad, la clase social²¹ y también por la pertenencia institucional. Así, la mujer que, en tanto ciudadana, demanda la atención, es constituida como paciente, entidad ubicada en la parte más baja de un sistema jerárquico, convirtiéndolas en receptoras pasivas de los servicios²² y limitando el ejercicio de sus derechos.

Al percibir una violación a sus derechos o la imposibilidad de hacerlos valer, la queja ante alguna instancia como la Comisión Estatal de Derechos Humanos, también es un recurso cuyo acceso es diferencial y dependiente del capital* económico (directa e inmediatamente convertido en dinero), social (recursos potenciales y redes) y cultural (conocimientos institucionalizados o no)^{22, 23} pues requiere invertir recursos adicionales, desatender otras necesidades, y un importante componente emocional. En varias ocasiones manifestó la familia de Ariadna que, contarle les ha ayudado a asimilarlo, pero también ha implicado nuevas formas de organización familiar para dar seguimiento con el consecuente “descuido” a la familia nuclear, e incluso, ha repercutido en su estado de salud, lo cual asocian al desgaste físico y emocional.

En conclusión, alrededor del problema de la mortalidad materna, se ha ahondado en un sinnúmero de intervenciones, en conformidad con distintas perspectivas que hacen referencia a los Derechos Humanos y cuya pretensión es ser plasmadas en las políticas públicas que permitan hacerle frente y cumplir con los imperativos de la comunidad internacional.

* De acuerdo con Bourdieu (1993:109) se entiende por capital a “los instrumentos de apropiación de las oportunidades teóricamente ofrecidas a todos”.



Sin embargo, la salud global requiere también una ética también global que implica “responsabilidad pública y políticas entendidas como ética en acción, [...] orientada a trabajar desde la diversidad situacional y contextual como punto de partida para consolidar la discusión, la negociación y los acuerdos entre comunidades tecnocientíficas, culturales y morales”.²⁴

Si bien la interacción “cara-a-cara” –médico-paciente– enfrenta retos importantes, es necesario analizar las trayectorias de atención y procesos de desatención en términos de relaciones de poder/saber²⁵ que residen más allá de la figura del médico. Por ello, en los diferentes niveles, desde el acto médico particular, hasta los lineamientos y estrategias en que se inserta, es necesario contemplar la salud como un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.²⁶ De acuerdo con Mann y Gruskin (2002), se requiere de una labor permanente que consiste en esfuerzos explícitos y conceptuales relacionados con la promoción y protección de los derechos humanos y en consecuencia, la dignidad, al mismo tiempo que, una realización completa de los derechos humanos necesita poner énfasis en la atención a la salud y sus determinantes sociales.²⁷ Aun cuando presupone una universalidad cuestionable, los Derechos Humanos son un marco de referencia útil para analizar y responder a los retos que enfrenta la salud global, sin embargo, sus conceptos clave, significados y contenidos no son ampliamente difundidos en la formación y ejercicio de los profesionales de salud.²⁸ Por lo tanto, una reflexión central que se desprende de este trabajo es la pertinencia de incluir la perspectiva de derechos humanos en la formación de los profesionales de salud, buscando generar espacios de diálogo en torno a la salud como derecho fundamental, promoviendo la reflexividad como ética en acción y no como una noción abstracta de derecho.

REFERENCIAS

1. Sanjuán H, Baquero-Latorre H, Navarro-Lechuga E. Salud Global. Rev Científica Salud Uninorte, 2011 enero-julio;(1):xi-xiii.
2. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional a propósito de la epidemia de influenza humana A Rev Panam Salud Pública. 2009;25(6): 540-547.
3. Pacileo G. Globalización y tendencias actuales de la salud mundial. En: Sánchez Bayle M, Colomo Gómez C, Repeto Zilbermann C. (editores) Globalización y salud. Madrid: Federación de Asociaciones para la defensa de la Sanidad Pública; 2005. pp. 27-40.
4. Osorio-Carranza RM. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2001. 276 p.
5. Freyermuth-Enciso G. Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas; 2003, 431 p.
6. Hersch-Martínez P. Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria. Salud Pública Méx. 2013;55 (5):512-518.
7. Hamui Sutton L. Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Rev Cuicuilco. 2011, 52: 51-67.
8. Burawoy M. The Extended Case Method. Sociological Theory. 1998; 16(1):1-32.
9. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1967. pp. 45-77.
10. Martín-Campo MC, Salamanca AB. El muestreo en la investigación cualitativa. Nure Investigación 2007; [internet]; (27). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340/330> .
11. Seda JA. Ética profesional y metodología con relación al trabajo etnográfico con personas internadas con retraso mental. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2007. pp.6-10.
12. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano, Michoacán. [Internet]; 2007 [acceso 2013-feb-12] Disponible en: http://hdr.undp.org/en/reports/national/latina_mericathecaribbean/mexico/IDH_Michoacan_2007.pdf .
13. Freyermuth G, Luna M, Muños JA. Indicadores 2011. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/ Fundación MacArthur/ Observatorio de Mortalidad Materna en México; 2013. 70 p.
14. Diario de campo de la autora, 2013.
15. Martínez A. En la Jurisdicción Sanitaria 4, el mayor índice estatal de muerte materna. [Internet] México: La Jornada Michoacán, México; 2012-ago-2, [acceso 2013-nov-17] Disponible en: <http://www.lajornadamichoacan.com.mx/2012/08/02/en-la-ju-risdiccionsanitaria-4-el-mayor-indice-estatal-de-muerte-materna/> .
16. Observatorio de Mortalidad Materna en México. Indicadores 2010 [Internet] México: OMMM; 2011; [acceso 2013-may-22] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores/158.html> .
17. Sachse M, Sesia P, Pintado A, Lastra Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Rev CONAMED 2012; 17 Supl 1: S4-S15.
18. Comelles J. El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En: Fernández Juárez G. (coord.) Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador: Abya-Yala, 2004. pp. 17-30.
19. Good B. Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica. Barcelona: Bellaterra; 1994. p. 219.
20. Castro R. Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En: Castro R, López Gómez A. (ed.) Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRIM; 2010. pp. 54, 56.
21. Bourdieu P. El Sentido Práctico. Madrid: Taurus; 1993. p. 109.
22. Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales, 2ª ed. España: Desclée de Brouwer; 2001. pp. 231.
23. Buxo i Rey MJ. Bioética intercultural para la salud global. Revista Selecciones de Bioética, 2006, 9:24-30.
24. Foucault M. Politics, Philosophy, Culture: Interviews and Other Writings, 1977-1984. Nueva York: Routledge; 1988.
25. Comisión Estatal de los Derechos Humanos. Estudio sobre el nivel de satisfacción en la prestación de servicios de salud en el estado de Michoacán. [Internet]; 2015 [acceso 2015-ago-18] Disponible en: <http://www.cedhmichoacan.org/Documentos/AvisosEventos/ESTUDIO%20NIVEL%20SATISFACCI%C3%93N%20SECTOR%20SALUD%20FINAL.pdf> .
26. Ruíz-Llanos A. La interculturalidad y el derecho a la protección a la salud: Una propuesta transdisciplinaria. Bol Mex His Fil Med 2007; 10 (2): 99-107.
27. Mann JM. Health and human rights. Protecting human rights is essential for promoting health. BMJ 1996; 312(7036): 924-925.