



**Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social**

Maestría en Antropología Social

El **claroscuro de la mirada**: Estudio de representaciones y prácticas sociales en la relación entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas en un hospital público de Chiapas

TESIS

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

PRESENTA

Hilda Eugenia Argüello Avendaño

DIRECTORA DE TESIS

Dra. Graciela Freyermuth Enciso

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, febrero de 2005

Agradecimientos

Tejer y destejer
hilos brillantes con otros
hilos quietos de sombra y ligadura

En medio del vaivén del corazón
hilos
Que sujeten sus vuelcos...
Tejer (Fragmento)
Dolores Castro

Porque a ustedes he hilvanado momentos significativos de mi vida, gracias:

A las usuarias embarazadas del Hospital General I que me compartieron sus historias.

Al Hospital General I San Cristóbal de Las Casas por permitirme realizar esta investigación; a su personal médico, de enfermería, de seguridad.

A mi egregia directora de tesis, por su paciencia, persistencia, energía inagotable y horas compartidas, quien me abrió las puertas de su casa y familia, y la mirada hacia nuevos horizontes por el camino de la antropología médica.

Al distinguido comité tutorial de esta tesis: Dra. Rosario Cárdenas, Dr. Jaime Page Pliego, Dra. Paola Sesia Arcozzi, por su interés y lecturas críticas que me impulsaron a explorar los claroscuros de mi mirada y por compartir generosamente sus conocimientos.

A otros docentes de la maestría: Dr. Laureano Reyes en la línea médica, por su dedicación; Witek por tus clases y tu amistad.

A la maestras Gracia Imberton e Hiroko Asakura quienes amablemente revisaron el texto y me ayudaron con valiosos comentarios.

En CIESAS a Cecy por contagiarme buen humor y animarme con una sonrisa; Carolina por tus comentarios siempre halagadores; Sari, por tu permanente disposición a ayudarme; Oscar y Lupita por las charlas tan amenas y la ayuda con la búsqueda del material bibliográfico; Raúl por tu solidaridad y disposición a ayudar; Eduardo, Francisca, Liliana, Manuel, Cristóbal, José, Efraín, Karla, Irene y Rey por sus atenciones.

Al CONACYT por la beca otorgada para la realización de estos estudios.

A mis amigas y amigos

Susana, por todos estos años de aprendizaje de la vida juntas, porque siempre el tiempo compartido contigo me fortalece. A las Blancas, Nora, Robertito y Ricki por todo su cariño, lo mismo a Cheque por su amistad; doña Bety y don Beto por abrirme las puertas de su casa cada año, y al resto de los Fuentes: Beto, Gerardo y los negros. ¡El tiempo con ustedes me renova!

Laurita, por ser mi hermana todos estos años y ahora compartir la alegría de tener a Elías y al resto de tu familia: Enrique, doña Lucy y don Sergio, Itzia e Itzuri.

Jorge por apoyarme tanto y tantas veces con la computadora y por su amistad de años; a doña Hilda por sus atenciones y cariño.

A la banda xalapeña (PP): Chucho, Noris, Payton, Ñufo y Sagrario, por su alegría que contagia; la tuxtleca: Raúl, Loana, Osmar, Jesús y Chember por la buena compañía en todo este proceso; la de Sancris ¡por el sano esparcimiento!, alegría y apoyo: Lauren, Favricio, Azael, Leo y Noé; la de la maestría: Luci, Verito-Felipe, Katia, Ana, Silvia, Moni, kenia, Juan Carlos, Sergio y el resto de "médica". Isabel por las alegrías, tristezas y las muchas horas de plática, por quererme tal cual. Tu vida es un gran libro abierto del que siempre aprendo.

Paty y Alejandro, Yoi y Alain en deuda estoy con ustedes por su solidaridad y cariño durante este tiempo. Tere ha sido un gusto conocerte.

Al Doc. Armando por sus incisivos desafíos y compañía invaluable en el autodescubrimiento.

A mi familia

Al Ángel que decidió partir hace casi dos años; a mi abuela Rosario que a sus ochenta y tantos años continúa desafiando a la mar; y a mi abuela Rosa cuya ausencia todavía duele.

Al Tío Wulfrano por su amor a la música y a la madrina Olimpia por sus palabras siempre cariñosas. Al resto de "las Avendaño" por su espíritu festivo. Tía Neri por tu dulzura.

A mi madre por su amor infinito e inquebrantable, mi maestra de siempre.

A mi padre por alentarme siempre, por su inventiva admirable y amor.

A mi hermano, amigo y maestro, por quererme tanto, sin ti no soy.

Índice

Capítulo 1

1ª. Parte

Introducción	2
Presentación del contenido	5
Justificación y planteamiento del problema	6
Hipótesis	11
Objetivos	11

2ª. Parte

Reflexión metodológica	12
Las transformaciones	12
Los escenarios	12
La metodología	17
En torno a la relación personal de salud-usuaria.....	18
Marco teórico	22
Relación prestadores de servicios de salud-usuaria (ex relación médico-paciente)	25
Los prestadores de servicios de salud	25
Las usuarias	28
El momento histórico determina de qué relación hablamos	31
La regionalización de los encuentros	34
Representaciones y prácticas sociales	37
Ahora pasamos a la acción	42
Acción y confianza	44
Esto es todos los días...la rutina	45

Capítulo 2

Políticas de salud internacionales y nacionales que inciden en la perspectiva contemporánea de los programas sanitarios

	48
Las políticas y planes de salud relacionadas a la salud materna-infantil	49
Plano internacional	50
Plano nacional	59
Arranque Parejo en la Vida (APV). Acciones para el combate de la mortalidad materna	61
Programas de salud destinados a la población indígena	67
Intentos en Salud... ¿con visión intercultural? Política sanitaria dirigida a pueblos indígenas	67
Las acciones locales	68
APV en Chiapas: ¿E.S.P.E.S.I.?	68

El riesgo obstétrico como directriz de acciones	71
Reorientación a través de la identificación y atención de urgencias obstétricas	73

Capítulo 3

Un panorama adverso: factores epidemiológicos y demográficos coadyuvantes para una maternidad de riesgo

	77
Introducción demográfica y geográfica ¿Cómo se encuentra Chiapas?	80
Estructura poblacional	81
Índice de femineidad	82
Esperanza de vida	84
Población indígena	84
Marginación	87
Educación	88
Salud	90
Población usuaria de servicios de salud	90
Infraestructura de los servicios de salud	91
Salud reproductiva	93
Atención obstétrica	95
Mortalidad materna	98
Para muestra un... municipio	100

Capítulo 4

El hospital y su funcionamiento

	110
Introducción	111
Ubicación y espacios	111
Distribución interna	113
Generalidades sobre el personal y los turnos de trabajo	115
El personal médico de gineco-obstetricia	115
El personal de Enfermería de gineco-obstetricia	116
Generalidades sobre la organización del trabajo	116
Uso de espacios	117
Encuentros con privacidad: consulta externa y módulo MATER (Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo)	117
Consulta externa	118
Módulo MATER	119
Encuentros con menos privados: urgencias, quirófano y hospitalización	122
Urgencias	122

Quirófano	127
Hospitalización de gineco-obstetricia	131
El paso de visita médico	136
El paso de visita del personal de enfermería	139
Enfermería y los familiares	139

Capítulo 5

Representaciones y prácticas sociales entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas

Introducción	142
Introducción	143
Los médicos y médicas	146
Insuficiencia de personal médico	147
Sobrecarga laboral y sus consecuencias	147
El trabajo médico desde la perspectiva de los Médicos Internos de Pregrado	151
Las representaciones sobre las usuarias	155
Las “gorditas nobles”	155
Médicos y médicas	158
Prácticas que se perciben como positivas por los médicos	156
Prácticas que se perciben como negativas por el personal de salud	159
Médicos internos de pregrado	159
El personal de enfermería	163
Las usuarias	170
Las representaciones de las usuarias	170
Quiénes son y cómo llegan al hospital	172
Encuentros médicos obstétricos	176
El encuentro médico paradigmático	177
Los encuentros médicos hospitalarios.....	179
“Ahí hay una gran barrera, que es la comunicación”	179
Usuarias reales vs. usuarias ideales	200
Una “mala paciente”	205
La “paciente ideal”	206

Capítulo 6

Reflexiones finales	208
---------------------	-----



Tina Modotti. *Madre e hijo*

Capítulo 1

La mirada, al estallar, se hace nombre, danza generadora de vocales y consonantes, torbellino que irá modelando con invisibles manos un cuerpo, cincelandó un rostro, hasta detenerse en esa presencia que la mirada hizo estallar, nombrándola, creándola a través de la palabra, palabra-espíral, mirada-espíral, hasta que el diálogo sea ya un cuerpo, (...) alegría del tacto que abraza y por sí solo nombra, dialoga, articula las sílabas, esos huecos tibios que juntos todos componen un cuerpo, frase intraducible y no obstante descifrable, abierta, más abierta mientras más mirada, palpada, hablada: un cuerpo es el nacimiento de la voz.

La mirada, al estallar, se hace canto, y el canto, entonces, trae el Tiempo hacia uno mismo, lo detiene. La palabra se inscribe en ese canto que tiende a realizarse en la armonía del cuerpo indagando su ritmo propio, el preciso tono que desate los acordes y de vele su lenguaje. Un cuerpo es un Nombre, el eje donde anida la espiral, expansión y contracción, doble eternidad inalcanzable. Árbol de la vida, un cuerpo extiende sus ramas hacia el viento de pasión que las desgaja porque sabe su tronco incólume: palabra a palabra, mirada a mirada, se exfolian, se desnudan y tornan a vestirse, a recobrar su exuberancia en cada primavera. Imagen de un nuevo código, voz que retorna al origen, nombrar el cuerpo es mirarlo sin descanso, mirarlo como mira un labrador su campo, las cuatro estaciones, de día y de noche, velando porque no se escape el gran rumor del infinito.

Fragmento tomado de I. Vigilia del Cuerpo
en *Tríptico* de Esther Seligson

1ª Parte

Introducción

La escritora estadounidense Anaïs Nin alguna vez dijo que *no vemos las cosas como son, vemos las cosas como somos*, de ahí que el título de este estudio se relacione con los claroscuros que nuestras miradas pueden tener, con el juego de luz que nos permite ver unas cosas y nos oculta otras, o pensar que las vemos alimentadas más por la imaginación que por nuestra agudeza visual. Los claroscuros despliegan una amplia gama de matices, tan vastos y diferentes como quienes miran, quienes miran como son y desde donde están, a veces con luz y otras con sombra.

La maternidad ha sido desde siempre un proceso atractivo y misterioso para el ser humano; un proceso que ha posibilitado su perpetuidad, su trascendencia. Motivación suficiente para tratar de dilucidarse desde múltiples disciplinas en la historia de la humanidad, ha ocupado al arte en sus expresiones de pintura y literatura, y cinematografía, y por supuesto a la ciencia.

La vertiente biológica es la que ha ofrecido en la actualidad asombrosos detalles sobre el embarazo, los cambios tanto en el cuerpo materno como en el desarrollo del infante *in utero*; también ha ofrecido una explicación biológica (apelan a una causalidad hormonal) para los cambios de conducta de la mujer que vive este proceso, y el tópico parece ser tan infinito, que aún se continúa en la investigación y desarrollo de nuevas técnicas aplicadas al campo de la genética y la medicina con respecto a la fertilidad y la reproducción.

Además, el campo médico ha dado pie al establecimiento de categorías de estudio para la etapa reproductiva, al despliegue de una especialidad exclusiva, la obstetricia, asociada siempre a otra especialidad dedicada a la mujer, la ginecología. Sin embargo, la biomedicina no ofrece la explicación total del fenómeno de la maternidad, se deja de lado la esfera social en la que se le experimenta, razón por la cual existen múltiples esfuerzos por plantear esta etapa desde puntos de vista y miradas diferentes, como lo son la arena sociológica o antropológica.

La aproximación antropológica de estudios en torno a lo que se ha llamado Salud Reproductiva ha sido diversa¹: El estudio de la vivencia de la reproducción y maternidad en zonas rurales; la atención a la salud reproductiva en algunas etnias (como la otomí) en México; sexualidad y embarazo en mujeres adolescentes, la experiencia y la atención del embarazo de mujeres adolescentes de diferentes estratos

¹ Para el lector interesado en los tópicos de investigación mencionados véase Claudio Stern y Carlos Javier Echarri (2000).

socioeconómicos; la investigación de factores culturales constitutivos de riesgo durante la maternidad², y la muerte materna.

Sin embargo, el estudio de la interacción entre los servicios de salud y la maternidad en México ha sido un asunto poco estudiado. Internacionalmente, algunos trabajos destacables en el estudio de la interacción entre prestadores de servicios de salud y usuarios en un escenario hospitalario son: el del psiquiatra y antropólogo español Josep María Comelles (2000) acerca de la dinámica hospitalaria contemporánea en el pabellón de quemados en España; o de la también antropóloga española Angela Pallarés Martí, quien llevó a cabo una investigación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos; en la arena norteamericana, a pesar de ser uno de los países en donde la antropología médica se ha desarrollado ampliamente, existen múltiples investigaciones que tienen como escenario el espacio hospitalario para la ubicación de sus actores, pero no para un estudio de su relación con dicho espacio o de la dinámica hospitalaria a partir de ellos.

En México, Monserrat Salas (1998) centró su interés en la consulta médica familiar referida a salud sexual y reproductiva en Unidades Médico Familiares (UMF) del Distrito Federal; Mónica Jasis Silberg (2000) llevó a cabo una investigación en el Hospital General de La Paz, Baja California Sur, sobre la calidad de los servicios de salud que rodean al embarazo y el parto. Otras experiencias en México, muy estrechamente relacionadas, han sido investigaciones cualitativas sobre el cuerpo, la sexualidad y la salud³.

Una experiencia antropológica-académica y personal

Este trabajo ha implicado una travesía personal, una revolución tanto en mi vida profesional como personal. Despojarme del traje médico y vestirme con uno novedoso, el de antropóloga, fue en un principio uno de mis objetivos personales: tratar de ver con otros ojos la formación y el trabajo que aprendí, que para estos momentos se han convertido en mi tema de estudio.

Sin embargo, el desprendimiento de la médica fue imposible, y a la distancia de aquellas tribulaciones pienso que fue lo mejor. La sugerencia constante de mi tutora de involucrar mi formación médica con la recién adquirida formación antropológica me parecía en un principio complicado, y al ser éstas lo suficientemente diferentes, como para obtener una simbiosis; sin embargo, su conjunción me

² Véase Graciela Freyermuth (2003).

³ Véase, Ivonne Szasz y Susana Lerner (1996)

ha enriquecido extraordinariamente y considero que también imprimió un matiz afortunado al trabajo que presento.

El estudio de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y usuarias con embarazos de alto riesgo, coincide, en términos generales, con el estudio de la relación médico-paciente. Aunque me interesa recalcar que en esta investigación, por tratarse de un escenario hospitalario, propongo la apertura del término a *prestadores de servicios de salud*, ya que el encuentro médico no se circunscribe únicamente a la interacción entre un(a) médico(a) y una usuaria, sino que implica al personal de enfermería, a médicos en formación (Médicos(as) Internos(as) de Pregrado), a médicos especialistas y no especialistas, a médicos con diferentes especialidades, a enfermeras con licenciatura, auxiliares de enfermería y enfermeras en formación; es decir, a un grupo heterogéneo cuya característica en común es la de brindar servicios de salud y ser partícipes del encuentro médico en el hospital con una perspectiva biomédica.

Asimismo, opté por dejar de lado el concepto de paciente y en su lugar utilizar el de *usuaria* por el significado que más allá tiene la palabra paciente: *paciente-paciencia*, *paciente-pasivo*, paciente como subordinado a una jerarquía superior no equiparable. Es así que planteo el estudio de las representaciones y prácticas en la relación entre *prestadores de servicios de salud-usuaria*.

El escenario hospitalario también es un tópico que inviste al encuentro médico de características particulares, no es lo mismo un encuentro médico en el consultorio de una clínica o de un centro de salud, a un encuentro médico en la sala de urgencias de un hospital general, tanto por el espacio físico como por la dinámica inherente a ese espacio. Éste puede incluir entre otras: La acuciosidad y miramiento que los prestadores de servicios llevan a cabo la interacción con las usuarias; el desempeño a que técnicamente están obligados en ese espacio; la atención en un espacio colectivo compartido con otros(as) usuarios(as) o donde únicamente se encuentre el(la) médico(a) y la usuaria, u otros espacios en donde se permite la asistencia de un familiar cercano a la usuaria. Así, se describe la dinámica de los espacios posibles para el encuentro médico obstétrico: Consulta externa-módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER), urgencias, quirófano, y hospitalización del servicio de gineco-obstetricia.

Las categorías teóricas que encaminaron la investigación y le dieron organización y sentido a los resultados del trabajo de campo son las de *creencias*, *ideas-representaciones* y *prácticas sociales*, arraigados en lo planteado desde la psicología social por Serge Moscovici, Denise Jodelet y Claude Abric, y complementado con ideas del filósofo José Ortega y Gasset. A éstas se sumaron a otras

aportaciones que enriquecen la disertación desde la sociología con Pierre Bourdieu y Anthony Giddens, como de la teoría social con Thomas Luckmann, y la antropología médica con Deborah Lupton, Byron Good, Mary-Jo Del Vecchio Good, James Thompson y Fitzpatrick. Todos ellos contribuyeron en el trazo de los potenciales senderos por los que transitaría la experiencia en campo con el fin de conseguir los elementos necesarios para exponer la descripción y el análisis de las *creencias, ideas-representaciones y prácticas sociales* de los prestadores de servicios de salud y de la usuarias en la relación médica obstétrica en diferentes escenarios dentro del marco hospitalario.

Hay una perspectiva deductiva como directriz en la organización de la tesis, por lo cual se realiza una revisión desde el plano internacional sobre los programas de salud que influyen en los planes y programas de salud nacionales y locales, aplicados a una región específica, en un espacio concreto, y con actores que lo reproducen y lo re-crean.

Organización de los capítulos

El contenido está organizado de la siguiente manera:

Este capítulo, el capítulo 1 es en conjunto una gran introducción al problema de estudio, porque comparte las motivaciones y cuestionamientos que guían la estructura del trabajo, por lo tanto incluye en un primer apartado: introducción, justificación, planteamiento del problema, objetivos y la hipótesis. Se incluye además, en una segunda parte, la reflexión metodológica que discurre en el balance de las estrategias planeadas y las llevadas a cabo en el periodo de trabajo de campo para alcanzar los objetivos proyectados, asimismo durante la elaboración de la tesis. El marco teórico, presenta las categorías teóricas que guían el trabajo de campo que fueron retroalimentadas a la luz de los hallazgos.

Con la dilucidación de estos aspectos se introduce al lector hacia el capítulo 2, llamado "Políticas de salud internacionales y nacionales que inciden en la perspectiva contemporánea de los programas sanitarios", el cual ofrece una perspectiva histórica, a través de la revisión de algunos acuerdos internacionales trascendentales que se reflejan en los actuales planes y programas de salud con respecto a la salud materna-infantil nacionales y locales. Aquí se analiza el modelo de *enfoque de riesgo* que conduce sus acciones para el combate de la muerte materna, sus limitantes y la reorientación necesaria hacia la identificación y atención oportuna de las urgencias obstétricas.

Una vez planteada la discusión de los planes de salud imperantes, es necesario conocer el escenario en el que operan, por lo que en el capítulo 3 se expone "Un panorama adverso: aspectos

epidemiológicos y demográficos coadyuvantes de una maternidad de riesgo”. Esta perspectiva se plantea como un reconocimiento a que tanto factores demográficos como culturales son coadyuvantes de riesgo durante la maternidad, más allá de los riesgos planteados por la biomedicina circunscritos a la fisio-patología, y que cuando aparentemente se les considera, lo son desde una perspectiva medicalizada y burocratizada, pero no como pistas que avizoren un panorama adverso y reconozcan casos de riesgo obstétrico que podrían quedar excluidos, como tales, bajo criterios estrictamente médicos.

El capítulo 4 “El hospital y su funcionamiento”, es un primer acercamiento a los resultados de esta investigación. Constituye la primera parte de la descripción etnográfica, y contiene generalidades del escenario de estudio. Se pretende que el lector se entere de las particularidades del funcionamiento hospitalario, su complejidad e influencia en la creación y recreación del encuentro médico gineco-obstétrico. Además, se exponen los nudos de conflicto que servirán como vehículos para el análisis y la exposición de los resultados en el quinto capítulo —segundo y último apartado etnográfico—, en voz y práctica de los actores vistos por quien escribe.

El capítulo 5 “Creencias, Representaciones y Prácticas. El encuentro entre el personal de salud y las usuarias” es el capítulo medular de la tesis, se exponen a detalle los resultados de la investigación. En éste hay una aproximación entre las categorías teóricas y los hallazgos. De aquí se desprende la discusión que llega al puerto de las conclusiones en el Capítulo 6 “Reflexiones finales”, donde se evidencian nudos de conflicto en la relación prestadores de servicios de salud hospitalarios-usuaria, cuya identificación y mejoría permitirán contribuir a encuentros médicos gineco-obstétricos de calidad en contextos multiculturales.

Justificación y planteamiento del problema

La muerte materna es un problema grave en el estado de Chiapas. Para 1999, Chiapas era el estado con la tasa más elevada de mortalidad materna (Freyermuth, 24: 2002). En la región de los Altos en Chiapas, se observan tasas de mortalidad femenina sumamente elevadas, sobre todo en municipios indígenas, donde es hasta nueve veces mayor que las del resto del país; es equiparable a la de sus pares masculinos, lo que contraviene a lo esperado según el comportamiento de la población en general (en edad adulta frecuentemente la mortalidad masculina es mayor que la femenina).

Se ha advertido al respecto, que en aquellos lugares en donde existe una sobre-mortalidad femenina, ocurre a expensas de la muerte materna, especialmente entre mujeres indígenas (Freyermuth, 2002: 23,17). A partir de un análisis realizado por Servín⁴ en la Jurisdicción II - a la que pertenecen los 18 municipios de la región Altos- en 2002, de las mujeres fallecidas, solamente la mitad contó con atención médica institucional, y ninguna tenía derecho a servicios de seguridad social; prácticamente la mitad murió en su hogar, y el 46% restante en una institución de salud (Freyermuth, 2002: 26). Este dato refleja tres grandes problemáticas a las que las mujeres se enfrentan:

1. Un acceso limitado a los servicios de salud.
2. Fallecimientos debido a la no búsqueda o búsqueda tardía de atención médica, en la cual, para la toma de decisión influyen, como refiere la misma autora (2000), factores como el género, la etnia y la generación; y
3. La insuficiencia de recursos hospitalarios –humanos y materiales- para atender las urgencias que ponen en riesgo la salud materna, lo cual se convierte en un determinante para la probabilidad de morir o de sobrevivir.

En la problemática de la accesibilidad a los servicios de salud existen múltiples variables que influyen en ella, la accesibilidad cultural no es contemplada en los planteamientos de los programas y planes de salud vigentes en contextos multiculturales, en algunos se menciona pero no se establecen las condiciones de cómo facilitarla. Es decir, *“no basta con tener servicios de salud, sino que es necesario modificar prácticas y representaciones en torno al riesgo materno para incidir positivamente en la mortalidad materna”*⁵ (Freyermuth, 2002:27). Complementando lo anterior, la misma autora considera que *“la muerte materna es un indicador muy sensible del mejoramiento en la calidad de los servicios de salud y el acceso a los mismos”*. (2002:16)

Por tal relevancia, la muerte materna es un tema vigente en las mesas de análisis y de discusión entre quienes se encuentran involucrados en la atención o investigación de esta problemática. Según los resultados de las discusiones del Grupo de Trabajo de la Campaña en Contra de la Muerte Materna en los Altos de Chiapas (abril-noviembre 1997), se identificaron algunos problemas concretos que inciden en el desarrollo de la dinámica de las relaciones entre las usuarias y los prestadores de los servicios de salud en el hospital.

⁴ Dr.Armando Servín Martínez, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria II al momento de la investigación (septiembre-diciembre de 2003), del ahora Instituto de la Salud en Chiapas (ISECH).

⁵ El uso de cursivas es mío.

Como aspectos conflictivos señalaron: Escasez de recursos para la atención de las mujeres con complicaciones graves durante el parto (tanto estructurales como de personal y materiales de trabajo) y problemas en relación con la dinámica hospitalaria. Con relación a estos últimos destacaron: la deshumanización que priva en los centros hospitalarios, la falta de especialistas en el segundo nivel en los turnos vespertino, nocturno y de fines de semana; la forma como se relaciona el personal de salud con los familiares de las usuarias; la falta de contra-transferencia del hospital a las clínicas; la mala valoración de algunas usuarias indígenas que se dan de alta y horas después fallecen; la falta de regulaciones claras para sancionar al personal de salud; la falta de regulaciones que protejan los intereses de las usuarias (Freyermuth, Manca, 2000: 170).

En nuestra sociedad occidentalizada, las instituciones de salud pueden verse como el nivel más alto de condensación del conocimiento biomédico; el hospital suele considerarse como de mejor calidad cuanto más equipado tecnológicamente sea; se percibe a la tecnología como la representación más elevada y más prestigiada del conocimiento médico. Sin embargo, ésta no es necesariamente una percepción generalizada de la población, puesto que ninguna población es enteramente homogénea, y un lugar pluricultural como la región Altos puede resultar como claro ejemplo.

El Hospital General del ahora Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), antes Secretaría de Salud (SS), abarca como parte de la Jurisdicción II a 18 municipios de los Altos de Chiapas. El contacto de las personas con los servicios de salud —cuya oferta es el modelo biomédico—, ya sea directa o indirectamente a través de familiares o vecinos, en localidades de presencia mayoritariamente indígena, ha creado un imaginario dentro de los pobladores.

Dado que, en ocasiones no tenemos que experimentar ciertos acontecimientos para tener una idea de la manera en cómo ocurren, la construcción de nuestro conocimiento puede ayudarse de la experiencia externada por las personas del entorno próximo —a través de familiares o vecinos— al núcleo familiar y social, o de información lejana⁶. Dicho de otra manera, de experiencias indirectas —como la proporcionada por los medios masivos de información—, y obviamente, de primera mano, a partir de experiencias propias.

De acuerdo con Jodelet (1986) los diferentes objetivos y procedimientos para resolver un problema dependerán de la representación que elabore el grupo, lo cual llega a modificar el propio

⁶ Me refiero con lejana, a que no es parte del entorno inmediato que rodea al individuo, no se produce cerca de él, ni tampoco se dirige exclusivamente a su persona. Claro que podría considerarse cercana, si se piensa en el contacto cotidiano con los medios masivos de comunicación, principalmente con la televisión y la radio.

funcionamiento cognitivo, en otras palabras, la influencia social sobre la individualidad y la agencia personal, pero puede plantearse un camino de ida y vuelta, en la que por una experiencia personal se modifique la representación colectiva y por lo tanto las estrategias prácticas sobre la resolución de un problema en el núcleo social que incidirá de vuelta en los individuos.

Por tanto, la forma en cómo las personas decidan o no relacionarse con el modelo biomédico de atención impactará el desenlace de sus procesos de salud-enfermedad-atención; asimismo, la forma en cómo los trabajadores del modelo biomédico se relacionan con los usuarios(as) interviene en los procesos de salud-enfermedad-atención de dichos usuarios.

Así, podríamos pensar que varios imaginarios sociales⁷ pueden concretarse en un individuo; es decir, que el individuo puede expresar las *ideas/representaciones y prácticas* de su medio, en tanto que, al mismo tiempo, les imprima la particularidad de su persona, de su propia historia de vida. Es durante el contacto directo de ambas partes (prestadores de servicios de salud y las usuarias) donde los imaginarios contrastan sus polaridades y coincidencias a través de las *ideas/representaciones y prácticas sociales*. Por lo que entender cómo ocurre, en qué formas se manifiesta, y por qué ocurre de una u otra manera es importante por las repercusiones que tiene en la vida de las personas involucradas.

Por tanto, la descripción y análisis de la problemática al interior de la dinámica hospitalaria resulta trascendental, con el fin de incidir a favor de las usuarias que potencialmente podrían resultar afectadas y convertirse en víctimas de muertes prematuras (la mayoría de las muertes ocurren entre los 14 y 49 años). Se pretende además, lograr un aporte que beneficie al desempeño menos problemático y más efectivo de los prestadores de servicios de salud en el espacio hospitalario inmerso en un contexto multicultural.

En México se ha estudiado poco⁸ la forma en cómo se relacionan las mujeres que hacen uso de los servicios de atención materna-infantil con los prestadores de servicios de salud o plantear qué tipo de relación existe con los perfiles de mortalidad materna, por lo que con el presente estudio se pretende aportar elementos que identifiquen la problemática de la relación entre las usuarias y la institución.

La problematización de este tema se expresa de la siguiente manera:

⁷La idea de "imaginarios sociales" se basa en la afirmación de Giddens (1997) acerca de que no existe "un imaginario social" totalizador, sino que en una sociedad coexisten varios imaginarios.

⁸ En México la antropología médica ha privilegiado la investigación sobre la medicina tradicional, y por tanto, se tienen pocos estudios sobre la biomedicina y específicamente de etnografía hospitalaria.

- ¿Cuáles son las prácticas y representaciones en las relaciones servidor de la salud-usuaria y usuaria-servidor de la salud, que se establecen con mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo y/o con distocias⁹, en los diferentes espacios intrahospitalarios donde ocurre el encuentro médico gineco-obstétrico?
- ¿Cuáles son las prácticas y representaciones en las relaciones servidor de la salud-usuaria y usuaria-servidor de la salud, que se establecen con mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo y/o con distocias, desde que son captadas por el Módulo MATER hasta su alta, en el Hospital General I, así como de las que acuden libremente a la institución?
- ¿Cuál es la posición que guardan los prestadores de servicios de salud en cada uno de los espacios y cuál es la posición de las mujeres y sus familias en cada uno de estos espacios?

El encuentro está atravesado por el marco multicultural en el que se crea, lo que implica reconocer, además de las desigualdades de género, las desigualdades étnicas y socioeconómicas. Entonces ¿Cómo se presentan las prácticas y representaciones en torno a las desigualdades étnicas en la prestación de los servicios de salud materno-infantiles? ¿Existen prácticas y representaciones diferenciales entre usuarias indígenas y mestizas? ¿De qué manera toma las decisiones la mujer que acude a la atención gineco-obstétrica, en torno a su maternidad durante su interacción con el personal de salud en los diferentes espacios hospitalarios donde ocurre el encuentro médico gineco-obstétrico, lo hace sola o lo hace acompañada por sus familiares? En caso de que sea acompañada: ¿Cuáles familiares la acompañan? ¿Quiénes integran la dinámica que se establece en la consulta con el personal de salud que las atiende?

En cuanto al personal de salud, ¿Existen diferencias en sus prácticas y representaciones del encuentro médico gineco-obstétrico dependiendo del espacio? ¿Existen diferencias en sus prácticas y representaciones del encuentro médico gineco-obstétrico dependiendo de que la mujer provenga de una etnia indígena de la región de los Altos o se trate de una mestiza? ¿Determina el espacio sus representaciones y prácticas en el encuentro médico gineco-obstétrico? ¿Determina el género de los prestadores de servicios sus representaciones y sus prácticas en el encuentro médico hacia las usuarias?

En las usuarias ¿Existen diferencias en sus prácticas y representaciones del encuentro médico dependiendo del espacio hospitalario? ¿Determina el espacio sus representaciones y sus prácticas

⁹ Se les llama distocias a las complicaciones relacionadas con el embarazo.

acerca del encuentro médico? ¿Determina el género de los prestadores de servicios las representaciones y prácticas en el encuentro médico?

Hipótesis

- El modelo médico hegemónico (MMH) determina las representaciones y prácticas de los servidores de la salud a través de la formación y la práctica cotidiana del modelo biomédico, lo cual ocasiona desencuentro con las prácticas y representaciones de las mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo y/o con distocias. Esto deviene en aversión o desinterés, por parte de las usuarias, en continuar el tratamiento recomendado, o en volver a utilizar la opción biomédica en una experiencia futura similar tanto para su persona como para otras personas. Con ello se perpetúan las altas tasas de morbi-mortalidad materna.

Objetivos

Generales

- Describir y analizar las prácticas y representaciones en las relaciones servidor de la salud-usuaria y usuaria-servidor de la salud, que se establecen con mujeres que cursan con embarazo de alto riesgo y/o con distocias, en los diferentes encuentros médicos gineco-obstétricos, a su paso por el Hospital General I.
- Describir y analizar las prácticas y representaciones en las relaciones servidor de la salud-usuaria y usuaria-servidor de la salud, que se establecen con mujeres que cursan con embarazo de alto riesgo y/o con distocias que ingresan al Hospital General I por su voluntad o referidas por unidades médicas, hasta su egreso.

2ª Parte

Reflexión metodológica

El hacer presente el objetivo de este trabajo (el estudio de las creencias/representaciones y prácticas sociales tanto de los prestadores de servicios de salud, como de las usuarias gineco-obstétricas con embarazos de alto riesgo y/o complicaciones), me conduce a exponer los cambios sobre el diseño metodológico que tuvieron lugar durante el periodo de trabajo de campo. Estos cambios a su vez, transformaron como efecto dominó los resultados del trabajo que presento.

Las transformaciones

Los escenarios

Uno de los principales cambios fue el de los escenarios de estudio. Había proyectado inicialmente el estudio del encuentro médico (relación servidor de salud-usuarias) en los escenarios *Hospitalario* y *Comunitario*. El primero por ser un “terreno médico”, espacio emblemático de la biomedicina, donde las usuarias son los que llegan a él. El segundo, que en el tránsito del diseño de la investigación, por la prometida presencia de una unidad móvil en las localidades pertenecientes a la Jurisdicción II de salud de la región Altos, se perfilaba como un momento privilegiado para observar “la llegada” de la biomedicina al lugar propio de las usuarias. Es acorde a estas características que se vislumbraron como dos escenarios privilegiados para estudiar dos encuentros médicos obstétricos diferentes.

La entrada al escenario *hospitalario* se realizó, en un primer acercamiento, mediante una presentación del proyecto de investigación al Jefe de la Jurisdicción II en el mes de julio de 2003. En una reunión pactada con el Jefe de la Jurisdicción II, se expusieron los intereses y los alcances del estudio, y él mismo sugirió el estudio del escenario *comunitario* por medio del acompañamiento de la unidad móvil provista de una médica especialista en gineco-obstetricia, una enfermera y un chofer, que llegarían hasta las localidades¹⁰ donde se concentrarían a las mujeres embarazadas detectadas por la

¹⁰ Principalmente a las cabeceras municipales o alguna otra localidad estratégicamente ubicada.

red de salud del primer nivel (centros de salud, promotores de salud o parteras), para la atención prenatal por la especialista. Esta acción, se consideraba parte de un “programa”¹¹ llamado ESPESI (Embarazo Sano, Parto Exitoso y Supervivencia Infantil).

Cuando traté de indagar la agenda de salidas de la unidad móvil, se me envió a la Jefatura de Salud Reproductiva, dentro de las instalaciones de la jurisdicción sanitaria. Ahí se me informó en una primera ocasión que aún no tenían la planeación exacta y que regresara en una o dos semanas; en una segunda visita, me informó la Jefa de tal departamento, que la ginecóloga prevista para la unidad móvil había renunciado y que entonces tendrían que recalendarizar las salidas, pero tal situación *no podría tener un retraso de más de una semana*.

Pasada esa semana, en una tercera visita, se me dijo que todavía no habían contratado a una nueva especialista, y que *estaba muy difícil* porque no muchas querían salir a campo, y que la ginecóloga sólo había realizado una salida con la unidad móvil antes de su renuncia; así que por lo tanto, tendrían la planeación de las salidas hasta que contrataran a otra gineco-obstetra.

Para poder entrar al escenario *hospitalario*, hubo también otro ofrecimiento por parte del Jefe de la Jurisdicción, quien propuso que, acorde con la finalidad de este estudio, mi entrada óptima al hospital sería por medio del módulo MATER¹², que en *breve* estaría funcionando, y cuya creación obedecía precisamente, a la atención de embarazos de alto riesgo.

En ese momento no me quedó claro esa manera de adentrarme al hospital, y él tampoco aclaró más de lo que acabo de mencionar sobre el funcionamiento del módulo MATER. Así que hice hincapié en que a mí me interesaba saber qué sucedía con una usuaria con embarazo de alto riesgo y/o con alguna complicación desde su entrada hasta su salida. Fue entonces en que aceptó y elaboró una misiva en la que pedía al Director del Hospital General que facilitara mi entrada.

Acompañando a esa carta, tuve que presentar otra por parte de la maestría, para acreditar mi proveniencia, especificar los objetivos del estudio y el periodo de estancia. Para tal presentación tuve que hacer una cita y sostener una breve charla con el director, quien accedió a brindarme las facilidades y me presentó personalmente con la Jefa del servicio de gineco-obstetricia.

¹¹ Pongo entrecomillado lo de programa, porque así fue referido por el Jefe Jurisdiccional, en sus propias palabras me explicó que era “una versión regional del programa Arranque Parejo en la Vida”, lo cual no podía ser posible, puesto que ESPESI, según la explicación de la Jefa de Epidemiología se trataba de un instrumento de recolección de información, es decir, de una encuesta, para obtener un censo del número de embarazadas y niños menores de 5 años en toda la región Altos.

¹² Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo

A partir de ese momento, el proyecto fue reconfigurado al quedar cancelado el estudio del encuentro médico en el espacio *comunitario*. La experiencia hospitalaria la había pensado en un principio como una etnografía sobre el funcionamiento hospitalario enfocado a un servicio eje: el de gineco-obstetricia, y el estudio del funcionamiento de otros servicios partiría de las relaciones que este servicio eje mantiene con los servicios con los que se interrelaciona de manera cercana y que permiten su funcionamiento.

Los servicios involucrados de manera directa son: urgencias, quirófano y el módulo MATER; y los que actúan de una manera que se podría llamar complementaria son los de banco de sangre, laboratorio, rayos x, cocina, trabajo social.

Básicamente me centraría en los relacionados de manera directa y por supuesto en el servicio eje. La estrategia para llevar a cabo el estudio era la de dar seguimiento a usuarias con embarazos de alto riesgo desde su ingreso al servicio de Urgencias, su paso por el servicio de Gineco-Obstetrica, su incursión –en caso de requerirla- al Quirófano y su alta del hospital.

Ante este planteamiento hubo ciertas objeciones por parte del personal médico quien argumentó “que por la privacidad y el bien de las pacientes” no era conveniente, además el seguimiento se había pensado documentar no sólo con la grabación de las entrevistas, sino con videograbación de los encuentros médicos y la ruta terapéutica de las usuarias en el hospital. Este último recurso fue negado desde el principio.

La especialista Jefa del servicio de gineco-obstetricia me presentó a su colega con quien comparte las actividades del turno matutino. Yo tuve que encargarme de presentarme con el resto del personal, tanto con los médicos del servicio de urgencias, como con el personal de enfermería y los médicos internos de urgencias y gineco-obstetricia.

Así fue que en mis primeras incursiones al hospital mi presentación ante el servicio de gineco-obstetricia, tanto el personal médico como de enfermería se limitó las primeras ocasiones a verme con extrañeza; el especialista a quien había sido presentada un día anterior parecía no recordarme y tuve que presentarme de nuevo; pocos de ellos –algunas enfermeras y médicos internos- se atrevieron a preguntarme quién era y qué hacía ahí. Fui presentándome en cada turno tanto con las enfermeras, como con los médicos internos de pregrado y con el especialista gineco-obstetra responsable del turno.

Con el fin de poder imbuirme en la *rutina hospitalaria*, pasé la mayor parte del tiempo en la sala de hospitalización de Gineco-Obstetricia. Uno de los primeros hallazgos, y quizás el fundamental para los fines de la investigación, fue el percatarme que el único momento en que veía reunido a todo el

personal en el servicio era durante el “paso de visita” médico, que usualmente se realiza al inicio de cada turno. Es así como empezó a convertirse en uno de los momentos privilegiados de la observación-participante. Uno de los gineco-obstetras me dio la bienvenida al primer turno matutino y agregó: *Nosotros no tenemos nada que temer, estamos abiertos.*

Durante las primeras semanas del trabajo, en el servicio de Gineco-Obstetricia y de Urgencias me pareció que el volumen de usuarias embarazadas con alto riesgo eran escasas en un turno, y que había que esperar mucho tiempo para poder dar seguimiento a alguna usuaria.

Poco a poco me di cuenta de que las urgencias que llegaban eran tan apremiantes que el tiempo de estancia en el servicio de Urgencias era mínimo y pasaban inmediatamente al quirófano. O bien, quienes presentaban algunas complicaciones cuyo tratamiento se determinara como ambulatorio, por no ser lo suficientemente peligrosas¹³ en ese momento para el embarazo y la madre, eran dadas de alta, con la recomendación de su seguimiento por el médico de la unidad de salud más próxima a la usuaria o de regresar a Urgencias. Por último, me percaté que la mayoría de las usuarias embarazadas llegaban con embarazos que no eran considerados de alto riesgo y saturaban el servicio de gineco-obstetricia.

En mis constantes visitas al servicio de Urgencias, al acercarme a hacer observación del encuentro entre el personal de salud y una usuaria gineco-obstétrica, algunas de las enfermeras me pidieron asistirles en sus labores, y eran quienes además parecían estar curiosas sobre mi presencia, en cambio el personal médico permaneció muy reservado en ese aspecto, como restando importancia

¹³ Un ejemplo que ilustra esta situación es el caso de una usuaria de Teopisca. Una mujer en la tercera década de su vida, que cursa el primer trimestre de su embarazo, presenta sangrado vaginal y acude al centro de salud de Teopisca. Éste la refiere al hospital pero no le proporciona ninguna ayuda para su traslado, y ella viaja sola a la ciudad de San Cristóbal de Las Casas. La reciben en el servicio de Urgencias en el transcurso del turno matutino, le asignan una camilla en el pasillo que está cerca de la salida a quirófano.

Ella se sube con la ayuda de un banco y se sienta a esperar, hasta que un interno le dice que se acueste que en unos momentos más la van a revisar. Nadie más se acerca a hablarle o a cuestionarle sobre su padecimiento por el transcurso de unos 10 o 15 minutos. Llega el especialista gineco-obstetra acompañado por tres médicos internos de pregrado (MIPs) y empieza el interrogatorio o anamnesis del padecimiento, la cubre con una sábana antes de realizarle una exploración vaginal para verificar la presencia una posible dilatación cervical y el sangrado que comenzó el día anterior, pero el guante sale sin rastros de sangre. Así que decide no ingresarla, le indica que la va a medicar y que debe reposar pero en su casa y que en caso de presentar nuevamente el sangrado se dirija inmediatamente, de nuevo, al servicio de Urgencias.

El especialista no indaga si la mujer está en posibilidades de regresar, tanto económicas como si podrá arreglárselas para pedir permiso de nuevo en su trabajo y dejar encargados a sus hijos con su madre, es una mujer sin cónyuge. Así que sin más, después de aproximadamente 10 o 15 minutos de haber interactuado con el especialista, a la usuaria se le indica que se baje de la camilla para retirarse. El médico especialista se ha dirigido a realizar el llenado de formatos pertinentes en el escritorio de los médicos, y dos de los internos lo han acompañado mientras que el tercero se dirige a realizar alguna actividad que recién le encomiendan. La usuaria nuevamente vuelve a quedarse sola en la camilla, se abrocha la falda, se incorpora y permanece sentada en la camilla. Nadie se vuelve a acercarse. Al cabo de unos 10 minutos un interno se acerca a ella y le da una receta médica, finalmente la mujer se retira calladamente.

a la presencia de alguna persona extraña, y no demostrando curiosidad, aunque sí extrañeza o incomodidad en ocasiones con mi presencia.

El quirófano se revelaba como un servicio muy demandado, con sólo dos salas de operación, que en repetidas ocasiones resultaban insuficientes y que eran la causa de conflictos entre especialistas, porque operaciones programadas tenían que aplazarse al ser ocupados para atender alguna urgencia (fuera quirúrgica o no, como la atención de un parto, porque el hospital no cuenta con una sala exclusiva para labor) y los especialistas gineco-obstetras aparecían como el personal con mayor uso de ellos, realizando cotidianamente uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes, las cesáreas.

La puesta en marcha del módulo MATER fue a fines del mes de octubre (a menos de dos meses de finalizar el trabajo de campo), lo cual me permitió realizar observaciones en un periodo muy corto. Además, el funcionamiento del módulo se restringe al turno matutino y al inicio de su funcionamiento la afluencia de usuarias era escasa, por lo que la consulta diaria terminaba antes de mediodía limitando el tiempo de observación. Este fue uno de los servicios donde su personal médico y de enfermería mostró más disposición a la cooperación con la investigación.

En los servicios de Gineco-Obstetricia y de Urgencias por su dinámica, su personal médico se mantiene sumamente ocupado. A pesar de la disposición discursiva de los especialistas gineco-obstetras en cooperar para una entrevista profunda, el escenario hospitalario no proporcionó las facilidades para lograrla, así que una estrategia fue la de concertar una cita fuera de ese espacio. Aunque siempre demostraron voluntad y de insistir en su realización no se pudieron concretar, las citas se cancelaban por la rutina de trabajo que ellos tienen, porque generalmente laboran un turno en el hospital y el otro turno lo laboran para su consulta privada. Así que los registros que de ellos se tienen fueron de pláticas informales entre ellos y en la interacción con ellos.

Estos obstáculos para obtener la información sobre los médicos, deduje partía de la preocupación de que se diera a conocer su opinión. Quienes “se sinceraron” más, lo mencionaron abiertamente, porque querían prever posibles conflictos laborales. Así que en el capítulo quinto, cuando el lector vea la referencia de lo que los médicos especialistas hicieron mención, estará a cargo de la “Dra. Mastreta” como expresión simbólica de la opinión de varios de ellos o de alguno en particular.

La metodología

De acuerdo con otras experiencias relacionadas a la etnografía hospitalaria¹⁴, su realización casi siempre involucra la característica que quien realice la investigación debe conocer el campo hospitalario o estar relacionado muy estrechamente con él, ya sea porque se pertenece (por ser médico o enfermera (o)) o porque coyunturalmente se forma parte de él (paciente o familiar del paciente), porque requiere de un conocimiento previo y/o profundo acerca de su funcionamiento. Esto es importante mencionarlo, porque para una persona no allegada al campo hospitalario le resultaría muy difícil su integración y por lo tanto dificultaría la investigación, aunque esto no quiere decir que sea una condición ineludible para realizar etnografía hospitalaria.

Pero si el investigador (a) conoce el lenguaje médico, las situaciones posibles del encuentro médico, los espacios físicos del hospital y su desplazamiento en ellos (como el área de quirófanos que requiere de un comportamiento muy particular) la etnografía hospitalaria se vuelve una tarea más asequible.

Mi trabajo tuvo un arranque piloto de dos semanas, con observación participante y entrevistas informales en el hospital. Este tiempo fue de gran utilidad para afinar los instrumentos de captación de información y la selección provisional de los actores.

¹⁴ A nivel internacional, es importante el trabajo del psiquiatra-antropólogo español Josep Ma. Comelles (2000) acerca de la dinámica hospitalaria contemporánea en el pabellón de quemados, en España. El trabajo se basa en una experiencia vivida por el propio autor, durante el acompañamiento a su esposa para el tratamiento de quemaduras graves sufridas tras un accidente automovilístico, en el hospital donde fue atendida. Igualmente, su esposa escribe un libro donde narra su experiencia hospitalaria como paciente con quemaduras. También está la investigación *Las unidades de cuidados intensivos: la última frontera* por la también española Angela Pallarés Martí, quien es antropóloga, y narra sus experiencias acerca del aprendizaje de la rutina de la UCI (abreviatura de Unidad de Cuidados Intensivos) para su integración y aceptación durante su investigación con el objetivo de establecer los diferentes significados y perspectivas de los principales participantes en estas unidades: enfermos, personal sanitario y familias. Investigaciones norteamericanas de diferentes antropólogas (os) médicos referidas por Brown, Peter J, (1988) refiere estudios que de manera tangencial abordan el espacio hospitalario, utilizado para la ubicación de sus actores, pero no para un estudio de su relación con dicho espacio o de la dinámica hospitalaria a partir de ellos. En el plano nacional Mónica Jasis Silberg (2000) ofrece un estudio en el escenario del Hospital General de La Paz, en Baja California Sur, un estudio con variables cuantitativas y cualitativas sobre la calidad de la atención de los servicios de salud que rodean al embarazo y el parto. El trabajo de Monserrat Salas Valenzuela, también realizado en contexto hospitalario, está dedicado al estudio de la relación entre el sistema de género y el sistema biomédico. Salas, centra su análisis en el encuentro médico-paciente durante la consulta médica familiar referida a salud sexual y reproductiva en Unidades Médico Familiares (UMF). Con una posición de género utiliza como objeto de estudio el hacer visibles a las mujeres en los procesos de Salud-Enfermedad-Atención y describir qué ocurre con las mujeres en comparación con lo que les ocurre a los varones.

De acuerdo con estos primeros resultados, pensé en la utilización de la técnica *bola de nieve*¹⁵, para aplicarla con las (os) médicas(os) internas(os) de pregrado (MIP) y con el personal de enfermería, aunque finalmente, la presentación directa y la interacción personal con cada uno de ellos fue lo que pudo crear lazos de confianza y cooperación para la investigación y dicha técnica. Para acceder al personal médico especialista de gineco-obstetricia (GO) la jefa del servicio funcionó como *portera* con quienes laboraban tanto en el turno matutino, como en el vespertino de la semana. No fue así con el médico de guardia nocturno (de martes, jueves y viernes), o con los médicos de fin de semana.

La observación participante directa se complementó con registros gráficos sencillos como los croquis de los servicios (urgencias, quirófanos, área de hospitalización de GO, consultorios, etcétera), el entorno de la consulta biomédica –condiciones físicas en las que se da, ubicación de actores).

En torno a la relación personal de salud-usuaria:

Observación participante

Se privilegió la observación del acto médico (encuentro médico-usuaria), las prácticas de ambos actores, y las representaciones mediante el discurso de cada uno. Se llevó a cabo un registro escrito de dicha observación y el audiovisual se limitó a la grabación de una cesárea de un embarazo de trillizos. En una primera etapa opté por la *saturación teórica*¹⁶ para adentrarme a la rutina del encuentro médico obstétrico en los diferentes escenarios del espacio hospitalario, y que adicionalmente me serviría para determinar el número de casos.

El estudio del encuentro médico obstétrico en diferentes escenarios se dio en: el servicio de urgencias (donde se reciben a estas usuarias); el de hospitalización del servicio de gineco-obstetricia; y el área de quirófanos durante las intervenciones quirúrgicas de padecimientos relacionados (urgencias gineco-obstétricas) con mi tema de estudio.

En la observación creí conveniente establecer ciertos parámetros, como el tiempo de observación y establecer los elementos constantes a observar. La asignación de tiempos se pensó en

¹⁵ Esta técnica consiste en que una persona presenta a otra y así sucesivamente, lo que permite al antropólogo poder establecer contactos y tener como intermediario a alguien que a los actores les resulta familiar.

¹⁶ Referida por Taylor y Bogdan como término de Glasser y Strauss (1967) consiste en que el tiempo de observación suficiente es cuando las dinámicas se entienden completamente, cuando el investigador social entiende y aprende las rutinas que quiere estudiar.

que fuera flexible, lo que tuviera que ocuparse hasta obtener un registro satisfactorio. Para la observación se utilizó como móvil el acompañamiento de las mujeres usuarias que cursaban con embarazo de alto riesgo y/o con distocias próximas al término de su embarazo, en su contacto con los prestadores de servicios de salud durante su tránsito por el hospital en la totalidad de su experiencia.

Se partió de las siguientes situaciones posibles de observación en los espacios ya mencionados:

1. El encuentro prestador de servicios de salud (médicos (as) especialistas responsables del servicio o internos de pregrado)-usuaria en el espacio hospitalario en turnos diferentes.
2. El encuentro prestador de servicios de salud (enfermera (o))-usuaria en el espacio hospitalario en turnos diferentes.

Mi observación se apoyó en Guías de observación y de entrevista como sigue:

1. Guía de observación del encuentro médico obstétrico en complicaciones gineco-obstétricas (momento en que se concreta la relación médico-paciente). Dirigidos a médicos(as) especialistas encargados del servicio en diferentes turnos y los médicos en formación. Contempla lineamientos sobre de la estructura ritualizada de la consulta, desempeño del rol de médicos (as) y usuarias, del desempeño de roles genéricos (médicos, médicas, en el registro se especificó).
2. Guía de observación de las usuarias-personal de enfermería. Contiene los lineamientos del desempeño de rol de la usuaria, del rol de las enfermeras (os) con la especificación en este último de si se trata de pasantes o de trabajadoras (es) de base del hospital.
3. Guía de entrevista para médicos(as). Contiene los lineamientos de la entrevista sobre el desempeño de rol de médicos/as-usuarias y del desempeño de roles genéricos.
4. Guía de entrevista para usuarias. Para indagar el desempeño del rol de usuarias-médicos/as y del desempeño de roles genéricos para los médicos, sobre la experiencia de un embarazo con complicaciones, sobre la búsqueda de atención, y la experiencia de ser hospitalizada.
5. Guía de entrevista para enfermeras. Contendrá lineamientos de entrevista sobre el desempeño del rol de enfermeras-usuarias.

Las guías tuvieron la primera vez una ficha de identificación detallada, en lo subsiguiente se incluyeron sólo los datos más relevantes al tratarse de la misma persona. Se llevó a cabo la grabación

de las entrevistas con autorización del entrevistado y de las interacciones cotidianas que consideré relevantes¹⁷.

La videograbación del encuentro médico pudo realizarse en una sola ocasión, en el escenario quirúrgico, fue ante la aparición de un caso extraordinario para la historia del hospital, la atención de un embarazo múltiple (trillizos), que era obviamente considerado de alto riesgo, y cuya atención prenatal y la realización de la cesárea estuvo a cargo de la especialista al frente del módulo MATER y la jefa del servicio de gineco-obstetricia, pero por tratarse de un evento excepcional se conjuntó a un equipo numeroso de especialistas y de personas que asistieron al acto quirúrgico.

La información que obtuve a partir de estos instrumentos tuvo como guía una matriz de datos:

- a. Desempeño del rol de médicos/as y de usuarias. El eje principal para la obtención de datos es la guía número uno. Para conocer sus representaciones y prácticas sobre el “trabajo médico”, además de dar cuenta sobre la construcción de la relación —sin importar la duración— entre los médicos/as y las usuarias, y de elementos que tengan que ver con la creación de una relación interpersonal. La información se complementaría con las transgresiones y/o modificaciones de la expectativa de rol que se manifieste a través de las representaciones y prácticas.
- b. La estructura de la consulta biomédica en las complicaciones gineco-obstétricas. La guía número uno también servirá como base para este aspecto. Hay énfasis en los siguientes contenidos: ¿En qué consiste la relación prestador de servicios de salud-usuaria durante el saludo o presentación, interrogatorio, exploración física, diagnóstico, tratamiento y despedida? ¿Qué menciona la usuaria durante la consulta médica de lo que pasó en su búsqueda de atención antes de llegar al hospital y el por qué tomó esa opción? ¿Cuáles son las transgresiones y/o modificaciones de la estructura básica de la consulta médica?
- c. Desempeño de roles. Tendrán como eje el uso de las guías para conocer la conceptualización sobre “la paciente ideal”, “la mala paciente”, sobre su condición de mujer indígena o mestiza, sobre el desempeño de rol de una médica/o especialista o MIP interactuando con una usuaria y sus familiares; sobre lo que es un “buen doctor” o

¹⁷ Como las interacciones entre familiares que se acercaban a la central de enfermería a pedir ayuda con la usuaria o para pedir medicamentos, o porque eran requeridos por el personal para darles instrucciones sobre las obligaciones de los familiares, o para pedirles la compra de medicamentos que el hospital no proporciona, en caso de alta de la usuaria, para darles instrucciones o para responder a las dudas que los familiares les planteaban respecto del trámite administrativo.

una “buena doctora”, de la preferencia de las usuarias, si es que existe, por algún género.

La realización de *entrevistas en profundidad* a los actores seleccionados (Médicos especialistas gineco-obstetras, Médicas (os) internas (os) de pregrado; personal de enfermería, usuarias indígenas y no indígenas que acuden al servicio de urgencias (tanto referidas por unidades de salud como por su voluntad) y son hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia. Entrevistas a co-actores: Jefa del área de Epidemiología de la Jurisdicción II, al Director del hospital.

Epidemiología y otros recursos cuantitativos

Este enfoque fue útil para poder fraguar un panorama general (deductivo) del funcionamiento del sistema de salud nacional, estatal y de la Jurisdicción II con relación a la salud maternal y su comportamiento reportado estadísticamente.

Incluye el estudio de indicadores demográficos tales como la estructura poblacional del estado de Chiapas, el índice de femineidad, la esperanza de vida, la población indígena del estado y de la región Altos, el promedio de hijos por mujer en edad reproductiva (de 15-49 años), a partir de la información disponible del censo de población más reciente (2000) y del censo de poblaciones indígenas publicado por el entonces Instituto Nacional Indigenista (2000); otros indicadores como la marginación, la educación y la salud, y sobre este último rubro: La población usuaria de servicios de salud y la infraestructura de los servicios de salud. Finalmente, con relación a la salud reproductiva, datos sobre la atención obstétrica y la mortalidad materna.

Se efectuó una indagación y documentación suplementaria a partir de SSA de otras categorías que nutrían la comprensión de la problemática como:

- La infraestructura del hospital en general (número de camas, banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, quirófanos, incubadoras, y material mínimo disponible para la atención materno-infantil)
- Recursos humanos (médicas(os), enfermeras (os), trabajadora(or) social, administrativos, etc.)

Se elaboraron tablas y gráficos propios para la exposición y el apoyo de los puntos en los que se quiere llamar la atención dentro de lo analizado.

Marco Teórico

En la mayoría de los países del mundo *la medicina occidental o biomedicina*, se ha establecido —de acuerdo con Menéndez— como un modelo médico hegemónico (MMH), logrando este estatus oficial al apoyar su legitimación en un “conocimiento médico” sobre la fisiología y patología¹⁸ que opera en el cuerpo humano producto de la aplicación del método científico y con la expectativa de que éste pueda calificarse de objetivo, neutro y universal.

Su *carácter científico* es la base en donde sustenta sus prácticas e ideas/representaciones; entre ellas el posicionamiento de quien ejerce el rol de curador en una jerarquía superior de poder en relación a quien lo consulta¹⁹. El curador o médico tiene un *corpus* de conocimiento que incluye el manejo de un lenguaje diferente para referirse al cuerpo y su funcionamiento, matizado por la integración de vocablos técnicos derivados de los recursos tecnológicos que utiliza, característica que llega en muchos casos a constituirse como una barrera comunicativa con las usarias(os) de los servicios de salud. El lenguaje, según Lévi-Strauss (citado por Giddens), “es una máquina del tiempo que permite la repetición de las prácticas sociales a lo largo de generaciones, al tiempo que hace también posible la diferenciación entre pasado, presente y futuro.” (1997:36).

La apropiación y uso de su espacio, conformado y distribuido de acuerdo a lo que se considera necesario desde el punto de vista biomédico para el encuentro médico; su vestimenta²⁰; su manera de ver, tocar y oler (integrantes de una técnica para explorar a una usuaria(o)). Todo lo anterior se integra en un *corpus* que se acompaña de las particularidades que como individuos poseen producto de sus

¹⁸ La Fisiología es la rama de la biomedicina que se encarga del estudio de la función de los órganos integrados en sistemas y/o aparatos. La Patología se encarga del estudio de las enfermedades.

¹⁹ Fábrega (1975:972) lo señala de la siguiente manera: “...he will eventually interact with someone who is regarded in that culture (or a relevant segment of it) as a medical practitioner. If the request for help is accepted by the practitioner (and this itself may be negotiated on a variety of grounds, not only economic, skill, or available time)...”, el autor sugiere que finalmente es el proveedor de los servicios de salud quien “acepta” al usuario. Cabe aclarar que esta característica la considera no exclusiva del Modelo Médico Hegemónico (MMH) sino compartida por otros modelos médicos.

²⁰ Deborah Lupton (1994: 53) lo subraya de la siguiente forma:

In the popular culture the status of the doctor is usually indicated by his or her white coat, signifying authority, the objectivity and the power of laboratory science and hygienic purity, and the stethoscope, ultimate symbol of medical technology and the ability of the doctor to gain access to the patient’s body to hear or see bodily functions denied patients themselves, while retaining a certain distance between doctor and patient.

experiencias de vida²¹. Todo este conjunto, logra constituir una manera de pensar, ver y actuar particular.

La práctica médica se caracteriza o debiera caracterizarse por una estrecha relación entre el médico (o profesional de la salud) y las usuarias²², no obstante, ésta relación “está matizada –y en ocasiones determinada- por el contexto histórico, social y económico en que el saber y la práctica se inserta; por lo mismo está supeditada a factores humanos.” (Ortiz, 1997:81) El encuentro médico ha sufrido transformaciones de acuerdo al momento histórico, los roles tanto del médico como del *paciente* se han transformado en la historia de la medicina, de la mano con la concepción que se tiene del proceso salud/enfermedad/atención²³.

El encuentro médico se torna más complejo en el espacio hospitalario porque no está limitado a estos dos actores, sino que es un encuentro de varios actores: por un lado, un grupo de prestadores de servicios de salud heterogéneo (médicos especialistas, médicos generales, médicos(as) internos(as) de pregrado y el personal de enfermería) y por el otro, las usuarias y sus familiares. Las usuarias tampoco integran un grupo de características homogéneas, existen diferencias de edad, étnicas, de origen socioeconómico, de educación y del lugar que ocupan en sus grupos familiares, entre otras.

Es necesario partir e insistir en el reconocimiento de que ambas partes –el de los servidores de salud y las usuarias- tienen formas desiguales de conocimiento y significaciones²⁴, en otras palabras, diferentes formas de ver y afrontar el mundo. Es por eso que para este estudio se propone que, en lugar de utilizar el concepto de *médico* (categoría que se circunscribe y es representada únicamente por la figura de ese profesional, se opte por una categoría más amplia, conformada por los prestadores de servicios de salud, y por otro lado, en lugar de la categoría de los *pacientes*, también cargada de

²¹ *Capital cultural* lo llama Bourdieu.

²² El vocablo enfermo lo utilizo pensando en que la persona que acuda voluntariamente a un encuentro médico asume que tiene un padecimiento que lo aqueja y que desea recibir ayuda para aliviarse; aunque puede ser arbitrario este uso, pues desde la antropología médica, hay corrientes que proponen que esta categoría ha sido impuesta para asumir un rol de características determinadas; así, se han propuesto diferentes acepciones como *disease* o enfermedad (para la enfermedad desde el punto de vista del curador o en éste caso la biomedicina), *illness* o padecimiento (para la experiencia subjetiva de quien padece) y *sickness* o malestar (que se ha considerado como la connotación que la sociedad da a la patología, pero también como una mediadora social entre *disease* e *illness*) cfr. Laplantine, 1986.

²³ De esto se hablará más en el siguiente apartado sobre “Relación prestadores de servicio de salud-usuaria (ex-relación médico-paciente)”

²⁴ Cfr. Laplantine (1986:16)

connotaciones tales como: paciente-paciencia, paciente-pasivo, paciente-enfermo²⁵, se utilizará la categoría de usuarias.

Sin embargo, las mujeres que acuden al hospital, no sólo se *encuentran* con el personal de salud, sino que se enfrentan a una institución, y aún más allá, a todo un modelo teórico-práctico de atención que tiene una visión construida del Otro, que en el plano de las ideas/representaciones las concebirá como *pacientes ideales* (siguiendo la idea funcionalista de T. Parsons). A su vez, las usuarias que cursan con embarazos de alto riesgo y/o con distocias²⁶ (el Otro), tienen una construcción de *otro* que toma forma en la figura del hospital y de su personal. Por tanto, las mujeres que acuden a la atención materna confrontan la construcción de su padecimiento²⁷ y la decisión (tomada por ellas mismas o por su Familia/Grupo doméstico²⁸) de acceder a la opción terapéutica biomédica, que tiene su propia construcción del padecimiento²⁹ y de las usuarias.

Las categorías de análisis centrales son las de *Creencias, Ideas/Representaciones y Prácticas sociales*. La discusión y conformación de los conceptos de representaciones sociales se fundamentan en el concepto propuesto por Serge Moscovici³⁰, retomado posteriormente por Denise Jodelet y Jean-Claude Abric quienes lo discuten y aplican. Jodelet introduce además el concepto de práctica social junto con el de las representaciones sociales.

²⁵ Generalmente es un vocablo que se asocia con la enfermedad, y que no se asocia con frecuencia para referirse a personas sanas, aunque sí es usado por los prestadores de servicios de salud aún cuando se alude a usuarias (os) sanas(os) y que acuden a utilizar los servicios de salud en virtud de llevar a cabo acciones preventivas. Lupton menciona (1994: 79) que el término paciente, tiene connotaciones de "pasividad, de ponerse uno mismo por debajo del médico.

²⁶ Recordemos que se les llama distocias a las complicaciones.

²⁷ Deborah Lupton señala que, el cuidado de la salud y el padecimiento y la relación médico-paciente son actividades culturales, por lo cual es de suma importancia y necesario conocer qué está pensando la gente -sus ideas/representaciones- y cómo están actuando -sus prácticas, las creencias que se hallan de trasfondo a esas prácticas o las ideas que los guían a actuar de cierta manera cuando existe la duda - ante las problemáticas que ponen en riesgo su salud.

²⁸ Ver el documento de Eduardo Menéndez, "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento continuo" publicado en los cuadernos médico sociales, No. 59, Marzo de 1992, Centro de estudios sanitarios y Sociales.

²⁹ De acuerdo con Fabrega, "en la biomedicina, la enfermedad (disease) significa una "cosa" biológica abstracta, o una condición que es, hablando de manera general, independiente del comportamiento social" (1975:969)

³⁰ Autor que retoma "el «concepto olvidado» de Durkheim" de Representación social. (Jodelet, 1986:469)

El primer planteamiento de ambos conceptos fue hecho desde la psicología social, para posteriormente, con los trabajos de Jodelet y Abric, extender su uso más allá de esa disciplina.³¹ Para mí resultan necesarias y fundamentales ambas categorías —qué piensan y qué hacen los actores sociales implicados en el problema de investigación— en un carácter indisoluble para los propósitos del estudio, pero también reconozco que su utilización tiene que acompañarse necesariamente de una reflexión crítica que conduzca a una adaptación³² de dichos conceptos al problema de estudio.

Relación prestador de servicios de salud-usuaria (ex relación médico-paciente)

Los prestadores de servicios de salud

Al hablar de los *prestadores de servicios de salud*, tendríamos que hacer referencia a un campo amplio, que involucra la pertenencia de diferentes actores que lo constituyen heterogéneo³³, tanto por sus distintas formaciones académicas³⁴ y las diferentes competencias técnicas que desarrollan en el desempeño de sus servicios, como por el género, edad, jerarquía, antigüedad en el puesto de trabajo, lugar de origen, historia de vida, formación académica y por otras características que no siempre se encuentran explícitas. Este conjunto manifiesta las diferencias que pueden encontrarse entre ellos y que aportan elementos distintivos en sus relaciones con las usuarias. Pese a esto, también se

³¹ Ver la propuesta de Abric (2001), que plantea su aplicación a la investigación, y lo ejemplifica con el estudio de Guimelli (cap. 4) sobre las prácticas de las enfermeras.

³² En lo que atañe a sus limitaciones y argumentos que conformen el sustento teórico que esclarezca el problema de investigación.

³³ Al respecto el hospital general de San Cristóbal de las Casas incluye: médicos generales de la sala de urgencias; las(os) especialistas médicas(os) gineco-obstetras; los especialistas en cirugía; las(os) anesthesiólogos, el personal de enfermería (con la inserción de las(os) enfermeras(os) que se encuentran en el periodo final de su formación –servicio social- o aún cursando sus estudios de enfermería, y que se desempeñan bajo la dirección de las(os) enfermeras(os) adscritos a un servicio y turno, y en su conjunto a una Jefa de enfermeras por turno); las(os) médicas(os) internos de pregrado; las(os) laboratoristas. Todos ellos integrantes y parte de un sistema médico llamado Biomedicina o medicina occidental, que se impone –de acuerdo con Menéndez- como un modelo médico hegemónico (MMH), en la mayoría –sino es que en todos- de los países occidentales, y que implica la distinción en su estructura de tres modelos: el modelo médico corporativo público, un modelo corporativo privado y un modelo médico individual privado.

³⁴ Bourdieu afirma que incluso en individuos con nivel escolar idéntico el origen social los distingue (Bourdieu, 2002:103)

(...) encuentran situados en unas condiciones de existencia homogéneas que imponen unos condicionamientos homogéneos y producen unos sistemas de disposiciones homogéneas³⁵, apropiadas para engendrar unas prácticas semejantes, y que poseen un conjunto de propiedades comunes, propiedades objetivadas, a veces garantizadas jurídicamente (como la posesión de bienes o de poderes) o incorporadas, como los habitus de clase...(Bourdieu:2002, 100)

La conformación de este grupo de prestadores de servicios de salud es compleja ya que, como en líneas anteriores se menciona, existe una heterogeneidad dentro de la *existencia homogénea* que le otorga el sistema biomédico. Esta complejidad de lo *heterogéneo-homogéneo* surge del interior mismo del grupo. Bourdieu reflexiona al respecto que:

(...) los miembros de los grupos basados en la cooptación, como son la mayor parte de los cuerpos a los que protege explícita o tácitamente un *numerus clausus* (**médicos**³⁶, arquitectos, profesores de enseñanza superior, ingenieros, etc.) tienen siempre en común algo más y distinto que las características exigidas de forma explícita: la percepción ordinaria de las profesiones, que sin duda constituye uno de los principios reales de las “vocaciones”, (...) y tiene en cuenta no sólo la naturaleza del puesto o el importe de los ingresos que proporciona, sino también esas características secundarias que a menudo se encuentran en la base de su valor social (prestigio y descrédito) y que, **aunque ausentes de la definición oficial**, funcionan como exigencias tácitas, orientando de forma más o menos abierta, como la edad, el sexo o el origen social o étnico, las elecciones de cooptación, a partir de la entrada en la profesión y a todo lo largo de la carrera, de manera que los miembros del cuerpo desprovistos de estas características son excluidos o rechazados hacia posiciones marginales³⁷.

(...) En resumen, la propiedad destacada por el nombre empleado para designar una categoría, es decir, la profesión de la mayoría de los casos [o en éste caso, la categoría de los prestadores de servicios de

³⁵ Para Menéndez, algunas de esas características homogeneizantes en el MMH incluyen:

(...)biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía (en términos directos o indirectos), relación asimétrica en el vínculo médico-paciente,(...) producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de las otras prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlación a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

Los submodelos corporativos se caracterizarían, además, por la estructuración jerarquizada de las relaciones internas y externas en la organización de la atención médica; por el burocratismo, por la consecuente disminución de las responsabilidades, y por la dominación de los criterios de productividad. El modelo corporativo público presenta a su vez algunos caracteres particulares: la tendencia al enfoque de prevención, la tendencia a actuar sobre “el medio” y no sobre los individuos, aunque “naturalizando” a dicho “medio”, así como la tendencia a constituir subprofesionales controlados, y a dirigir las legitimaciones políticas e ideológicas en el sector salud.” (Menéndez:1992, 102)

No obstante, al referirnos a las características homogeneizantes que Menéndez señala del modelo corporativo público hay que tomar en cuenta la llamada “crisis” del sector salud, que presta poca atención a lograr una organización efectiva que evite la problemática de la burocratización, la sobrecarga de trabajo para el personal de salud por la falta de recursos para contratarlos en un número suficiente y que les provoca apatía, irritación y fatiga por el estrés al que están sometidos y que se deriva en una baja calidad de atención a los(as) usuarios(as).

³⁶ El uso de negritas es mío.

³⁷ Bourdieu pone el ejemplo de que “las mujeres médicos o abogados están condenadas a clientelas femeninas, y los médicos o abogados negros a clientes negros o a la investigación” (2002:101)

salud], puede disimular la eficacia de todas las propiedades secundarias que, aunque realmente constitutivas de la categoría así definida, no están mencionadas en forma expresa. (2002:101)

Pese a la homogeneidad que brinda la biomedicina “no puede controlar el conjunto de propiedades de los “elegidos”; esto es, la totalidad de la persona” (Bourdieu, 2002: 101). Esto es porque en la totalidad de la persona intervienen, sin duda, los distintos *capitales culturales* de cada uno. Sumándose a sus diferencias, Bourdieu considera las repercusiones de dos aspectos que nombra como *efectos*. El primer efecto es el de la *situación profesional*, el cual se refiere al efecto directo del trabajo que se desempeña el cual reclama la inversión más o menos grande y más o menos constante de capital cultural. El segundo efecto es el del *medio profesional*, que es la influencia del medio en que se desenvuelve el trabajo, mismo que contempla las características propias del trabajo y las condiciones en que se realiza –ruido o silencio favorable para la comunicación, los ritmos temporales que impone y el tiempo libre que concede, las relaciones verticales u horizontales que favorece –durante éste o en los intervalos de descanso, o bien, fuera del mismo. En el segundo efecto es donde para el autor recae el origen de muchas diferencias que separan a los empleados. (*Ibid.*, 102)

Consecuentemente, la *situación profesional* es diferente en muchos aspectos dentro de los prestadores de servicios de salud. La jerarquía es uno de los factores de mayor peso en cuanto a la situación profesional, porque propicia el establecimiento de relaciones verticales: No es lo mismo ser un cirujano general que médico interno de pregrado o un(a) auxiliar de enfermería, ni por el estatus, ni por las obligaciones y privilegios propios de su cargo.

Baste mencionar que un médico cirujano o un gineco-obstetra lleva a costas la responsabilidad legal de cualquier efecto adverso en la usuaria(o) por ser el médico tratante directo, pero también goza del prestigio y el respeto del resto del personal de salud, fincados principalmente en los años de estudio y de trabajo que se requiere para llegar hasta esa formación.

Además existen situaciones en las que un(a) gineco-obstetra, o un(a) médico(a) con otra especialidad adquieren un cargo que le añade más prestigio, como el ser nombrados Jefes de enseñanza, o Jefes de servicio, y donde el mismo nombre de “jefe” denota por sí mismo superioridad y los coloca en una posición de poder por arriba de los que no tienen tal designación, lo cual los distingue del resto. No obstante, también les añade responsabilidades, pero ambas características los provee de una identidad diferente al resto de sus compañeros especialistas, tanto con aquellos con quienes comparten la misma especialización, como con aquellos con los que no. De manera adicional se involucran a la par otras características como la del género, edad, lugar de formación, años de experiencia laboral, lugar de trabajo (no es lo mismo laborar en el Hospital General de Tuxtla Gutiérrez

que en el Centro de especialidades médicas Siglo XXI de la ciudad de México) y la manera personal de interactuar y relacionarse con su equipo de trabajo.

La *situación profesional* también puede verse afectada, en su ejercicio, por las características del *medio profesional*, como diría Bourdieu. Chiapas es un estado con alta marginación³⁸, donde la mayor parte de su población tendría que acceder a los servicios de salud públicos porque es no derechohabiente; hay pocos médicos por habitantes, y los que hay se concentran en las ciudades “grandes” o más importantes. En el caso de la región Altos es en San Cristóbal de Las Casas, situación que provoca un funcionamiento deficiente de las redes de servicios de salud, porque aunque exista disponibilidad de plazas laborales en localidades alejadas de las cabeceras municipales, los médicos³⁹ las rechazan porque no quieren alejarse de la ciudad, ya sea por cuestiones personales (su familia y la educación de sus hijos) como por la comodidad de vivir en un medio urbano. Cuando llegan a aceptarlas generalmente lo hacen como *médicos de paso*, laboran un tiempo en ese lugar para luego buscar el acercamiento a los centros urbanos.

Por tanto, el primer nivel se encuentra poco fortalecido, con servicios de salud limitados (personal de salud que labora de lunes a viernes exclusivamente en horario matutino), con carencia de insumos para hacer frente a casos que podrían ser resueltos ahí si se contara con el material y el personal disponible. Esto deriva en que la complejidad de los padecimientos se incrementa, acrecentando el margen de riesgo y disminuyendo la efectividad de la acción del personal de salud del segundo nivel para cuando sean atendidos, al mismo tiempo que les provoca sobrecarga de trabajo y saturación, mayor costo de tratamiento y tiempo en los servicios de salud del segundo y tercer nivel.

Las usuarias

La(s) *usuaria(s)* son quienes experimentan de manera directa lo que Laplantine (1986:16) refiere como “el sufrimiento y la conciencia de la experiencia mórbida, con sus componentes irracionales de angustia y de esperanza”. Es especialmente por esa experiencia mórbida, que al

³⁸ Para más información sobre el escenario y los datos estadísticos específicos chiapanecos véase Capítulo 3.

³⁹ Durante la plática de presentación del proyecto con el entonces jefe jurisdiccional el Dr. Servín, hizo referencia que era muy difícil que los médicos que eran asignados (usualmente los médicos pasantes en servicio social) a localidades muy alejadas y de condiciones muy precarias quisieran posteriormente quedarse, y que el factor principal que a él le parecía, era la vocación, que no existe la suficiente vocación médica para estar “en donde se les necesite”. Y que los que por el contrario –pocos- quieren estar en esas localidades, eran considerados extraordinarios, y que había que hacer todo lo posible por mantenerlos ahí, *porque no cualquiera se quiere ir a esos lugares*.

relacionarse con los prestadores de servicios de salud se posicionan de manera diferente, porque parten de un conocimiento y marcos de referencia también disímiles.

La usuaria es quien vive y experimenta el estar enferma desde su interior, desde su subjetividad de lo que para ella signifique estar enferma; no está vacía de ideas/representaciones acerca de a quién o a qué es a lo se enfrenta en la relación prestador de servicio de salud-usuaria. Ella es quien se incorpora a un espacio que no es el “suyo”⁴⁰ y actúa en consecuencia de lo que piensa que es lo que debería hacer en tal circunstancia o que también actúa no necesariamente pensando lo que hace.

Su pensamiento no sólo puede ser parte de un imaginario social, sino de creencias profundas que dirigen su acción de manera no conciente (*conciencia práctica* la llama Giddens), o de expectativas de lo que quiere hacer, deba o no se: O bien, el flujo o el influjo psicológico de sentirse, y asumirse como enfermo, de experimentar sensorialmente la enfermedad, como la vivencia del dolor, produce un estado particular de prioridades y la acción de la persona.

Aunque la adscripción de “estar enferma” no siempre nace de la individualidad o la conciencia particular del individuo, el estatus de enferma puede ser asignado, no sólo construido a partir de ella misma. Esta asignación⁴¹ generalmente ocurre ante los signos y síntomas que caracterizan —los signos obviamente no son exclusivos de la biomedicina, aunque desde la biomedicina tiene el siguiente concepto— la nosología del enfermo.⁴²

Tanto la construcción de la enfermedad o padecimiento como la adscripción al rol del enfermo se convierten en procesos matizados culturalmente.⁴³ La exteriorización de la experiencia subjetiva e individual, extensible a los planos familiar y colectivo, es una construcción cultural.

⁴⁰ Menéndez, adscribe como característica del MMH “la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” en las acciones de salud” (1992, 102)

⁴¹ “(...) when it (disease) affected the social behavior of an individual, disease came to have relevance in the group. Social behavioral changes, then, involving verbalizations about internal states, interference in physiologic and social functions, and changes in appearance and demeanor, served as indicators of disease among non-literate groups” (Fábrega, 1975:970), Esta idea del autor podría extenderse, de la misma manera, a personas alfabetas.

⁴² La nosología del enfermo incluye la observación de signos tales como: facie de dolor, palidez de tegumentos (piel), inactividad y puede incluir síntomas referidos por la persona enferma.

⁴³ En su tesis doctoral, Freyermuth (2000), analiza y sustenta a través del estudio de mortalidad materna en Chenalhó, Chiapas, la influencia de elementos culturales como la etnia, el género y la generación para la atención a la salud materna, además, lleva a cabo la reflexión de cómo estos tres elementos son parte fundamental de que las mujeres se adscriban enfermas y/o recurran a atención médica, lo ejemplifica mencionando que son mujeres que aprenden a no externar el dolor, a negar la enfermedad y por lo tanto no piden atención o su F/GD no se preocupa por buscar ayuda para ellas. (cfr. Pags. 40-44)

La subjetividad y la expresión de ésta, se va aprendiendo durante la vida, con la mayor influencia de la Familia/Grupo Doméstico (F/GD). Por lo tanto, si una persona no se adscribe como enferma y quienes la rodean tampoco lo hacen, se puede encontrar una lógica en que no acudan a los servicios médicos porque no existe razón para hacerlo.

Al mismo tiempo este campo se ha vuelto más abierto, porque las llamadas *relaciones médico-paciente*, ya no necesariamente se refieren a una persona enferma. Con el enfoque de atención primaria a la salud (medicina preventiva), el encuentro ocurre entre el médico y una persona sana⁴⁴, por lo cual no sólo se trata de un encuentro motivado por la enfermedad, sino para la preservación de la salud (la denominación de enfermo o paciente no podría aplicarse en estas situaciones y convendría emplear la palabra usuaria (o) pues denota un sentido más amplio).

Esto acrecienta la complejidad del campo, en vista de que si una persona ha aprendido a negar el dolor, a no manifestar la enfermedad y tampoco se la asignan, esta ausencia de enfermedad puede malinterpretarse como la presencia de salud por lo que podría, bajo esta lógica, resultar aun más absurdo, para la Familia/Grupo Doméstico (F/GD), acudir a la atención de la salud cuando no hay ningún padecimiento que atender.

Incluso, con las últimas modalidades de brindar atención preventiva por parte del sector salud, en ocasiones de manera coercitiva, como en el caso del programa Oportunidades dirigido a familias pobres, en su componente de salud obliga a las mujeres (madres) a asistir a una consulta mensual obligatoria, que les causa renuencia, sobretodo, en las menos acostumbradas a la utilización de los servicios de salud, tienen que enfrentarse a la condición de convertirse en “pacientes” estando sanas.

Además se desvirtúa la utilización preventiva de los servicios de salud cuando se mezclan y condicionan para la obtención de la ayuda económica por parte del gobierno federal, y no se acompaña de información suficiente y accesible a las usuarias sobre los beneficios propios del ejercicio de la medicina preventiva.

Se puede añadir que existe el uso diferencial de los servicios de salud, por factores determinantes en la usuaria, que siguiendo a Bourdieu (2002: 99), son el económico y el social. En muchas ocasiones, por la imagen deteriorada ante los usuarios de los hospitales públicos, se prefiere la utilización de servicios de salud privados, aunque esto determine un deterioro económico familiar, por lo que se busca redes de apoyo familiares y sociales. Aunque se plantee como imposible su utilización, se prefiere en muchos casos no hacer uso de los servicios públicos de salud, no obstante esté de por

⁴⁴ “(...) el embarazo y el parto han dejado de ser conducta sociales comunes para constituirse en fenómenos médicos”, en Castro y Bronfman (1993) citado por Mónica Jasis Silgerg (2000)

medio la vida de la usuaria, lo cual, desde la mirada del personal de salud de los servicios públicos parece absurdo y demuestra la ignorancia de los *otros*.

El momento histórico determina de qué relación hablamos

En este apartado se discutirá la manera en cómo el nacimiento de la *medicina científica* (Lupton, 1994: 83) determinó un cambio en la relación entre curadores y usuarios, íntimamente ligada a la concepción dominante de la salud y la enfermedad.⁴⁵

La aparición de la *medicina científica* tiene un origen puntual, durante el periodo de la Ilustración, el llamado comienzo de la edad contemporánea que albergó la revolución científica, durante el siglo XVIII. En el campo de la medicina progresan la cirugía y la prevención de enfermedades (Jenner descubre la vacuna contra la viruela en 1798). En el plano económico ocurre la transición del mercantilismo al capitalismo. (Xirau, 1990: 247-48)

La ilustración abarcó desde fines del siglo XVII a fines del siglo XVIII, y entre sus ideales estaban la fe en el progreso de la sociedad asistido por el desarrollo de la ciencia y la tecnología, además de la creencia en el poder de la razón, se rechazaron las “supersticiones” que provenían de la religión y se privilegió el utilitarismo como una ética dominante para el buen funcionamiento de la sociedad. Por supuesto, la medicina basada en los principios científicos era concebida como la solución para los males de la humanidad. (Lupton, 1994: 83)

A fines del siglo XVIII, los consejos médicos de la época se basaban en la opinión de que la salud dependía del control individual y de la debida regulación o control de los factores no naturales (como la dieta, las bebidas, el descanso y la actividad, los patrones del sueño, las evacuaciones y las pasiones humanas). La función de la medicina era la de tratar con las enfermedades (sus síntomas y su causalidad, regulando el balance de los fluidos del cuerpo) y reestablecer la salud perdida.

Al mismo tiempo, a causa del racionalismo imperante, se consideraba que el conocimiento médico mejoraría la comprensión del cuerpo humano, a través de su observación sistemática y su clasificación, y que entonces se podría hallar la solución a todas las enfermedades. (Lupton, 1994: 83) Estas características racionalistas prevalecen en la actualidad, pueden descubrirse en el conocimiento médico que asistido por la última tecnología, aún pretende con la exploración a fondo de los detalles

⁴⁵ Esta reflexión tiene como base el capítulo de “The lay perspective on illness and disease” de la investigadora australiana Deborah Lupton, en su libro *Medicine as culture*.

anatómicos del cuerpo humano, encontrar las respuestas a los padecimientos que actualmente nos afectan. Este es por ejemplo el caso del VIH-SIDA⁴⁶, que a pesar de contar con sofisticadas técnicas de laboratorio y de increíbles avances en la dilucidación del contagio, su propagación en el cuerpo o su fisiopatología, es un problema que involucra innumerables factores sociales, como información, educación, conducta sexual, solvencia económica, etc., que no son posibles de solucionar tecnológicamente.

Con todo, el posicionamiento de la profesión médica en altos niveles de poder en las sociedades occidentales es históricamente reciente. Antes de la Ilustración, los médicos y cirujanos⁴⁷ no tenían una muy buena reputación social, ya que por su oficio tenían que estar en contacto con la sangre, que para la época era considerada como un residuo venenoso de los humores, además de que las disecciones de cadáveres eran consideradas blasfemas.

Gracias a la importancia de los principios científicos en la Ilustración, al establecimiento de universidades validadas para el entrenamiento en medicina y el control de la licencia médica, además de la eficacia pragmática, resultó en la elevación del estatus de la profesión médica. (Lupton, 1994: 84)

Una característica que contribuyó al incremento de su estatus fue la aceptación cada vez mayor en el siglo XIX de que las enfermedades eran causadas por entidades específicas dentro de los tejidos, aunque la persona enferma no los pudiera ver.

Este aspecto es importante tomarlo en cuenta en una región como la de los Altos de Chiapas, donde el nivel educativo es muy bajo, el contacto con los servicios de salud es muy reciente y aún precario, la educación para la salud con contenidos interculturales no es una prioridad y muy frecuentemente no se contempla en los planes y programas sanitarios⁴⁸. Es así que, el que un microorganismo invisible a simple vista pueda ser el causante de diversos y graves padecimientos, para la población puede todavía sonar tan fantástico como lo fue hace casi tres siglos para los médicos.

Poco a poco, la credibilidad y el profesionalismo de la medicina se asociaron con el progreso científico y aún más con la investigación de laboratorio, que con el conocimiento aprendido en los textos y en las habilidades técnicas. (Lupton, 1994: 84)

No fue sino hasta el desarrollo del modelo biomédico de la enfermedad, basada en principios científicos, que la importancia de la interpretación de los pacientes sobre su padecimiento empezó a

⁴⁶ VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana , SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

⁴⁷ En la historia de la medicina puede hallarse que muchos barberos ejercían en buena medida el papel de cirujanos.

⁴⁸ Al menos el aspecto lingüístico es incipiente.

disminuir. El modelo de la medicina de cabecera (*bedside medicine model*) que se enfocaba en las explicaciones e interpretaciones de los pacientes sobre sus síntomas y padecimientos, fue desplazado por los modelos del hospital y del laboratorio: “Hubo un cambio de la cosmología de la enfermedad centrada en la persona a una cosmología centrada en el objeto” (Lupton, 1994: 84)

Los hospitales y dispensarios clínicos nacen a finales del siglo XVIII, estos concedían una mayor autoridad a médicos y cirujanos sobre los pacientes, y la oportunidad de poder observarlos de manera continua; sin embargo, también los colocó en una posición en que sus propias actividades podían ser monitorizadas y escrutadas por sus compañeros y el público.

El estudio de las publicaciones médicas de ese tiempo (Jweson, Risse, citados por Lupton) posibilita un acercamiento a la concepción que se tenía de los usuarios. Estas nombraban como *paciente* a la persona enferma, designándole un papel pasivo y acrítico, cuya función principal era la de durar y esperar (Lupton, 1994: 84). Estas últimas aseveraciones no parecen distantes de lo que podemos hallar en la actualidad. Ya se han destacado en el apartado sobre la relación entre prestadores de servicios de salud-usuarias, los múltiples significados que se asocian con la palabra paciente, los cuales pueden resultar contradictorios dentro de la misma medicina occidental, sobre todo cuando se trata de usuarias(os) de medicina preventiva, a las que también se les asigna el nombre de pacientes, si bien, podrían eximirse de la primera calificación de enfermos, las otras se espera que se preserven para ser considerados como “buenos pacientes” (pasivo, acrítico, que dure y espere).

También a fines del siglo XVIII, según Foucault (citado por Lupton, 1994: 85), la práctica médica se relacionaba más con “salud” que con “normalidad”. En el siguiente siglo, se desarrolla el concepto de “estandar”, y es entonces cuando la medicina se preocupa por clasificar a los pacientes como desviados de la “norma” y en el cómo les podría restaurar su “normalidad”. El establecimiento de clínicas y hospitales trajo consigo la sobrevivencia de muchos enfermos, la clasificación de sus padecimientos, y el registro detallados de las poblaciones. El método clínico se basó en la observación y la clasificación de los padecimientos a través de los signos y síntomas; la normalidad se asumió como algo neutral e imparcial.

Para el siglo XX, el paciente ha perdido ya su relevancia y poder en el encuentro médico. La responsabilidad de descubrir y etiquetar las enfermedades fue tarea preservada para los médicos. Sin embargo, en la década de los 50, la mirada médica empieza a poner atención al espacio social, al contexto en el que surgen los padecimientos; se empieza a poner en duda la obediencia y la pasividad de los pacientes, y el problema central entre *médicos* y *pacientes* es considerado de naturaleza

comunicativa, por lo que los esfuerzos se dirigen a mejorar la comunicación en aras de que resulte más satisfactorio para los usuarios(as).

Muchos aspectos de estas transformaciones permanecen en la medicina actual, se insiste en el dualismo kantiano de mente-cuerpo, tratando a la enfermedad como una entidad separada de la persona, extraña a ella, pero localizada en su cuerpo, y el modelo biomédico de la enfermedad continúa adscribiéndose a la causa-efecto.

La medicina occidental no cesa en su “fin” de *controlar* el cuerpo, controlarlo del caos y del desorden que representa la enfermedad (Cfr. Lupton: 1994: 87). Pero también controlarlo para su propia comodidad, como puede ser resumida en una frase muy repetida durante mi formación médica: “Tú como médico eres el que debe estar cómodo, no tú acomodarte al paciente, debes hacer tu trabajo de manera en que tú estés cómodo” que si bien era para referirse al acercamiento de uno al cuerpo del usuario, en cuestiones de posición y de acomodo espacial, la frase parece revelar más, y descubre de una forma no tan velada, la relación de poder superior que un médico debe asumir.

La regionalización de los encuentros

Entre las representaciones más comunes del hospital se incluyen: las de ansiedad, amenaza, desesperación, esperanza, miedo y castigo (Lupton, 1994: 94); a pesar de que el hospital también pueda representarse como una promesa de bienestar y remedio a los padecimientos por los que acuden. No obstante, cuando los usuarios(as) ingresan a un hospital, lo hacen también al mundo médico, en el que deben apegarse a reglamentos y rutinas que no les son familiares. Es a partir de la premisa de que el espacio físico, sus actores, dinámica, y reglas son los que determinan el tipo de relación entre los prestadores de servicios de salud y las usuarias obstétricas, que se vuelve necesario recurrir al aval teórico de *regionalización* propuesto por Giddens.

Para entender el concepto de *regionalización* es necesario remontarnos al de *sede*. La sede tiene propiedades físicas, y generalmente muestra una combinación de rasgos materiales y de artefactos humanos; es decir, de funcionalidad, no es sólo el espacio, sino lo que el espacio le significa a las personas. “Las sedes denotan el uso del espacio para proveer los escenarios de interacción, y a su vez los escenarios de interacción son esenciales para especificar su *contextualidad*.” (Giddens, 1998: 151)

Una sede puede ser una habitación de una casa, una casa, una esquina callejera, pueblos, ciudades, etc., "...lo característico es que presenten una *regionalización interna*, y en su interior las regiones tienen una importancia crítica para constituir contextos de interacción." (*Ibidem*) En las sedes se intersectan las actividades de rutinarias de individuos diferentes. La *regionalización*, no sólo se debe de entender en su dimensión espacial, sino como una zonificación de un espacio-tiempo en relación con prácticas sociales rutinizadas. (*Ibid.*: 152)

Giddens señala, a manera de ejemplo, que las casas contemporáneas están regionalizadas en pisos, pasillos, y habitaciones, y lo mismo podría aplicarse a la sede del hospital, regionalizada en distintos servicios como el de urgencias, hospitalización de gineco-obstetricia, quirófano, módulo MATER, etcétera. Pero así como las habitaciones de la casa están zonificadas de manera diferente en tiempo como en espacio, los diferentes servicios también lo están. Dicho de otra manera, como en una casa hay predominio de uso durante el día de la cocina, el comedor, la sala, y por la noche de las habitaciones para descansar, uno de los servicios de mayor actividad en el turno matutino sería el de urgencias, y el de hospitalización de gineco-obstetricia; por la noche, el de consulta externa sería el menos utilizado porque no funciona más que en los turnos matutino y vespertino. Así que el tiempo puede actuar como una frontera (también la actividad de la semana es diferente a la del fin de semana) en el uso de espacios y sus rutinas.

Otro calificativo de la regionalización es que posee un *carácter*, que son los modos en que la organización espacio-temporal de sedes se ordena en el interior de sistemas sociales más amplios. Giddens aporta esta característica que vincula a las regiones de una sede con la estructura, con lo macro. Las *regiones interiores* del hospital, sus servicios, tienen su propio escenario de interacción determinado por su espacio-tiempo, a su vez, integran la sede del Hospital General I de San Cristóbal de Las Casas, que a su vez pertenece a otra sede, la de la Jurisdicción sanitaria II, que pertenece a una sede mayor, la del Instituto de Salud de Chiapas, lo mismo éste último, que forma parte de la sede de la Secretaría de Salud federal. Dan la sensación de círculos concéntricos próximos, interactivos, pero que muestran independencia entre ellos.

Un carácter de la *regionalización* es la presencia, que es la disponibilidad de mostrarse, de estar ahí. Esto tiene que ver con lo que Giddens llama la *regionalización anterior*, que es mostrar la fachada, el rostro, tanto físico, como mostrar lo que uno lleva en la superficie; algo que de alguna manera es muy similar a las representaciones y las ideas conscientes. La división de la regionalización "(...) permite sostener relaciones diferenciadas entre regiones «anteriores» y «posteriores» que los

actores emplean para organizar la contextualidad de una acción y el mantenimiento de una seguridad ontológica” (1998: 156)

En otras palabras, los actores no enseñan todo, en la regionalización anterior no está todo, la regionalización posterior “esconde” de cierta manera los sentimientos reales de los actores, u otras características no necesariamente esenciales que no se muestran; este planteamiento es muy similar a la consideración, propuesta por el mismo autor, de que la *conciencia práctica* funge como guía para la acción o práctica, propuesta por el mismo autor, y a las *creencias* de Ortega y Gasset, en las que se conjuga el inconsciente o el no consciente (para Giddens) lo permite la acción sin necesariamente guiarse por representaciones o ideas conscientes. La diferenciación entre regiones anteriores y posteriores produce un cercamiento (encubrimiento, ocultación) de aspectos del propio-ser, y al mismo tiempo la exposición (revelación, divulgación) de estos. Ambas regionalizaciones, se encuentran imbuidas en un “plexo complicado de relaciones posibles entre sentido, normas y poder” (*Ibid.*: 158), en otras palabras, de la estructura.

Un cariz interesante es precisamente la búsqueda o mantenimiento de la seguridad ontológica, o seguridad del ser, sea ésta una “búsqueda desesperada de organizar «operaciones de seguridad» para rescatar un sentimiento de autoestima en la puesta en escena de rutinas” (Giddens, 1998: 157). Tales operaciones de seguridad o las prácticas emprendidas por los actores, buscarían, ya sea guiadas de manera consciente (representaciones) o no consciente (*creencias/conciencia práctica*), actuar de tal manera que ponga a salvo o disminuya la propia incertidumbre de quien actúa, aunque se corra el riesgo de que parezcan desatinadas o desafortunadas de acuerdo a la lógica interna de otros actores.

Por lo que los conflictos en la agencia que los actores despliegan, se asemeja en mucho a lo que Giddens expone como “aquellas en que los individuos se sienten actores de papeles en los que en verdad no «creen».” (*Ibid.*: 158) Obviamente, sería necesaria la acotación, de que es cuando el individuo está consciente que el flujo de las relaciones ponen en riesgo su seguridad ontológica, y sin embargo, tenga que acatar las disposiciones a las que se somete, como lo hacen las usuarias que ingresan al hospital, que tienen que acatar las rutinas y con ello las normas que las sustentan, que no les permite estar cómodas en el medio, lo cual les produce incomodidad, inseguridad, duda y el deseo de no querer estar ahí, “aunque no las traten mal”.

Las representaciones y las prácticas sociales

El filósofo español José Ortega y Gasset, en el breve prólogo de su libro titulado *Ideas y Creencias* aclara que, el primer ensayo que lleva el mismo nombre de la obra, y cuya primera versión apareció traducida al alemán en 1936, fue escrito como parte del primer capítulo de su libro –inconcluso para entonces- *Aurora de la razón histórica*. Explico este hecho histórico, porque en las subsiguientes líneas se podrán constatar los paralelismos y las aportaciones hacia una reflexión crítica que sus conceptos de *ideas y creencias* tienen con los de prácticas y representaciones sociales. Los segundos fueron acuñados desde la psicología social casi tres décadas después.

Como expliqué de manera breve en la introducción del marco teórico, el concepto de representación social figura hacia principios de la década de 1960 con Serge Moscovici, quien reanuda “el empleo de este «concepto olvidado» de Durkheim” (Jodelet, 1986: 469). A continuación haré una exposición de éstos conceptos centrales, acompañada de una discusión con los conceptos de *ideas y creencias*, con los cuales convergen en muchos planteamientos y se ven enriquecidos por ellos. Esto me permitirá dibujar de manera concreta las acepciones que mejor contribuyan a la comprensión de la problemática que he abordado.

En relación con las representaciones sociales, Abric plantea:

que *a priori* no hay realidad objetiva, pero que **toda realidad es representada**, apropiada por el individuo o el grupo y **reconstruida en su sistema cognitivo**, integrada en su sistema de valores que depende de su historia y del contexto social e ideológico que le circundan (...) permite definir a la representación como una visión funcional del mundo que **permite al individuo o al grupo conferir sentido a sus conductas, entender la realidad mediante su propio sistema de referencias y adaptar y definir de este modo un lugar para sí**” (2001: 13) (el uso de negritas es mío).

Al igual que Abric, Ortega y Gasset opina que no hay una realidad “auténtica y primaria...sino que es ya una interpretación dada por él (individuo)...por tanto, una idea” (Ortega y Gasset, 1940:46). Aquí me parece oportuno detenerme un momento a explicar los conceptos de ideas y creencias porque inician los paralelismos con los conceptos centrales. Para Ortega y Gasset las ideas son construcciones mentales, son ocurrencias, “son pensamientos sobre las cosas (*Ibíd.*: 20)... [son] todo aquello que en nuestra vida aparece como resultado de nuestra ocupación intelectual” (*Ibíd.*: 15). Para este autor hay unas ideas-creencias o creencias, que son las cosas que no cuestionamos, damos por hecho que son así, y que alguna vez fueron ideas. Para él,

(...) son todas aquellas cosas con que absolutamente contamos aunque no pensemos en ellas. De puro estar seguros de que existen y de que son según creemos, no nos hacemos cuestión de ellas, sino que

automáticamente nos comportamos teniéndolas en cuenta (Ibíd.: 37)... Cuando creemos de verdad en una cosa no tenemos la "idea" de esa cosa, sino que simplemente "contamos con ella" (Ibíd.: 19)

Ortega y Gasset pone un ejemplo muy asequible para explicarnos qué son las creencias. Ejemplifica diciendo que cuando vamos a salir de la casa a la calle, no nos cuestionamos si hay una calle o no, si nos vamos a encontrar un vacío o la nada, porque se "contaba con la calle aunque no [se] pensaba en ella y precisamente porque no pensaba en ella" (Ibíd.: 17). Y agrega:

Pero hay cosas y situaciones ante las cuales nos encontramos sin creencia firme: nos encontramos en la duda de si son o no y de si son así o de otro modo. Entonces no tenemos más remedio que *hacernos una idea*, una opinión sobre ellas. Las ideas son, pues, las "cosas" que nosotros de manera consciente construimos, elaboramos, precisamente porque *no creemos en ellas*. (37)

Igualmente concuerdan Abric y Ortega y Gasset al decir que las *representaciones sociales* o las *ideas* dependen del momento histórico, "del contexto social e ideológico"⁴⁹ Abric (2001: 12). Ortega relativiza lo que es la realidad de acuerdo al momento histórico, habla de diferentes "realidades" históricamente concebidas, lo ejemplifica diciendo que para "un hombre del siglo VI antes de J. C. la Tierra le era una diosa, la diosa madre... no un montón de materia, sino un poder divino que tenía su voluntad y sus caprichos" (Ortega y Gasset, 1940:40), agrega:

Basta esto para advertirnos que la realidad auténtica y primaria de la Tierra no es ni lo uno ni lo otro, que la Tierra-astro y la Tierra-diosa no son sin más ni más la realidad, sino dos ideas, si se quiere una idea verdadera y una idea errónea sobre esa realidad que inventaron hombres determinados un buen día y a costa de grandes esfuerzos" (Ibíd.: 41)

Por lo tanto, podríamos hablar de la posibilidad de tener ideas o representaciones sociales diferentes según el momento histórico. Las ideas, como él menciona, pueden ser verdaderas o falsas, y esa adjetivación de verdad o falsedad "es una cuestión de *"política interior"* dentro del mundo imaginario de nuestras ideas. Una idea es verdadera cuando corresponde a la idea que tenemos de la realidad, *nuestra idea* de la realidad no es nuestra *realidad*" (Ibíd.: 20).

Ahora podríamos hablar de ideas o representaciones sociales de acuerdo con Ortega y Gasset y Abric. En éstas pareciera no hallarse discordancia alguna y sí una complementariedad a lo que plantea Jodelet, al decir que las representaciones sociales se presentan bajo formas variadas: imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, **dar un sentido a lo inesperado**; categorías que sirven para

⁴⁹ En las representaciones, el juego de las relaciones intergrupales determina la dinámica de éstas. Las interacciones entre los grupos modifica las representaciones que los miembros tienen de sí mismos, de su grupo, de los otros grupos y de sus miembros. (Jodelet, 1986: 479) Según Menéndez (1992:5) "la Familia/Grupo doméstico (F/GD) constituye la microestructura que más peso tendría en la constitución de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso de s/e/a [salud/ enfermedad/ atención]".

clasificar las circunstancias, los fenómenos y los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (1986: 472).

A saber: una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una *forma de conocimiento social*. Es así, agrega Jodelet, como la noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo social y lo psicológico. Conciernen a la manera de cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan. A las personas de nuestro entorno próximo o lejano.

Bien podría decirse entonces, que las ideas son representaciones sociales o en otras palabras, parafraseando a Jodelet, las representaciones serían las **ideas** que nos elaboramos de la realidad en la que vivimos y que para aprehenderla la interpretamos.

Moscovici puso de manifiesto dos procesos fundamentales que explican cómo lo social transforma un conocimiento en representación y cómo esta representación transforma lo social. Son la *objetivización y el anclaje*.⁵⁰

Existen, siguiendo a Jodelet, también representaciones sociales de grupos reales, grupos corporativos o grupos de diagnóstico, que se estructuran en gran medida en torno a “organizadores socioculturales” y me interesa mencionarlas porque proponen formas idealizadas, arquetípicas, de funcionamiento (como en el caso del Modelo Médico Hegemónico «MMH» como organizador cultural para el grupo de prestadores de servicios de salud).

Hay, además, una vía de objetivización que produce la “biologización” de lo social cuando transforma diferenciaciones sociales en diferencias de ser (*Ibid.*: 485), como pueden ser ciertas representaciones relacionadas al género y que se podrían traducir en prácticas discriminatorias, de violencia o de trato despersonalizado (nombrar a los pacientes por su padecimiento), sobre todo en las relaciones asimétricas como lo son las de "servidor de salud-usuaria".

⁵⁰ Objetivización o lo social en la representación, se refiere a el agenciamiento y la forma de los conocimientos relativos al objeto de una representación, articulándose con una característica del pensamiento social, la propiedad de hacer concreto lo abstracto, de materializar la palabra; por lo que se podría definir como una operación formadora de imagen y estructurante. Se forma un “núcleo figurativo” que contiene elementos del “consciente” (que evoca la voluntad, lo aparente, lo realizable, podrían ser las ideas para Ortega y Gasset) y del inconsciente (que evoca lo involuntario, lo oculto, lo posible, que podrían ser en este caso las creencias), es una estructura de imagen que reproducirá de manera visible una estructura conceptual (Jodelet, 1986: 482).

El anclaje o la representación en lo social, es el enraizamiento social de la representación y de su objeto; la intervención de lo social se traduce en el significado y la utilidad que les son conferidos. El proceso de anclaje, situado en una relación dialéctica con la objetivización, articula tres funciones básicas: función cognitiva de integración de la novedad, función de interpretación de la realidad y función de orientación de las conductas y las relaciones sociales. (*Ibid.*: 1986: 486)

Para Ortega y Gasset, son más bien nuestras creencias las que nos guían en nuestra acción, en las prácticas, porque no las cuestionamos, no necesitamos hacerlas concientes para dirigirnos por ellas. Esta es una cuestión de suma importancia en el problema de investigación que me encauza a esta discusión, sobre el supuesto o muchas veces muy cierto divorcio que se presenta entre lo que pensamos acerca de una situación o una cosa o hecho y lo que realmente hacemos.

En el caso de la biomedicina, ha sido común el escuchar por parte de quienes la ejercen, que las “personas” (o la “gente”, al hacer referencia a las y los usuarios), dicen que van a hacer algo pero al final hacen otra cosa. Que dicen que va a ir con el o la médica y no lo hacen, que van a tomar el tratamiento que ha sido indicado y de la manera indicada por el profesional y al final no se efectúa de tal manera. En el caso del personal de salud, prestadores de servicios que ideológicamente aseguran tener claridad respecto a sus funciones, y se jactan de prestar sus servicios con calidad para las usuarias (os) durante el proceso de s/e/a⁵¹, en la práctica demuestran muchas veces ese “divorcio” entre lo que dicen que tienen que hacer y lo que llevan a cabo. Ortega y Gasset menciona al respecto:

Frente a nuestras concepciones gozamos un margen, mayor o menor, de independencia. Por grande que sea su influencia sobre nuestra vida, podemos siempre suspenderlas, desconectarnos de nuestras teorías. Es más, de hecho exige siempre de nosotros algún especial esfuerzo comportarnos conforme a lo que pensamos, es decir, tomarlo completamente en serio. Lo cual revela que no creemos en ello, que presentimos como un riesgo esencial fiarnos de nuestras ideas, hasta el punto de entregarles nuestra conducta, tratándolas como si fueran creencias. De otro modo, no apreciaríamos el *ser* «consecuente con sus ideas», como algo especialmente heroico” (23). No puede negarse, sin embargo, que nos es normal regir nuestro comportamiento conforme a muchas “verdades científicas”. (Ortega y Gasset, 1940:24)

Esta discordancia entre las ideas y las prácticas podría clarificarse si se ahonda más en el concepto de las creencias⁵². Para Ortega y Gasset la articulación entre las ideas y las creencias se efectúa mediante el puente de un tercer concepto, la *duda*.⁵³ A las creencias las cuestionamos cuando hay dudas:

⁵¹ Salud/enfermedad/atención

⁵² “Lo que solemos llamar realidad o «mundo exterior» no es a la realidad primaria y desnuda de toda interpretación humana, sino que *es lo que creemos*, con firme y consolidada creencia, ser la realidad. Todo lo que en ese mundo real encontramos de dudoso o insuficiente nos obliga a hacernos ideas sobre ello. Esas ideas forman los «mundo interiores», en los cuales vivimos a sabiendas de que son invención nuestra, como vivimos el plano de un territorio mientras viajamos por éste.” (Ortega y Gasset, 1940:53). Acerca de ésta última idea, la cual se encuentra subrayada, no siempre vivimos “a sabiendas” de que esos mundos interiores formados por nuestras ideas son una invención nuestra, creemos tanto en ellos que son para nosotros la realidad misma.

⁵³ La duda es la negación de la estabilidad (...) la duda conserva de la creencia el carácter de ser algo en que se está, es decir, que no lo hacemos o ponemos en nosotros. (...) creemos en nuestra duda. (...) La diferencia entre la fe y la duda no consiste, pues en el creer.(...) la duda nos arroja ante lo dudoso. (...) La duda, en suma, es estar en lo inestable como tal: es la vida en el instante del terremoto, de un terremoto permanente y definitivo.(Ortega y Gasset, 1940:28-9)

Los huecos de nuestras creencias, son, pues, el lugar vital donde insertan su intervención las ideas⁵⁴. En ellas se trata siempre de sustituir el mundo inestable, ambiguo, de la duda, por un mundo en que la ambigüedad desaparece. ¿Cómo se logra esto? Fantaseando, inventando mundos. La idea es imaginación. (...) al hombre no le es dado ningún mundo ya determinado tiene que inventar el mundo. (*Ibid.*, 31) Ensayas figuras imaginarias de mundos y de su posible conducta en ellos. Entre ellas, una le parece idealmente más firme, y a eso llama verdad. (*Ibid.*, 32) (...) la realidad plena y auténtica no nos es sino aquello en que creemos. (*Ibid.*: 38)

Estos planteamientos nos podrían dirigir a unas conclusiones sobre lo que determina nuestras acciones o prácticas. Por un lado nuestras prácticas podrían guiarse por esas creencias profundas que no cuestionamos porque vivimos en ellas, nos son nuestra realidad, “constituyen el continente de nuestra vida... no son ideas que tenemos, sino ideas que somos...se confunden para nosotros con la realidad misma” (*Ibid.*:12). Así que si nuestra acción disiente de nuestras ideas o representaciones sociales, es porque actuamos algunas veces sin la “conciencia” de nuestros actos porque surgen desde lo más profundo de nuestro ser, de nuestras creencias.

Por otra parte, cuando tenemos dudas ante un hecho, formamos ideas sobre ese hecho, cosa o situación. Esto a pesar de que “las creencias operan ya en nuestro fondo cuando nos ponemos a pensar sobre algo.” (*Ibid.*: 15),

La duda tiene un papel importante en el enfrentamiento de dos creencias antagónicas: “se duda porque se está en dos creencias antagónicas, que entrechocan y nos lanzan la una a la otra dejándonos sin suelo bajo la planta. (...) Lo dudoso es una realidad líquida donde el hombre no puede sostenerse y cae. De aquí el “hallarse en un mar de dudas”. (*Ibid.*: 30) (El hombre duda para conocer)... “un buen día se encuentra con que está en la duda.. y aspira a estar en lo cierto.. El hombre no puede comenzar por dudar. La duda es algo que pasa de pronto al que antes tenía una fe o creencia, en la cual se hallaba sin más y desde siempre...Quien cree, quien no duda, no moviliza su angustiosa actividad de conocimiento ”(*Ibid.*: 56)

Para el hermeneuta Michel Agar, un concepto muy similar, a lo planteado en líneas anteriores por Ortega y Gasset, es el de la quiebra. La quiebra que es una ruptura, dice que es una falta de concordancia entre el encuentro de uno con una tradición y las expectativas contenidas en los esquemas mediante los cuales uno organiza la propia experiencia. Uno modifica entonces los esquemas, o construye otros nuevos e intenta otra vez en un proceso que llama de resolución, que es trasladarse desde la quiebra hasta la comprensión. Basado en ese nuevo intento se realizan modificaciones adicionales, y el proceso continúa iterativamente hasta que la quiebra no es más un problema.

Gadamer señala que la resolución modifica la tradición en la cual se origina. Una tradición tiene un límite, el confín de sus puntos de vista llamado “horizonte”. La resolución tienen lugar cuando el horizonte de las diferentes tradiciones resulta “fundido”, es decir, cuando este horizonte se modifica y se extiende de modo que la quiebra desaparece como problema. Gadamer dice que la fusión de horizontes es conceptual y que se expresa en el lenguaje. (Agar;1982:123)

⁵⁴ (Hay) “un carácter ortopédico de las ideas: actúan allí donde una creencia se ha roto o debilitado. (Ortega y Gasset, 1940:38)

Ahora pasamos a: La acción

Si volvemos a lo planteado por Ortega y Gasset, acerca de que nuestras ideas sobre la realidad o «mundo exterior» forman «mundos interiores»⁵⁵ en el que uno puede retirarse —imaginariamente— del mundo real o “exterior”, y nos vamos a “vivir a (nuestro) mundo interior...desatendemos la realidad unos momentos para atender a nuestras ideas... se llama “ensimismarse”. De ese ensimismamiento sale luego el hombre para volver a la realidad, pero ahora mirándola, como un instrumento óptico, desde su mundo interior, desde sus ideas, algunas de las cuales se consolidaron en creencias.” (*Ibid.*: 45) Es así como las ideas que fueron llevadas a la práctica ante un evento, pueden transformarse en ideas-creencias.

(...) la diferencia entre el apego a la realidad de las ideas o su calidad de fantasía estriba en el propósito para lo cual son creadas. [Lo ejemplifica como sigue:] “Un plano topográfico no es más ni menos fantástico que el paisaje de un pintor. Pero el pintor no ha pintado su paisaje para que le sirva de guía en su viaje por la comarca, y el plano ha sido hecho con esta finalidad... Y vienen a ser como si nos dijéramos: «suponiendo que la realidad fuera tal y como yo la imagino, mi comportamiento mejor en ella y con ella debía ser tal y tal. Probemos si el resultado es bueno». La prueba es arriesgada. No se trata de un juego. Va en ello el acierto de nuestra vida.” (50-51)

Con este último argumento, podría concluirse que nuestras prácticas pueden ser guiadas, como se mencionaba anteriormente, tanto por nuestras creencias como por las ideas o representaciones sociales. Este planteamiento difiere de lo que Jodelet plantea, ya que según esta autora, la representación remite a otra cosa, y representar es re-presentar, hacer presente en la mente, en la conciencia, de esta manera puede ser llevada a cabo en actos y en prácticas. En otras palabras, se realizan actos únicamente de manera consciente. En consecuencia, se vislumbra como una propuesta más adecuada, el trabajar con los conceptos de *creencias*, *ideas*⁵⁶/*representaciones sociales* que conducen a prácticas sociales.

⁵⁵ “[...] todos los mundos forjados por nuestras ideas se oponen en nosotros a lo que sentimos como la realidad misma, al «mundo exterior»... esos varios «mundos interiores» son encajados por nosotros dentro del mundo real o exterior, formando una gigantesca articulación.” (53) [...] El hecho es que vivimos cada uno de esos mundos con una dosis de «seriedad» diferente, o, viceversa, con grados diversos de ironía”. (Ortega y Gasset, 1940:55) Según este autor, a través de la historia esa articulación se ha dado de manera diferente.

⁵⁶ Un acercamiento a éstos conceptos podríamos encontrarlos en los planteados por Georg Gadamer y Michel Agar en su filosofía hermenéutica bajo el nombre de Preestructuras, horizonte y fusión de horizontes (Gadamer), Tradiciones y quiebra con su proceso de resolución (Agar). Según Agar (1982:120), la gente existe necesariamente dentro de una tradición, en términos de la cual se ve a sí misma, a su mundo, a su pasado y a su futuro. Un individuo nunca puede situarse por completo aparte y examinar su tradición como si fuese un objeto, porque fuera de ella no hay nada en términos de lo cual pueda tener lugar la comprensión. La comprensión en otras palabras, tiene una “pre-estructura” (Gadamer,1975). El concepto de pre-estructura de Gadamer tiene que ver con el concepto de prejuicio y el concepto de tradición, para él

Finalmente, Abric sugiere tomar en cuenta tres tipos de factores que considera determinantes para las prácticas sociales:

a) *Factores culturales*, los cuales tienen que ver con parte de lo discutido en las representaciones sociales, relacionados con la historia del grupo y su memoria colectiva, recordando que las mujeres usuarias que cursan con embarazo de alto riesgo y/o con distocias, no son entes aislados, y que a pesar del aislamiento físico que el hospital o el encuentro médico impone no significa que se desprendan de su ser social. Destaca el papel de las representaciones que se anclan en una memoria colectiva transmitida por un conjunto de mecanismos (escuelas, familia, iglesia, movimiento asociativo) que apuntan a la recomposición social (Abric, 2001: 198).

b) *Factores ligados al sistema de normas y valores*, se refieren a que “no basta con que el individuo esté comprometido en una práctica para que la reconozca como suya y se la apropie. Las prácticas desarrolladas por los sujetos no pueden ser independientes de las normas y los valores a los que ellos se refieren, en todo caso, en la totalidad de las situaciones donde exista una opción posible entre conductas diferentes. (Ibid.: 198).

Finalmente, c) *factores ligados a la actividad del sujeto*, son aquellos vinculados a la capacidad del sujeto de construir y reconstruir sus representaciones, que puedan llevarse a una acción sobre la realidad. De tal manera que, de acuerdo con esta argumentación considero que las prácticas y representaciones se convierten en una diáda, en la que las primeras pueden determinar o no a las segundas y viceversa.

Ortega y Gasset reflexiona estupendamente al respecto de la siguiente manera:

prejuicio quiere decir un juicio que se forma antes de la convalidación definitiva de todos los momentos que son objetivamente determinantes (1996:337). Los prejuicios se relacionan con la determinación histórica.

En cuanto a la tradición como una forma de autoridad que se ha hecho anónima, y de nuestro ser histórico y finito, está determinado por el hecho de la autoridad de lo transmitido, y no sólo lo que se acepta razonadamente, tiene poder sobre nuestra acción y sobre nuestro comportamiento. La tradición es esencialmente conservación, y como tal nunca deja de estar presente en los cambios históricos. Sin embargo, la conservación es un acto de la razón, aunque caracterizado por el hecho de no atraer la atención sobre sí. Esta es la razón de que sean las innovaciones, los nuevos planes, lo que aparece como única acción y como resultado de la razón. Pero esto es sólo aparente. Incluso cuando la vida sufre sus transformaciones más tumultuosas, en medio del aparente cambio de todas las cosas se conserva mucho más legado antiguo de lo que nadie creería, integrándose con lo nuevo en una nueva forma de validez. (Gadamer;1996:350). Podemos percatarnos de que las Tradiciones o preestructuras muestran semejanzas en los planteamientos con lo que Ortega y Gasset reflexiona sobre las creencias.

Para Agar, la Tradición sería como un equivalente de la pre-estructura de Gadamer, dice, que estar enredado en una tradición no significa que no se pueda poner un fragmento de ella en la conciencia y examinarla reflexivamente. La reflexión consciente se suscita cuando surge un problema, cuando algo anda mal. El flujo rutinario de tradicionalidad que guía la vida cotidiana resulta perturbado y la conciencia se concentra en él. En síntesis, los problemas en la comprensión tienen lugar cuando se rompen las expectativas, cuando la tradición es incapaz de otorgar sentido a un suceso.

¿No es insensato hacer que penda nuestra vida de la improbable coincidencia entre la realidad y una fantasía nuestra? Insensato lo es, sin duda. Pero no es cuestión de albedrío. Porque podemos elegir –ya veremos en qué medida- entre una fantasía y otra para dirigir nuestra conducta y hacer la prueba, pero no podemos elegir entre fantasear o no...El posible acierto de sus fantasmagorías será todo lo imposible que se quiera, pero , aun así ésa es la única probabilidad con que el hombre cuenta para subsistir. La prueba es tan arriesgada que ésta es la hora en que todavía no ha conseguido con holgada suficiencia resolver su problema y estar en lo cierto o acertar...A fuerza de errar se va acotando el área del posible acierto. De aquí la importancia de conservar los errores, y esto es la historia...En la existencia individual lo llamamos «experiencia de la vida» (Ortega y Gasset, 1940: 51)

La acción de las usuarias y de los prestadores de servicios de salud puede también pensarse desde algunos planteamientos de Luckmann (1992⁵⁷). Veamos:

La acción pende como un “producto” de la sociedad que la posibilita y la produce. Los seres humanos no reaccionan únicamente a los estímulos que se les presentan. Tienen la capacidad de la elección, o bien siguen las reglas o normas de un orden social, o bien las rompen. Así que por un lado puede estar “rodeado” por un “impulso” social, pero finalmente está la decisión individual. Es decir, el ya tan debatido tópico de agencia individual (libertad individual para la acción) y la estructura (determinantes externos al individuo, podría decirse, sociales). Para Giddens el acto puede estar conducido por lo que él llama la conciencia práctica que forma parte de un control reflejo de la acción:

La mayoría de las formas de conciencia práctica podría no “tenerse en mente” en el curso de la realización de las actividades sociales, dado que sus cualidades tácitas o supuestas constituyen la condición esencial que permite a los actuantes concentrarse en tareas próximas. [...] No existen, sin embargo, barreras cognitivas que separen la conciencia discursiva de la conciencia práctica, como sí las hay entre lo inconsciente y lo consciente, en términos generales. (1997: 52)

Este concepto muestra similitudes muy cercanas al concepto ya revisado que planteó Ortega y Gasset, con el nombre de *creencias*.

Acción y confianza

Para Giddens, algunas decisiones para actuar, se basan en conclusiones inductivas derivadas de “tendencias previas o de una experiencia anterior” y a las que les atribuye en cierto modo credibilidad para el presente. Podría añadirse que no precisamente necesitan ser experimentadas directamente por la persona⁵⁸, pero en el caso de las usuarias, la experiencia propia y previa de una hospitalización anterior, o la de un familiar o alguna persona conocida pueden influir en su decisión

⁵⁷ La primera edición es de 1986.

⁵⁸ La experiencia, según Giddens (1997: 41), también puede ser mediada por *la intromisión de sucesos distantes en la conciencia cotidiana*. Cuando lo mundial afecta a lo local.

presente; lo mismo sucede en el caso de los prestadores de servicios de salud. Pero este tipo de fiabilidad no necesariamente es el sustento total de la confianza, la confianza “supone arrojarse a la entrega, implica una cualidad de “fe” irreducible”. (Giddens, 1997: 32)

La confianza como un elemento central en relación con situaciones o personas está más directamente relacionada, agrega, con la seguridad psicológica de individuos y grupos, y el confiar, no es siempre parte de decisiones tomadas conscientemente.

No se puede actuar reflexionando el acto todo el tiempo, hay cosas que hay que dejar en suspenso (del consciente), análogamente podría pensarse en la respiración pulmonar en el ser humano, cuando uno toma conciencia de ella puede alterar su ritmo, su profundidad, pero si la respiración dependiera de que tenemos que hacerla presente en nuestro pensamiento, nos pondría al borde de la locura, no podríamos ocuparnos de nada más, lo mismo sucede con nuestras prácticas o acciones cotidianas.

Así, en la vida cotidiana, para Giddens(1997: 54) el acechante caos de las situaciones más triviales o de las extraordinarias de nuestra vida, produce angustia y temor. Por lo que nuestra conciencia práctica, o nuestras creencias en palabras de Ortega y Gasset, son las que nos ayudan a dejar en suspenso esa angustia. No nos causa temor despertarnos por la mañana por la posibilidad de que estaremos flotando en la nada, es algo que sabemos que no es así, está en los profundos de nuestro ser, es parte de nuestra seguridad ontológica, de la confianza que tenemos, aunque no sea consciente, de que habrá tierra firme donde pararnos.

“...y esto es todos los días”: La rutina

La rutina, considera Giddens, junto con la conciencia práctica, nos brindan seguridad, disminución de angustia del caos de lo cotidiano, sin embargo, advierte que las diferentes circunstancias culturales son las que nos permiten adquirir “fe” en la coherencia de la vida cotidiana. (*Ibidem*)

La “fe” se encuentra estrechamente ligada a un compromiso emocional, cuyo origen, piensa, es en buena medida inconsciente y gracias a los aprendizajes de las experiencias tempranas de la niñez. Por tanto, regiones diferentes de crecimiento y aprendizaje, permitan anclajes existenciales diferentes de “fe”, de confianza, lo que para algunos es fiable para personas de culturas diferentes lo más probable es que no lo sea.

La sede hospitalaria es una zona altamente rutinizada, desde la organización de los turnos de trabajo, la asignación de obligaciones, la calendarización de actividades y la duración de las mismas. Las rutinas tienen mucha cercanía con la disciplina. “Las actividades rutinarias no se ejecutan nunca de manera automática” menciona Giddens al citar a Wigenstein (*Ibid.*: 56), por lo que no es extraño, que en cuestiones de deberes, se necesiten sanciones o reconocimientos para su ejecución.

No es extraordinario entonces, pensar por qué si es deber de la enfermera organizarse y estar al pendiente de las soluciones intravenosas del número de usuarias que tiene asignadas y que frecuentemente comparte con otras compañeras, el que los familiares acompañantes de las usuarias estén al pendiente de llamar con angustia a la “señorita” (como regularmente llaman a las enfermeras) porque la venoclisis se infiltró con sangre debido a que la solución se terminó.

Por otro lado, el mantener hábitos y rutinas es la mejor forma para enfrentar la amenaza de la angustia, “pero al mismo tiempo es un fenómeno cargado de tensión en sí y de por sí” (*Ibid.*: 56) Tener cierta confianza básica, es lo que el autor considera que ofrece el apoyo emocional más importante y que actúa como coraza protectora, y que nos permite corrientemente enfrentar los asuntos de la vida cotidiana. (*Ibid.*: 57)

En el hospital tenemos la interacción de un grupo de prestadores de servicios de salud totalmente heterogéneo, la característica que los integra es el desenvolvimiento de sus rutinas en la sede hospitalaria (la biomedicina), así que el contacto entre un personal médico que posee origen, lengua y educación diferente al de las usuarias, hace que estas últimas les parezcan totalmente disímiles a ellos en el desenvolvimiento de actitudes, comportamientos, lenguas, concepciones de la enfermedad y la vida distintas a sus representaciones y prácticas sociales, creencias o conciencia práctica. Las prácticas y representaciones de las usuarias de culturas diferentes parecen ininteligibles, distantes de lo que a ellos les proporciona seguridad ontológica, como lo es confiar en la medicina científica.

Finalmente, el concepto de representaciones sociales que sigo contiene aspectos tanto de los planteamientos de Mosovici-Jodelet-Abric, como de Ortega y Gasset y Giddens. En cuanto a que las representaciones sociales son la re-presentaciones del mundo, no hay una realidad objetiva, sino una realidad representada, reinterpretada por los individuos según el momento histórico y espacial en el que se desenvuelvan, a manera de ideas que construimos de manera consciente, pero que también da cabida a esas ideas que no son más cuestionadas, que ya no son conscientes porque se transformaron en creencias. Ambas nos dirigen en nuestras prácticas, actuamos algunas veces de manera automática

guiados por nuestras creencias o por el inconsciente si lo planteamos desde la psicología o el psicoanálisis, pero también cabe la posibilidad de que la duda aparezca y entonces nuestras creencias no pueden guiar más nuestra acción y recurrimos a la acción consciente de las ideas. Si bien, puede decirse que no hay una distinción tajante entre ambas, puesto que las ideas pueden transformarse en creencias, en un tránsito que lleva de lo consciente a lo inconsciente. Pero finalmente, de acuerdo con Jodelet, las representaciones pueden funcionar como sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado.

Mencioné a Giddens porque él plantea con su concepto de conciencia práctica algo muy similar a las creencias de Ortega y Gasset, como lo que guía nuestra acción sin pasar por la conciencia, pero que el autor británico ubica como lo no-consciente porque disiente en relegarlo a lo inconsciente. No se puede actuar reflexionando el acto todo el tiempo. Esta conciencia práctica o las creencias brindan además seguridad ontológica al individuo porque le aseguran confianza, y el confiar, no es siempre parte de decisiones tomadas conscientemente.

Hasta ahora el concepto “ecléctico” de representaciones y prácticas sociales que he construido podría aclarar el por qué puede existir incongruencia entre nuestro discurso y nuestra actuación, entre nuestras representaciones y prácticas. Agregaría que siguiendo a Abric en su planteamiento de los factores determinantes de las prácticas, existe en las representaciones y prácticas sociales una influencia externa del medio en el que se desenvuelve el individuo, y que deja entrever la influencia estructural, con lo que estoy totalmente de acuerdo. Luckmann a propósito sugiere que la acción pende como un “producto” de la sociedad que la posibilita y la produce. Pero también existe cabida a la agencia del individuo puesto que es quien re-presenta la realidad, la subjetiviza, la re-crea cuando la reproduce.

Ahora en el siguiente capítulo daremos paso a la descripción y análisis de las políticas de salud internacionales y nacionales, que son por sí mismas representaciones sociales de la población a la que los sistemas sanitarios biomédicos encaran y que llegan a convertirse, mediante la aplicación de las estrategias contenidas en los planes y programas de salud, en prácticas sociales.

Capítulo 2

Políticas de salud internacionales y nacionales que inciden en la perspectiva contemporánea de los programas sanitarios

...¿Qué nos queda?
volver sobre lo mismo,
o en el profundo sueño
de hormigas aferradas
a la naranja
que se traslada y gira,
penetrar
al único hechizo de cada noche
y al prodigio de cada día,
despertar.

(Fragmento)
Dolores Castro

El presente capítulo ofrece una perspectiva histórica, a través de la revisión de aquellos acuerdos internacionales que han sido trascendentales para los actuales planes y programas de salud materna nacionales y locales.

El capítulo inicia con la reflexión acerca de “Las políticas y planes de salud relacionadas a la salud materna-infantil”. A continuación, en el primer apartado “Plano internacional”; se realiza una revisión histórica sobre las propuestas internacionales trascendentales para el combate de la mortalidad materna y en pro de una maternidad sin riesgos; a la vez que se enfatiza en las directrices que influyen en los programas nacionales vigentes. En seguida, “Plano nacional” es un apartado que centrado en la descripción y análisis de las acciones contenidas en el programa actual *Arranque Parejo en la Vida (APV). Acciones para el combate de la mortalidad materna*.

Posteriormente, el apartado “Programas de salud destinados a la población indígena” incluye la reflexión sobre *Intentos en salud... ¿Con visión intercultural?*, apartado en el que se considera un breve recorrido histórico sobre la implementación de estrategias sanitarias dirigidas a poblaciones indígenas en Chiapas, las que revelan lo problemático de su ejercicio, sobre todo porque son llevadas a cabo de manera inconstante y con pocos esfuerzos destinados a favorecer sus condiciones de salud.

El siguiente apartado versa sobre “El riesgo obstétrico como directriz de acciones”. En él se analizan las implicaciones e infortunio de desarrollar los programas de combate a la mortalidad materna dirigidos por el enfoque de riesgo; por último, “Reorientación a través de la identificación y atención de urgencias obstétricas”, expone a manera de reflexión final la necesidad de modificar el enfoque de riesgo en el diseño y aplicación de estrategias dirigidas al combate de la mortalidad materna, por nuevas tácticas que garanticen la atención de urgencias obstétricas, pues es la falta de acceso a una atención oportuna lo que lleva a las mujeres del tercer mundo a la muerte.

Las políticas y planes de salud relacionadas a la salud materna-infantil

La salud materna ha sido un tema que se ha llevado al plano de la discusión internacional; esto ha sido motivado por la creciente preocupación sobre la mortalidad materna-infantil. Se asume que la muerte por causas relacionadas con el embarazo es una de las causalidades más previsibles involucradas en la mortalidad femenina en el mundo (Barnes-Josiah *et al.*, 1998: 981). La mortalidad

materna se considera como “uno de los indicadores más cercanos de las condiciones y grado de desarrollo de los servicios de salud otorgados a la población y como un indicador directo de la calidad de los servicios obstétricos” (Hernández *et al.*, 1993: 1) además de que “[la razón de muerte materna y la tasa de mortalidad infantil] siguen siendo dos de los indicadores que se utilizan para evaluar el bienestar de una población” (Freyermuth, 2004: 1)

En muchos países, sobre todo en los llamados de tercer mundo, la morbi-mortalidad materna se ha constituido como un grave problema de salud pública⁵⁹, sin embargo, en México y concretamente en Chiapas, su magnitud se ha reconocido sólo recientemente (Freyermuth, 2004: 1). Como consecuencia, en diversos e importantes encuentros internacionales forma parte de la agenda del debate de políticas y estrategias de salud en busca de acciones exitosas. Se han postulado propuestas que han logrado penetrar en la elaboración y/o ejercicio de políticas y estrategias sanitarias nacionales y locales, mediante la firma del compromiso de los gobiernos reunidos. Por lo tanto, la revisión de estos aportes es necesaria para comprender los antecedentes de las estrategias que impulsan los programas nacionales actuales de salud y sus aplicaciones locales.

Plano internacional

Al respecto, existen cuatro documentos internacionales con propuestas que se utilizan actualmente en programas nacionales de salud, tal es el caso del programa Arranque Parejo en la Vida (APV), uno de los programas prioritarios del plan sexenal de salud 2001-2006 del actual gobierno mexicano, que tiene que ver con el abatimiento de la muerte materna (MM) e infantil.

El primer documento es la *Declaración de Alma Ata de 1978* producto de la Conferencia OMS/UNICEF; el segundo, es el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993 *Invertir en salud*, realizado por el Banco mundial. El tercero, la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, celebrada en El Cairo, Egipto en septiembre de 1994. Finalmente se enuncian brevemente los acuerdos a los que en materia de mortalidad materna se comprometieron diversos países, entre ellos México, en la *Cumbre del Milenio en el año 2000*. En estos documentos se pueden encontrar

⁵⁹ Un trabajo al respecto es el de Rosario Cárdenas (2003). Asimismo, en el Programa de acción Arranque Parejo en la Vida se reconoce que en México se registran diariamente, cuatro defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año de edad, prevenibles con una buena atención médica (SSA, 2000: 13)

referencias concretas acerca de acciones emprendidas contra la morbi-mortalidad materna-infantil, aplicadas a los planes nacionales y locales vigentes como es el caso del Programa Arranque Parejo en la Vida (en adelante APV).

La preocupación mundial por las mujeres, como un grupo vulnerable, tiene antecedentes desde 1946, cuando la Organización de las Naciones Unidas (ONU) forma una Comisión relacionada con el estatus de la mujer; posteriormente en 1973 se busca integrar a la mujer al desarrollo. 1975 es declarado “el Año Internacional de la Mujer” y se genera una plataforma de discusión sobre la desigualdad entre hombres y mujeres como un problema social más que biológico. El periodo de 1976 a 1985 es designado por la ONU como la “década de la mujer”, asimismo en 1976 se crea el Fondo de las Naciones Unidas destinado al desarrollo de la mujer (UNIFEM 1976). fue utilizado en favor de las mujeres pobres de áreas rurales de países subdesarrollados (Freyermuth, 2000: 13).

Freyermuth señala que la preocupación por las mujeres y la elaboración de políticas dirigidas hacia ellas, sobre todo a partir de la década de los sesenta, acompaña la preocupación mundial por el advenimiento de la sobrepoblación. Situación por la que además afirma:

La constitución del Fondo para la Población de las Naciones Unidas en 1986, y las Conferencias Internacionales de Población de 1974 y 1984, en las que se delineó la política demográfica para los países en desarrollo, han marcado las líneas en el área de la salud reproductiva. (14) [...] Con la disminución de la mortalidad y la consecuente elevación de la población, la tendencia poblacional se inclinará naturalmente hacia un control de la fecundidad. (2000:15)

Declaración de Alma Ata 1978

Este ha sido un documento importante que desde su nacimiento se incluyó en la elaboración de programas de salud. El objetivo principal de esta declaración blandía que todos los pueblos del mundo alcanzaran en el año 2000 un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Propone la *Atención Primaria* de salud como clave para alcanzar la meta.

Dicha atención primaria debía orientarse hacia los principales problemas de salud de la comunidad, y planteaba la asistencia materna-infantil como parte de dichas actividades. Estas acciones exigían en grado máximo la responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud. Instaban a los gobiernos a formular políticas adecuadas en lo social y lo técnico de acción nacional, con el objetivo de iniciar y mantener la *atención primaria* de la salud a fin de lograr un sistema de salud completo.

Entre las estrategias nacionales en que la mayoría de los países coincidió, se encuentran:

- Abarcar a toda la población, con énfasis en los grupos humanos urbanos y rurales postergados; dentro de éstos a las familias en alto riesgo, incluyendo a madres y niños menores de cinco años.
- Necesidad de mejorar los niveles y perfiles de bienestar; incremento de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud; organización y participación de la comunidad para el bienestar; satisfacción de las demás necesidades básicas (empleo, educación, ingreso familiar, recreación, producción y consumo).
- Como estrategias principales: la atención primaria en salud y sus componentes de: Extensión de cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente; conjuntos programáticos para satisfacer las necesidades de los grupos prioritarios. Considera la salud materna-infantil con un enfoque integral de la familia, mediante la atención de la madre y niño, y la inclusión de acciones para el embarazo, parto y puerperio, tales como el incremento en la capacidad instalada —énfasis en la red primaria y desarrollo de las redes secundaria y terciaria de apoyo—; incremento de la capacidad operativa de los sistemas de salud, mediante la planificación, programación y evaluación sectorial e institucional, integradas en el desarrollo económico y social.
- Se insta a la reorganización del sector salud, y el uso coordinado de los recursos sectoriales.
- Se sugiere la formación y utilización de los recursos humanos necesarios para el desarrollo de la estrategia primaria y el proporcionar los servicios básicos de salud.

En estas recomendaciones se hace claramente hincapié en la *Atención Primaria* en salud, con énfasis en el fortalecimiento de la red primaria y el desarrollo de redes secundarias y terciarias; todas ellas forman parte de planes y programas en el actual ejercicio, como el programa APV.

Es notable observar que algunas de estas recomendaciones, de hace casi tres décadas, permanezcan en la actualidad tanto en programas de salud nacionales y locales. Hoy en día, la demanda de participación comunitaria y la responsabilidad individual en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, son estrategias que se toman en cuenta parcialmente, suele exaltarse que corresponde tanto a la comunidad como al individuo hacerse cargo de su salud, porque ya no se asumen como responsabilidad del Estado; sin embargo, se margina la participación y la intervención activa por parte de la población en la planeación de las políticas y programas de salud.

Además, muchas necesidades de la población aún no están satisfechas. Por un lado, el actual desamparo al fortalecimiento de la atención primaria de salud, la falta de desarrollo de las redes secundarias y terciarias y de trabajo coordinado entre ellas, dan pie a que en regiones como la de los Altos de Chiapas, la mortalidad materna alcance los niveles exorbitantes de hasta nueve veces mayor que la media nacional⁶⁰.

Desafortunadamente las metas previstas en la declaración no se lograron, fracasó el objetivo anhelado de “Salud para todos en el año 2000”. Perduran las demandas al incremento de la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, así como proporcionar a la población un perfil de bienestar que incluya la satisfacción de necesidades básicas⁶¹. La accesibilidad cultural, es una carencia del sistema sanitario público en geografías multiculturales como la de los Altos de Chiapas.

Otro punto importante de señalar y que causa controversia en nuestros días es la recomendación de “abarcar a toda la población”. La actual focalización de gastos en el rubro de la salud, a fin de combatir las principales problemáticas, ha significado un cambio en la protección universal de la población de otras políticas sanitarias.

Invertir en salud. Indicadores del desarrollo mundial 1993

La estabilidad económica actual de muchos países depende de préstamos y ayudas económicas internacionales que los países llamados del primer mundo o grandes potencias ofertan a los países menos acaudalados. Organismos como el Banco Mundial, son los que intervienen en la asignación de estos recursos además de que sugieren la manera en cómo convendrían destinarse.

En este informe se recomienda principalmente a los gobiernos a que cumplan con la obligación de *gastar acertadamente*; es decir, de *sacar el mayor partido posible al dinero*, esto significa, *asignar los recursos de forma que se obtenga el máximo mejoramiento posible de la salud, obtener un mejoramiento notable a partir de un número relativamente reducido de intervenciones eficaces en función de los costos*. Dicho de otra manera, se pretende *focalizar* el gasto a acciones estrictamente necesarias, como la inversión en la salud de los pobres. Alude al diseño de estrategias que resulten

⁶⁰ Ver Capítulo 1 en Justificación y planteamiento del problema.

⁶¹ Sobre el panorama epidemiológico y de otros indicadores sociales como educación y marginación se consideran en el siguiente capítulo.

económicamente eficientes y socialmente aceptables para reducir la pobreza y aliviar sus consecuencias, pero cuyos efectos contrarios hemos revisado.

Para lograr dichas metas se plantean principalmente tres ejes:

1. Fomentar un entorno que permita a las unidades familiares mejorar su salud. Esto significa seguir políticas de crecimiento económico que beneficien a los pobres; ampliar las inversiones en educación, en particular para las niñas, como surgiría en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) un año más tarde, promoviendo la emancipación y empoderamiento de las mujeres; proteger los derechos y la condición de las mujeres, dándoles oportunidades políticas y económicas y dotándolas de protección legal frente a abusos.
2. Mejorar las inversiones públicas en salud. Significa reducir el gasto público en centros asistenciales de tercer nivel, en la formación de especialistas y servicios discrecionales; optar por financiar y asegurar la adopción de un conjunto de medidas de salud pública; financiar y asegurar la prestación de un conjunto de servicios clínicos esenciales; y mejorar la gestión de los servicios de salud estatales.
3. Facilitar la participación del sector privado. Significa alentar el financiamiento y la oferta privada de seguros (con incentivos para contener los costos), para todos los servicios clínicos discrecionales; alentar la prestación de servicios clínicos privados, incluidos los financiados con fondos públicos; difundir información sobre desempeño y costos.

Éstas son las estrategias básicas propuestas. Dejan muy en claro que el Estado no puede financiar todos los servicios, así que la solución viable sería la de depositar la atención de la enfermedad en manos privadas y solamente permanecer con un paquete de acciones esenciales de bajos costos y con las acciones relacionadas a la salud pública. Establece que el objetivo primordial de la política pública debería ser el de promover la competencia entre todos los que prestan la atención (entre sectores público y privado). Decidir qué medidas de salud pública y/o servicios clínicos formarán parte del conjunto de acciones esenciales y cuáles quedarán fuera, en otras palabras, *focalizar*, priorizar y distribuir responsabilidades y la inversión en salud.

Hay un apartado sobre la salud materna en lo referente al embarazo y el parto sin riesgo. Se le reconoce como una problemática mundial con terribles consecuencias para los países en desarrollo, sus estimaciones al respecto eran que una mujer de cada cincuenta, aproximadamente, muere como

consecuencia de complicaciones del embarazo y el parto, mientras que en los países con economía consolidada muere sólo una de 2700. Señala, como antecedente, que la comunidad sanitaria internacional —incluidos el Banco mundial, la OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)— y distintos organismos de 45 países emprendieron en 1987 la Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgo. Su objetivo primordial ha sido reducir a la mitad el número de defunciones maternas para el año 2000. Entre los programas sanitarios recomendados en virtud de esa iniciativa se cuentan los de planificación familiar, la asistencia durante el embarazo, la atención prenatal y la asistencia obstétrica. Se proponen un programa que contenga:

- a. Información, educación y comunicación, destinados a crear demanda de servicios clínicos; advertencias dirigidas hacia las mujeres y otros, sobre los indicios y peligros que pueden presentarse durante el embarazo y el parto y la consecuente movilización de las comunidades para trasladar a los hospitales de distrito a las mujeres que sufren complicaciones.
- b. Atención obstétrica en la comunidad por enfermeras y parteras capacitadas en atención prenatal, administración de nutrientes, asistencia a parto normal, primeros auxilios obstétricos, remisión pronta y eficaz de los padecimientos con complicaciones graves, y aborto inducido sin riesgo.
- c. **Establecimientos asistenciales de distrito que presten servicios obstétricos esenciales** (operación cesárea, anestesia, reemplazo de sangre, procedimientos manuales y vigilancia del parto) y que practiquen la reanimación neonatal. Además, se recomienda mejorar los centros de salud y **elevar la calidad de la asistencia hospitalaria para tratar de manera más adecuada las complicaciones obstétricas.**

Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (CIPD)

Celebrada en el Cairo, Egipto en 1994, consideró como tema central la “Acción para el siglo XXI: Salud y derechos reproductivos para todos”. El mensaje central era que las cuestiones de

población son cuestiones de desarrollo y las propuestas se orientaban principalmente a la reducción de la pobreza, *la emancipación de la mujer*⁶², el crecimiento económico y el cambio en los estilos de vida.

Uno de los temas primordiales es la promoción de *la emancipación de la mujer así como la igualdad y equidad de género*. En las propuestas se reconoce que las mujeres y niñas adolecen de mala salud debido al limitado poder que tienen respecto a su vida sexual y reproductiva, así que, se propone eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer, de manera que le permita ejercer sus derechos a la salud sexual y reproductiva y propiciar su igualdad de representación en todos los niveles de la vida política y pública; eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres, las adolescentes y las niñas; aumentar la conciencia pública acerca del valor de las niñas; velar porque el hombre y la mujer tengan acceso a información, educación y servicios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus responsabilidades y derechos reproductivos; aumentar el nivel de educación de niñas y mujeres ya que contribuye a su emancipación, retrasar la edad en que suelen contraer matrimonio, así como reducir del tamaño de las familias y aumentar así la supervivencia de los niños.

Se alienta a los gobiernos a aplicar y hacer cumplir con todos los acuerdos, leyes nacionales y convenciones internacionales vigentes, además de pedir tanto a gobiernos y organizaciones no gubernamentales (ONG) que inviertan en la educación, el desarrollo de aptitudes y la salud de las mujeres y niñas.

Asimismo reconoce que *medio millón de mujeres mueren cada año por causas evitables relacionadas con el embarazo*. Hace hincapié en las propuestas con enfoque integral que incluyan información, asesoramiento, educación; atención perinatal, parto sin riesgo y atención postparto. En relación a la prevención y tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos hay un apartado que reconoce esta problemática y habla de los efectos que tienen los abortos provocados y su falta o insuficiencia de atención como causa de mortalidad materna. Insta a promover la salud de las mujeres y así reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones y clama por el acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de los abortos.

Entre los grupos sociales con menos servicios y *mayor vulnerabilidad* incluye a *adolescentes, pobres rurales y urbanos, pueblos indígenas, personas con discapacidad, migrantes, y refugiados*. Anima a velar por la seguridad y la **sensibilidad** de los servicios para **mujeres, hombres y adolescentes**.

⁶² El uso de cursivas y de negritas es mío.

Alberga la propuesta ambiciosa de **reducir la mortalidad y morbilidad maternas a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y disminuirlas nuevamente a la mitad para el año 2015**, además de aminorar las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre países, regiones geográficas y **grupos étnicos**. Propone facilitar el acceso a servicios integrales de salud reproductiva y medidas **educativas sobre la maternidad sin riesgo**, atención y orientación prenatal con **hincapié en el embarazo de alto riesgo**, asistencia adecuada del parto por personal calificado, **atención obstétrica de emergencia**, atención del postparto y del recién nacido, acompañados por la **mejoría en la utilización de los servicios y la satisfacción de las usuarias**.

Finalmente, impulsa la reforma de la capacitación y la administración de los programas. Sugiere movilizar y consignar los recursos para mejorar la calidad de vida para todos y todas, propiciar la equidad y el pleno respeto de los derechos individuales y fomentar el desarrollo sustentable. Propone lograr la cooperación internacional, mediante la movilización de recursos financieros adicionales de diferentes orígenes, lo cual involucra tanto a la comunidad internacional como a los países en desarrollo y los países con economías en transición.

Declaración del Milenio del año 2000

Como parte de los acuerdos para “El desarrollo y la erradicación de la pobreza”, existe en esta declaración un acuerdo específico, el número 19 donde se propone la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, para el año 2015, equivalente a 75 % respecto de las tasas de ese año. Se decide además en el acuerdo número 20:

Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible.

Se reafirma nuevamente la participación de la mujer como un elemento clave para la mejoría de la salud, economía y el nivel de vida de la familia.

Algunas de estas propuestas se han ido incorporando en la elaboración de planes y acciones de la política sanitaria de diversos países. Destaca la aplicación de los lineamientos propuestos por el BM —como la focalización del gasto—, que permea hasta las acciones sanitarias locales. Ciertas propuestas reconsideradas en la elaboración de planes y programas contemporáneos permanecen en la arena discursiva, su ejecución se posterga, o bien, su aplicación ha servido como requisito para préstamos monetarios tanto de parte del propio BM como del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Uno de los mayores efectos de esta política es la focalización del gasto, que ha significado dejar a un lado las estrategias de cobertura universal que solían llevarse a cabo. Ejemplo clásico al respecto es “invertir en la salud de los pobres”. En México, el programa Oportunidades es el que acomete tal objetivo. Boltvinik (2003) discute el tema de la focalización de gastos en salud citando el ejemplo del programa Oportunidades, que tiene coyunturas con el programa de APV en cuanto al cuidado de la salud materna-infantil.

Oportunidades se basa en el otorgamiento de ayudas económicas a las familias que cumplan con ciertas condiciones, principalmente la de pobreza extrema. El dinero es entregado a las mujeres, condicionado a que las familias cumplan con ciertas actividades. Referente a la salud, se obliga a que mujeres y niños asistan de forma regular y periódica a los centros de salud, ellas para atenderse primordialmente sobre cuestiones de salud reproductiva, tales como: El estudio periódico del papanicolau; el control prenatal en caso de estar embarazada; en algunas ocasiones, se presiona para que se conviertan en usuarias de métodos anticonceptivos. Su cumplimiento garantiza la continuidad de la ayuda económica, pero su incumplimiento es causa de llamados de atención y penalizaciones que al acumularse se traducirán en el retiro de la ayuda económica mencionada.

En el caso de los programas de focalización dirigidos a grupos vulnerables⁶³, la imposición de un criterio para clasificar e incluir sólo a la población que será beneficiaria acarrea el problema de incluir a gente que mienta para ser incluida, y lo más grave, de dejar afuera a gente que en realidad necesitaría convertirse en beneficiaria. Boltvinik afirma que Oportunidades tiene altos niveles de exclusión.

Además de invadir la privacidad por la verificación visual y verbal de los datos aportados por el solicitante, una situación preocupante es la creación de lo que Sen llama *pequeños potentados*, que vendrían siendo “cotos de poder”. Algunos de esos pequeños potentados son factibles de aparecer entre quienes se encargan de las acciones de salud en Oportunidades. Boltvinik considera que

Por ejemplo, en Oportunidades un ejército de médicos, enfermeras, profesores de escuela, verificadores de las respuestas son los que “ponen la palomita” (certifican asistencia a la escuela, a la clínica o que se

⁶³ Boltvinik cita la opinión de uno de los más destacados estudiosos de la pobreza en el mundo, Amartya Sen, quien afirma que:

Concebir los objetos de la focalización como pacientes y no como agentes, puede menoscabar el propósito de erradicar la pobreza [...] El punto teórico que la sustenta [a la focalización] es muy claro: mientras más certero sea un subsidio en llegar a los pobres [y sólo a ellos], menor será el desperdicio y menor el costo para alcanzar el objetivo deseado.

cumplen las condiciones), sin la cual se pierde o no se obtiene el subsidio, lo que les da un pequeño poder que es ingenuo pensar que no se usa en provecho propio en formas de corrupción diversas.

La utilización forzada de los servicios de salud oficiales, ocasiona que las usuarias experimenten incomodidad y desarrollen disgusto hacia la atención médica de primer nivel. Se distorsiona y desvirtúa la imagen –como representación social- de la atención primaria de salud, de la búsqueda de atención médica y del mismo autocuidado de la salud; ocasionada por la coartación de la libertad de las mujeres en la decisión sobre su salud y sus cuerpos. Esta circunstancia podría generar graves consecuencias, como el ocultamiento de embarazos por no querer utilizar los servicios de salud biomédicos de manera impuesta.

Por otro lado, Boltvinik hace notar dos errores frecuentes en la focalización: El de la omisión o exclusión de beneficiarios y el de la inclusión de beneficiarios que no se apegan a los criterios de selección. En un estudio llevado a cabo por Cornia y Stewart, nombran como errores F a errores de omisión o exclusión de los pobres, y errores E a los de inclusión de los no pobres. Los autores analizaron programas alimentarios, tanto focalizados como los de subsidios universales, en ocho países, incluyendo a México. Los resultados muestran que los subsidios universales tienen altos errores E (de inclusión) y bajos errores F (de exclusión), lo que mejora la distribución del ingreso. En cambio los programas focalizados tienen altos errores F y bajos errores E, lo cual significa que en los programas focalizados absurdamente se excluyen u omiten a beneficiarios que deberían de formar parte del programa; lo mismo podría suponerse que sucede con Oportunidades. La propuesta de Alma Ata de abarcar a toda la población, como clara muestra de una propuesta de universalidad, ha sido desplazada por la estrategia de la focalización, pretendida panacea para optimizar recursos, pero que a fin de cuentas, causa un deterioro más grave en la población “doblemente” excluida.

Plano nacional

Estrechamente vinculado a la planeación de la política sanitaria está el proyecto de nación de un gobierno. Un grave y sentido problema en México, ha sido la falta de continuidad, entre las administraciones sexenales, y la carencia de un proyecto a largo plazo en muchos rubros, no solamente en el sanitario. Cada sexenio, tras la llegada de un nuevo Presidente de la República Mexicana, se

adviene un cambio en la política y las estrategias sanitarias. Por un lado, el presupuesto destinado al gasto en salud fluctúa con cada administración, como ejemplo, el presupuesto de 2004 del gobierno federal para atender las necesidades de las mujeres quedó en 4 mil 166 millones, 100 mil 548 pesos. El otorgado en 2003 fue de 4 mil 616 millones 409 mil pesos, lo que significa una reducción de 450 millones 308 mil 452 pesos. La propuesta inicial del presidente Fox era de mil 981 millones 311 mil 55 pesos, había eliminado de la lista de programas como el de Cáncer cérvico-uterino, Arranque Parejo en la Vida y Violencia contra las Mujeres, que fueron reintegrados mediante la propuesta de las diputadas de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados (Aguirre, 2004).

A pesar de que algunos planes de salud mantengan su continuidad, sobre todo en cuanto a acuerdos internacionales, y los objetivos en apariencia permanezcan inamovibles, como los proclamados “Salud para todos”, “Bienestar para la familia”, “Por una vida mejor”, etcétera, los programas y estrategias en salud han sido el objeto de transformaciones y reestructuraciones profundas.

Por una parte, el cambio viene desde el proyecto propuesto por el poder ejecutivo, que pasa al poder legislativo en busca de su aprobación; al ser aprobada la propuesta, se llevará a cabo a nivel nacional, pero también las secretarías de salud de cada estado tienen ingerencia en la forma de su aplicación por medio del proceso de descentralización, lo que conlleva adecuaciones y el posible desarrollo de otros planes y estrategias de acuerdo a los problemas de salud específicos en su población. Así que mientras que el proyecto propuesto nacionalmente sirve de hilo conductor a través de la Secretaría de Salud (SSA), cada estado puede adecuarlas a su panorama de salud/enfermedad/atención (Ver más sobre esta vinculación estatal-nacional en Freyermuth; 2004 :2).

Otro aspecto relevante acerca de la discusión sobre la cercanía del proyecto político de nación y las políticas de salud, es a un nivel más local. Freyermuth (2004) aporta dos escenarios en los que hay que reparar para el análisis de la puesta en marcha de los programas dirigidos a resolver la mortalidad materna en el estado de Chiapas. Estos dos escenarios se convierten bajo su análisis en dos ejes de reflexión: el primero de ellos está integrado por “las condiciones de vida, de pobreza y marginación que se viven en algunas regiones de Chiapas y el segundo, el contexto político que priva tras la llegada del nuevo gobierno de la coalición [el actual]” (*Ibid.*: 3) Me interesa destacar el segundo, puesto que traza un escenario con hechos que aparentemente se ubican lejanos a el problema de la mortalidad materna, pero que “se concatenan y dan como resultado, ya sea para bien o mal, en

políticas, programas y puesta en marcha de actividades que no necesariamente van dirigidas a resolver los problemas más apremiantes” (*Ibidem*)

Se apunta concretamente al programa intersectorial “Por una Vida Mejor” puesto en marcha a raíz de la crisis que se dio en el Hospital de Comitán por el fallecimiento de 32 recién nacidos en diciembre de 2002. De acuerdo con la autora, estas circunstancias se han reportado también en la región de los Altos, pero que al captar la atención de los medios de comunicación, la situación se desbordó y el Gobernador del estado, Pablo Salazar Mendiguchía, instauró *Por una Vida Mejor para las Mujeres, las Niñas y los Niños de Chiapas* como una táctica política, “como parte de una estrategia de manejo de medios que fue contratada por la secretaría de comunicación del gobierno del estado” (*Ibid.*: 13).

Arranque Parejo en la Vida (APV). Acciones para el combate de la mortalidad materna

A partir del esfuerzo concertado a nivel mundial, para la realización de la Conferencia sobre la Maternidad Sin Riesgos en Nairobi en 1987, se buscó centrar la atención en este problema y buscarle solución (Maine; 1991: 18).

Freyermuth menciona que México se une a la *Iniciativa por una Maternidad Sin Riesgos* en el año de 1993, misma que se caracterizó por el eclecticismo de los participantes, ya que “parteras, legisladores, grupos de mujeres, periodistas prestadores de servicios e investigadores se dieron cita para analizar los riesgos en la maternidad, confrontar experiencias y poner en marcha una iniciativa en común” (2000:19). A partir de entonces se forma el *Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos* y se redacta una declaración donde se establece el objetivo de disminuir la mortalidad materna a nivel nacional; se promovió entonces la creación de comités estatales, y no es sino hasta el año de 1998 que se crea el Comité estatal en Chiapas. (Freyermuth, 2000).

El Comité Nacional por una Maternidad Sin Riesgos ha sido un actor fundamental para que la muerte materna se reconociera como un problema grave de salud pública en el país y en Chiapas. Es gracias al reconocimiento de las dimensiones de la problemática que los actuales gobiernos federal y estatal (2000-2006) no pudieron dejar de considerar el diseño y aplicación de estrategias en materia de salud materna como parte de los planes de salud de su mandato. El Programa de Acción: *Arranque*

Parejo en la Vida es parte del *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, “cuyo propósito es lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los dos años de edad” (SSA, 2002: 13). El APV establece “un esquema operativo de 16 acciones básicas, integradas en cuatro componentes sustantivos así como de 16 acciones de apoyo agrupadas en cuatro componentes estratégicos” (*Ibíd.*: 17)

En este programa, se reconoce a las **mortalidades materna** e infantil como dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género, así como un problema multifactorial relacionado a la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como a factores socioeconómicos y culturales, que afectan **primordialmente** a las entidades federativas **con menor desarrollo económico, como las comunidades rurales y a las poblaciones indígenas**. Estos últimos aspectos son los mismos que se mencionan en el documento de Cairo 1994, el hincapié es sobre los grupos más vulnerables como los pobres rurales y urbanos, y los pueblos indígenas.

Su planteamiento parte de un diagnóstico sobre la situación de la mortalidad materna-infantil, y entre las “principales causas de muerte materna” menciona: “preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan 68% del total de las defunciones maternas” (*Ibíd.*: 21).

Existe un vacío en la mención de los factores socioeconómicos y culturales involucrados en la causalidad de muchas muertes maternas así como lo que se entiende por ese concepto. Se está considerando únicamente el punto de vista biomédico (medicalización de las causalidades y la reducción a la unicausalidad) como *principales causas de muerte materna*. Se deja de lado que independientemente que una mujer pueda morir por una hemorragia o una preeclampsia-eclampsia, esto se deba a no haber tenido ningún control prenatal y por lo tanto, que los servicios de salud no estuvieran al tanto de la existencia de ese embarazo; o que los familiares o la misma mujer embarazada no interpretara algunos signos y síntomas como señales de una urgencia obstétrica⁶⁴; o el haber demorado demasiado tiempo en la decisión de acudir en busca de ayuda; o el utilizar una red primaria de ayuda que no está capacitada para resolver una urgencia obstétrica; o el no contar con los recursos tanto de transporte, como económicos para poder salir de su localidad a un centro de atención en

⁶⁴ La *Urgencia obstétrica* en el Programa Arranque Parejo en la Vida (APV) se define como: complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio, que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer o la del producto.

donde podría resolverse de manera satisfactoria tal urgencia obstétrica en caso de que cuente con el personal y la infraestructura necesaria para realizarlo.

Hay un breve reconocimiento de otros factores como parte de los *Retos* a los que se enfrenta el programa APV, “[...]que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto...” (*Ibid.*: 26) tales como: “ la falta de atención prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto...” (26). Sin embargo, se dejan fuera factores tales como la economía familiar, la importancia que pueda tener para la familia el que la mujer embarazada sea atendida, y se enuncia el problema de accesibilidad como una de las principales variables que influyen en la muerte materna, sin explicitar claramente que además de geográfica también hay una inaccesibilidad cultural.

APV documenta que para el año 2000, 17% de las muertes maternas ocurrió en el hogar y poco más del 65% se presentó en hospitales públicos. El panorama chiapaneco no se acerca a estas estadísticas, ocurre lo contrario, porque la mayoría de la población de la región Altos, en donde se presentan las más altas razones y tasas⁶⁵ de mortalidad materna, no reciben atención médica alguna. Al respecto, Freyermuth señala que en los Altos “el 71% de hombres y mujeres en edad adulta mueren sin atención médica institucional o privada.” (2004:6)

APV tampoco profundiza ni subraya el alto porcentaje de defunciones en hospital público (65%) en el rubro del *Lugar donde ocurrió la defunción*. Autores como Hernández *et al.* en un estudio realizado en 1993 sobre factores de riesgo para muerte materna hospitalaria⁶⁶, construyeron el perfil de las mujeres con mayor riesgo para la muerte materna hospitalaria: mujeres de baja escolaridad, de nivel socioeconómico bajo y con una alta proporción de no derechohabencia; vivir con condiciones de hacinamiento en sus viviendas (una persona más por habitación en comparación a los controles), y puntajes inferiores en las condiciones de sus viviendas.

En cambio, no se encontraron diferencias en cuanto a la asistencia a control prenatal, pero sí con respecto a las barreras para la utilización de los servicios de salud. Indican que “si bien la distancia y el tiempo pueden ser considerados como factores de riesgo, son los aspectos relacionados con la búsqueda y obtención de atención los que tienen un efecto mayor sobre la mortalidad materna”

⁶⁵ Razón de muerte materna: Número de muertes maternas por 10, 000 nacidos vivos.
Tasa de muerte materna: Número de muertes maternas por 10, 000 mujeres en edad reproductiva.

⁶⁶ Langer y Hernández realizaron su investigación en un panorama similar al presentado en las estadísticas de APV 10 años después (2000), mencionan que entre 1989 y 1990 un 60.5% de las muertes maternas ocurrieron en unidades hospitalarias. (1993:1)

(Hernández *et al.*, 1993:21); es decir, el ser atendida en el primer lugar en donde se solicitó la atención funcionó como factor protector, pero al ajustar este factor con el nivel socioeconómico, el efecto del factor protector desapareció, sólo permaneció el del nivel socioeconómico. Así también, otros factores protectores resultaron ser el uso de métodos anticonceptivos y el que la mujer embarazada viviera con una pareja, o la combinación de vivir en una mejor situación económica y con pareja, puesto que están en mejores condiciones para buscar atención oportuna en caso de necesitarla (*Ibíd.*: 21). A ninguno de estos factores hace referencia el APV en su primer capítulo, que es donde expone el diagnóstico de mortalidad materna e infantil.

En el año 2002, año de publicación del documento de APV, al estado de Chiapas se le ubicó entre las 10 entidades que concentraban 67.3% de las muertes maternas (1310 muertes para ese año 2002) y como uno de los estados que tiene una tasa de mortalidad materna mayor de 4.9 por 10 000 N.V.R.⁶⁷ superior a la media nacional de 4.68 10 000 N.V.R. Además, hay que señalar el grave problema de subregistro sobre mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas, como en regiones enteras del estado de Chiapas.

El programa de APV consta de cuatro objetivos: el primero que es idéntico al enunciado como propósito general, apuesta a lograr “una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo parto y puerperio...” (*Ibíd.*, 33) El concepto de cobertura universal podría verse contravenido porque el documento de APV deja claro que el programa se llevará a cabo en las instituciones de salud que cooperen; además, en cuanto al nombramiento de Clínica Sí Mujer u Hospital Sí Mujer, necesitan garantizar un mínimo de parámetros para hacerse acreedores a tal designación.

El segundo objetivo versa sobre la disminución de la mortalidad materna con prioridad en las regiones con mayor incidencia y número de defunciones. El tercer objetivo tiene que ver con la disminución de las mortalidades neonatal e infantil.

Tiene además como cuarto objetivo el de sumar esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las instituciones del sector privado y, **de manera particular, de las organizaciones no gubernamentales**, o “[...] conjuntar los esfuerzos de sociedad y gobierno para la operación de APV” (SSA, 2000:33). Esta recomendación aparecía desde el documento del Cairo 1994, que sugiere la movilización de recursos adicionales de diferentes orígenes, pero se refiere sobre todo a alentar la cooperación internacional; dicho de otra manera, la ayuda de los países con una economía

⁶⁷ N.V.R. significa Nacidos vivos registrados.

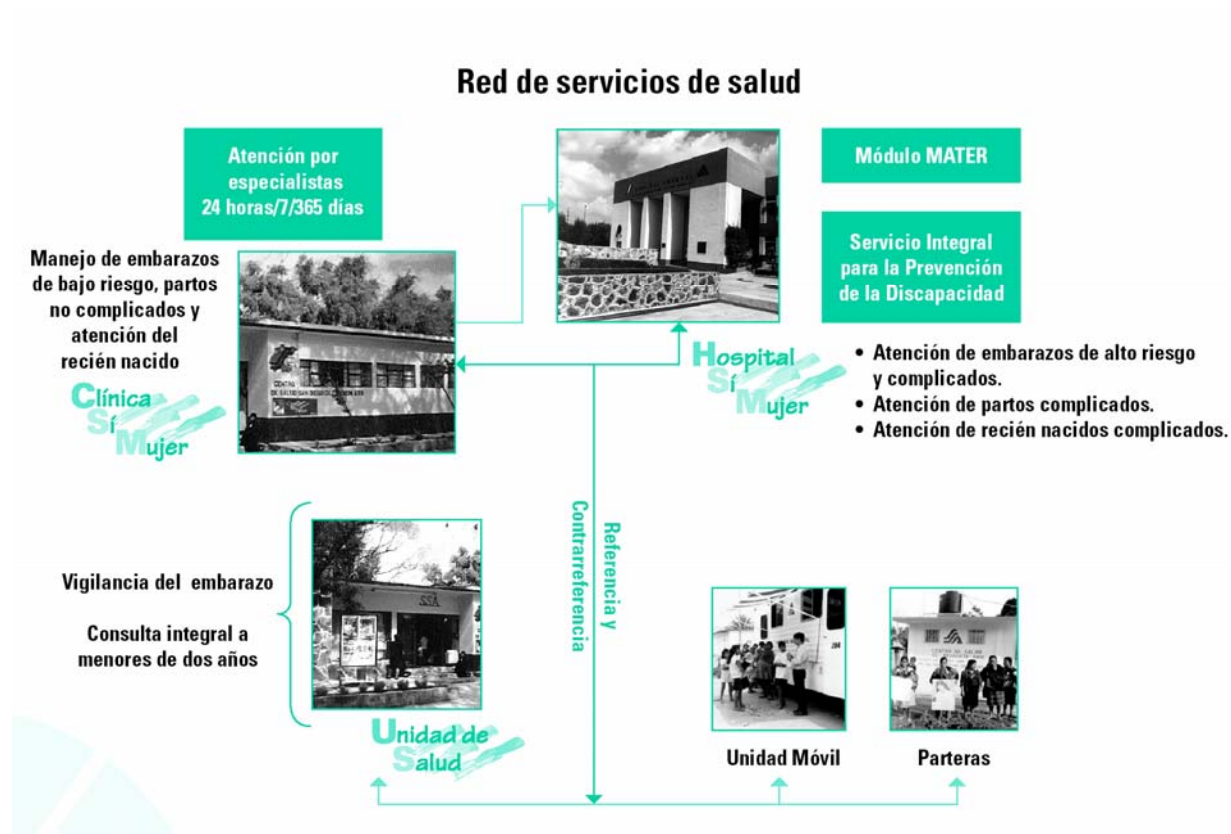
consolidada a los llamados países en vías de desarrollo, pero la sugerencia específica de “echar mano” de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) proviene del documento del Banco Mundial de 1993, donde se advierte promover la participación del sector privado.

Cuando APV se puso en marcha oficialmente, el 10 de mayo de 2001, y fue posteriormente presentado en noviembre de ese mismo año por el secretario de salud, Julio Frenk y la esposa del presidente, Marta Sahagún, se dijo entonces que el programa funcionaría con apoyo del sector público y de la iniciativa privada (Vergara; 2004: 30). Pero la participación del llamado *sector privado*, se ha visto enrarecida por los manejos sospechosos y perdedizos del dinero que se ha recaudado en aras de destinarlo a proyectos donde participa el Estado, tal es el caso de la fundación que preside Marta Sahagún, llamada “Vamos México A.C.” que aportaría fondos designados a APV. En 2002 Vamos México obtuvo 290 millones de pesos para APV, pero sólo gastó 10 millones, ese mismo año en su informe del mes de noviembre, reportan que Telmex dio un donativo de 150 millones destinados a APV, pero sólo se aplicaron 80 millones (*Ibid.*: 31). Las incongruencias entre los donativos percibidos y el uso de los mismos, resultó en un escándalo que encontró eco en los medios masivos de comunicación cuestionando los manejos de esa asociación civil, que captó recursos que no fueron destinados a los propósitos originales⁶⁸.

Para poner en marcha el funcionamiento de APV, se pensó en priorizar las regiones con mayor incidencia y número de defunciones, recomendación que también se encuentra tanto en el documento del Cairo 1994 como en el del BM de 1993.

En cuanto a la Red de Servicios, se propuso fortalecer la cobertura y la calidad en la atención de la mujer con la pretensión “de operar la regionalización de los servicios, para facilitar la referencia y contrarreferencia de los pacientes” (SSA, 2002: 34). Esta Red de servicios está integrada por diferentes componentes, proyecta incorporar el primer nivel (parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles) que se encargará del control prenatal y la detección de embarazos de riesgo. Los de riesgo obstétrico serán referidos a la Clínica Sí Mujer.

⁶⁸ Situación que acentúa la sospecha de que la asociación Vamos México subyace como vehículo para las aspiraciones políticas de la esposa del actual presidente de la república.



La Clínica Sí Mujer es una unidad de salud que cuenta con personal capacitado, con equipo e insumos necesarios para atender los embarazos normales y los partos de bajo y mediano riesgo, con atención las 24 horas del día, los 365 días del año.⁶⁹ (SSA, 2002: 34)

Estas clínicas a su vez deben referir a la usuaria a un Hospital Sí Mujer; dicho Hospital debe contar con un Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo (MATER), donde habrá personal especializado capaz de resolver los embarazos de alto riesgo, "tanto para su vigilancia estrecha o la atención del parto y puerperio" (*Ibid.*: 35). Además el documento de APV agrega:

Estos hospitales cuentan con personal sensibilizado y motivado y con capacidad técnica, equipo e insumos para la resolución de las complicaciones obstétricas que le sean referidos. (*Ibidem*)

⁶⁹ En la cabecera municipal de Tenejapa, Chiapas, lugar con el número más elevado de muertes maternas en lo que va del año 2004, la unidad médica designada como Clínica Sí Mujer, funciona con dos médicas pasantes, que no están capacitadas para la atención de algunas urgencias obstétricas como la extracción manual placentaria, no cuentan con oxitócicos ni con anticonvulsivantes, y el traslado de cualquier usuaria con una urgencia obstétrica tiene que esperar a que se tramite el uso de la ambulancia en la presidencia municipal, lo que en ocasiones por la dilación se deja de lado y las mujeres son trasladadas en un taxi que paga la usuaria y su familia o las médicas pasantes. Estas médicas además no se encuentran disponibles las 24 horas en la Clínica Sí Mujer.

Programas de salud destinados a la población indígena

Intentos en salud... ¿con visión intercultural? Política sanitaria dirigida a pueblos indígenas

En el devenir histórico mexicano la estrecha relación entre el proyecto de nación y la política sanitaria del gobierno en turno (Page, 2002), trajo como consecuencia que el Estado mexicano se ocupara de la elaboración de acciones sanitarias dirigidas a la población indígena. El primer paso fue el reconocimiento de una atención específica hacia los pueblos indios. Las primeras experiencias tenían una marcada filosofía integracionista, es decir, conseguir la integración de los pueblos indios con el resto de la población a través del mestizaje. Es importante recalcar que no se trataba únicamente de estrategias sanitarias *per se* sino que cumplían finalidades del proyecto de nación. En la década de los cuarenta, se llevaron a cabo las primeras acciones sanitarias a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Para la década de los cincuenta es el Instituto Nacional indigenista (INI) quien se hace cargo de la creación de las primeras clínicas en regiones indígenas, en los Altos de Chiapas. (Ibíd)

Es hasta la década de los setenta que se instituye un programa federal IMSS-COPLAMAR, responsable de las acciones de salud dirigidas a los grupos indígenas. En 1979 surge el primer proyecto que buscaba interrelacionar a la medicina indígena tradicional con la medicina oficial, llamado “Medicinas paralelas”, el cual permitió la construcción de huertos de plantas medicinales aledaños a los puestos médicos. Sin embargo, esta interrelación no logró derribar las asimetrías de poder de la medicina oficial o científica que continuó relegando y normando el ejercicio de la medicina tradicional. El IMSS-COPLAMAR cambia de nombre en los sexenios que habrían de venir, y es rebautizado como IMSS-Solidaridad en 1991; ahora, IMSS-Oportunidades.

Varios autores han hecho amplia referencia a las políticas sanitarias dirigidas a poblaciones indígenas (Por ejemplo: Favre, 1973; Freyermuth, 1992; Page, 2002). Lo que es importante destacar de la breve reseña histórica, es que los intentos por establecer una política sanitaria dirigida a poblaciones indígenas son inconstantes, se consideran como un “problema” que hay que resolver, más que como un proyecto necesario e incluyente. Hay esfuerzos que despegan pero al poco tiempo ya no hay suficientes recursos para desarrollarlos o interés por hacerlo. Parece aún lejana una visión intercultural efectiva y a largo plazo en nuestro sistema de salud, en particular, para regiones como la de los Altos de Chiapas,

donde la elevada presencia de diferentes etnias son prueba de la necesidad de repensar la ideología y práctica médica oficial, desde puntos de vista diferentes.

Las acciones locales

APV en Chiapas: ¿E.S.P.E.S.I.?

El Instituto de Salud en Chiapas, como parte del Plan Municipal de Salud, puso en marcha a nivel regional “un programa de intervención” a nivel micro-regional, que supuestamente se desprendía del programa nacional Arranque Parejo en la Vida (APV), como una adaptación estatal y regional que empezaría a operar tanto en la Jurisdicción III de la región Fronteriza, como en la Jurisdicción II de la región Altos del mismo estado, ésta última es a donde pertenece el Hospital General I de San Cristóbal de Las Casas, que tiene su sede en ésta última ciudad. El programa era llamado E.S.P.E.S.I. (Embarazo Sano, Parto Exitoso, Sobrevivencia Infantil). En una entrevista realizada en Julio de 2003 con el Jefe de la Jurisdicción II, este nos proporcionó la información de este “programa”, señalando que se trataba de “una versión regional de APV”. En el material proporcionado se menciona que la misión de E.S.P.E.S.I. es “garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones. Así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los 5 años”. Consta de cuatro objetivos:

Intervención en el Marco del Plan Municipal de Salud.

Condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento y hasta los cinco años de edad.

Disminución de la mortalidad materna.

Disminución de la mortalidad neonatal e infantil y detección oportuna de los defectos al nacimiento para reducir las discapacidades en la infancia.

Tiene entre sus líneas de acción importantes, la de atender *urgencias obstétricas*, que involucra al segundo nivel de atención, e incluye un plan de capacitación con *enfoque de riesgo* para médicas(os) y enfermeras (os). Otra acción es la del “Seguimiento del Embarazo, Parto, Recién Nacido y Puerperio”, con el apoyo de los comités de salud locales. En la capacitación se propone conseguir que el personal prestador de servicios logre: Reconocer factores de Riesgo; identificar signos de alarma; manejar planes de tratamiento; referir oportunamente a unidad de salud.

Finalmente, la otra acción relevante mencionada es la de la Vigilancia Epidemiológica activa, en la cual una de las actividades más importantes sería la detección de embarazos de alto riesgo, y la referencia oportuna por niveles de atención; ésta última se haría mediante la utilización de un instrumento llamado E.S.P.E.S.I.

En entrevista con la Jefa de Epidemiología de la Jurisdicción II, la Dra. Alieth Bencomo, aclaró, que E.S.P.E.S.I es un instrumento de recolección de información para la vigilancia epidemiológica de las mujeres embarazadas y niños de hasta 60 meses de edad. Freyermuth (2004: 20) refiere que aunque E.S.P.E.S.I. inició como una versión estatal de APV, era “políticamente incorrecto cambiar el nombre de un programa sexenal federal, [y] se propone a E.S.P.E.S.I. como una estrategia, no como un programa”.

De acuerdo con Freyermuth (2004: 17), APV comenzó en Chiapas durante el 2002 en la región Fronteriza (Jurisdicción II) y en la región Altos, (Jurisdicción II), centrando sus actividades en la detección de embarazos mediante el censo domiciliario, identificando el riesgo obstétrico; además se hizo un censo de parteras. El programa pretendía dar atención al 60% de las embarazadas en el primer trimestre, realizar vigilancia nutricional y la referencia oportuna de pacientes en riesgo. Pero según datos provenientes del SISPA 2002, analizados por esta investigadora, solamente se atendió al 2% de las embarazadas esperadas en el primer trimestre y el 18% en el tercer trimestre. Entre los hallazgos sobre los factores de riesgo para la muerte materna hospitalaria, Langer y Hernández (1993), encontraron que el haber iniciado un control prenatal en el primer trimestre resultaba como un factor protector.

La Jurisdicción II, durante el año de 2003, pretendía acercar la atención especializada a las mujeres embarazadas detectadas, y clasificar los riesgos del embarazo, a través de la utilización de una unidad móvil, integrada por una gineco-obstetra, una enfermera y un chofer, además del auxiliar de salud de la localidad visitada. Pero el proyecto no pudo ser puesto en marcha⁷⁰ y finalmente se abre el módulo MATER (Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo) a finales del mes de Octubre de 2003, en el Hospital General I de San Cristóbal de Las Casas, ubicado en el área de consultorios, con un horario restringido que funciona de las 7:00 horas a las 14:00 horas⁷¹.

⁷⁰ Ver reflexión metodológica (Capítulo 1)

⁷¹ Para más información sobre el funcionamiento del Módulo MATER, véase el Capítulo 4 “El Hospital y su funcionamiento”.

Como hemos revisado, la visión de APV está enfocada al riesgo obstétrico, dejando descuidado el fortalecimiento de la atención de urgencias obstétricas, una crítica al respecto es que

En Chiapas la mayor parte de las muertes maternas se dan por hemorragias, por tanto, los operativos, al ser de diagnóstico y esporádicos, son limitados ya que los esfuerzos no se están dirigiendo a mejorar la calidad de la atención ni a responder ante una emergencia obstétrica. (Freyermuth, 2004: 19)

¿Y las Clínicas Sí Mujer, el transporte AME⁷², las Posadas y Casitas AME?

Se han reconocido también como causas significativas de la mortalidad materna el problema de la accesibilidad física o geográfica, la distancia de algunas localidades de los centros de atención médica y la falta de transporte en la localidad que se potencia con la muy frecuentemente falta de recursos económicos de la usuaria y sus familiares. Este reconocimiento ha guiado a idear una estrategia que transforme este escenario. La creación de “casas maternas de espera” (en inglés Maternity Waiting Homes) ha demostrado ser una estrategia favorable para la disminución de la mortalidad materna. En estas casas se alojan a mujeres embarazadas con factores de riesgo que las predispondrían a un parto o puerperio complicado. Con el fin de estar próximas a un centro de atención de la salud que pueda hacerse cargo de tales complicaciones, sin que necesariamente sean hospitalizadas, estas casas han recibido a mujeres que viven a grandes distancias de estos centros de atención, para evitar los problemas de transporte y la demora ante cualquier emergencia obstétrica. (Figa-Talamanca, 1996: 1381)

El Programa de Arranque Parejo en la Vida (APV) ha propuesto, orientado por la visión de riesgo obstétrico, servicios de apoyo social que involucren a las autoridades municipales y grupos organizados de la comunidad, para que en caso de que una mujer requiriera atención especializada la apoyen en su traslado al segundo nivel de atención por medio de lo que el programa ha nombrado como Transporte AME. Como parte del fortalecimiento de la atención materna, paralelamente se propuso la creación de las Posadas AME, para recibir a las mujeres embarazadas de alto riesgo, cercanas a una unidad de salud u hospital que pudiera resolver posibles complicaciones con prontitud. De la misma manera, se proyectó la creación de las casitas AME, concebidas como un espacio comunitario en donde las mujeres que tuvieran que ir al hospital para su atención pudieran dejar a sus

⁷² AME: Asistencia a la Mujer Embarazada.

hijas (os) con la confianza de que se les brindarán los cuidados básicos de alimentación y alojamiento (*Ibíd.*: 36).

A finales del mes de Noviembre de 2003, en la entrevista que sostuve con la Jefa de Epidemiología de la Jurisdicción II, mencionó que las Clínicas Sí Mujer que operaban en la región Altos eran: Larrainzar, Pantelhó, Chamula, Tenejapa, Oxchuc, San Cristóbal de Las Casas, Teopisca y Las Rosas. Se tenía previsto la creación de la Posada AME en Larrainzar. Hacia finales del mes de enero de 2004, la Clínica de Tenejapa, no funcionaba las 24 horas, su personal no se encontraba capacitado para atender las urgencias obstétricas, ni contaban con los medicamentos para tal efecto (no manejaban ni oxitócicos ni anticonvulsivantes), además de que la demanda de atención de partos era prácticamente nula. Así también, en las 19 localidades visitadas que están a cargo de la Jurisdicción II, el problema de transporte se apreciaba como uno de los grandes vacíos, sobre todo porque son localidades de difícil acceso, de geografía escarpada y con caminos de terracería en mal estado. Aún en la cabecera municipal, la ambulancia a "disposición" de la Clínica Sí Mujer, estaba supeditada a la solicitud de las médicas pasantes a la presidencia, lo que constituye una demora en el traslado de cualquier usuaria embarazada con alguna urgencia obstétrica.

En conclusión, el funcionamiento de APV en Chiapas se encuentra rezagado. Actualmente nos encontramos a dos años de finalizar el sexenio, y aún no se cuenta ni con los transportes AME, ni las Posadas AME, ni con las Casitas AME, cuyo funcionamiento conjunto con la participación de las localidades no se especifica en el documento de APV, y podría ser un punto delicado de conflicto porque su ejercicio requiere del aporte de recursos humanos y económicos.

El riesgo obstétrico como directriz de acciones

Ahora creo conveniente discutir la ideología que orienta la concepción del programa. La visión de riesgo obstétrico es el punto de partida para montar la red de servicios de salud y por ende las redes de acción de APV. Desde la década de los noventa (Maine, 1991: 35) numerosos estudios han evidenciado que **todas las mujeres embarazadas pueden sufrir complicaciones** obstétricas graves, independientemente de su perfil de riesgo durante el embarazo, como también es posible que mujeres con perfil de riesgo tengan partos absolutamente normales.

Se puede citar como ejemplo un estudio realizado en Kasongo, Zaire durante 1971-1975, donde 90% de las mujeres con historial obstétrico desfavorable no tuvieron un trabajo de parto obstruido; en cifras absolutas, las mujeres consideradas de bajo riesgo tuvieron el doble de casos de complicaciones de obstrucción durante el parto que los que se presentaron en el grupo de alto riesgo. El objetivo de esta argumentación es considerar que, analizar el problema de la mortalidad materna a partir de la consideración exclusiva de criterios médicos, como lo son los “factores de riesgo obstétrico” simplifica la problemática a la arena biológica; en cambio, se necesita una visión más amplia que contemple los factores sociales, culturales y económicos que contribuyen a las defunciones maternas (Maine, 1991: 10). En APV puede testificarse una visión parcial, puesto que al personal de salud (esencialmente los médicos encargados de las unidades de salud) se le proporcionan los criterios para la referencia de usuarias que consideren candidatas a un desenlace desfavorable, basados exclusivamente en factores de riesgo obstétrico médicos.

Estos criterios son manejados por el personal de salud en tarjetas que contiene la información de factores de riesgo sintetizada para que su utilización sea de fácil manejo. El personal de salud puede entonces sumar criterios y determinar la conducta sugerida para el tratamiento; pero su contenido deja de lado factores de riesgo sociales, económicos y culturales, se circunscriben a tomar en cuenta sólo diagnósticos médicos tales como: Antecedentes familiares (cardiopatías, diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica); antecedentes personales (tabaquismo, alcoholismo, infecciones urinarias recurrentes, enfermedades de transmisión sexual, cardiopatías, diabetes mellitus, epilepsia, e hipertensión arterial), antecedentes obstétricos (Factor Rh- , multiparidad, aborto de repetición, cirugías uterinas, dos o más cesáreas previas, etcétera) y del embarazo actual (malformaciones pélvicas congénitas o adquiridas, edemas, SIDA, óbito, Sangrado activo, preeclampsia- eclampsia, etcétera) que son señaladas de acuerdo a su gravedad con una cruz (+) para el riesgo más bajo y tres cruces para el más alto (+++). (Anexo 1)

Asimismo, se incluye otra tarjeta que contiene una serie de acciones para lograr una vigilancia de calidad durante el embarazo. También contiene criterios de referencia que se relacionan con las causas principales de muerte materna (sangrado activo-hemorragias; hipertensión >140/90 mmHg para preeclampsia o de >160/90 mmHg más convulsiones para eclampsia, proteinuria-eclampsia, etc.) en la que persiste la visión de riesgo desde el diagnóstico médico.

Si bien es importante tomar en cuenta los factores biológicos o médicos de riesgo, lo deberían ser también los factores sociales, económicos y culturales, que en regiones como la de los Altos de

Chiapas son de enorme influencia y que por sí mismos constituyen también factores de riesgo para la muerte materna. La pobreza, la falta de educación, inequidades de género, falta de accesibilidad a los servicios de salud⁷³, embarazos a una edad muy joven o muy adulta, la posición de la mujer en su medio, la diferencia de ser una mujer rural a ser una mujer urbana, son factores que serán analizados desde los indicadores epidemiológicos y demográficos en el siguiente capítulo.

Reorientación a través de la identificación y atención de urgencias obstétricas

Lo que apremia entonces, es incorporar una visión en la que se considere que

Por muchos exámenes que se realicen [esto en el caso de que se dispongan], no podrá establecerse una distinción neta entre las mujeres que necesitarán cuidados médicos de emergencia antes del parto, durante el parto o después del parto, y aquellas mujeres que no los precisarán. Por consiguiente, resulta crucial que se dé acceso a los cuidados médicos de emergencia al mayor número posible de mujeres – independientemente de su estado de riesgo- siempre y cuando lo necesiten. (Maine, 1991: 35)

Lo que se sugiere, es *mejorar los cuidados obstétricos de emergencia*. La focalización de gastos a grupos y a acciones esenciales, y la primacía de la atención primaria de la salud⁷⁴. En las políticas de salud actuales, condujeron ya desde el sexenio anterior, y como respuesta al adelgazamiento del estado, a una reforma profunda en las políticas de salud, que resultó en la creación de paquetes básicos de salud; es decir, la agrupación de unos cuantos padecimientos, prevenibles y

⁷³ La accesibilidad a los servicios de salud, según Maine (*Ibid.*: 15) no es un concepto simple:

Implica no solamente la existencia de los servicios, son que la gente disponga de la información necesaria para utilizarlos adecuadamente; que quien necesite los servicios tenga acceso a ellos, que su costo sea razonable, que los suministros y el equipo sean adecuados y que los servicios se proporcionen de un modo que resulte aceptable para los pacientes y sus familiares.

Así que algunos aspectos de la accesibilidad son: El acceso a la información, la accesibilidad financiera y la accesibilidad física; podría agregarse además, la accesibilidad cultural.

⁷⁴ Si recuerda el lector, este fue uno de los objetivos principales de Alma Ata, pero la concepción inicial se encaminaba a que había que fortalecer la prevención de las enfermedades, con educación y atención preventiva, bajo el lema de atención para todos, ya que implicaba menos costo para los Estados invertir en primer nivel que en el tercer nivel de atención, debido a que el primero atiende a un mayor número de población, por lo que el impacto sería de gran magnitud en la población a la que se dirige.

Sin embargo, la atención primaria actual, conocida como el primer nivel de atención, adquiere dimensiones diferentes desde la concepción del documento del Banco Mundial y dentro de las políticas neoliberales, por lo que la atención primaria en salud se priorizó pero con un punto de vista económico, el de invertir menos dinero. Al estado le resulta más barato invertir en medidas preventivas y en padecimientos que no requieren de muchas herramientas clínicas para su estudio, así como de medicinas poco costosas para su tratamiento, que hacerse cargo de enfermedades crónicas como neoplasias (cánceres), o de personas que viven con VIH que implican una inversión mayor tanto en infraestructura, personal capacitado y en medicamentos.

tratables a bajo costo, así como de una lista reducida de medicamentos acorde a los padecimientos en que se enfoca la atención primaria.

La inversión en infraestructura y en personal especializado o en la capacitación del personal necesario para hacer frente a las urgencias obstétricas implica un alto costo, esta es una de las tres razones de por qué, según Maine (1991: 34), la opción de mejorar la atención de urgencias obstétricas es impopular. La segunda razón tiene que ver con el énfasis en la visión preventiva de la atención primaria de la salud; y la última, es que muchas personas suponen que se pueden prevenir la mayoría de las complicaciones obstétricas (la visión de riesgo obstétrico).

La visión de fortalecer la atención de las urgencias obstétricas, no es algo nuevo. Tiene ya más de una década que investigadoras(es) han respaldado mediante sus trabajos la importancia de este aspecto. Thaddeus y Maine en 1990 afirmaban que el no poder acceder a una atención adecuada a tiempo es el factor de más influencia, que lleva a las mujeres del tercer mundo a la muerte. La falta de atención, se puede relacionar a tres factores, llamados en inglés “The three delays”:

1. Demora en tomar la decisión de buscar atención médica cuando se experimenta una urgencia obstétrica.
2. Demora en llegar a las instalaciones médicas para la atención obstétrica una vez que la decisión se ha tomado.
3. y finalmente, demora en la recepción de una atención adecuada y apropiada una vez que se ha tenido acceso a la atención.

Los tres factores, señalan las autoras, no son independientes uno del otro: la expectativa de encontrar un medio de transporte urgente, o la baja calidad de la atención de la unidad médica más próxima influyen en la decisión de buscar atención. (Thaddeus y Maine citados en Barnes-Josiah *et al.*, 1998: 982). En un estudio realizado en Haití por Barnes-Josiah y colaboradores, un hallazgo importante involucrado en estas tres demoras es que al entrevistar a los familiares y amigos de las usuarias incluidas en la investigación la “falta de confianza en las opciones médicas disponibles fue un factor crucial en la demora o en una decisión nunca tomada para buscar ayuda médica.” (*Ibid.*: 981)

Este hallazgo es de crucial importancia para los fines de esta investigación, puesto que nos habla de un imaginario social que impacta, positiva o negativamente, en la utilización de los servicios de salud por parte de los actores involucrados junto con la usuaria en la toma de decisión de la búsqueda de atención médica. Barnes-Josiah y colaboradores agregan que “los servicios continuarán poco

utilizados si son percibidos de forma negativa por las mujeres embarazadas y sus familiares (1998: 981).

Barnes-Josiah y colaboradores (*Ibidem*) consideran la integración de tres aspectos, como estrategias de combate a la mortalidad materna:

- El primer aspecto se refiere a la expansión de la cobertura de las redes de referencia, tal como propone APV, por medio del fortalecimiento e inclusión en el primer nivel de actores sociales importantes para las localidades, como las parteras.
- El segundo, la mejora de la capacidad de la población en el reconocimiento de las urgencias obstétricas, acción sugerida en APV pero que no se aborda a profundidad, enunciando únicamente la participación de la población y una planeación de educación en salud pero sin ahondar en detalles.
- Finalmente, el mejoramiento de la habilidad de las actuales instituciones médicas para proveer atención obstétrica de calidad, que en APV se propone mediante la integración de un cuerpo médico especialista. La capacitación del resto de los prestadores de servicios de salud, es algo que sí aparece en el programa, pero que no se precisa con claridad. La discusión de la calidad de la atención, con el desarrollo de propuestas con contenidos interculturales, que apremian en zonas como la de los Altos de Chiapas y en otras regiones de México, no son contempladas en APV.

La configuración de las políticas y estrategias de salud es compleja, tiene componentes políticos y demandas de la sociedad civil en pugna. Coadyuvan a complicarla aún más, el panorama económico-político de cada país; el proyecto de nación de cada gobierno; las presiones mundiales económicas; el desarrollo histórico de los sistemas de salud oficiales, que pueden volver difícil recomponer o subsanar atrasos históricos y el debilitamiento de su estructura y función. Sin embargo, en el caso de países como México, y demás países llamados en vías de desarrollo, la muerte materna ocurre casi en su totalidad como consecuencia de causas prevenibles, por falta o ineficacia en la respuesta del Estado a través de un sistema de salud rebasado a pesar de su esfuerzo que no alcanza a resolverlas.

El siguiente capítulo ofrece al lector el acercamiento reflexivo al panorama epidemiológico y social en el que se encuentran inmersas las mujeres embarazadas en riesgo y los prestadores de servicios de salud, actores principales de este estudio, para tratar de entender los efectos de las

políticas tanto de salud como sociales en la región de los Altos, radio de acción del Hospital General I de San Cristóbal de Las Casas.

Capítulo 3

Un panorama adverso: Aspectos epidemiológicos y demográficos coadyuvantes para una maternidad de riesgo

...Las palabras son así, disimulan mucho, se van juntando unas con otras, parece como si no supieran a dónde quieren ir, y, de pronto, por culpa de dos o tres, o cuatro que salen de repente, simples en sí mismas, un pronombre personal, un adverbio, un verbo, un adjetivo, y ya tenemos ahí la conmoción ascendiendo irresistiblemente a la superficie de la piel y de los ojos, rompiendo la compostura de los sentimientos, a veces son los nervios los que no pueden aguantar más, han soportado mucho, lo soportaron todo, era como si llevaran una armadura...

José Saramago

Hablar de Chiapas en cifras⁷⁵ puede resultar desolador en primera instancia, por el *paisaje* que los “indicadores” estadísticos, epidemiológicos o demográficos muestran, pero además, hablar de Chiapas en cifras puede ser cansado o tedioso para quien lo lee ubicándolo distante de los escenarios que intentan reflejar al perderse en los llamados “datos duros”. En las siguientes líneas se tratará de ofrecer al lector una descripción centrada en el contexto en que se encuentran inmersas y activas las usuarias con embarazos de alto riesgo y/o distocias y su contraparte, los servidores de salud de un hospital general del Instituto de Salud del Estado de Chiapas. El texto va desde niveles macro (nacionales) a niveles de detalle micro -sobre la región de Los Altos- para poder establecer comparaciones y/o tener referentes que dimensionen los datos.

La organización del texto consta de 5 apartados: Primero una breve introducción demográfica y geográfica; segundo, un apartado sobre la estructura poblacional, que incluye el índice de femineidad, la esperanza de vida y la población indígena; un tercer apartado sobre marginación; el cuarto apartado acerca de educación y el quinto apartado sobre salud que contiene los subtemas de población usuaria de servicios de salud; infraestructura de los servicios de salud y salud reproductiva. Este último alberga dos partes, el de atención obstétrica y el de mortalidad materna. Al final se incluye una descripción cualitativa del funcionamiento de los servicios de salud y los obstáculos tanto geográficos, económicos, culturales y de accesibilidad de los servicios de salud que afrontan las usuarias, ilustrado a través de la situación de las localidades del municipio de Tenejapa que reciben servicios por parte del Sector Salud.

La inclusión de factores demográficos en el análisis de la mortalidad materna, parte del reconocimiento de que las complicaciones del embarazo y parto tienen su origen en causalidades sociales, económicas, ambientales y sobre todo, en los perfiles del comportamiento reproductivo (Acsadi et al.; 1993: 32). Así que la edad a la que se contrae matrimonio o se tiene el primer hijo, o el número de hijos que tiene una mujer, contribuyen al riesgo que una mujer tiene de morir a lo largo de su vida reproductiva.

⁷⁵ Los datos que componen el texto fueron obtenidos de diversas fuentes como: XII Censo General de Población y Vivienda (2000) del INEGI; Instituto Nacional de las mujeres (INM); Instituto de la Mujer en Chiapas; Consejo Nacional de Población (CONAPO); de los Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002, del Instituto Nacional Indigenista (INI) y de artículos publicados por investigadoras como la Dra. Graciela Freyermuth del CIESAS-Sureste⁷⁵ y de la profesora de la UAM-Xochimilco⁷⁵, Rosario Cárdenas. Hay que recordar que los datos que son puestos a disposición por el INEGI y que sirven de base para casi todos los demás institutos al hablar de estadísticas deben tomarse con cautela.

Los niveles y tendencias de la fecundidad son quizás una de las causas indirectas de mortalidad materna más importantes. Aunque puede haber excepciones, la mortalidad materna aumenta cuando la fecundidad es alta y disminuye cuando es baja. La edad de la mujer también se correlaciona con la mortalidad materna, que es mayor cuando el embarazo está cerca del comienzo y el fin de su edad reproductiva, menor de 20 años, pero sobre todo, menos de 18 y más de 34 años de edad (*Ibíd.*: 33-34).

Acsadi y colaboradores estiman que en los países en vías de desarrollo, las mujeres típicamente no emplean anticonceptivos antes del nacimiento de su primer bebé, edad en la cual la mujer está expuesta al coito por primera vez, y por lo tanto, a la posibilidad de concebir, tiene un impacto sobre su salud materna. Si el inicio de la vida sexual ocurre durante la adolescencia, el riesgo de embarazo por la ausencia de la utilización de algún método anticonceptivo la ubica en riesgo —por su edad— en el extremo inicial de su edad reproductiva (*Ibíd.*: 36).

Cuando la paridad es baja (dos o tres hijos) la mortalidad materna generalmente es menor, y es mayor cuando las mujeres son nulíparas o multíparas (las que no han tenido ningún hijo o las que han tenido más de cuatro) (*Ibíd.*: 40).

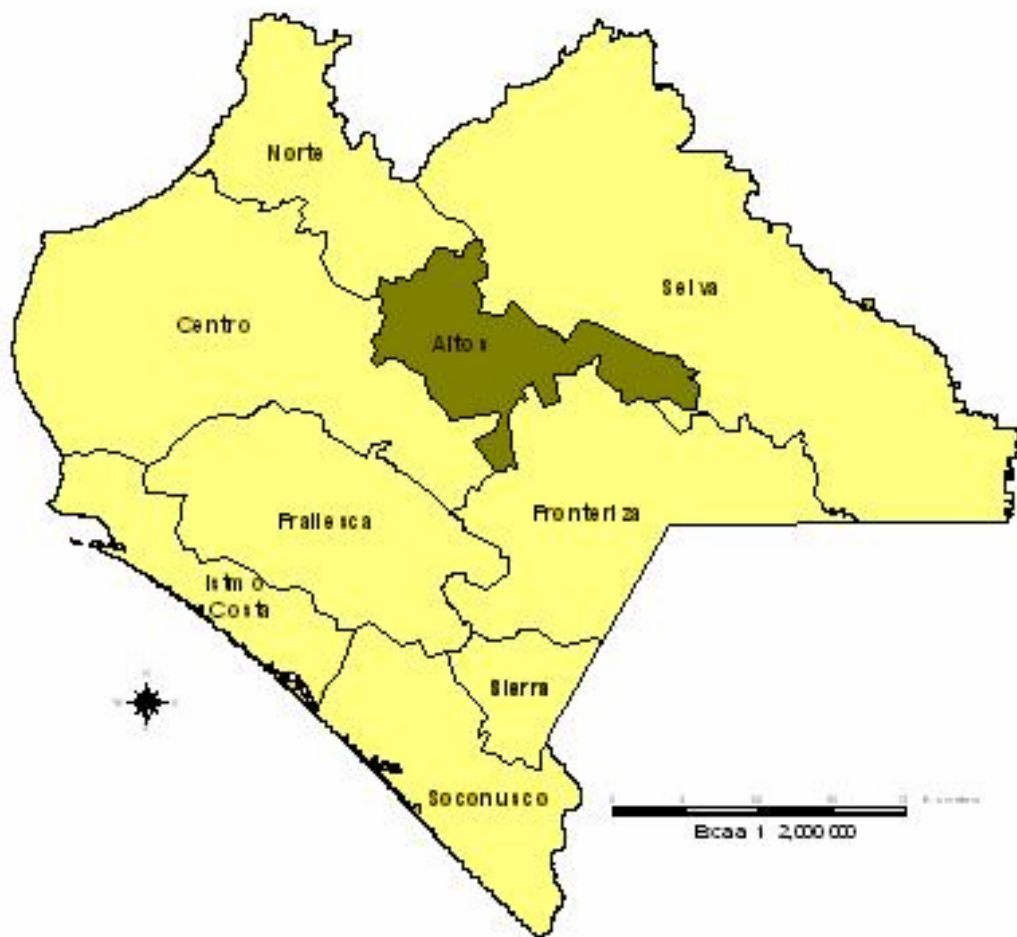
Se reconoce la complejidad de la muerte materna como producto de una intrincada red de situaciones sociales, demográficas, de salud y de desarrollo (*Ibíd.*: 32). Cárdenas señala que “al ser la reproducción un proceso fisiológico es de esperar que, con cierto grado de acceso a satisfactores socioeconómicos y servicios de salud, la gran mayoría de las mujeres embarazadas no fallezcan por causas maternas” (2003: 66).

Los satisfactores socioeconómicos, los servicios de salud y algunos factores culturales son elementos involucrados intensamente en el desarrollo de una maternidad sin riesgos y con un desenlace exitoso o de una maternidad riesgosa y/o con un desenlace fatídico; razón por la cual se planteó como necesario para bosquejar la complejidad del evento reproductivo el profundizar sobre el panorama demográfico, educativo, económico y de salud de Chiapas, y particularmente de la región Los Altos.

Cabe aclarar que en algunos cuadros elaborados, la comparación de las cifras estatales se realiza en algunos casos con el Distrito Federal (en adelante D.F.) para destacar la brecha entre el estado de Chiapas y la capital del país; en otros casos se compara con dos estados —Guerrero y Oaxaca— que tienen indicadores demográficos y epidemiológicos muy similares con Chiapas. En todos los casos se realiza una comparación con el promedio nacional.

¿Cómo se encuentra Chiapas?

De acuerdo con los datos preliminares del XII Censo General de Población y Vivienda (2000) del INEGI, la población residente en México es de 97.4 millones de personas. De ellas 47.4 millones (48.6%) son hombres y 50 millones (51.4%), mujeres. Chiapas, que representa 3.8% de la superficie del país y alberga 4.02% de la población nacional; tiene 3 millones 920 mil 892 habitantes, de los cuales 1 millón 941 880 son hombres (49.2%) y 1 millón 979 mil 12 (50.47%), mujeres. Ésta población se encuentra distribuida en 9 regiones: I Centro, II Altos, III Fronteriza, IV Frailesca, V Norte, VI Selva, VII Sierra, VIII Soconusco y IX Istmo-Costa (Mapa 1).



Mapa 1: Mapa que muestra las 9 regiones en las que se divide el estado de Chiapas. Se destaca en un color diferente la región Altos.

La región Altos se conforma por 18 municipios⁷⁶ (Anexo 1) y alberga 18.5% de la población del estado (726 378 habitantes). La Jurisdicción II del Instituto de Salud de Chiapas (antes SSA), proporciona los servicios de salud a la población no derechohabiente o llamada “población abierta” de esta región, a través de centros de salud y brigadas móviles, así como por medio del Hospital General I en la Ciudad de San Cristóbal de las Casas, donde tiene su sede. Comparte la responsabilidad de los servicios de salud con el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)-Oportunidades (tanto en el segundo nivel de atención con el Hospital Rural San Felipe Ecatepec en la ciudad de San Cristóbal de las Casas, como con las unidades médicas rurales del IMSS y brigadas móviles, distribuidas en la región).

Estructura poblacional

Chiapas es una de las entidades federativas con más alta proporción de personas menores de 15 años: 39.5% del total de la población. La población joven (entre 15 y 29 años) representa 28.9% de la población total. Por lo tanto, dos de cada tres chiapanecos eran menores de 30 años al momento del censo mientras que la población de 30 a 64 años es un tercio de la población estatal (32.4%).

La presencia de población joven representa un reto con relación a los medios de subsistencia, a pesar de que en el XII Censo del 2000 se señale que, únicamente 0.5% de la población chiapaneca indígena está desocupada, cifra que puede ser alentadora, sin embargo, en la información sobre el ingreso económico de la población indígena resulta que 40.2% no tiene ingreso alguno⁷⁷. Otra implicación importante será la permanente demanda de servicios de salud reproductiva en los próximos años así como de educación media superior y universitaria.

⁷⁶ Altamirano, Amatenango del Valle, Chalchihuitán, Chamula, Chanal, Chenalhó, Huixtán, Larráinzar, Mitontic, Oxchuc, Pantelhó, Las Rosas, San Cristóbal de las Casas, Tenejapa, Teopisca, Zinacantán, Aldama, Santiago del Pinar.

⁷⁷ Fuente: Cuadro 6. de Actividad económica y ocupación en población indígena de 12 años y más, por entidad federativa y del cuadro 7. de Ingresos en población indígena ocupada, por entidad federativa; publicado en *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, 2002, Instituto Nacional Indigenista.

Índice de Femeineidad⁷⁸

En el índice total de femeneidad (Cuadro 1), se puede observar que el índice de Chiapas (101.9) en comparación con el Distrito Federal (D.F.) (109.3), se encuentra por debajo. Aunque la mayor brecha es entre la entidad y el D.F., Chiapas también se encuentra por debajo del promedio nacional (104.8), por lo que respecto a estas dos comparaciones, el estado de Chiapas tiene un menor número de mujeres por cada 100 hombres.

A nivel rural, la proporción de mujeres también es menor en relación a los hombres, cuando se hace la comparación con el promedio nacional y el área rural del D.F. Solamente los estados como Guanajuato (110.3) y Michoacán (107.2) muestran un número mayor de mujeres respecto a la proporción de hombres, ya que son considerados como estados con alta migración masculina.⁷⁹

En las zonas urbanas (Cuadro 1) el índice de femeneidad, es de 106.2, es decir, que se encuentran más mujeres en las ciudades.⁸⁰ Se comporta de la misma manera que lo hace el promedio nacional, y por debajo de la proporción mayoritaria de mujeres respecto a los hombres que se encuentra en la zona urbana del D.F. Una de las conclusiones del INM (Instituto Nacional de las Mujeres) respecto a la mayor proporción de mujeres en las ciudades se debe “posiblemente a la migración interna que es predominantemente femenina y cuyo destino principal son las ciudades”.⁸¹

Paola Sesia (2001) ha documentado en Oaxaca que programas como Progresas y Oportunidades además de postergar el matrimonio pueden estar promoviendo la migración de las mujeres jóvenes. Su hipótesis es en relación con la escolaridad que aumenta en las jóvenes gracias a las becas escolares del Oportunidades, pero que para poder seguir con sus estudios tienen que migrar a zonas urbanas. Es decir, en mujeres que migran a las ciudades parece haber una relación indirecta, con el hecho de que poseen un mayor número de años de escolaridad.

⁷⁸ El índice de femeneidad es la proporción de mujeres que hay por cada 100 hombres.

⁷⁹ Conclusión que se puede encontrar en la información publicada en internet por el Instituto Nacional de las mujeres www.inmujeres.gob.mx

⁸⁰ Cabe señalar nuevamente la cautela que debe preverse al aproximarse a los datos estadísticos, puesto que pueden haber diferencias, que vuelvan contradictorio un dato, en el caso de Índice de Femeneidad, en el Boletín publicado por el Instituto de la mujer en Chiapas, maneja un índice de femeneidad en zonas rurales de 101, un índice total de femeneidad para la entidad de 103, mientras que la página web del Instituto Nacional de las Mujeres (INM) maneja las cifras arriba señaladas. (para la entidad de 101.9 y para el área rural de 98.4)

⁸¹ www.inmujeres.gob.mx

Cuadro 1. Índice de femineidad en zonas rurales y urbanas por entidad federativa, 2000

Entidad Federativa	Total Rural	Rural	Total	Urbana
Nacional	104.8	101.4	104.8	106.0
Distrito Federal (D.F.)	109.3	99.0	109.3	109.4
Chiapas	101.9	98.4	101.9	106.2

Fuente: Elaboración propia a partir del "Cuadro de Índice de femineidad en zonas rurales por entidad federativa, 2000", del Instituto Nacional de las Mujeres. www.inmujer.gob.mx, elaborado con fuente de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados básicos

En una pausa a lo ya revisado, el número elevado de mujeres en las ciudades –como San Cristóbal de las Casas- se convierte en un elevado número de usuarias potenciales de los servicios de salud, tanto de las mujeres que han migrado a la ciudad como del resto de sus residentes. Esta situación se demuestra en que el Hospital General de San Cristóbal de las Casas tiene una elevada demanda en su servicio de Gineco-obstetricia (el más solicitado junto con Pediatría), al menos en cuanto a hospitalización (tiene un número de camas mayor que cualquier otro servicio).

La alta demanda también se puede explicar en el sentido que es el único hospital con las cuatro especialidades básicas completas, que da servicio a los 18 municipios que componen la región.

El Hospital rural del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) también atiende a población no derechohabiente de la región, pero en caso del servicio de ginecología, no cuenta con ginecólogos durante los turnos vespertino y nocturno, porque está a expensas de que alguno de los residentes de último año del país solicite un tiempo de rotación en este centro de atención. El ginecólogo del turno matutino se encarga básicamente de la población derechohabiente, a pesar de que como se ha mencionado se atiende a *población abierta o no derechohabiente*, de tal modo que cuando se les presenta una urgencia obstétrica en el turno vespertino o nocturno, les sugieren a las usuarias y sus familiares se trasladen al Hospital General del Instituto de Salud. Esto es causa de conflicto entre los hospitales, y en ciertos casos, conduce incluso al rechazo de pacientes por verse rebasados en la capacidad de brindar atención médica.

Esperanza de Vida

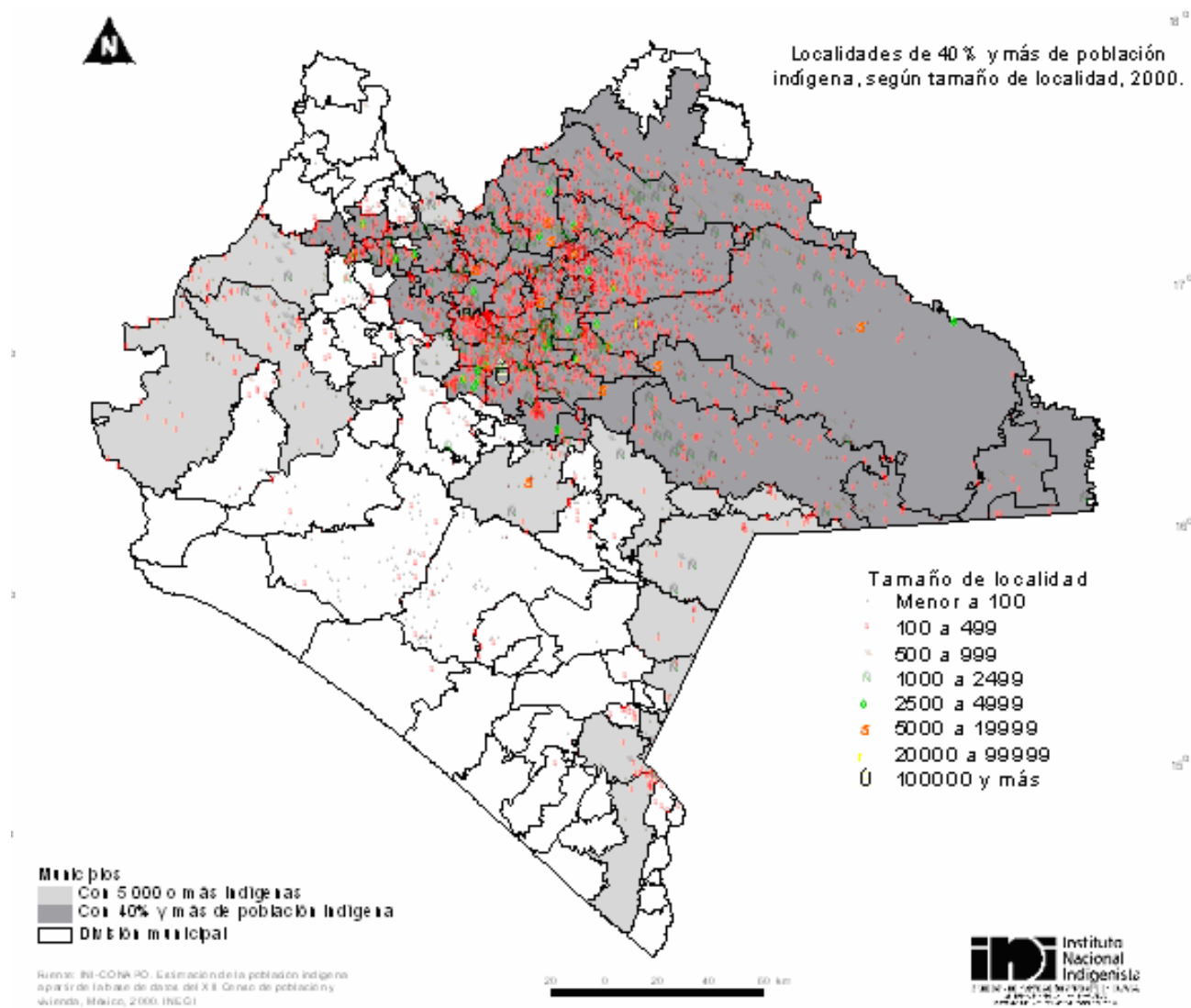
En el año 2002⁸² la esperanza de vida de las mujeres era de 78.2 años y la de los hombres 73.7, las mujeres muestran ser más longevas que los hombres. Pero Chiapas (72.4), Oaxaca (72.5) y Guerrero (73.3) son los estados con la esperanza de vida más baja. En Chiapas se observa la más baja de todas las entidades federativas (XII censo INEGI) para hombres (de 70) y, junto con Oaxaca, la más baja para mujeres (74.8 años, para ese mismo año, 2000, cuando el promedio nacional estimado para ellas era de 77.6 años)

Población indígena⁸³

En el año 2000 se registran 910 mil 500 hablantes de lengua indígena (HLI), es decir el 26.8% de los habitantes de la entidad. (Mapa 2)

⁸² Fuente: Instituto Nacional de las Mujeres (INM) en www.inmujeres.gob.mx

⁸³ Acerca de la consideración de "población indígena", me parece indicado agregar –y además concuerdo con ella- la aclaración que hace el Instituto de la Mujer en su boletín *Mujeres en Chiapas*, acerca de que "el indicador HLI para designar *quién es indígena* es, por supuesto, insuficiente o limitado: "Se excluye a la población que no declara hablar alguna lengua indígena por razones propias, o bien que, siendo indígena, no utiliza las lenguas vernáculas, aunque mantiene rasgos propios de una tradición y cultura indígenas. De igual forma, se presentan otras limitaciones, como el escaso o nulo manejo de la lengua española de muchos de los encuestados, la dispersión de los asentamientos indígenas, las dificultades de acceso a ciertos parajes, la carencia de medios de comunicación y la reticencia a proporcionar información, lo cual afecta la calidad de los datos censales"(Estado del desarrollo, 2000: 23)...el INEGI adoptó para el XII Censo el criterio de autoadscripción adicional al de HLI, algunos de los grupos indígenas, aplicado en "territorios tradicionalmente considerados indígenas". (Instituto Nacional de la mujer en Chiapas, *Mujeres en Chiapas. La inequidad en cifras*, 2002, México, pags. 7-8)



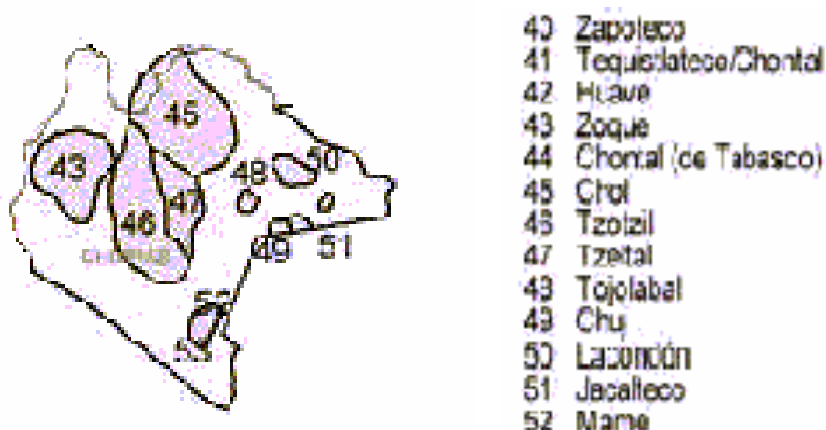
Mapa 2: Fuente INI-CONAPO. Estimación de la población indígena a partir de la base de datos del XII Censo General de Población y Vivienda (2000) del INEGI

Como puede observarse en el mapa, existe una alto número de población (mayor concentración de puntos rojos) localizado en la región de los Altos (33.9%= 275 066 HLI de los cuales, casi la mitad, el 48.45%= 133 286 no habla español⁸⁴) y en la Región Selva, que es la que tiene el mayor número de población indígena (38%). En los Altos los municipios con mayores porcentajes en este sentido son: Chamula, San Cristóbal de las Casas y Oxchuc; en la Selva: Ocosingo, Chilón y Tila. La mayoría de la

⁸⁴ FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. *Contar 2000*. Sistema para la consulta de tabulados y base de datos de la muestra. Tomado de la Agenda Estadística de Chiapas 2001.

población que se encuentra en la región Altos pertenecen a los grupos indígenas Tsotsil y Tzeltal, como puede verse en el siguiente mapa indicados con los números 46 y 47:

Mapa 3. Grupos indígenas del Estado de Chiapas



Fuente: Elaboración propia a partir de mapa publicado en la página www.ciepac.org en cuya fuente de información cita al Instituto Nacional Indigenista (INI) en el mapa titulado "Grupos indígenas de México".

Un análisis regionalizado a partir de los HLI nos muestra que la región de Los Altos tienen un porcentaje promedio de más de 80%, le sigue la región Selva con un porcentaje superior a 60% y la norte con un poco más de 40%.

En el caso de San Cristóbal de las Casas un poco más de una cuarta parte (27%) es población indígena, según las estadísticas del Instituto de la Mujer en Chiapas, que explica esta situación "en buena medida por el enorme cúmulo de expulsiones provocadas por razones políticas, en especial del municipio vecino [San Juan Chamula]...El volumen de población indígena en San Cristóbal, por cierto, ha llevado a hablar de su transformación en una "ciudad de indios".⁸⁵

San Cristóbal es un centro económico importante en la región, por lo que la migración de los municipios aledaños, principalmente, se hace hacia esta ciudad que es una de las 4 localidades en el estado, junto con Tuxtla Gutiérrez (la capital), Comitán de Domínguez, y Tapachula, que tienen una población de más de 50 000 habitantes.⁸⁶ Es importante señalar que la migración ha hecho de San

⁸⁵ Esta información aparece en el boletín de "Mujeres en Chiapas. La inequidad en cifras" de Agosto de 2002, por parte del Instituto de la mujer en Chiapas.

⁸⁶ Fuente: INEGI, www.inegi.gob.mx, INEGI en Chiapas, Localidades con población mayor a 50 mil habitantes

Cristóbal una ciudad multicultural, ya que encontramos en esta ciudad hablantes tseltales y tsotsiles principalmente, pero también, choles, tojolabales, mames, y zoques. Tal situación está teniendo implicaciones no solamente culturales sino lingüísticas, y no se toma en cuenta en los servicios de salud con la importancia que corresponde. En el Hospital General de esta ciudad no se contempla la contratación de traductores o personal que posea el conocimiento de lenguas indígenas, al menos las predominantes de la región, a pesar de que cotidianamente se necesite este recurso, lo que amerita que usualmente se recurra a algunos miembros del personal que poseen competencia lingüística regional, aunque no hayan sido contratados intencionalmente por tales destrezas, no se les retribuye abiertamente —ni social ni económicamente— esta “labor extra”.

Marginación

Chiapas es uno de los estados con un grado de marginación más altos del país, equiparable con Guerrero, Oaxaca y distante de los niveles que guarda el Distrito Federal. (Cuadro 3).

Cuadro 3

Grado de Marginación por Entidad Federativa 1990, 2000

Entidad Federativa	Grado	
	1990	2000
Distrito Federal	Muy bajo	Muy bajo
Chiapas	Muy alto	Muy alto
Guerrero	Muy alto	Muy alto
Oaxaca	Muy alto	Muy alto

Fuente: Consejo Nacional de Población 1990, 2000

A nivel nacional 52.88% de los municipios en el país tienen niveles altos y muy altos de marginación, es decir, más de la mitad de los municipios que componen la república mexicana tienen altos grados de marginación lo que refleja, en cierta manera, los elevados niveles de pobreza de más de la mitad de los mexicanos.

Pero si estas cifras son dramáticas, Chiapas tiene 92.36 % de sus municipios en los altos y muy altos niveles de marginación, de los cuales 55.08%, o sea, más de la mitad de los municipios tiene un grado alto de marginación y casi 40% (37.28%) tiene un grado muy alto de marginación; solamente

posee un municipio (0.85%) con niveles muy bajos de marginación. Guerrero tiene 88.15% de sus municipios en niveles altos y muy altos de marginación, mientras que Oaxaca es el 80.35% de sus municipios. Es decir, el panorama chiapaneco es más grave en cuanto a la marginación que los estados de Guerrero y Oaxaca. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Municipios por entidad federativa, según grado de marginación municipal, 2000, comparadas con el promedio nacional

Entidad Federativa	Grado de marginación						Sin información
	Total	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	
Nacional	2443 municipios	386 (15.8%)	906 (37.08%)	486 (19.89%)	417 (17.06%)	247 (10.11%)	1 * (0.04%)
Chiapas	118	44 (37.28%)	65 (55.08%)	6 (5.08%)	1 (0.85%)	1 (0.85%)	1 * (0.85%)
Guerrero	76	30 (39.47%)	37 (48.68%)	5 (6.58%)	4 (5.26%)	-	-
Oaxaca	570	182 (31.93%)	276 (48.42%)	76 (13.3%)	27 (4.74%)	9 (1.58%)	-

*Nota: Se refiere al municipio Nicolás Ruiz (158) en Chiapas, el cual no presenta información para calcular el índice de marginación 2000.

Fuente: Elaboración propia a partir de Cuadro de CONAPO 3.3 Municipios por entidad federativa, según grado de marginación municipal, 2000, cuya fuente son las estimaciones de CONAPO con base en el XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Educación⁸⁷

En México hay 750.6 mil niñas y 712.7 mil niños que no asisten a la escuela. Chiapas se encuentra dentro de los 14 estados con un promedio de asistencia a la escuela menor que el promedio nacional (92.4%), en la población masculina y femenina de 6 a 14 años.

Un poco más de la mitad de los jóvenes no ha concluido su educación básica (53.9%); para las mujeres el porcentaje es ligeramente mayor. La entidad tiene el porcentaje de asistencia escolar más bajo (17.3%) para el grupo etáreo de 15 a 29 años; la media nacional para éste grupo es de 23.6%.

⁸⁷ Ver anexo 2 para más detalle sobre el índice de femeneidad de la matrícula educativa por entidad federativa según sexo y nivel, 2000.

En seis entidades del país, la asistencia escolar es menor al promedio nacional (91.8%), Chiapas presenta el 82.7% de asistencia; posee además la mayor diferencia niña-niño (-3.4) de asistencia a la escuela, lo que equivale a afirmar que las niñas están más excluidas del sistema escolar que los niños.

La tasa de analfabetismo para la población femenina es de 11.3%, mientras que la masculina es de 7.4%⁸⁸. El 41.3% de las mujeres hablantes de lengua indígena mayores de 15 años de edad no sabe leer ni escribir; el analfabetismo en mujeres es del doble que sus pares masculinos. Si adicionalmente las mujeres con mayor frecuencia son monolingües, estos dos elementos limitan su comunicación con el personal de salud, en su mayoría mestizo y hablante sólo del idioma español. Esto, a pesar de las acciones positivas que pretenden lograr programas como el de Oportunidades y Vida Mejor, en cuanto a la educación de las niñas. La ventaja educativa de las mujeres explicaría el número elevado de embarazos en mujeres menores de 20 años, por la estrecha relación entre educación y fecundidad⁸⁹: a menos años de instrucción en una mujer es mayor su tasa de fecundidad y viceversa.

Las mujeres chiapanecas que residen en zonas rurales tienen 4.6 años de estudio promedio en comparación con los 7.9 años de estudio de las mujeres urbanas. Esta información nos muestra que las mujeres con menor instrucción escolar se encuentran en las áreas rurales, y por tanto, se posicionan en desventaja respecto a las mujeres de áreas urbanas. A ésta situación se aúna que “El más elevado analfabetismo ocurre en la región de Los Altos [...] El analfabetismo de las mujeres de esta región es de casi del doble en comparación con [región] la Fronteriza.” (Freyermuth,2004:2)

Cárdenas considera como factores de riesgo materno la baja o nula educación, un bajo poder adquisitivo de las personas, el ser residentes de áreas rurales y con un limitado o nulo uso de atención prenatal, entre otros. Freyermuth señala que factores como los de orden cultural, tales como el género, la generación y la etnia son indicadores de riesgo de muerte materna. Si consideramos todos estos elementos en una región como los Altos vemos cómo complejizan el desarrollo normoevolutivo de los embarazos. Es frecuente encontrar estos factores en las historias de vida de las mujeres donde se conjugan y en muchas ocasiones se potencian al sumarse, en agravio de la etapa reproductiva.

⁸⁸ INM: www.inmujeres.gob.mx

⁸⁹ La precisión de las cifras se realiza en el apartado de salud reproductiva..

Salud

Población usuaria de servicios de salud

De acuerdo con información publicada para los Altos de Chiapas⁹⁰ (Freyermuth 2004) existe "... un porcentaje de 71% de hombres y mujeres en edad adulta que mueren sin atención médica institucional o privada. El doble de los fallecidos de la región Fronteriza contó con atención médica antes de morir en relación con los de la región Altos". Esto datos redimensionan los problemas de salud en un contexto en donde las autoridades del Sector con su Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) aseguran tener prácticamente cobertura del 100% de la población.

El XII Censo señala que 96.4% de la población nacional usa los diferentes servicios de salud disponibles. Sin embargo, Chiapas es la entidad donde hay una menor proporción de mujeres usuarias (92.1%) y de hombres usuarios (91.5%). Con respecto a los derechohabientes⁹¹(Ver Cuadro 5) de servicios de salud, también la entidad ocupa el lugar más bajo en la escala nacional, ya que sólo 17.4% de las mujeres y 16.3% de los hombres gozan de los servicios de salud existentes. Más de las dos terceras partes de la población del estado no cuentan con derecho-habiciencia (Anexo 4).

⁹⁰ Ver bibliografía.

⁹¹ Esta es la nota al pie del cuadro sobre población derechohabiente y usuaria de servicios de salud en la Agenda Estadística de Chiapas 2001 para aclarar el concepto de derechohabiente:

NOTA: Para fines de una correcta interpretación de las cifras aquí presentadas, es pertinente aclarar que el concepto de población derechohabiente sólo es aplicable al registro de aquel conjunto de personas que por ley tienen el derecho de recibir prestaciones en especie o en dinero por parte de las instituciones de seguridad social. Este grupo comprende a los asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos. Por lo que respecta a las instituciones de asistencia social, su universo de atención queda conformado por el segmento de la población total que no es derechohabiente, a la cual se le puede otorgar atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles en estas instituciones (población potencial).

Cuadro 5. Población derechohabiente

Porcentaje de población derechohabiente y su porcentaje según institución por cada entidad federativa, 2000					
Entidad federativa	Porcentaje de población derechohabiente ^a	Porcentaje según institución ^b			
		IMSS	ISSSTE	PEMEX, SDN o SM	Otras instituciones ^c
Estados Unidos Mexicanos	40.1	80.6	14.7	2.7	2.7
Distrito Federal	51.3	71.3	25.4	2.6	1.6
Chiapas	17.6	66.6	25.2	3.6	4.9

- a Porcentaje en relación al total de la población a nivel nacional y en cada entidad federativa.
- b La suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por la población que es derechohabiente en dos o más instituciones.
- c Incluye las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud públicas o privadas.

FUENTE: **NEGI.** *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Tabulados básicos.* Aguascalientes, Ags. 2001.

Infraestructura de los servicios de salud

Para la región Altos⁹² se tienen registrados al año 2000, 424 personas como parte del personal médico, que incluye médicos generales, especialistas, residentes, internos de pregrado, pasantes, odontólogos y en otras labores (Anexo 3). Aquí se engloba a todo este personal de características y funciones tan diversas, homogenizados bajo el rubro de “personal médico”; esto es un grave problema, puesto que encubre al personal que tiene menos experiencia o habilidades y también oculta las cifras reales de especialistas (por ejemplo Gineco-obstetras, cirujanos, etc.) y médicos con una formación universitaria completa (médicos cirujanos).

⁹² Falta la información del Municipio de Santiago del Pinar, parte de los 18 municipios de los Altos, cuya información no aparece contemplada en el cuadro que se refiere al personal médico de las instituciones públicas del sector salud por municipio según régimen e institución al 31 de diciembre de 2000, en la Agenda estadística de Chiapas 2001.

La ciudad de San Cristóbal de las Casas concentra casi la mitad de este personal (47.16%=200); esto es, casi la mitad del personal médico en un sólo municipio y el restante 53 % para los otros 17 municipios de Los Altos. Mientras que el total del personal médico en el estado es de 3 978, de esos, 2461 (61.86%) forman parte del sector público de salud (IMSS-solidaridad, ISECH, IDH93) y el resto 1517 (38.14%) forman parte de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSTECH94).

Además, el número de médicos por habitantes es muy bajo en la entidad (88.2 / 100 mil habitantes) y ocupa el lugar 29 a nivel nacional. Freyermuth (2002) en cambio menciona que para el 2001, había 383 médicos (un menor número de médicos de los que se registran para el 2000 en los datos oficiales de la Agenda Estadística de Chiapas. Ver Cuadro 6) para atender a 482 010 habitantes(habs.) en la región Altos; es decir, un médico por cada 1254 habs.

Cuadro 6

Indicadores seleccionados de los servicios médicos, 2001

Concepto	Nacional	Chiapas	Lugar nacional
Recursos humanos por cien mil habitantes ^a			
Médicos	120.5	88.2	29°
Enfermeras	190.1	118.7	31°
Recursos físicos por cien mil habitantes ^a			
Camas censables	77.3	44.1	32°
Consultorios	51.1	49.3	19°
Quirófanos	2.8	2.0	24°
Servicios por mil habitantes ^a			
Consultas generales	1 704.6	1 620.9	24°
Intervenciones quirúrgicas	28.3	16.9	30°
Egresos hospitalarios	44.1	30.6	29°
Productividad diaria de los recursos			
Consultas por médico ^b	8.0	8.9	12°
Intervenciones quirúrgicas por quirófano ^c	2.8	2.3	29°
Hospitalización			
Enfermeras por médico	1.6	1.3	31°
Enfermeras por cama	2.5	2.7	11°
Porcentaje de ocupación hospitalaria	67.8	61.7	25°

⁹³ IMSS-Solidaridad, ahora IMSS-Oportunidades, ISECH: Instituto de Salud del Estado de Chiapas; IDH: Instituto de desarrollo humano, antes DIF (Desarrollo integral de la familia).

⁹⁴ IMSS: Instituto Mexicano del seguro social; ISSSTE: Instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado; ISSTECH: Instituto de seguridad social de los trabajadores del Estado de Chiapas.

Porcentaje de mortalidad hospitalaria	2.6	2.3	20°
Promedio de días estancia	2.2	2.3	7°
Partos por mil egresos	330.9	384.3	10°
NOTA:	No incluye al sector privado.		
a	Para el indicador nacional se considera la población total proyectada por CONAPO, para el estado se considera la población legal o potencial.		
b	Se consideran 252 días hábiles.		
c	Se consideran 365 días hábiles.		
FUENTE:	GIIS. <i>Boletín de Información Estadística N° 21, 2001. Vol. 1, Recursos y Servicios.</i> México D. F., 2003.		

Salud Reproductiva

La tasa global de fecundidad para el estado (2.8) supera a la nacional (2.3) (Cuadro 7), mientras que el D.F. tiene una tasa de fecundidad más baja (1.8) que la nacional. Llama la atención que Chiapas es el estado con la más alta probabilidad de que las mujeres tengan su primer hijo antes de los 20 años (casi 50%). En la entidad, el porcentaje de mujeres en edad fértil es del 50.7% (1 millón 713) lo que explica, en parte, la alta fecundidad en el estado. La diferencia entre las tasas de mujeres usuarias de anticonceptivos también muestra una gran distancia entre los números alcanzados a nivel nacional y en el D.F. en comparación con Chiapas.

Cuadro 7. Indicadores de salud reproductiva, 2000

Entidad Federativa	Tasa global de fecundidad 2002 (hijos por mujer)	Probabilidad de tener el primer hijo antes de los 20 años* (%)	Mujeres usuarias de anticonceptivos 2002 (%)
Nacional	2.3	31.7	70.8
Distrito Federal (D.F.)	1.8	19.4	78.8
Chiapas	2.8	49.5	57.1
Guerrero	2.8	44.7	51.8
Oaxaca	2.7	42.6	58.5

*Adolescentes nacidas entre 1968 y 1972

Fuente: Elaboración propia a partir de cuadro de Indicadores de Salud reproductiva 2000, en www.inmujeres.gob.mx, con base en diversas publicaciones de CONAPO.

Asimismo, el INM publica que entre la población indígena una de cada cuatro mujeres no tuvo acceso al uso de anticonceptivos a pesar de desearlo. Este dato nos puede servir como una pista para pensar en las dificultades de acceso cultural en la comunicación entre usuarias indígenas y servidores

de salud mestizos, sería importante profundizar en los obstáculos a que se enfrentaron esas mujeres para no poder cumplir su deseo.

Según el XII Censo, a medida que el nivel de instrucción aumenta, el promedio de hijos nacidos vivos tiende a bajar. En Chiapas, las mujeres sin instrucción tienen un promedio de 4.2 hijos nacidos vivos; entre las de primaria incompleta el promedio es de 2.6; con primaria completa de 1.6 y con post primaria 0.9. Por otro lado, el INM destaca que el promedio más alto de hijos a nivel estatal, se encuentra en las viudas. En las mujeres indígenas de Los Altos el promedio es de 4.4 hijos, cifra aún más elevada que el de las mujeres sin instrucción. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Promedio de hijos nacidos vivos (HNV) de mujeres de 15 a 49 años por municipio indígena o con presencia de población indígena en municipios de la región Altos de Chiapas, 2000

Municipio	Promedio HNV de mujeres de 15 a 49 años
Nacional	2.3
Altamirano	4.4
Amatenango del Valle	3.6
Chalchihuitán	4.4
Chamula	4.4
Chanal	4.8
Chenalhó	4.4
Huixtán	4.6
Larráninzar	4.6
Mitontic	4.7
Oxchuc	4.5
Pantelhó	4.4
San Cristóbal de las Casas	3.8
Tenejapa	4.6
Teopisca	4.6
Zinacantán	4.4
San Juan Cancuc	3.8
Aldama	3.8
Santiago del Pinar	5.3

Fuente: Elaboración propia a partir del cuadro 3. Estado Conyugal y fecundidad publicado en *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México, 2002*, Instituto Nacional Indigenista.

Sobre el uso de anticonceptivos quirúrgicos, el índice de femineidad permite conocer el número de mujeres que han utilizado la operación médica para control de la fecundidad por cada hombre que ha hecho lo mismo. Los estados con mayor prevalencia son: Tabasco (52.1), Sinaloa (41.3) y Chiapas (35.6). Para confrontar el tamaño de la brecha, agrega el INM, en el Distrito Federal este índice es de 2.5.

Atención obstétrica

A nivel nacional, 78.4% de los nacimientos ocurridos durante 1998 fueron asistidos por médicos y 21.1% por enfermeras y/o parteras. Pero **en Chiapas esta situación se encuentra prácticamente a la inversa, ya que los nacimientos atendidos por enfermeras y parteras son el 73.4%**⁹⁵, presentando, por tanto, el porcentaje más bajo de atención de los nacimientos por personal médico. (Anexo 5)

Asimismo, 61.5% de los nacimientos a nivel nacional se atendió en hospitales y clínicas públicas y 17.2% en hospitales o clínicas privadas y en domicilio se atendieron 20.8% de los nacimientos. En Chiapas, de las consultas médicas a mujeres embarazadas (135 mil 639), sólo 23,182 fueron atendidos por la Secretaría de Salud (SSA), de los cuales 16,538 (71.33%) fueron partos, 6,644 (28.66%) cesáreas. (Ver Gráfico 2) El resto de mujeres embarazadas (85%) que acudieron a consultas, no atendieron su parto en la SSA.

Un estudio reciente documenta que casi el 50% de los partos que se atendieron en el municipio de Cancuc⁹⁶ de la región de Altos, fueron atendidos por familiares y el 6% se atendió sola⁹⁷. Incluso, para 1998 Sánchez y Arana (2000) reportaron 87% de atención de parto intradomiciliario en la zona de conflicto⁹⁸, datos que aluden la baja atención institucional de los partos en la entidad por una empobrecida respuesta de los servicios de salud y el contexto adverso en el que se desarrolla el evento obstétrico.

⁹⁵ El uso de negritas es mío.

⁹⁶ El municipio de San Juan Cancuc, no forma parte de Los Altos en la división municipal de las regiones, pero en cambio sí es considerado como parte de Los Altos para la Jurisdicción Sanitaria II, que lo incluye entre los municipios a los que brinda servicios de salud.

⁹⁷ Fuente: Comunicación personal con base en la tesis de investigación de la Dra. Carmen Herrera de ECOSUR (Colegio de la Frontera sur).

⁹⁸ Se ha llamado "Zona de conflicto" a las localidades o asentamientos de personas pertenecientes al EZLN, a sus municipios autónomos declarados por ellos mismos.

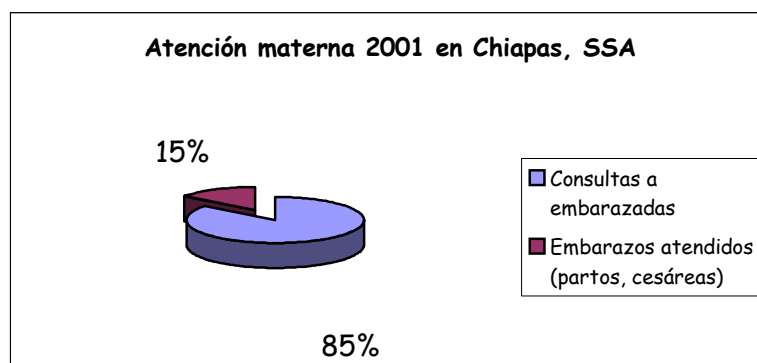


Gráfico 2: Elaboración propia con base en *Cuadro de Atención materna 2001 en Chiapas, SSA*.

En Chiapas, nuevamente la situación es a la inversa. **La entidad tiene el más alto porcentaje de atención de partos en domicilio (73.9%, ver gráfico 3)** 7 de cada 10 partos no se atienden con personal médico, seguido por Oaxaca (52.6%) y Guerrero (49.6%). “Se ha dicho que el indicador más significativo del acceso de la mujer a la atención médica consiste en la asistencia capacitada durante el parto” (Acsadi y colaboradores., 1993: 60)

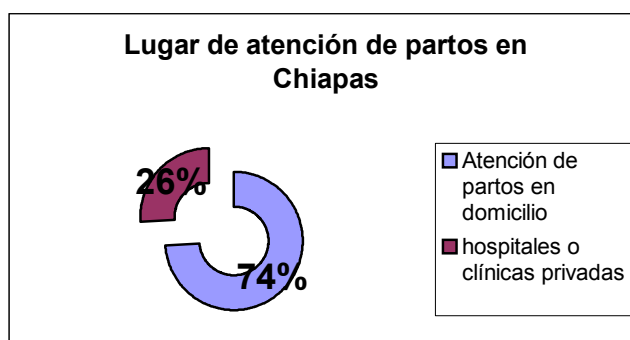


Gráfico 3. Elaboración propia a partir de datos publicados en www.inmujeres.gob.mx con base en *el XII Censo de Población y Vivienda 2000*

En Chiapas se atendieron 4 mil 842 nacimientos en 2001 en unidades médicas privadas, de los cuales el 67% se atendió por cesárea (Cuadro 10). Este último dato hay que observarlo con cautela, puesto que no se especifica si la atención por cesárea es por alguna urgencia obstétrica o riesgo materno-infantil considerado en la norma (por ejemplo, pelvis androide, alguna enfermedad de transmisión sexual como condilomatosis, sífilis o SIDA o periodo intergenésico corto, situaciones en las que se contraindica el nacimiento vía vaginal) o porque esta práctica pone en manos de los obstetras el control del nacimiento y puede ser manejado de acuerdo a criterios de comodidad laboral, y también, desafortunadamente, en muchos casos debe considerarse la posibilidad de lucro.

Al respecto, el jefe de Obstetricia del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salud, en una entrevista, aseveró que en el caso de las instituciones privadas, “la práctica de la cesárea obedece a que las compañías aseguradoras no pagan partos por vía vaginal” y que en las instituciones públicas ha aumentado porque “las mujeres no tienen un adecuado control prenatal” (Ruiz, 2003).

El aumento del número de cesáreas en el país es alarmante, en 2003 se publica que el 37.8% de los partos se atiende mediante esta técnica, lo que duplica el índice recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es de 15%. (*Ibidem*). De acuerdo con el informe “Salud: México 2000” entre los factores que influyen en este comportamiento, se alude a los avances tecnológicos en materia de cirugía, los incentivos económicos asociados a ese tipo de intervenciones y la tendencia a “patologizar” la atención del parto. (*Ibidem*) Además de que las cesáreas elevan el riesgo para la usuaria por ser una cirugía mayor, el costo para las instituciones públicas también es más elevado que la resolución por un parto vaginal.(Cuadro 9)

Cuadro 9

Atención obstétrica en unidades médicas privadas por entidad federativa, 2001

Entidad Federativa	Nacimientos atendidos			Nacidos Vivos	% de partos por cesárea
	Total	Partos	Cesárea		
Nacional	332,803	143,564	189,239	332,310	56.9
Chiapas	4,842	1,596	3,246	4,204	67.0
Guerrero	6,322	2,948	3,374	6,320	53.4
Oaxaca	5,050	3,175	1,875	4,940	37.1

Fuente: Elaboración propia a partir de cuadro con el mismo nombre de INEGI/SSA. Encuesta de unidades médicas privadas con servicio de hospitalización, México 2002

Existe en Chiapas una gran disparidad regional en cuanto a cobertura de los servicios en atención obstétrica. Freyermuth menciona que el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH), se propuso dar cobertura al 43% de las mujeres embarazadas del estado de Chiapas, sin embargo, Los Altos tiene una cobertura menor a 15 % mientras que Tuxtla y Comitán tienen 35% y 25% respectivamente, está lejos de dar cumplimiento con sus propios estándares de atención.⁹⁹

Otra problemática que se enfrenta es la escasez de recursos económicos para la atención de las mujeres con complicaciones graves durante el parto. La escasez es tanto estructural, como de

⁹⁹ Para no ser redundante con las cifras, otras referencias pueden encontrarse en el capítulo 2 en el apartado de *Arranque Parejo en la Vida (APV)*.

personal e insumos para el trabajo; con presupuestos como el del Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) que contempló el monto de \$66.00 al año por persona durante el periodo de 1996-2000 (Freyermuth, 2002).

Mortalidad materna

La tasa de mortalidad materna, es decir, la que resulta de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, descendió de 6.3 muertes por cada 10 mil nacimientos en 1995, a 5.9 en 2001, a nivel nacional. En el caso de Chiapas por el contrario, Freyermuth manifiesta un aumento:

Las tasas de mortalidad materna (número de muertes maternas por 10 000 mujeres en edad reproductiva, y de la razón de muerte materna (número de muertes maternas por 10 000 nacidos vivos) prácticamente aumentó para el periodo 95-99 respecto 90-94, y esto muy posiblemente relacionado con el mejoramiento del registro de la causa materna (2003: 1)

Si bien, el promedio nacional muestra un descenso, en Chiapas no sucede eso, y mucho tiene que ver el subregistro. Hay un reconocimiento al respecto por parte de la Secretaría de Salud a nivel nacional:

Se presume un importante subregistro de la mortalidad materna en nuestro país, sobre todo en las áreas rurales y comunidades indígenas. De las 1310 muertes maternas registradas en 2000, el 67.3% ocurrieron en 10 entidades del centro y suereste del país: Estado de México, Veracruz, Distrito Federal, Guerrero, Puebla, Oaxaca, Chiapas, Jalisco, Guanajuato y Michoacán. (Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, 2002:21)

Freyermuth también menciona que la tasa de muerte materna es el doble en los municipios con más del 69% de HLI, y la de los fallecidos que perecieron con atención médica es de la mitad en relación la de los municipios con HLI <69%. Nuevamente se conjugan las condiciones económicas, sociales y geográficas en un paisaje menos favorable para el desarrollo de una maternidad exitosa.

La región de los Altos persiste con el mayor número de muertes maternas (21 durante 2002), casi la cuarta parte de las muertes totales en Chiapas. En el año 2002 la razón de muerte materna en los Altos fue de 15.83 por 10 000 nacidos vivos y la tasa de letalidad intrahospitalaria fue de 0.65%, cifra esperada de acuerdo a los indicadores de la Organización de las Naciones Unidas. Si recordamos que a nivel nacional es de 5.9 muertes/10 000 nacidos vivos, la brecha es abismal (de más del doble) cuando se compara con el panorama de la región de los Altos.

Las principales causas de muerte materna son: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% del total de las defunciones maternas (SSA, 2002).

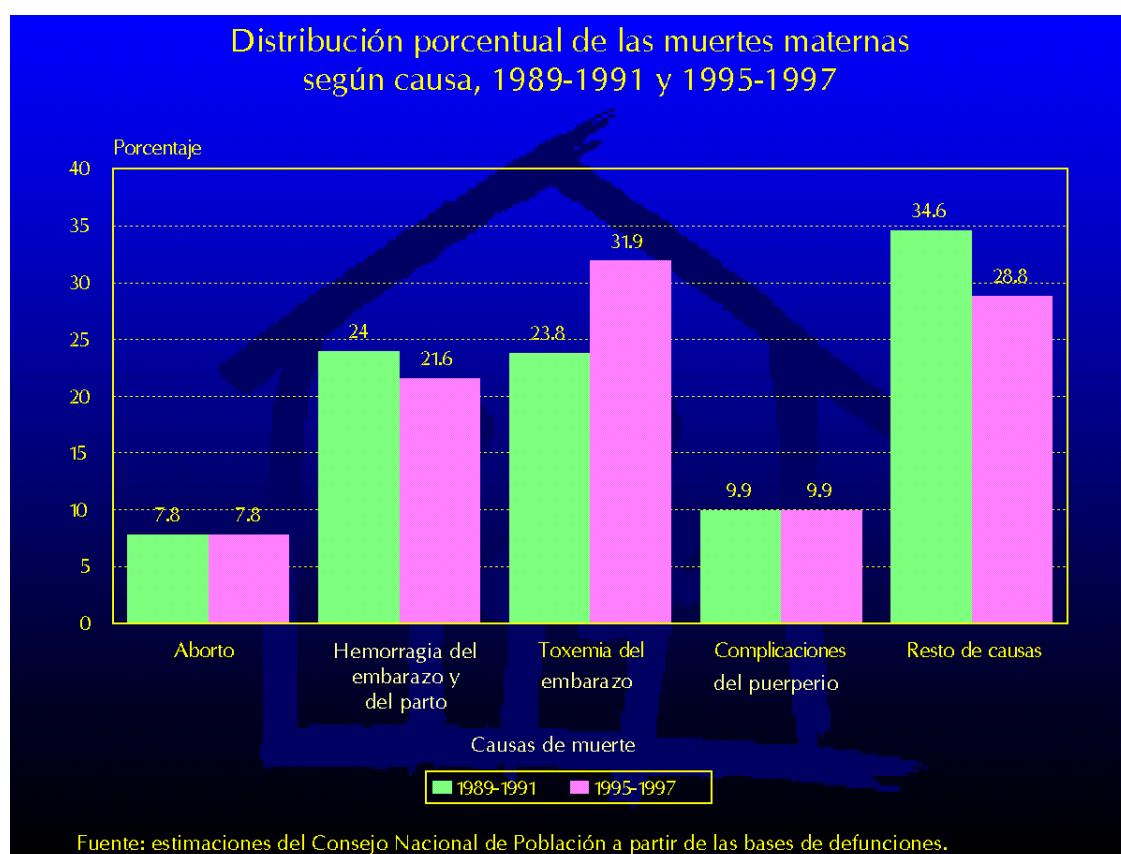


Gráfico 4

Cárdenas reflexiona que

[...] La mortalidad por causas maternas ha sido considerada como uno de los principales indicadores no sólo de las condiciones de salud de la población, sino también del desarrollo de la sociedad. El hecho de que mujeres con baja escolaridad(...), de menores ingresos(...), residentes en áreas rurales(...), sin apoyo social(...), con limitado o nulo uso de atención prenatal (...), con elevado número de embarazos o partos (...), menores de 20 o mayores de 35 años(...), con antecedentes obstétricos negativos(...), o con intervalos de intergestaciones cortos(...), tengan un riesgo mayor de morir por causas debidas al embarazo, parto o puerperio, evidencia la importancia que tienen los aspectos sociodemográficos, económicos y de disponibilidad y acceso a servicios de salud en la prevención de este tipo de mortalidad.

Todos estos factores¹⁰⁰ que influyen negativamente en la maternidad no suelen ser los únicos responsables de un desarrollo tórpido del embarazo, parto o puerperio, Freyermuth considera que “los operativos (propuestos por los programas de salud impulsados por el gobierno), al ser de diagnóstico y esporádicos, son limitados ya que los esfuerzos no se están dirigiendo a mejorar la calidad de la atención ni a responder ante una emergencia obstétrica.”(2004:4)

Con estos datos de población, marginación, educación, y salud, se ha pretendido sugerir el contexto donde las mujeres usuarias de los servicios de salud con embarazos en alto riesgo y/o distocias, y los prestadores de los servicios de salud, viven e interactúan en el cotidiano, ante un panorama que parece muy adverso para ambos.

Sin bien es cierto que los factores culturales, económicos y sociales son fundamentales en la permanencia de un problema como el de la mortalidad materna, las políticas para disminuirla en los últimos años han enfatizado como primordial el avanzar en el mejoramiento de los servicios de salud, disminuyendo lo que para Thaddeus y Maine (1990) es la tercera demora (demora en la recepción de una atención adecuada y apropiada una vez que se ha tenido acceso a la atención) antes que la primera demora (demora en tomar la decisión en buscar atención médica cuando se experimenta una urgencia obstétrica).

Para muestra...un municipio

El municipio de Tenejapa es uno de los municipios con mayor número de muertes maternas en Chiapas. Siendo el que más muertes maternas ha presentado durante el transcurso de 2004, se ubica en la región de los Altos, a tan sólo 50 minutos en automóvil, de San Cristóbal de Las Casas por una carretera pavimentada en buenas condiciones. El año empezaba a transcurrir cuando en Tenejapa, a finales del mes de enero, se registraban ya tres muertes maternas, razón por la cual resulta relevante hablar del escenario que prevalece en la parte del municipio (50%) a cargo del sector salud, quien comparte su responsabilidad (el otro 50%) con el IMSS-Oportunidades.

¹⁰⁰ Los factores como la importancia de la atención de las urgencias obstétricas como uno de los factores clave en la mortalidad materna, se discuten más ampliamente en el Capítulo 2.

Después de recorrer casi una veintena de localidades¹⁰¹ en las que el sector salud está a cargo de los servicios de salud, una de las primeras impresiones es que las localidades se ubican de manera dispersa entre ellas, y en ocasiones, muy alejadas de la cabecera municipal que lleva el mismo nombre que el municipio.

Dificultad de acceso

Ninguna de las localidades supera el tiempo de dos horas para llegar al Hospital General I de San Cristóbal de las Casas (en adelante SCLC), pero trasladarse en ese tiempo es posible siempre y cuando se realice en automóvil, que además tenga las características necesarias para caminos de difícil acceso, principalmente en época de lluvias, puesto que para llegar a cualquiera de las 18 localidades que se visitaron siempre se hizo a través de un camino de terracería. A eso se le suman la geografía montañosa de la región, el hecho de que la mayoría de los caminos son escarpados, y que el tránsito por ellos es lento e incómodo, con muchas sacudidas por las irregularidades del terreno, lo menos ideal para transportar a una usuaria con alguna complicación grave.

De las 18 localidades, únicamente la cabecera municipal, Tenejapa, cuenta con una unidad de transporte usuarias(os) que requieran el traslado al Hospital General I de SCLC, pero su utilización está subordinada a la realización de ciertos trámites burocráticos en el cabildo para su autorización, lo que causa demora en un caso de urgencia. Las médicas pasantes a cargo de la unidad médica de Tenejapa en enero de 2004, en varias ocasiones, no lograron contactar a la persona que autoriza su uso, y se vieron en la necesidad de utilizar un taxi para el traslado a SCLC pagado por las propias médicas o por los familiares.

Este último recurso no puede ser utilizado en el resto de las localidades, hay un grave problema con el transporte, no es raro, al viajar por los caminos que llevan a las localidades ver a muchas personas caminando, movilizándose así de las localidades a la carretera para tomar un transporte y llegar a la cabecera, o hacer todo el trayecto a pie. Inclusive, a pesar de que a algunas localidades llegue el transporte, la economía familiar no soporta el pago de un “viaje especial”, ya sea a la cabecera o a SCLC.

¹⁰¹ Este trabajo de campo se hizo gracias a la invitación de ACAS A.C. (Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud) a una investigación que llevaban a cabo en Tenejapa.

Si hay transporte disponible, éste invariablemente funciona durante el día, hasta las tres o cuatro de la tarde. Después de ese horario ya no es posible salir de las localidades en transporte público, a menos que se pague un “viaje especial” que por ser fuera del horario de trabajo acostumbrado, eleva sus costos. En muchas localidades, no existen siquiera automóviles particulares que potencialmente puedan utilizarse para el transporte de una usuaria con alguna urgencia obstétrica.

En los lugares donde los familiares o la usuaria no cuenten con los recursos económicos para pagar un transporte particular o no se cuente con la disponibilidad de transporte, se tendrá que caminar o se decidirá no abandonar la localidad y hacer lo que se pueda con los recursos que se tienen. O bien, si la complicación se presenta durante la noche o la madrugada, en muchos casos se decide esperar hasta que amanezca para poder emplear el transporte público, lo que trae como consecuencia, que se retrase el acceso a la atención médica y la situación de la mujer se complique más.

Hay localidades que se ubican cerca de la carretera, las cuales tienen la facilidad, por un lado, que al llegar a la carretera se encuentre un vehículo de transporte más pronto, sin embargo son menos de la tercera parte de las localidades. Lo que sí puede resultar favorable, es que a todas las localidades visitadas se puede acceder en un vehículo.

Disponibilidad de auxiliar de salud las 24 horas

Al llegar a las localidades se preguntó por el auxiliar de salud, y desafortunadamente en la mayoría de ellas no fue posible dialogar con ellos. Su poca disponibilidad, al menos la diurna, se debe a que efectúan otras actividades, como la agricultura, para su ingreso económico, ya que el trabajo como auxiliares de salud no es suficientemente remunerado como para dedicarse exclusivamente a esta actividad, que en la mayoría, es de voluntariado.

Hay que reconocer que, a pesar de que no se encuentren disponibles –no al menos durante el día- por el desempeño de otras labores, la mayoría de ellos pueden localizarse, aunque con demora (lo que podría ser un tiempo crítico ante una urgencia obstétrica) en sus parcelas, que por lo general están en las afueras de la localidad.

Por otro lado, hay localidades en las que el auxiliar de salud ocupa además un cargo político, como el de ser regidor de su localidad, circunstancia que demanda su presencia frecuentemente en el cabildo de Tenejapa. En caso de ausentismo cuando se presenta una urgencia obstétrica, la localidad se queda sin una persona de ayuda. Además la presencia de un solo auxiliar de salud para localidades con un número de población elevado (> 1000 habitantes) resulta insuficiente.

En una de las localidades no se cuenta siquiera con un auxiliar de salud, en otras también se carece de un comité de salud, y en algunas, el comité de salud no es exclusivamente de salud sino que funge también como comité de la escuela.

La atención que ofrecen estos auxiliares de salud es limitada, la mayoría de ellos labora en las casas de salud de la localidad, escasamente equipadas con algunos medicamentos; pero cuando no existe tal casa, lo hacen en su hogar, o asisten en las actividades del centro de salud. Y en la mayoría de las localidades, lo que tenga que ver con la maternidad lo dejan en manos de las parteras, aunque ellos se mantengan al pendiente del resultado de un parto, de juntar a las parteras y acompañarlas a capacitaciones, de aplicar vacunas o de avisar en la localidad una visita programada del personal de salud.

Disponibilidad de las parteras las 24 horas

Una tercera parte de las localidades visitadas (30%), no cuenta con partera en la localidad, y utilizan los servicios de parteras de las localidades vecinas en caso de que lo hagan. Por tanto, 70 % de las localidades sí cuenta con este agente de salud, algunas tienen una y en otras se cuenta con dos o hasta con tres de ellas.

Al igual que los auxiliares de salud la mayoría de las parteras no solamente desempeñan este trabajo, sino que varias trabajan además en labores agrícolas, por lo que hallarlas en su domicilio fue difícil; aunque, como en el caso de los auxiliares de salud, podrían ser localizables con alguna demora —tiempo crítico ante una urgencia— en sus parcelas de trabajo.

La geografía accidentada y la dispersión de los pobladores, en algunas localidades, contribuyen para que una partera no llegue a tiempo a atender una urgencia obstétrica, como sucedió en el caso de una muerte materna acaecida en Chuljá, durante el mes de enero de 2004, en la que una pobladora no quiso ser asistida en su parto más que por su esposo, y se presentó una retención placentaria. Cuando el esposo no pudo hacer nada para detener la hemorragia causada por la retención placentaria, se dirigió por ayuda a la casa de la partera, quien vive en alguna parte de la montaña (Chuljá es una localidad montañosa, y la mayoría de las viviendas se asientan dispersas), cuando regresó junto con la partera, fue demasiado tarde, su esposa había fallecido.

En consecuencia, otro factor desfavorable, es la no utilización de las parteras, como en el caso l anteriormente mencionado; en su lugar fungen dicho rol, la misma mujer, su esposo, la madre de la mujer embarazada o la suegra, o alguien cercano.

De la misma manera, también resulta desfavorable su subregistro, debido a que el auxiliar de salud no reporta todos los nombres de las parteras de la localidad y solamente reportan los de aquellas que acceden a capacitarse. En el censo de la Secretaría de Salud sobre las localidades, los nombres de algunas de ellas estaban equivocados, o se tenían reportados nombres de personas desconocidos para la gente con la que se dialogó al azar. Este fue el caso de Cruz Tzibaltic, donde la persona a la que se entrevistó dijo que probablemente el médico encargado de esa localidad *lo habría inventado*.

Algunas parteras, como la de Navil, la de Winitón, la de Banabil, y La Libertad son parteras experimentadas pero de avanzada edad, por lo que su actividad como parteras podría verse limitada por su edad en un par de años; el rango de edad de las parteras oscila entre 40 y 70 años.

El caso de una partera entrevistada en Banavil, ejemplifica lo anterior, es una mujer cercana a los 70 años que sufrió en noviembre del año pasado, un evento cerebro-vascular que la dejó con una secuela de hemiparesia izquierda, imposibilitándola para continuar su trabajo. Añoraba además la invitación que antaño le hacían para asistir a los cursos de capacitación por parte de la Secretaría de Salud, y se sentía menospreciada y triste porque ya no la invitaban.

De 13 parteras entrevistadas, 11 son monolingües (hablantes de tseltal), y únicamente dos son bilingües (tseltal, español). Igualmente, la mayoría de las parteras no sabe leer ni escribir y coincide con el monolingüismo. Esto evita que puedan ser un agente de interlocución entre los servicios de salud y la población.

Disponibilidad de comunicación telefónica y radiocomunicación

Si ya hablamos de los problemas de accesibilidad terrestre, se suma el que además 70% de las localidades no cuenta con servicio telefónico. En el restante 30% que sí lo hay, la modalidad que se maneja es la de una caseta, con una sola línea para la localidad.

11.1 % de las localidades cuentan con radiocomunicación, pero en las localidades donde existe este recurso en su mayoría no funciona. Además, la comunicación es exclusivamente regional –no llega la señal hasta SCLC, así que en caso de alguna urgencia obstétrica, no pueden comunicarse ni con la cabecera municipal para el apoyo con el transporte ni para poner al Hospital General I de SCLC en sobreaviso.

Las localidades que se ubican más alejadas de sus centros de salud y del Hospital General I de SCLC, son coincidentemente, las que carecen de ambos servicios, situación que enfatiza aún más el panorama de marginalidad de los centros de atención de esas localidades.

Por la falta de estos recursos se obstaculiza la posibilidad de que cuando se presente alguna urgencia obstétrica, pudiera existir una comunicación directa con su centro de salud más cercano y/o una comunicación directa con el Hospital General 1 de SCLC, desde donde se podría asesorar al auxiliar de salud y/o partera para el manejo del caso, a la vez que serviría como canal de información para que estas sedes del traslado se preparen anticipadamente para atender la urgencia.

Los centros de salud

A cargo de las 18 localidades, hay tres centros de salud y una brigada móvil.

En el centro de salud de Tenejapa se encuentran dos médicas pasantes en su año de servicio social (MPSS), una ingresó seis meses antes que la otra. Una de ellas es chiapaneca y egresó de una universidad privada de la capital del estado. La segunda vino desde el Distrito Federal, de una universidad pública reconocida, el Instituto Politécnico Nacional.

En un principio ambas mostraron desconfianza, por el reciente fallecimiento del caso comentado en Chuljá, siendo una localidad a su cargo. Acerca de esta muerte materna, una de las médicas menciona que la mujer fallecida estaba contemplada en el censo de Oportunidades pero no en el censo de embarazadas, sugiere que seguramente negó su embarazo, por lo cual no acudió a ninguna consulta prenatal.

Este hecho revela varios aspectos interesantes. Las médicas visitan cada una de las localidades que abarca el radio de cobertura de la clínica, una vez por mes. Surgen entonces varias incógnitas, si a la mujer la tenían contemplada en el censo de Oportunidades entonces no la habrían dado de baja a pesar de su ausencia a las consultas médicas obligatorias para la recepción de la ayuda económica. Pero si acudió y negó su embarazo, entonces las consultas médicas no se llevan a cabo de manera adecuada, sino como “que hacen que dan la consulta, y la gente hará como que la recibe”.

Ambas partes generalmente muestran apatía, porque para las médicas implica una carga importante de trabajo, y a las personas no acostumbradas o que no confían en la biomedicina, resulta desagradable tener que acudir mes con mes a consultas médicas, porque no le ven ningún sentido.

Por otro lado, demuestra el fracaso de programas como Oportunidades, lo cual acarrea terribles consecuencias. El forzar a la gente a asistir a consultas médicas con la finalidad de “pasar lista” y que

su ausentismo se sancione con el retiro de la ayuda económica, es recurrir al condicionamiento, a la premisa de premiación o castigo; pareciera que el mensaje que se envía es el de “si te portas bien tienes la ayuda económica, si faltas, el castigo será retirar la ayuda económica”.

Sin embargo, a pesar de la lógica del programa de que la gente accederá fácilmente a este condicionamiento, la realidad es otra. En el caso de Chuljá, no obstante, esté en juego la ayuda económica que sí se necesita, es más fuerte la negativa y la falta de confianza en los servicios de salud.

Aún si se trata del municipio con el mayor número de muertes maternas de la región, los traslados al Hospital General 1 de SCLC no ocurren por urgencias obstétricas, como hemorragias, preeclampsia-eclampsia, o infecciones puerperales, salvo los casos de amenazas de aborto. Los traslados que se han hecho también han sido para la realización de algún ultrasonido durante el embarazo o de exámenes de laboratorio en embarazos de alto riesgo.

En los últimos seis meses de estancia las médicas pasantes no han atendido ningún parto, a pesar de que llevan el control prenatal de muchas mujeres por el programa Oportunidades. Cuando llega la terminación del embarazo, las mujeres se atienden con la partera de su localidad o de localidades vecinas, o bien, con los familiares más cercanos a la mujer embarazada, principalmente una tía, una hermana, o la cuñada. De estos partos, que no son atendidos por ellas, no se lleva un registro en el centro de salud de Tenejapa, por lo que hay un subregistro tanto de mujeres en puerperio como de niños recién nacidos.

El promedio de consultas prenatales en las mujeres embarazadas es bajo, porque usualmente llegan en el último trimestre de embarazo, acuden “ya casi al término (...) pero cuando se empieza vienen tres o cuatro, ahorita tenemos una que ha tenido hasta seis.”

A pesar de que el centro de salud cuenta con dos médicas, no hay disponibilidad del personal médico las 24 horas. Las médicas laboran en la mañana y en la tarde –hasta las seis- y dicen que no se quedan en la unidad por miedo a que por estar solas “les pueda pasar algo” porque “hay muchos borrachos”. Los fines de semana únicamente permanece una de las MPSS acompañada de un técnico de salud, ya que es el descanso de dos días de la otra médica.

En cuanto a su capacitación durante el tiempo que han estado laborando, únicamente una de ellas acudió a la capacitación en urgencias obstétricas en SCLC, el curso fue teórico y no práctico, con una duración de 2 días.

Los principales obstáculos que el centro de salud enfrenta, según las médicas, es que no hay médico ni enfermera de base. Las situaciones que impiden una mayor cobertura en la atención del

evento obstétrico son para ellas: la renuencia de las usuarias a atenderse, la negación de su embarazo, así como la lejanía de las localidades.

De manera favorable, no se han quedado sin abastos de medicamentos en los últimos 12 meses. Pero las condiciones de infraestructura de la clínica no son las óptimas, tienen una fuga de agua en el baño que lleva meses sin ser reparada.

El centro de salud 1 de Matzam, estaba a cargo de un médico general, con cuatro años de antigüedad en la localidad pero esperaba cambiarse pronto a SCLC, que es su lugar de residencia.

El médico mencionó que las usuarias rara vez acuden al centro de salud para la atención del parto, el principal motivo, según él, es por ser del sexo masculino, ya que los esposos muestran renuencia a que él las revise, y las revisiones vaginales él las difiere para que la enfermera asistente las realice, y él hace un diagnóstico indirecto.

La atención de los partos de la localidad está en manos de las parteras, y él actúa como “vigilante”, pendiente de la evolución del parto. Cuando se requiere algún traslado, éstos tienen que hacerse por los propios medios de los usuarios, rentando un carro, o a pie hasta la localidad de Corralito, a orilla de la carretera SCLC-Tenejapa que está a 15-20 minutos en automóvil, para luego tomar un taxi en la carretera.

Para el médico, los principales obstáculos que afronta el centro de salud son: “el nivel sociocultural de la población, muy bajo, poco apoyo a la infraestructura del centro, y poco apoyo en las composturas”. Las condiciones que impiden una mejor cobertura de la atención del evento obstétrico son: que el médico es del sexo masculino y la falta de personal médico las 24 horas y los fines de semana.

El médico labora de ocho a tres de la tarde, aunque su horario es de siete a tres, pero como viaja diariamente de SCLC se retrasa; tiene el apoyo de una auxiliar de enfermería que también lleva años laborando en el centro de salud, y un pasante de técnico en salud comunitaria, quien se encarga de la visita de las localidades vecinas a cargo del centro de salud y de mantener el contacto con los auxiliares de salud.

No hay personal médico en los otros turnos, ni los fines de semana; el centro de salud queda en manos, para cualquier eventualidad, del pasante técnico en salud comunitaria.

La superficie del centro de salud es más pequeña que la del centro de salud de Tenejapa, en época de lluvias tienen fallos de energía eléctrica de hasta por cuatro días. El abasto de medicamentos

es insuficiente, en el año 2003 hubo un mes en el que solamente contaron con paracetamol (medicamento antipirético y analgésico). También hay carencias en cuanto al instrumental médico, faltan pinzas para asir el cordón umbilical, cuando han atendido algún parto, tuvieron que ligarlo sin pinzar.

En las localidades atendidas por la brigada móvil, como la localidad de La Libertad, su auxiliar de salud no tenía claro cuándo llegaría la unidad móvil, lo que sugiere una pobre comunicación entre ellos. En esta localidad, los pobladores estaban intentando organizarse para mejorar la casa de salud, querían pedir apoyo a la Secretaría de Salud para el abasto de medicamentos y terminar su construcción, pero en su esfuerzo de organización, el factor económico es el que obstaculiza.

El escenario que presenta el Municipio de Tenejapa es complejo y adverso tanto para las usuarias potenciales de los servicios de salud como para los prestadores de servicios de salud. Otros municipios de Los Altos pueden verse plenamente identificados con estas circunstancias, que les toca enfrentar tanto a las usuarias como a los servidores de salud.

Son numerosos los factores que intervienen (demográficos, sociales, económicos, geográficos, culturales), como se ha mencionado, en la permanencia del problema de la mortalidad materna. La inclusión de factores demográficos en el análisis de la mortalidad materna, parte del reconocimiento de que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio tienen su origen en causalidades sociales, económicas, culturales y no se limitan a las causalidades fisio-patológicas. Razón por la que es importante reflexionar sobre el contexto de la zona de estudio.

Las condiciones de pobreza y marginalidad, baja esperanza de vida, población joven, baja escolaridad y el monolingüismo en mujeres que viven en zonas rurales coadyuvan para que la tasa de muerte materna sea el doble en los municipios con más del 69% de Hablantes de Lengua Indígena (HLI), lo cual coincide con la alta fecundidad en la región de los Altos (el promedio es de 4.4 hijos), y mayor proporción de población no derechohabiente que incrementa la demanda de los exiguos servicios públicos sanitarios. La mayoría del personal de salud carece de competencia cultural para laborar en contextos multiculturales, y aquellos que las tienen se niegan a demostrar sus habilidades (por ejemplo las lingüísticas, en el espacio hospitalario) además de que la institución no les reconoce ni les retribuye tales destrezas.

La entidad tiene el porcentaje más alto de atención de partos en domicilio, 7 de cada 10 partos no se atienden con personal médico. 85% de las mujeres embarazadas que acudió a consulta, no atendió su parto en la SSA; ambos datos reflejan el bajo impacto de planes y programas en la

población y la poca confianza de los pobladores en la utilización de servicios biomédicos. A lo anterior se suma la escasez de recursos económicos para la atención de las mujeres con complicaciones obstétricas graves, tanto estructurales, como de personal e insumos para llevarla a cabo; la concentración urbana de los recursos médicos y la escasez de personal especializado.

Conocer a través de una etnografía hospitalaria la parte que le corresponde al segundo nivel en la atención de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, de cómo se relacionan los prestadores de servicios de salud en un escenario que simboliza a la biomedicina, y cómo las usuarias se enfrentan a él y lo experimentan, pueden aportar en conjunto elementos significativos que contribuyan al esclarecimiento de esta situación y, con ello a la disminución de la mortalidad materna.

A partir del próximo capítulo se empieza a profundizar en el desenvolvimiento cotidiano de las políticas y estrategias de salud, y sobre los actores sociales, tanto prestadores de servicios de salud, como usuarias, que llevan a cuevas uno o varios factores desfavorables de los expuestos en este capítulo, situados en el espacio concreto del hospital.

Capítulo 4

El hospital y su funcionamiento

Este es un pozo que refleja cielo
pero es un pozo.

(Fragmento)
Dolores Castro

Este capítulo es el primero de dos que contienen la descripción etnográfica, en él se describe el escenario de estudio, con las generalidades tanto espaciales como con la caracterización de los diferentes encuentros médicos gineco-obstétricos. La vinculación más detallada sobre los encuentros médicos gineco-obstétricos y las categorías teóricas, se han reservado para el capítulo 5.

El capítulo está integrado por los siguientes apartados. En la Introducción se incluye: a) Generalidades sobre el personal médico y de enfermeras, los turnos en que laboran, y la organización de su trabajo; su ubicación y sus espacios y su distribución interna. El segundo apartado examina el uso de espacios, entre ellos se incluye a la consulta externa y el módulo MATER (Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo) con la descripción de cada uno de esos servicios. También contiene la descripción de los encuentros menos privados: Urgencias, quirófano y hospitalización, en {este {ultimo se abarca el paso de visita médico y el paso del personal de enfermería.

Introducción

Ubicación y espacios

El Hospital General I de San Cristóbal de Las Casas es considerado de primer nivel por sus cuatro especialidades básicas: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, y cirugía; aunque brinda atención de segundo nivel. Es considerado como un hospital de 30 camas, pero en los últimos años se ha expandido y actualmente se acerca a las 80 camas; quince de ellas pertenecen al servicio de gineco-obstetricia.

Tiene una ubicación céntrica, al pie de una arteria asfáltica primordial en la ciudad llamada Insurgentes, hacia donde la entrada principal abre sus puertas a las(os) usuarias(os) de consulta externa, o bien a los familiares de las(os) usuarias(os) hospitalizados; la entrada posterior es exclusivamente para la recepción de urgencias. A sus costados están las calles de Julio M. Corzo y Ramón Corona (Anexo 1). Por fuera, su fachada consta de un gran muro con ventanas, en medio del cual irrumpe la entrada principal. (Fotos 1 y 2)

En sus alrededores se encuentra un parque, una escuela, una iglesia y comercios que impiden su expansión. La extensión de su terreno no sobrepasa la media manzana (50 metros x 100 metros). A pesar de que desde su fundación —hace 30 años— ha permanecido en el mismo domicilio, en sus orígenes se estableció como centro de salud con hospitalización. Al paso de los años, el edificio que pertenecía al centro de salud (Foto 3) se transformó en el albergue de la Jurisdicción II de Salud —que ocupa la otra media manzana—, quedando el área de hospitalización con la misma ubicación que antaño.

Con el paso del tiempo ha tenido la necesidad de agrandar sus instalaciones, por el incremento en la demanda de sus servicios. Por lo tanto, en su historia, ha sufrido diferentes transformaciones, no únicamente en su aspecto, sino también en su organización y su funcionamiento. Su edificio, antes de un nivel, gracias a la última remodelación ocurrida entre el segundo semestre de 2003 y los primeros meses de 2004 obtuvo un segundo nivel parcial en el que se ubica el auditorio y el descanso médico.

Sus remodelaciones dan la impresión de haber carecido de una planeación proyectada de acuerdo con el crecimiento de la población usuaria, o mejor dicho, de la potencialmente usuaria. La demanda de espacio de sus servicios condujo a su ampliación. Se echó mano del poco terreno circundante que se había destinado como jardín en sus primeros años. Según recuerda Doña Andrea, una enfermera con 28 años de antigüedad:

¡Era poco...eran... ¿cuántas camas? 30 camas. [...] era chico y toda esta parte de acá [los consultorios] era jardín, donde está ahorita ginecología, la parte de urgencias, [...] parte de quirófano, toda la parte de encamados donde está cirugía, medicina interna [...] parte de pediatría, todo alrededor era jardín...

[Las remodelaciones se han llevado a cabo] poco a poco. La primera ampliación fue la parte de lavandería, [...] la parte de cocina también que era más chica. [...] La segunda, fue... la parte de quirófano y la tercera fue ésta, la parte de la consulta externa. En toda esta parte, porque nada más teníamos dos consultorios donde está la dirección, [...] y la cuarta vino siendo ya la de... la de ahorita, sí, la de urgencias.

El servicio de ginecología como lo menciona, tiene una segunda sala, “añadida” en lo que solía ser una jardinera de la antigua fachada.

Toda la superficie está construida, a excepción de una parte que funge como estacionamiento de las ambulancias en la entrada posterior, y un pequeño patio (de unos 15 por 10 metros aproximadamente) al interior del hospital. De sus áreas verdes sólo se conservó este patio y una pequeña jardinera a la entrada.

Distribución interna

Actualmente, el edificio se distribuye en lo que llamaré primera y segunda sección.

En la primera sección (Figura 1) se encuentra la administración del hospital; la dirección; el archivo; trabajo social; el módulo de citas y la caja; la farmacia; los consultorios de consulta externa con una sala de espera con 32 asientos. El módulo MATER¹⁰² ocupa uno de estos consultorios.

Figura 1. Primera sección



Fuente: Argüello, Hilda

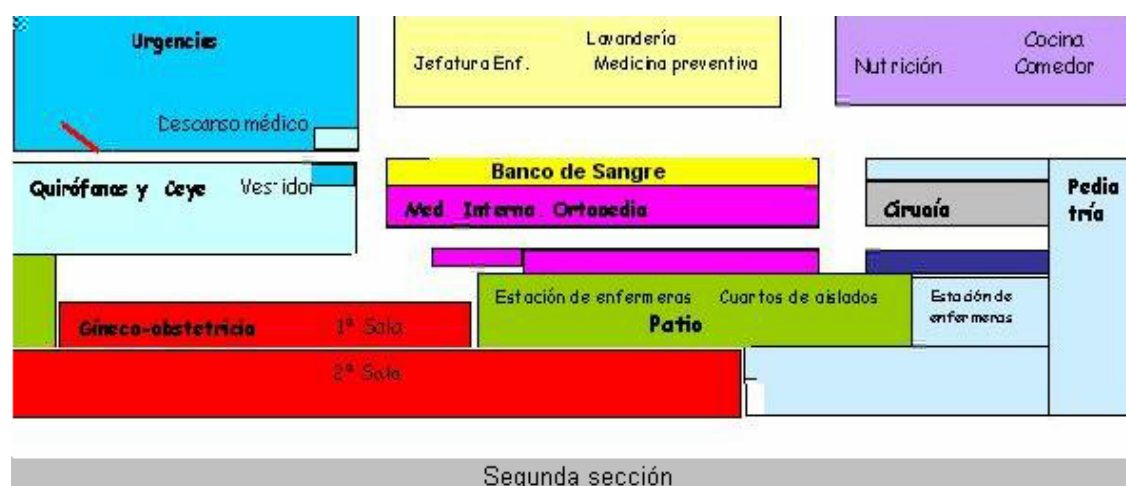
La segunda sección (ver figura 2) es propiamente el área de hospitalización. Se ubican los servicios de pediatría¹⁰³, banco de sangre, cirugía, medicina interna (que además de su sala tiene dos cuartos para aislados), traumatología y ortopedia (cuyos usuarios generalmente son alojados junto con

¹⁰² Este módulo está destinado exclusivamente para la atención de usuarias con embarazos de alto riesgo, fue puesto en marcha a fines de octubre de 2003. Inicialmente la estrategia adoptada para el combate de la muerte materna-infantil (como la versión estatal del programa Arranque Parejo en la Vida APV) se llamó E.S.P.E.S.I. (Embarazo sano, Puerperio Exitoso y Supervivencia Infantil), cuya intención era la de utilizar una unidad móvil para dar consulta a embarazos de alto riesgo en las localidades de las usuarias. Este proyecto se canceló y en su lugar inició este módulo. Se encontrará más información al respecto en el capítulo 1 en la reflexión metodológica y en el 2, en el apartado APV en Chiapas ¿E.S.P.E.S.I.?

¹⁰³ Éste a su vez se compone de dos secciones: cuneros y otra sala general para niños en edades pediátricas mayores que la edad permitida para cuneros. Junto con el servicio de ginecología son los que tienen las instalaciones más grandes.

los de cirugía), gineco-obstetricia; quirófano-CEYE¹⁰⁴ (Central de Esterilización y Equipos) y urgencias. Aquí también se sitúan la cocina y el comedor del personal¹⁰⁵; la lavandería y el mortuorio.

Figura 2. Segunda sección



Fuente: Argüello, Hilda

Casi todo el interior de las instalaciones tiene muros color gris claro de pintura acrílica, con acabado de tirol. Algunas paredes son blancas totalmente y otras están pintadas con esmalte color paja. La mayoría de las paredes están sucias en la parte inferior, con suelas de zapatos marcadas en ellas, probablemente de gente que se recargó en la espera de algún servicio. A excepción de la sala de espera de los consultorios, no hay asientos de espera afuera de los demás servicios. Durante algún tiempo se colocó una banca en un pasillo por el que se accede a los servicios de hospitalización, pero que resultaba insuficiente, sobre todo en horarios de visita, cuando se podían contabilizar hasta 40 personas entre adultos y niños pegándose a las paredes para no obstruir el paso o sentarse sin más en el piso.

El piso también presenta variaciones. En algunos pasillos y estancias el piso es de mosaico de granito, con aspecto gastado y sin brillo. En otras partes, se observa un piso más nuevo, color blanco rodeado por un zoclo de mosaico color terracota. Varias veces al día se puede observar a las

¹⁰⁴ La CEYE es el espacio en donde se encuentran los equipos esterilizadores del material quirúrgico que se requiera (guantes, gasas, apósitos, campos –se le llaman campos a segmentos de tela que se utiliza para poder establecer una zona aséptica en un procedimiento quirúrgico-, batas). Aquí también se proporcionan las botas, los cubrebocas y gorros para poder circular por el área de los quirófanos.

¹⁰⁵ El comedor es para 10 comensales aproximadamente.

trabajadoras de intendencia trapeando un piso que les es imposible dejar secar para que las personas transiten por él, por el constante movimiento que se vive en todo el hospital.

Generalidades sobre el personal y la organización del trabajo

Acerca del personal médico, hay una predominancia de médicos generales, ya que se tienen contratados al menos dos por turno —seis al día—, principalmente en el servicio de Urgencias. Son en total 21, tres mujeres y 18 hombres¹⁰⁶.

Al igual que los anestesiólogos, los gineco-obstetras son en total siete, tres mujeres y cuatro hombres. El hospital cuenta con seis cirujanos, una mujer y cinco hombres; en cuanto a pediatras, especialistas en medicina interna y odontólogos, el hospital tiene tres de cada especialidad, todos ellos hombres. Para el servicio de traumatología y ortopedia únicamente hay un especialista (hombre), de igual manera hay sólo un epidemiólogo, un urgenciólogo, una psiquiatra y una oftalmóloga. De los 55 integrantes del personal médico 43 son hombres y 12 son mujeres, en cambio en el personal de enfermería de 89 integrantes, 82 son enfermeras y 7 son enfermeros.

El personal médico de gineco-obstetricia

Los gineco-obstetras que laboran en el servicio son, a excepción de uno,¹⁰⁷ mexicanos; sólo una es chiapaneca, y los demás nacieron en otros estados de la República; su formación académica la realizaron en el Distrito Federal o Guadalajara. El primer gineco-obstetra del hospital continúa laborando, ahora tiene 20 años de antigüedad. El resto de los que tienen mayor antigüedad cuentan 10 años aproximadamente —dos de ellos—. Dos más tienen dos años o menos de antigüedad. La edad de estos especialistas está entre los 30 y 50 años.

Los médicos internos de pregrado (MIP) provienen de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH). En 2003 el hospital recibió 18, diez mujeres y ocho

¹⁰⁶ Los datos sobre el personal que labora en el hospital no están disponibles en un documento oficial, según la administración esto se debe a que caducan frecuentemente; sin embargo, el encargado del área de recursos humanos tiene la base de datos disponible.

¹⁰⁷ Es el segundo especialista que recibió el hospital hace aproximadamente 15 años, de nacionalidad nicaragüense.

hombres. Seis de ellos habían ingresado en enero y el resto lo hizo en junio de 2003. Así, el hospital recibe a estos médicos en formación dos veces por año. El número de ellos varía cada año, en 2002 tuvieron doce. Para el 2004 se pensó conservar el mismo número que en 2003.

El personal de enfermería de gineco-obstetricia

Generalmente dos enfermeras(os) de base están a cargo del servicio en cada turno. Es frecuente que las enfermeras de base sean aquellas que tienen varios años de antigüedad —diez o más años—. La mayoría son oriundas de San Cristóbal de Las Casas o residen en esta ciudad, son casadas con hijos.

Generalidades sobre la organización del trabajo (turnos y funcionamiento)

El hospital opera las 24 horas del día, de lunes a viernes. En los servicios hay tres turnos: El matutino, cuyo horario es de 7 a 15 horas; el vespertino, de 14:30 a 22:30 horas. Los turnos matutino y vespertino son de ocho horas; el nocturno, fin de semana y días festivos, es de 12 horas. A excepción de los fines de semana, el personal cambia tres veces al día, salvo los internos, que si tienen guardia permanecen 24 horas seguidas.

También hay turnos nocturnos de asistencia sólo tres veces por semana. En el personal de enfermería existe una guardia llamada *especial*: “es un turno que trabajaban domingo por la noche y dos días a la semana... más los festivos” (enfermera Andrea). El personal médico y de enfermería goza de dos periodos vacacionales anuales, cada uno de 14 días (10 días hábiles que se convierten en 14 por los dos fines de semana).

El jefe de enseñanza del hospital organiza a los médicos internos de pregrado (MIP) para conformar tres grupos de guardias vespertino-nocturnas (A, B, y C). Cada una tiene seis médicos internos. Durante una guardia se distribuyen de la siguiente manera: dos MIP en “piso” u hospitalización de todos los servicios; uno o dos en quirófano; y dos o tres en urgencias.

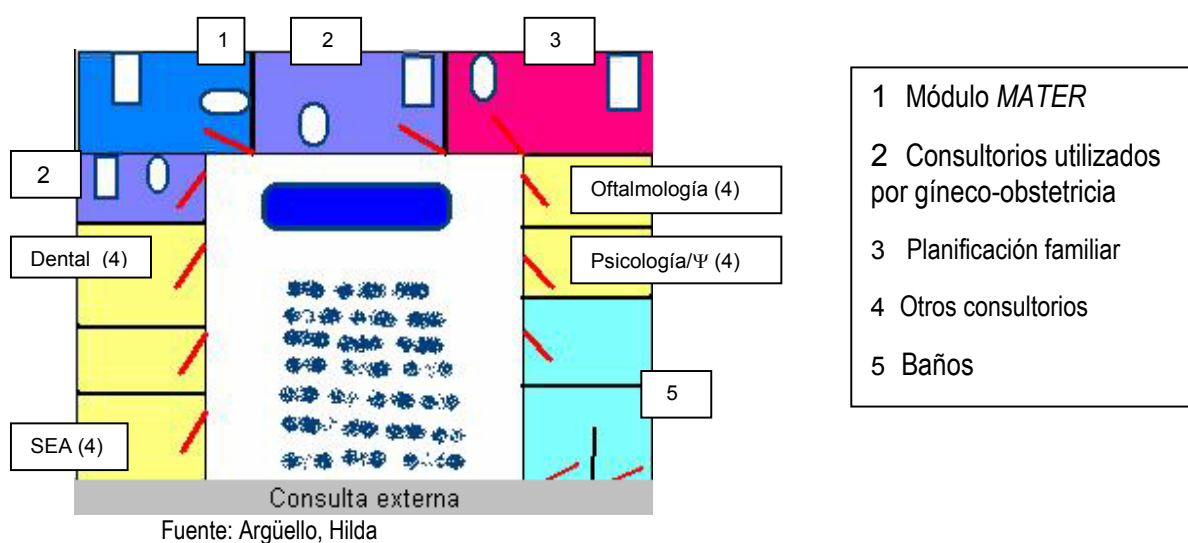
Uso de espacios

La atención materna es un encuentro que puede realizarse en diversos espacios. Puede acontecer en la sala de urgencias, como en la sala de medicina interna -si se acompaña de otra patología que requiera ésta atención, en el quirófano, en la sala de hospitalización o en la consulta externa de gineco-obstetricia o bien, en el módulo MATER. Los espacios en donde sucede tal encuentro -entre el personal de salud y las usuarias, se *re-crea* por la dinámica propia del espacio, por la individualidad de cada personaje, por la presencia o la ausencia de otros actores, hasta por la hora del día, que en ocasiones se torna en un factor decisivo que determina la relación, inclusive la presencia o ausencia de ésta. *Regionalización interior* lo llama Giddens¹⁰⁸.

Encuentros con privacidad: consulta externa y módulo MATER

El encuentro en los espacios de la consulta externa de gineco-obstetricia (G.O.) y el módulo MATER es un encuentro más íntimo, en la privacidad de un consultorio. A pesar de este elemento en común, tienen muchos otros que no comparten, que marcan la diferencia entre uno y otro. Ambos consultorios se encuentran en el área de consulta externa:

Figura 3. Consulta externa



¹⁰⁸ Para más información, ver capítulo 1, en el apartado del marco teórico, subtítulo "Regionalización de los espacios".

Consulta externa de gineco-obstetricia (GO)

La consulta externa de Gineco-Obstetricia suele tener movilidad de su espacio físico. Eso sí, ocurre siempre en el área de consultorios, pero habitualmente alterna el consultorio; no tiene uno asignado como el de planificación familiar o el de oftalmología. La probable respuesta a tal movilidad, es que no necesita de aparatos tecnológicos como en el caso del consultorio oftalmológico o el odontológico, pero la misma justificación no funciona como respuesta a la asignación de un espacio para planificación familiar. La explicación más cercana tal vez sea, que el encuentro gineco-obstétrico ambulatorio se conciba como aquel que no necesite de mayores requisitos para llevarlo a cabo, y que el mobiliario que se encuentra en cualquier consultorio sea suficiente para tal efecto.

El mobiliario de los consultorios no varía mucho entre ellos. Suelen tener un escritorio con una silla para el médico y al otro lado una silla de plástico o al menos uno o dos bancos metálicos; una cama de exploración, un lavamanos y una ventana que acrecienta la iluminación de las lámparas fluorescentes. A pesar de las ventanas, los cubículos son fríos y húmedos; y algunos de ellos revelan en sus paredes filtraciones de agua que las humedecen y manchan.

En consulta externa no se atienden a las usuarias que acuden espontáneamente, tienen que haber hecho una cita previa; y sobre todo, haber sido referidas por algún centro de salud, o haber sido citadas por los mismos médicos especialistas para el seguimiento de algún padecimiento por el que hayan tenido un contacto previo. Las usuarias llegan temprano, ya que el día lo tienen asignado, pero no así el orden en que pasarán, por lo que quienes lleguen más temprano asegurarán los primeros turnos. El número de usuarias varía, pero no se citan más de 10 por día.

El ginecólogo (a) encargado (a) de brindar la consulta (quien también tendrá dentro sus funciones¹⁰⁹ atender el servicio de hospitalización gineco-obstétrica) lo hará a lo largo del turno matutino con múltiples interrupciones. Es decir, se dan algunas consultas médicas y luego el o la médica se retira de ahí para desempeñar otras funciones; generalmente su incursión acostumbra ser al quirófano. De ocurrir lo último, las usuarias citadas ese día, tendrán que esperar largas horas en la sala de espera hasta que el o la especialista vuelva y reanude su actividad.

El horario de inicio de la consulta médica varía de acuerdo al especialista. Si la visita médica matutina en la sala de hospitalización gineco-obstétrica se efectúa alrededor de las 7:30 horas,

¹¹ Un gineco-obstetra trabaja un mes en los servicios de urgencias-quirófano y al siguiente lo hará en hospitalización gineco-obstétrica y consulta externa.

entonces la consulta externa iniciará cerca de las 8:30 horas. O podrá iniciarse a las 7:30 horas, pero será interrumpida cercanas las 9:30 horas por el *paso de visita* que el especialista dará en la sala de hospitalización.

Así, la consulta externa de ginecología suele darse por “tandas”. Pasan dos o tres usuarias y se interrumpe. Cuando las actividades del o la especialista demandan el resto de su tiempo, entonces la ginecóloga encargada del módulo MATER es quien atiende al resto de las usuarias que se quedaron a la espera.

Las usuarias generalmente entran con algún familiar, previo pago en la caja por la consulta, y la búsqueda en el archivo de su expediente solicitado por la enfermera de consulta externa, quien lo hace llegar a las manos del (la) especialista antes de que la usuaria entre al consultorio cuando llegue su turno. El(la) médico (a) especialista, de la misma forma, se encuentra acompañado (a) por un (a) de los MIP asignados al servicio de ginecología en su rotación de dos meses.

Por consiguiente, el encuentro médico suele darse entre cuatro actores –al menos, cada uno con diferente grado de protagonismo durante el mismo.

Hay consulta diaria, a excepción del día quirúrgico del especialista en turno. Por la tarde también hay consulta externa, pero es más complicada la atención de las usuarias, puesto que hay un sólo especialista encargado de todas las actividades del servicio. También hay una tarde en la que no hay consulta porque el especialista la ocupa para realizar las intervenciones quirúrgicas programadas.

El módulo MATER (Módulo de Atención para Embarazadas de Riesgo)

El módulo MATER tiene asignado un consultorio fijo en una superficie cercana a los 20 metros cuadrados ubicado en la parte frontal del edificio. Es frío a pesar de sus dos ventanas. Una de sus paredes blancas tiene huellas de escurrimientos de agua que manchan una tercera parte de su superficie. Posee, además del mobiliario habitual de todos los consultorios, un ultrasonógrafo y un colposcopio (todavía no está en uso y ha sido reservado para la futura clínica de displasias).

Las mujeres embarazadas que hacen uso de este servicio son enviadas con el sistema de referencia-contrarreferencia que los centros de salud que pertenecen a la jurisdicción sanitaria de la zona mantienen en acuerdo con el hospital general. Un poco más de las tres cuartas partes del total de

estas mujeres no viven en la ciudad; son también, en su mayoría, mujeres indígenas monolingües¹¹⁰, sin estudios o con pocos años de educación escolarizada, y una exigua solvencia económica. Previamente tuvieron que ser diagnosticadas bajo el dictamen de embarazo de alto riesgo por el médico encargado del centro de salud de su localidad o por el auxiliar de salud. Este médico es quien hace la cita para su atención en el módulo; pero no acostumbra acompañarla(s). Puede ser que gestione el medio de transporte para la(s) usuaria(s), en caso de existir, generalmente se requiere de la autorización y del combustible por el presidente municipal en funciones,¹¹¹ o bien, la usuaria viajará por sus propios medios. Esto puede representar altos costos para la misma ya que ingresar al módulo MATER implica el traslado periódico para el control prenatal.

Por lo tanto, la detección de un embarazo de alto riesgo y su referencia al hospital dependen de varios factores: el principal es que el(la) médico(a) haya detectado a las mujeres embarazadas;¹¹² en segundo lugar ha de conocer las condiciones de salud de la mujer embarazada y el desarrollo del embarazo mediante la consulta prenatal, para poder sustentar un diagnóstico de alto riesgo; y finalmente, que pueda convencerla (a ella y a sus familiares) de que para la atención óptima de su embarazo requiere de atención especializada en el hospital. En el caso de que la detección del embarazo de alto riesgo sea tardía —como ocurre la mayoría de las veces—¹¹³ y se presente una inminente urgencia obstétrica, la referencia es hacia el hospital, pero ya no al módulo MATER sino al servicio de urgencias. Así que el tiempo entre su detección y el envío es caprichoso y depende por mucho de las circunstancias en la que se presenta.

Las usuarias del módulo MATER suelen ser atendidas desde las 7:30 horas. La duración de este servicio es de solamente cinco horas. El módulo está planeado para que la atención sea personalizada y se desarrolle sin presiones de tiempo. Se ha contemplado que la especialista pueda

¹¹⁰ En los municipios que atiende la jurisdicción sanitaria, las lenguas predominantes son la tseltal y la tsotzil; y en su mayoría éstas usuarias no hablan español.

¹¹¹ Tal es la situación del Centro de Salud de Tenejapa, que para hacer uso de la ambulancia el personal de salud tiene que tramitarlo en la presidencia municipal. (Estos datos se obtuvieron del trabajo de campo realizado por invitación a una investigación a cargo de Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud A. C. (ACAS) en enero de 2004.

¹¹² La detección se torna una situación compleja cuando las mujeres nieguen u oculten su embarazo al personal de salud. La no detección de embarazos puede resultar en un desenlace fatal tanto para la madre como para el neonato. Tal fue el caso de una mujer de una localidad de Tenejapa (a 30 minutos del centro de salud y a menos de una hora del hospital), de cuyo embarazo no se tenía registro en el centro de salud de Tenejapa, y que murió en la autoatención de su parto por una probable retención de restos placentarios en el mes de enero de 2004.

¹¹³ Para ver con profundidad la problemática de la dilación en la atención de una urgencia obstétrica consulte la tesis doctoral de Freyermuth (2000), (2003).

ocupar hasta media hora o un poco más con cada usuaria. El número de usuarias es variable, con un promedio de cinco a seis por jornada, esto en parte se debe a su reciente instalación en octubre de 2003, y a que algunos médicos que trabajan en los centros de salud de la zona no sabían de su existencia, o no han hecho uso de él.

La atención es proporcionada por una ginecóloga. El trato que se les proporciona a estas usuarias suele ser diferente al de otras pacientes gineco-obstétricas; además de una exploración física minuciosa, es habitual que la especialista incluya la realización de un ultrasonido que es observado en la pantalla por la médica, quien anota lo que considera relevante en el expediente de la usuaria. La ginecóloga considera que el módulo MATER es un servicio de buena calidad, porque la dinámica del módulo permite que ella pueda crear un ambiente que dé confianza y seguridad a la usuaria sobre la atención que recibe, lo que permite que ambas se sientan cómodas.

Si la ginecóloga decide que una usuaria requiere internamiento, ella misma la acompaña hasta urgencias para ingresarla. Asimismo dará el seguimiento terapéutico. Si juzga necesario una intervención quirúrgica —en la mayoría de las pacientes de alto riesgo se inclina por realizar cesárea—, ella habrá de realizarla. Es decir, se establece una relación entre la médica y la usuaria durante todo el proceso, situación única en el ámbito hospitalario.

La organización del trabajo del módulo

Para la organización del módulo MATER se realizaron una serie de acuerdos entre el director del hospital, la jefatura de la jurisdicción, la jefatura de epidemiología y la gineco-obstetra encargada del módulo.

La propuesta inicial, en Octubre de 2003, fue que se asignara un día de la semana a cada una de las cuatro zonas que comprende la jurisdicción para la atención de las usuarias que fuesen referidas. Un reto importante era que las mujeres fueran recibidas por la ginecóloga, sin embargo este sistema de citas resultaba muy complicado, es por eso que en general cuando las mujeres acuden referidas del primer nivel se les atiende, o bien se les envía a urgencias. El sistema de citas se da satisfactoriamente con los médicos responsables del primer nivel, aunque en ocasiones con el inconveniente de que se junten en un mismo día usuarias referidas de distintas localidades.

Para el funcionamiento del módulo MATER es importante una red de salud eficaz en el primer nivel de atención, preparada para realizar la detección de mujeres que verdaderamente requieran

atención especializada. Sin embargo son los pasantes, la mayor parte de las veces, los que se encargan de la atención en este nivel, así como los técnicos de atención primaria. De acuerdo con la opinión de la especialista, es necesario que este tipo de recursos humanos reciba capacitación para que las canalizaciones realizadas sean pertinentes. Igualmente, reconoce que las parteras son parte importante en la atención del evento obstétrico por su cercanía con las usuarias, así como por el reconocimiento local que tienen. Considera importante construir una relación fructífera entre ellas, aunque piensa que las parteras son parte del problema cuando obstaculizan una referencia oportuna en casos donde ocurre una urgencia obstétrica.

Encuentros con menos privacidad: urgencias, quirófano y hospitalización de gineco-obstetricia (GO)

Urgencias

El espacio físico (Figura 4) del servicio se distribuye de la siguiente forma: Tiene dos accesos, uno en la parte posterior del hospital (estacionamiento de las ambulancias), a través de una puerta de dos hojas de acrílico con aluminio, que tiene aproximadamente 3 metros de ancho; y el otro acceso, hacia un pasillo lateral que está próximo a una puerta metálica que permite de igual forma la entrada del estacionamiento hacia el hospital.

Podría decirse que hay dos salas en el servicio. La que llamaremos primera, tiene un cuarto de aislados. En el pasillo frente a dicho cuarto hay una o dos camillas estacionadas en hilera. Al llegar al centro, a un costado de la puerta de acrílico está la estación de enfermeras y un escritorio que forma casi un cuadrado —tres lados, y que es donde generalmente se encuentra el personal médico.

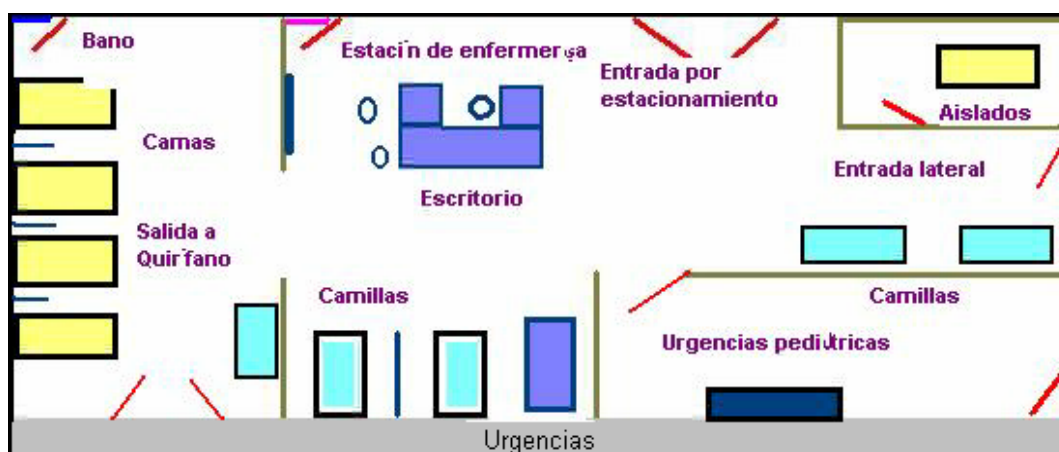
En tal escritorio se hallan: la papelería de los formatos; libros de cirugía, de gineco-obstetricia y urgencias; una o dos máquinas de escribir (propiedad de los médicos, no del hospital); recipientes plásticos con alimentos, o si es martes, las cajas que contienen las pizzas del desayuno o comida que se adquieren con la cooperación económica de médicos, MIP y enfermeras para aprovechar la oferta del día de llevarse dos por el precio de una.

A un costado del escritorio, junto al muro que divide la segunda sala, hay un mueble de madera con pequeños casilleros en donde se guardan los guantes, sondas de distintos tipos, las jeringas, las agujas de distintos tamaños, las suturas, las hojas de bisturí. Detrás de ese escritorio (del lado que se ubica el estacionamiento) hay un closet para guardar la ropa de cama y las batas, así como medicamentos y las mochilas o bolsas del personal.

Frente al escritorio hay “dos cuartos”, más bien dos espacios creados a través de grandes cortinas corredizas que cubren los costados y el frente. En uno de ellos es donde atienden las urgencias que recién arriban, aunque no necesariamente es el único lugar del primer encuentro. Tiene asignado el mayor espacio (unos 4 metros de ancho por 3 metros de largo), está rotulado bajo el nombre “Curaciones” por lo que puede advertirse fácilmente el material de curación sobre una mesa metálica: un bote con torundas, un bote con abatelenguas esterilizados, a veces jeringas y un frasco de xilocaína (anestésico); además de otro material empleado en urgencias como lo es de intubación (un laringoscopio¹¹⁴ con hoja de plástico); y un tripié para colocar las soluciones al lado de la mesa.

A un costado de *Curaciones*, en un espacio más pequeño (alrededor de metro y medio de ancho por 3 metros de largo) y en una esquina, está la camilla donde generalmente ubican a las usuarias de gineco-obstetricia que son ingresadas por el ginecólogo asignado a urgencias (de ser en el turno matutino).

Figura 4. Servicio de Urgencias



Fuente: Argüello, Hilda

¹¹⁴ El laringoscopio es un instrumento que se utiliza como su nombre lo sugiere para visualizar la laringe. Se introduce por la boca y para que pueda alcanzarse dicha zona anatómica se acompaña de una “hoja” de metal o plástica.

En la segunda sala, al fondo, hay cuatro camas numeradas pegadas a la pared. Hay también, una camilla cercana a la puerta de madera de dos hojas que desemboca al quirófano.

Es el paso obligatorio de una usuaria para su ingreso al hospital, también, en el caso de que alguna usuaria del módulo MATER sea ingresada, la gineco-obstetra acompaña a la usuaria al servicio de urgencias para su ingreso. Y debido a que la consulta externa de gineco-obstetricia es únicamente para usuarias con previa cita, la otra forma de consultar un servicio especializado es mediante urgencias.

La finalidad de un servicio de urgencias es la de brindar una atención inmediata a los casos en los que la vida está en peligro. En este contacto se tratará de estabilizar el estado de salud de la persona para, acto seguido, tomar decisiones sobre la continuación del manejo terapéutico, o iniciar un protocolo de estudio para determinar el origen del padecimiento y establecer una terapéutica definitiva. Por lo tanto, las intervenciones en el servicio son de pronta acción: se canaliza, se toman muestras de sangre u orina, se le administran medicamentos; o bien, se puede disponer que la(el) usuaria(o) permanezca en observación —sin llevar a cabo ninguna de las acciones anteriores— para valorar la evolución del evento, como parte de su manejo terapéutico.

No obstante, además de atender las urgencias, el servicio actúa como un filtro para el ingreso de las(os) usuarias(os) a los diferentes servicios. Todas las personas que ingresan al hospital han tenido que pasar por urgencias. Esta situación vuelve compleja y caótica la dinámica del servicio, porque le confiere un carácter administrativo además de clínico. Ejemplo de esto son los diferentes casos de las usuarias gineco-obstétricas en los que no todas ingresan por una urgencia inminente:

Las hay quienes ingresan en una fecha programada con antelación para una intervención quirúrgica (cesárea); se les ha indicado previamente que ingresen un turno, o un día antes del planeado. Su entrada al hospital será a través del servicio de urgencias. Si hay cama disponible en la sala de hospitalización de GO, permanecerá en urgencias solamente el tiempo necesario (20-30 minutos), para que el personal cumpla con los trámites administrativos del llenado de formatos que no deben faltar en un expediente. Posteriormente, se llamará a alguna enfermera(o) de la sala de hospitalización para que se lleve a la usuaria de urgencias, y reciba la documentación del expediente con lo cual se sella que la usuaria “ya no es paciente de urgencias”¹¹⁵. En caso de que no haya camas

¹¹⁵ Lo entrecomillado son expresiones de quien escribe. Lo que está en cursivas es tomada de las expresiones de los actores sociales de la investigación.

disponibles en hospitalización, entonces tendrá que quedarse en urgencias, hasta que alguna esté libre. Esta última situación crea conflictos entre el personal de enfermería de ambos servicios. Las enfermeras de urgencias presionarán a las de hospitalización para que se lleven a su *pacientita* porque el servicio se “sobrecarga”. Las segundas replicarán que *están llenas*, con notable exasperación. Dichas reclamaciones se llevan a cabo por teléfono, y rara vez ocurre un enfrentamiento cara a cara. Existen otras ocasiones, donde por el contrario, ambos personales echarán mano de sus amistades para apoyarse.

En caso de que una usuaria gineco-obstétrica permanezca en observación, si a su llegada se valoró que el parto sería “normal”, y el trabajo de parto apenas ha iniciado (es decir, que tenga pocas contracciones y de poca duración, así también que el cuello uterino tenga pocos centímetros de dilatación, y la frecuencia cardíaca fetal esté en parámetros normales), enviarán a la usuaria a su casa, con la instrucción de que *si se pone mal* (esto significa que tenga salida de líquido amniótico o sangre, o que las contracciones sean “muy fuertes”) regrese inmediatamente, si no, le indican la hora en la que tendrá que volver para una nueva valoración.

En general, el ingreso al servicio para estas mujeres que llegan al hospital, no es fácil. Hay que esperar. La expectativa puede prolongarse por largo rato, porque hay de urgencias a urgencias, y las que apremien más -de acuerdo a la valoración del personal- serán las primeras¹¹⁶ en ingresar. Es frecuente que la demora para la recepción de las usuarias se origine por la falta de alguna cama o camilla libre para poder atenderla. La sala de urgencias no es un lugar para quedarse mucho tiempo, es un lugar de paso. Ahí se decide si se ingresa o no.

Durante el turno matutino, que es el de más afluencia de usuarias(os), se reconoce la relevancia de los problemas maternos, que se traduce en la presencia de un(a) gineco-obstetra encargado(a) de la atención de este tipo de urgencias. Pero además, si la urgencia que valoró requiere de una intervención quirúrgica, es quien estará a cargo de realizarla. Si esto sucede, el servicio de urgencias puede quedarse por varias horas sin el especialista; y los médicos generales encargados del servicio son los que se quedan a cargo de las urgencias obstétricas que lleguen durante su ausencia.

Cuando las usuarias llegan al servicio, son conducidas por el personal de enfermería hasta una cama o camilla. Éstas no ofrecen privacidad en el encuentro médico que está por llevarse a cabo, se ubican una al lado de la otra o de frente (Ver Fig. 4). Si las usuarias experimentan una revisión

¹¹⁶ Generalmente cuando hay una hemorragia, pérdida del conocimiento, convulsiones, sufrimiento fetal o ausencia de frecuencia cardíaca fetal, o una signología que indique aparatosamente gravedad.

ginecológica, la privacidad para la práctica del procedimiento les será otorgada únicamente por la sábana que las arroje. Gozarán de un poco de privacidad si les toca ser exploradas en cualquiera de las dos camillas que tienen una cortina plástica corrediza que crea un pequeño cuarto virtual.

El encuentro médico de urgencias involucra a varios actores como el médico gineco-obstetra, alguno de los dos médicos generales del servicio, médicos internos de pregrado, y el personal de enfermería. La usuaria es separada de sus familiares (a quienes se les llamará para que recojan la ropa de la usuaria en caso de que sea admitida, o para informarles sobre las decisiones médicas sobre el manejo del padecimiento) y el primer contacto a menudo se establece con algún médico (a) interno (a) de pregrado (MIP).

El o la MIP se acerca para llevar a cabo el interrogatorio (la anamnesis del padecimiento) con el que se llena el formato de una historia clínica resumida de una página, llamada *Nota de Urgencias*. Al término, se dirige a alguno de los médicos para que se acerquen a realizar la exploración física de la usuaria. En otras ocasiones, sobre todo en casos de gravedad, el contacto primario es con el médico general o el especialista, quien la interroga y lleva a cabo la exploración física al mismo tiempo. El interrogatorio realizado por el especialista usualmente es utilizado para su propia información en la integración diagnóstica que lleva a cabo en esos momentos y posteriormente para la redacción de su nota de valoración. Otro interrogatorio será llevado a cabo por el/la MIP para completar la *Nota de Urgencias*.

Los MIP efectúan la exploración física cuando es por una petición del especialista. Tal situación se presenta comúnmente en usuarias indígenas, cuando ya sea ellas mismas o el familiar — generalmente es el esposo al que permiten quedarse únicamente si va a desempeñarse como traductor— se niegan a que el especialista masculino realice la exploración ginecológica, entonces se pide a una MIP que haga la valoración y se la comunique al especialista. Dicha situación incomoda al especialista, quien molesto por no poder completar su trabajo¹¹⁷, se retira de la usuaria mientras la MIP se queda con ella completando su labor y podría volver a ella con cierta animadversión para la conclusión de la valoración gineco-obstétrica.

¹¹⁷ En un artículo sobre *Violencia en contra de las mujeres en Instituciones Sanitarias*, (2002), sus autoras, de origen brasileño, mencionan al respecto que

“(…) doctores y (...) enfermeras son colocados en una situación privilegiada y de poder en relación a sus pacientes. Para ser efectivos, los profesionales [el personal de salud] necesitan la cooperación de los pacientes, e idealmente esto se obtiene a través de la información, la participación y la confianza. Sin embargo, en algunas situaciones el uso de medidas disciplinarias en contra de las pacientes ha sido legitimada (...) y generaciones de profesionales aprenden éstas técnicas durante su entrenamiento o cuando trabajan en un ambiente en particular.”

Si la usuaria va a ser ingresada, se le pide que se despoje de su ropa y se ponga una bata que es proporcionada por las enfermeras. Se le asigna una cama o camilla y se queda por algún tiempo a la espera de la continuación de su manejo terapéutico. La ruta será probablemente el quirófano y posteriormente la sala de hospitalización o viceversa.

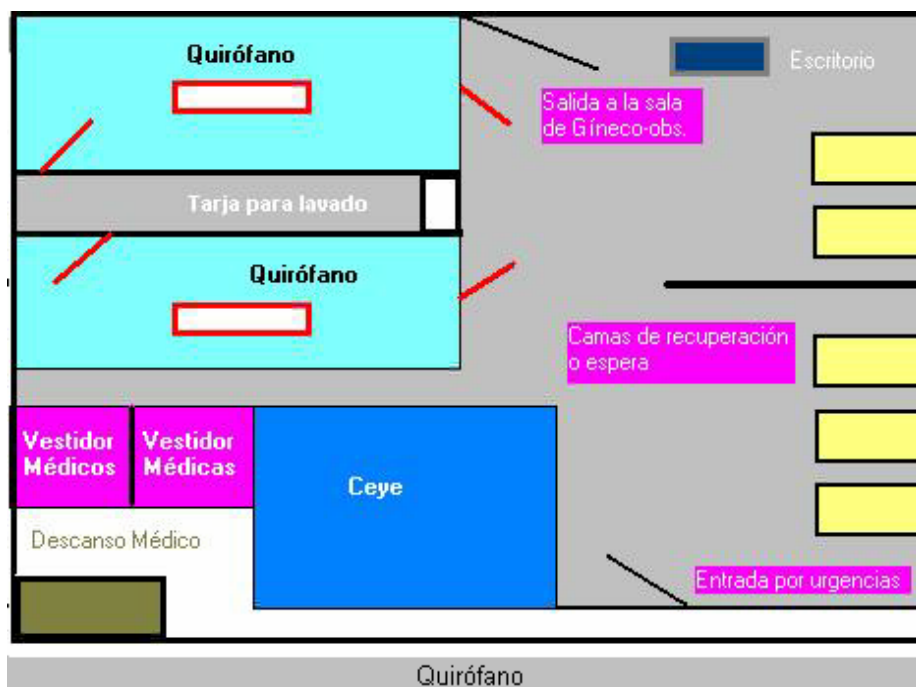
Quirófano

El quirófano está directamente relacionado con el servicio de urgencias y con el de hospitalización de gineco-obstetricia, tanto en su dinámica como en su ubicación.

El área del servicio es aproximadamente de 10 por 15 metros. Posee dos accesos. El primero está frente a Urgencias, y el segundo, hacia la sala de hospitalización de gineco-obstetricia. Ambos tienen puertas de acrílico con cancelería, de aproximadamente un metro de altura. Cercanas a la puerta de entrada que da a urgencias se ubican tres camas que funcionan como de recuperación o espera. Un muro paralelo a estas camas, de unos 3 metros de longitud, separa dos camas que están del otro lado. Cerca de éstas últimas se encuentra un escritorio y la salida hacia hospitalización.

El hospital tiene dos quirófanos, de alrededor de 4 por 7 metros. Los dos están equipados de la misma manera: con una cama quirúrgica, un monitor de frecuencia cardiaca, cuyo transmisor es colocado en el dedo de la usuaria(o) en forma de clip; un equipo de anestesia; cuatro lámparas de techo; dos mesas pediátricas (para recibir a los recién nacidos y brindarles los primeros cuidados) y dos puertas de acceso. Entre ambos quirófanos se localiza una tarja de aluminio -la cual comparten- para el lavado de manos y antebrazos de los especialistas que vayan a efectuar una intervención quirúrgica.

Figura 5. Área de Quirófanos



Fuente: Argüello, Hilda

Si una urgencia es imperiosa se pasará al quirófano lo más pronto posible. Si no, tanto por la disponibilidad de los mismos (únicamente hay dos quirófanos), como por el ayuno que se indica a su ingreso, de al menos un par de horas para cumplir con las indicaciones de admisión a un procedimiento quirúrgico, tendrá que esperar un par de horas, o si no es una urgencia de gravedad, esperará incluso más de un día.

El (la) gineco-obstetra en ocasiones le explica a la usuaria, y en otras llama al familiar que la acompaña, para explicarles a ambos sobre la necesidad de la cirugía. Otras veces, a pesar de estar los dos, a quien se dirigen los especialistas (o los MIPs) es al familiar –generalmente el esposo o la madre de la usuaria- y no a la usuaria, sobre todo si se trata de una mujer monolingüe, no hablante de español y analfabeta. Según relata una médica interna de pregrado:

[...]a veces ya no quedo viendo a la paciente sino al familiar(...) de que él es el que contesta [...] casi no tienen... ora sí que nada de opinión [las mujeres indígenas] [...] ni para lo que ellas sienten, es el esposo o es la mamá [los que opinan]... todos menos ellas.

Se pide al familiar que firme el formato de autorización del procedimiento quirúrgico. A menudo estas personas no leen el formato y sólo lo firman en donde se les indica que deben hacerlo. Quien les da el formato y les indica dónde deben firmar (o poner su huella) es el(la) MIP encargado(a) de integrar el expediente clínico, con la obligación de estar pendiente de que no falte ningún documento o formato por llenarse.

Para una usuaria el pasar “lo más pronto posible” al quirófano, significa esperar al menos un par de horas. Durante ese lapso, se inicia el manejo terapéutico medicamentoso para lo cual se establece una vía parenteral¹¹⁸. Se cumplen otras indicaciones, según el padecimiento: si se trata de una cesárea el personal de enfermería vendará las piernas de la usuaria, colocará un gorro o capelina cubriendo el cabello y con un membrete (de cinta adhesiva) que lleva su nombre y número de cama; le hará la tricotomía¹¹⁹genital; e introducirá una sonda urinaria. En caso de un parto normal o eutósico, si aún hay tiempo, harán la tricotomía genital únicamente.

Un procedimiento importante previo a la cirugía, es el tomar las muestras sanguíneas para que se realicen los estudios preoperatorios. De esto se encargan generalmente las enfermeras, aunque en ocasiones los médicos encargados del caso le dan la orden directamente al MIP, quien además de hacer la requisición para el laboratorio, toma las muestras o pide a las enfermeras –con más práctica– que lo (a) ayuden.

El especialista o médico a cargo que haya valorado la necesidad de una intervención quirúrgica tiene que ordenar además (el MIP es quien generalmente ejecuta directamente sus indicaciones) llenar un formato de interconsulta con el (la) anesthesiólogo (a) de turno.

El (la) anesthesiólogo (a) llegará posteriormente a urgencias para valorar a la usuaria, y tiene la facultad de suspender la intervención quirúrgica, si de acuerdo a su evaluación la usuaria no se encuentra en condiciones de someterse a la cirugía. Este hecho, es una de las causas más frecuentes de conflicto entre los médicos especialistas porque cuestiona la decisión de pasar a la usuaria al quirófano por parte del (la) gineco-obstetra, pero además la situación expone puntos de vistas divergentes sobre la terapéutica de una misma usuaria. Por lo tanto, en caso de revocarse su admisión continuará a la espera hasta que Anestesiología (en ese turno o en otro) dé su anuencia; ésta podría derivarse de un acuerdo logrado mediante el convencimiento por parte del(la) gineco-obstetra, o por

¹¹⁸ La vía parenteral es introducir un catéter o un equipo llamado venoclisis en una vena o arteria, con el fin de colocar soluciones y/o medicamentos.

¹¹⁹ Literalmente significa cortar el pelo, aquí el procedimiento que se realizó fue el de rasurar el vello púbico.

una negociación de las responsabilidades entre ambos especialistas, o bien, porque en una siguiente valoración el/la anestesiólogo (a) consideren más estable –de acuerdo a su criterio- la salud de la usuaria. Al momento de su valoración, el(la) anestesiólogo(a) decide el tipo de anestesia y la vía para administrarla. Si se deciden por el bloqueo epidural (es decir anestesiarse los nervios que inervan el abdomen) entonces lo hará inyectando el anestésico en la columna, y es un procedimiento que se lleva a cabo en urgencias antes de pasarla al quirófano.

Una vez autorizado su paso al quirófano, las enfermeras son las que se comunican con sus compañeras(os) de quirófano para que éstas últimas se preparen para recibir a la usuaria. Les dan el expediente y ellas vuelven a urgencias para cumplir con las indicaciones preoperatorias.

Cuando las enfermeras de quirófano indican que pueden recibirla, y el(la) gineco-obstetra también lo ordena, en urgencias una enfermera se encarga de pasar a la usuaria al quirófano. Si la usuaria se encuentra en una camilla, la pasan directamente al quirófano, pero si la usuaria está en una cama, le acercan una camilla y la colocan paralelamente a la cama. Descuelgan las o la solución del tripié de soluciones y le piden a la usuaria que se pase a la camilla dándole indicaciones de cómo moverse efectivamente. Si ven que le cuesta mucho o se tarda demasiado en hacerlo, entonces la ayudan.

Al llegar la usuaria a la puerta de acceso al quirófano es recibida por otro personal de enfermería. Aquí la usuaria repite el procedimiento anterior, cambia nuevamente de camilla, pasa de la de urgencias hacia una que está adentro del quirófano. Una vez que está en el área de quirófanos, la ubican en un espacio que es llamado “sala de espera o de recuperación” (Figura 5), donde las camillas (dos o tres) están dispuestas una al lado de otra, sin cortinas ni nada más que les ofrezca un espacio privado. Posteriormente pasan a la usuaria a un quirófano. El tiempo que transcurre de la *sala de espera o recuperación* al quirófano, depende de que los especialistas se hayan vestido con la pijama quirúrgica e ingresado al área de quirófano, y que las enfermeras que asistirán durante el acto quirúrgico tengan el material necesario ya dispuesto en el quirófano.

El(la) gineco-obstetra verifica que todo esté listo, y acomodada las lámparas que están empotradas en el techo, a un ángulo que le sea útil. Procede al lavado de manos y antebrazos. Entra al quirófano con los brazos levantados y una enfermera lo(a) recibe con un campo¹²⁰ para que se seque. La enfermera o el MIP que servirá como instrumentista destapa el paquete de pinzas y campos para la cirugía. Saca la bata y ayuda a colocársela a la especialista. Mientras tanto, el(la) anestesiólogo(a)

¹²⁰ Se le llaman campos a segmentos de tela que se utilizan para poder establecer una zona aséptica en un procedimiento quirúrgico, y se utiliza también como “toalla” para secarse las manos.

inicia con la medicación para la cirugía. El(la) gineco-obstetra se coloca los guantes ayudado por el instrumentista, limpia el abdomen de la usuaria con una solución yodada antiséptica llamada *isodine*, utilizando unas pinzas largas llamadas *de anillos* con gasas dobladas y sujetas en la punta, que mueve en un movimiento centrífugo sobre el área abdominal de la usuaria, al término, cambia de guantes. Luego coloca los campos sobre el abdomen de la usuaria, dejando un cuadro en medio que es el lugar donde efectuará la incisión.

El(la) gineco-obstetra, tiene al menos un primer ayudante –quien lo asiste directamente en la cirugía- y un instrumentista. El primer ayudante es un MIP, habitualmente el asignado al servicio de gineco-obstetricia. Y el instrumentista puede ser otro MIP o una enfermera.

Con la usuaria generalmente no se intercambian palabras en este espacio. El(la) anestesiólogo (a) es el(la) único(a) que establece comunicación con ella durante el acto quirúrgico, y lo hace para darle algunas indicaciones o inquirir sobre su estado de salud. Mientras transcurre la cirugía, el ginecólogo (a) y médicos internos platican, algunas veces sobre su vida privada, otras sobre el funcionamiento o los pendientes del servicio, o sobre el resto del personal con el que interactúan.

Finalizado el acto quirúrgico la usuaria pasa a una pequeña sala de recuperación, donde hay dos o tres camas, frente a los quirófanos. Puede permanecer ahí un par de horas, o alargar su estancia el tiempo que sea necesario hasta que haya un lugar disponible (si entró al quirófano directamente de urgencias) en la sala de hospitalización gineco-obstétrica. Si tiene asignada una cama, la pasan cuando las enfermeras de hospitalización acepten su reingreso. Ésto dependerá del trabajo que tengan en esos momentos, si están muy ocupadas, piden que permanezcan ahí alrededor de media hora o una hora. Esta demora se debe a que las enfermeras realizan un trámite de recepción y actualización del expediente de la usuaria cuando la ingresan a la sala que les lleva tiempo e implica más trabajo. La tardanza en recibir a la usuaria es un motivo frecuente de conflicto entre las enfermeras de quirófano y las de hospitalización sobre todo en las últimas horas del turno.

Hospitalización de Gineco-Obstetricia

El servicio de hospitalización se compone de dos salas (Figura 6). A su entrada hay una sala pequeña –la primera- cercana a los 24 metros cuadrados.

Figura 6. Sala de hospitalización del servicio de Gineco-obstetricia



Fuente: Argüello, Hilda

Incluye a la derecha, la estación de enfermeras. Ésta tiene un escritorio de madera de un poco más de metro y medio de largo por un metro de ancho¹²¹, sin pulir y sin barnizar. En su superficie se pueden ver manchas de tinta y el esbozo de algunas palabras sobre un fondo oscuro que la suciedad impregnada le ha dado con el tiempo.

Bajo el escritorio hay un mueble con tres cajones para la papelería del servicio. Tiene más el aspecto de una cajonera para ropa que el de un archivero, por lo que los papeles se apilan y se revuelven en su interior. El hallazgo de un formato de historia clínica, por ejemplo, pasa por el ritual de meter y sacar la mano hasta dar con él.

Hay también un sillón de oficina, de estructura metálica con el asiento y el respaldo acolchonados color negro. A su lado, dos sillas de plástico complementan el mobiliario. A espaldas de estas sillas, hay un mueble de madera y cristales sobre una mesa. Es el lugar de almacenamiento de los medicamentos. Es un mueble de unos 50 centímetros de alto por unos 50 centímetros de ancho. A un costado tiene un mueble de madera pensado en ser un pequeño casillero de medicamentos para cada usuaria, es un mueble alargado y rectangular que llega hasta el número 12, así que las camas 13,

¹²¹ El escritorio poseía un volumen mayor hace un tiempo, puesto que ostentaba un casillero de casi un metro de alto empotrado en la parte posterior de la superficie de trabajo. Lo relevante de este casillero es que impedía la visibilidad de la persona que llegara al servicio, de averiguar quién se encontraba al otro lado. Según relata una enfermera, mandaron a cortar este casillero (alrededor del 2002) porque de noche se convertía en un útil escondite que tornaba al simple escritorio en un mueble multifuncional. De noche le tocaba ser una fugaz cama que acogía el sueño profundo de alguna de las enfermeras de turno. Y no es que esto se hubiera considerado una falta grave para tomar una medida tan drástica, sino fue hasta que aconteció el robo de un infante por una mujer disfrazada de enfermera, en una desafortunada guardia, que la dirección del hospital decidió quitarle dicha función nocturna.

14 y 15 tienen que conformarse con una parte del marco de la ventana de al lado que da al pasillo que separa al servicio del área de quirófanos; en el otro costado una mesa metálica donde hay un frasco con torundas¹²², dos termómetros y un estetoscopio -el único del servicio.

Al lado de la mesa metálica se ubica la entrada a un closet. Es un cuarto pequeño de metro y medio por metro y medio. Hay tres entrepaños de madera a la derecha y de frente a su entrada. Es donde se almacenan insumos como: soluciones, venoclisis, jeringas, el baumanómetro de pedestal, pañales para adultos¹²³ (cuando hay) y a veces toallas sanitarias, ropa de cama, batas y pijamas quirúrgicas que guardan los internos o los (as) ginecólogos (as). Las mochilas o bolsos de las enfermeras, las mochilas de los pasantes de enfermería, de los internos y por algún tiempo también la de la antropóloga; bolsas de cosméticos, a veces recipientes plásticos para guardar alimentos, en muchas ocasiones botellas plásticas de refrescos.

A un lado de la estación, del mismo lado derecho, se ubica el sanitario, en seguida -por fuera- el lavabo y a continuación, en una segunda puerta de madera, la ducha.

Al lado izquierdo de la entrada se ubican seis camas, pegadas a la pared, tres del lado izquierdo y tres frente a éstas. El servicio tiene asignadas 15 camas. El resto de las camas se ubican en la siguiente sala. Frente a la puerta de entrada hay a unos 3 metros otra entrada –a la segunda sala. Esta segunda sala es más grande sobre todo longitudinalmente, da la impresión de ser un largo pasillo con camas. Tiene unos 20 metros de largo, aproximadamente, y al entrar del lado derecho se encuentran, en el extremo derecho, las camas 7, 8, 9 y la 10 que queda justamente en la entrada. A la izquierda, continúan las camas hasta llegar a la 15. Al lado de la cama 15 hay dos puertas de madera, que se supone sean un sanitario y una ducha, pero no se ocupan; hay también un gran closet de madera cerrado con un candado, en el cual al terminar el turno de la mañana, algunas enfermeras que no son precisamente del servicio, se acercan llave en mano para guardar material.

Las camas de ambas salas, tienen unas cortinas plegables de plástico color avellana unidas con rieles al techo (a excepción de las camas 7, 8 y 9), que hacen las veces de biombo e intentan dar cierta privacidad a las usuarias, pero sólo lateralmente, porque al frente no hay cortina ni nada, así que siempre pueden visualizar a las usuarias de enfrente (a excepción de las que se encuentran en la segunda sala).

¹²² Las torundas son pequeñas bolas de algodón que generalmente se remojan en alcohol y se colocan en recipientes de cristal o de metal con tapa y que usualmente se le llaman torunderos.

¹²³ Los pañales habitualmente son comprados por las usuarias. En una ocasión observé que el servicio tenía porque se los habían donado.

Ciertas camas tienen un pequeño banco junto a ellas, las camas son altas y no son fáciles de abordar sin ayuda. A muy pocas de ellas le funcionan los mecanismos que permiten a través de manivelas -ubicadas en la parte frontal inferior- elevar o abatir la cabeza o los pies para variar la posición. Función importante en el tratamiento de las hemorragias o de una amenaza de aborto, donde la posición indicada es la de colocar a la usuaria con los pies elevados por encima del nivel de su cabeza.

Casi todas las camas tienen una mesa de superficie de formaica imitación madera –se sostiene sobre largas patas metálicas, tubulares y con ruedas, la mayoría de ellas oxidadas- que funciona tanto para colocar la charola de alimentos de las usuarias, así como para poner el expediente correspondiente a la hora de la visita de los ginecólogos (as). Las sábanas son de manta blanca, algunas de ellas lucen gastadas, a tal grado que muestran partes transparentes. Generalmente cada cama se acompaña de un cobertor viejo a cuadros de colores, o uno azul marino, que recuerdan a las mantas que dan en los “camiones de lujo”.

Las dos salas están pintadas con esmalte de color amarillo cremoso, que le procura un aspecto triste. Los techos son blancos con lámparas fluorescentes cubiertas con mamparas blancas. Durante el día las lámparas permanecen apagadas, pues ambas salas tienen ventanales que permiten una buena iluminación. La primera sala tiene ventanales en el costado que da hacia el patio, de igual forma la segunda sala tiene grandes ventanas cuyos vidrios tienen un tratamiento que le da un acabado opaco y que no permite ver hacia el otro lado, y en la parte superior han dejado al vidrio con su transparencia para que permita una mejor iluminación.

En la segunda sala, los ventanales que dan al patio tienen cortinas que aparentan ser de algodón con un color similar al de la manta cruda; los otros ventanales que dan a la calle (del lado de la cabecera de las camas) no son tan anchos como los otros, y los vidrios están colocados en un marco de madera cuadriculado que tampoco permite la visión a través de ellos y sólo dejan penetrar la luz; estas ventanas nunca son abiertas (Foto 4).

Para llegar al servicio de hospitalización de gineco-obstetricia hemos constatado el paso ineludible de las usuarias por urgencias. El servicio tiene la finalidad de recibir a usuarias cuyo padecimiento – por su gravedad- no pueda ser tratado ambulatoriamente. Las usuarias que ingresan vía urgencias-hospitalización serán las que tienen programada una cirugía o un padecimiento que requiera una observación estrecha por el riesgo de complicación (un ejemplo sería un aborto inminente,

o una mujer con preeclampsia o eclampsia¹²⁴). Lo más común es que las usuarias de esta sala ingresen vía urgencias-quirófano-hospitalización, por lo que para la mayoría de ellas se convierte en *una sala de recuperación*.

Cuando una usuaria ingresa a hospitalización es porque el personal de enfermería de esta sala aseguró la disponibilidad de una cama para recibirla. Si ingresa del quirófano, entonces las enfermeras de quirófano llaman a las enfermeras de hospitalización, éstas van con una camilla (estacionada en el pasillo de afuera de servicio) para hacer pasar a la usuaria de la camilla del quirófano a la de hospitalización. La conducen hasta la cama que le asignan, y le vuelven a dar indicaciones verbales o gestuales (con mímica, en caso que se trate de usuarias no hablantes de español) para que se cambie de la camilla a la cama, mientras que la enfermera se encarga de sostener las soluciones y acomodarlas en un gancho o tripié que hay junto a la cama. Al expediente que la acompaña –que llaman *papelería*- lo colocan en el escritorio de la estación de enfermería. Posteriormente, acomodan los papeles en una carpeta metálica y le ponen una cinta adhesiva donde anotan el nombre y la cama de la usuaria.

Ahí mismo, buscan en su cajón de papelería, un formato (cuando hay, o si no lo improvisan con una hoja blanca) del tamaño de media hoja carta, donde anotan el nombre, la edad, la fecha y el diagnóstico¹²⁵ de la usuaria. En caso de haber tenido un (a) hijo (a) agregan el sexo del bebé y su peso.

A la usuaria le permiten que un familiar la acompañe –corrientemente es su esposo/cónyuge o su madre quien lo hace- la mayor parte del día y toda la noche. Durante el inicio de los turnos matutino, vespertino y nocturno se les pide que abandonen la sala porque no se permite que permanezcan durante el *paso de visita médico*. La visita de otros familiares o conocidos es permitida durante dos horas por la mañana y dos horas por la tarde, y sólo permiten estar a dos de ellos con la usuaria.

El personal médico y de enfermería cambia con los tres turnos. El personal médico del servicio incluye a el/la gineco-obstetra, quien “visita” la sala de hospitalización durante el *paso de visita* y si acaso se presentara alguna eventualidad. El resto del tiempo lo divide entre la consulta externa y el apoyo al gineco-obstetra de urgencias en algún procedimiento quirúrgico; incluye además, a tres

¹²⁴ *Preeclampsia* es un síndrome caracterizado por hipertensión, edema y pérdida de proteínas por la orina y la *eclampsia* es una variante más grave en la que además de lo anterior, la mujer embarazada presenta convulsiones y un edema generalizado.

¹²⁵ Esto no necesariamente es congruente con el diagnóstico de ingreso, por ejemplo: si una usuaria ingresó al quirófano con el diagnóstico de *preeclampsia* (síndrome caracterizado por hipertensión, edema y pérdida de proteínas por la orina) –como diagnóstico principal- entonces como le practicaron una cesárea, las enfermeras de hospitalización anotan muchas veces sólo *post-cesárea*.

médicos internos de pregrado (MIP), quienes se dividen entre hospitalización y quirófano, ocupando la mayor parte de su tiempo en el último. El personal de enfermería comprende a una o dos enfermeras (os) de base, una o dos enfermeras (os) pasantes en servicio social, y dos o tres estudiantes de enfermería de un bachillerato técnico llamado CONALEP¹²⁶.

Los servicios en general, son manejados básicamente por el personal de enfermería y los médicos internos de pregrado (MIPs), pero éstos no se encuentran tan permanentemente como las enfermeras, aunque sí tienen la obligación de estar en la sala de hospitalización a cargo de los ingresos al servicio. Es decir, hacer la historia clínica de la nueva usuaria, la nota de ingreso del servicio y actualizar la *nota de evolución* y de *indicaciones médicas*.

Un elemento que caracteriza la vida cotidiana del servicio y donde hay una mayor actividad y presencia del personal es durante *el paso de visita*, que tiene efecto en las primeras horas de cada turno. Existe un paso de visita tanto médico, como de enfermería o ambos se dan de manera conjunta.

El paso de visita médico

El paso de visita es una de las rutinas médicas que se llevan a cabo en todos los servicios. Su objetivo es dar seguimiento al estado de salud de las usuarias(os), redefinir su terapéutica –o confirmar y continuar con la que actualmente tiene- y su pronóstico, o dar el alta del hospital. Asimismo, se revisan y avalan las notas de evolución redactadas por los MIP y se les examina sobre su conocimiento médico. Es una práctica bajo la dirección del médico especialista de base responsable del servicio en ese turno pero con una participación colectiva, Además de ser un encuentro médico entre usuarias y especialista, lo es también “entre” los médicos(as) y los MIP, siendo menos frecuente entre médicos(as) y el personal de enfermería. A partir de aquí se definen las actividades que a cada uno le corresponden durante el turno.

El *paso de visita de la sala de hospitalización de Gineco-obstetricia* despliega algunos elementos que le son característicos y que se repiten cotidianamente (rutinarios), estos incluyen: a) La presencia del gineco-obstetra en el servicio; b) Es una actividad educativa en donde los médicos internos están aprendiendo a ser médicos y a “hacer” medicina con paradigmas médicos “reales” encarnados en los especialistas, y donde experimentan diferentes maneras de ejercer la profesión; c) la valoración de la evolución del padecimiento de la usuaria y la rectificación de los diagnósticos y su

¹²⁶ Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica, es una institución educativa del nivel Medio Superior que forma parte del Sistema Nacional de Educación Tecnológica.

manejo terapéutico. *El paso de visita* alcanza otras dimensiones, traspasa las fronteras del encuentro médico *per se*.

En este momento también se expone la heterogeneidad¹²⁷ de la práctica médica de los especialistas de este servicio. A primera vista la actividad educativa de los médicos internos pareciera centrarse en un **aprendizaje formal** (sobre el conocimiento médico propiamente, es decir, las diferentes patologías y sus terapéuticas, así como en habilidades técnicas vinculadas a las mismas), en la medida en que los especialistas interrogan al MIP sobre la patología, el diagnóstico y la terapéutica empleada en cada usuaria. Pero el aprendizaje que de manera **informal** se lleva a cabo, el que no se expresa verbal o explícitamente sino que está latente y se expresa cuando el especialista con su lenguaje corporal y comunicativo muestra, **la actitud de ser médico**, les enseña el cómo comportarse con las usuarias y cómo se establece la relación con ellas y sus familiares. Es ahí donde el médico en formación aprende a relacionarse con las usuarias imitando y/o adaptando lo que “su maestro(a)” le instruye adicionalmente.

A continuación se describe su dinámica:

Los MIP se encargan de llegar más temprano, a las 6:30 horas (media hora antes del inicio del turno matutino), para realizar las notas de evolución¹²⁸ y actualizar la de indicaciones. Algunos internos se acercan para hacer un interrogatorio o una exploración, algunos solamente se limitan al interrogatorio, difieren la exploración física. Redactan una nota (la mayoría de ellos a mano, otros llevan su propia máquina de escribir) de la evolución del padecimiento de la usuaria, que asombra al leerla, puesto que los dos minutos en que intercambiaron palabras con ellas bastaron para hacer una

¹²⁷ Good y DelVecchio Good (1993) exponen en su artículo “Learning medicine” que los estudios etnográficos sobre “Physicians of Western Medicine” (Gaines and Hahn 1982, Hahn and Gaines 1985)

(...) caracterizan a la práctica médica mucho más diversa que las caracterizaciones que aparecen en la literatura sobre el conocimiento médico. Se encuentra que **los subespecialistas son culturalmente distintos(...)** y que los médicos no occidentales de la medicina occidental demuestran que incorporan su cultura a su conocimiento y práctica médica.” (p.82) [el uso de cursivas es mío]

Con practicas tan diferentes entre los especialistas gineco-obstetras en este hospital, se podría afirmar que aunque son médicos occidentales y que comparten el paradigma de la medicina occidental, incorporan elementos de su cultura, conformados por su historia de vida, y que ponen en la mesa la forma en que cada uno aprendió la medicina de acuerdo a su visión del mundo. En palabras de Good y DelVecchio Good, el conocimiento médico se convierte en “un conocimiento personal” (p.84)

¹²⁸ La nota de evolución consiste en un pequeño resumen clínico que incluye el número de días de estancia intrahospitalaria; el diagnóstico actual; una breve descripción del estado general de la usuaria que incluye una actualización de los datos que reporta la exploración; se califica la evolución de su padecimiento; se establece un pronóstico del mismo; y se indica si se continúa con la misma terapéutica o si habrá algún cambio o la indicación de algún estudio de laboratorio o de otro tipo (estas indicaciones se detallan en la *hoja de indicaciones*).

descripción acuciosa del estado de su estado de salud; incluso haciendo observaciones referentes a una exploración que no realizaron:

“campos pulmonares limpios, sin ruidos agregados, ruidos cardiacos rítmicos y de buena intensidad [o bien] (...) sistema cardiopulmonar sin compromiso”

Es rara vez cuando alguno lleva consigo algún estetoscopio, y además lo use. Luego, *empiezan a pasar las indicaciones*, esto significa que actualizan las indicaciones médicas, que muchas veces consiste en copiar la nota anterior, cambiarle el número de días que cada medicamento lleva hasta el momento y si ya tienen experiencia en el manejo de los padecimientos más comunes del servicio, toman la decisión de cambiar alguna indicación, como por ejemplo la del tipo de dieta, o la del baño y deambulación o de estudios de laboratorio, pero casi nunca alguna que involucre tomar una decisión sobre los medicamentos u otras indicaciones “delicadas”. Enseguida, ordenan la papelería de los expedientes, colocan cada expediente en la mesa que está al pie de cada cama, o en la cama de la usuaria, junto a sus pies y esperan la llegada del(la) especialista.

Cuando el (la) gineco-obstetra arriba, al menos uno de los MIP permanece en la sala. Los demás se van hacia el quirófano a acompañar al otro especialista. Cuando el (la) ginecólogo llama al MIP, se interpreta como la orden de inicio del *paso de visita*. Recorren las dos salas, usuaria por usuaria. El (la) especialista lee la nota de evolución y otras partes del expediente que le interesen (como la hoja de enfermería, donde se reportan los signos vitales, ingresos y egresos de líquidos, etc.); pregunta al MIP sobre la evolución de la usuaria y algunas veces esto sirve de pretexto para hacerle un breve examen sobre el padecimiento en cuestión y sobre si conocen a “sus pacientes”; algunos intercambian palabras sobre la evolución del padecimiento con la usuaria, otros lo complementan con la exploración física. A algunos especialistas les basta el resumen clínico verbal recitado por el MIP y la lectura de la nota de evolución y de indicaciones; y otros harán todo lo descrito anteriormente.

Si finalmente están de acuerdo con la nota de evolución la firman; si no, antes de firmarla la complementan con datos que consideran faltantes ya sea de la exploración física o en la terapéutica medicamentosa y de cuidado de enfermería o bien elimina algunas indicaciones. Lo mismo sucede con la hoja de indicaciones médicas. Continúan con la siguiente usuaria y como el servicio es muy demandado las 15 camas se encuentran ocupadas, así que el paso de visita se realizará con cada usuaria. Por lo tanto, de acuerdo con el “estilo” de la práctica médica de cada uno, el paso de visita puede durar desde unos 15 o 20 minutos hasta una hora o más.

En algunos turnos la enfermera encargada del turno acompaña a los médicos en el recorrido, otras veces no. Ella espera la carpeta con las *hojas de indicaciones* para hacer modificaciones en un tarjetero que contiene las tareas específicas que el personal de enfermería debe llevar a cabo.

Después de esto, quien usualmente se encarga de la sala es el personal de enfermería. Los médicos internos se vuelven a dividir y uno de ellos se va a quirófano y el otro a consulta externa con el gineco-obstetra. Exclusivamente cuando hay altas o ingresos, los MIPs permanecen más tiempo en el servicio, llenando los formatos para tal efecto.

Esporádicamente regresarán o lo harán si son requeridos por las enfermeras de la sala a través del altavoz del hospital. Cuando el primer turno –el matutino- está finalizando regresan a actualizar las notas de evolución para cuando el (la) ginecólogo (a) del siguiente turno pasen la visita. Lo mismo harán los MIPs que estén de guardia antes de finalizar el turno vespertino.

El paso de visita del personal de enfermería

Al inicio de cada turno el personal de enfermería se encarga de actualizar los datos de los signos vitales de cada usuaria. Las actividades se reparten, habitualmente la(s) enfermera(s/os) encargadas del turno mandan a los pasantes a la labor “práctica” de toma de signos, mientras ellas hacen un balance de líquidos ¹²⁹ (mediante fórmulas), procedimiento que llaman *cerrar*. Es decir, realizan un pequeño resumen del registro de las actividades realizadas y del estado de salud la usuaria.

Al final de un turno e inicio del otro, la guardia de enfermería que recibe procura llegar media hora antes de su hora de entrada. Las enfermeras que están por terminar su turno los ponen al tanto de los nuevos ingresos, de quiénes están a punto de ser dadas de alta de acuerdo a la valoración médica, o que ya se encuentran en el trámite para hacerlo. La entrega de turno puede concretarse en la estación de enfermería o recorriendo las dos salas, cama por cama (como el paso de visita médico) con el tarjetero de indicaciones sobre los *cuidados de enfermería*.

Enfermería y los familiares

Los familiares tienen un papel activo en la sala. Varias de las acciones que estos desempeñan en el servicio eran, hace algunos años, parte de las actividades del personal de enfermería. En el

¹²⁹ El balance de líquidos lo hacen a partir de la cantidad de líquidos que la usuaria recibió y el número de veces que orinó y/o evacuó, así como las llamadas “pérdidas insensibles” que es la pérdida de líquido por el sudor.

Hospital del ISSTECH (Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas) en la capital del estado, Tuxtla Gutiérrez, incluso se les proporciona en una tarjeta (“un pase de visita”) a los familiares que acompañan a los derechohabientes, las *obligaciones del familiar* (en el reverso de la tarjeta se enumeran actividades como pasar el cómodo al usuario(a) o asistirlos para ir al baño, ayudarlos a ducharse, a comer, entre otros.

Aquí, en la sala de gineco-obstetricia, no se les da una tarjeta indicándoles las obligaciones, pero sí, el personal de enfermería les “da instrucciones” de lo que tienen que hacer, cuando los familiares acuden a ellas a pedirles ayuda. Por lo tanto, los familiares son los encargados de ayudar a las usuarias para ir al sanitario o de pasarles el cómodo¹³⁰ -o de vaciarlo en el sanitario, o bien, de acompañarlas a la ducha. Están al pendiente de las soluciones (en caso de que esté canalizada), si se termina, avisa a cualquier personal de que *ya no está pasando el suero o que tiene sangre en el suero* (cuando se infiltra de sangre la venoclisis al término de la solución). Todas esas “obligaciones” las irán aprendiendo poco a poco, no se les aclara desde un principio las labores que tienen que desempeñar, y muchos de ellos se encuentran desorientados o confundidos porque no han tenido la experiencia previa de acompañar a alguien hospitalizado.

También se encargarán de pedir una bata limpia para después del baño de la usuaria y de llevarle jabón, shampoo y una toalla, así como otros objetos personales que no se les otorga en el servicio. Y después recordarles a las enfermeras *¡señorita, haga favor de ponerle su venda!*, cuando la usuaria que se duchó tiene una herida quirúrgica abdominal.

El personal de salud –en concreto las enfermeras, piden a los familiares de la usuaria que permanezcan con ella todo el tiempo, *por si algo se ofrece*. Este *algo* regularmente incluye la compra de medicamentos, pañales para adultos, o el pago y acompañamiento a la usuaria cuando se indica algún estudio clínico o radiológico que no se realice en el hospital¹³¹.

Finalmente, la insuficiencia de personal y la sobrecarga de trabajo de los especialistas gineco-obstetras hacen que los servicios en general sean manejados fundamentalmente por el personal de enfermería y los médicos internos de pregrado (MIP) por lo que el contacto de las usuarias con el médico tratante es limitado y no permite una relación más cercana.

¹³⁰ El cómodo es un recipiente metálico o plástico utilizado para que las usuarias defequen u orinen en su cama.

¹³¹ En el hospital no se llevan a cabo estudios de laboratorio como las Pruebas de Función hepática; Gasometría (no hay gasómetro), y ultrasonidos (sólo en caso de extrema urgencia lo hace el especialista utilizando el que está en el módulo MATER)

Muchas veces los especialistas se enteran del “caso” hasta que están frente a las usuarias durante el paso de visita o cuando las reciben en urgencias. Es difícil que el personal de salud tenga los elementos suficientes para consolidar una relación satisfactoria cuando el tiempo de contacto en urgencias o en hospitalización gineco-obstétrica es fugaz; si a esto se le suman otras características, como la diferencia lingüística entre el personal de salud y las usuarias o la gravedad del padecimiento, se favorecen aún más las condiciones para un “desencuentro médico”.

Otro nudo de conflicto se exhibe cuando el manejo terapéutico involucra la intervención de personal de salud de otros servicios o especialidades, en el caso del personal médico, la principal tensión radica en la responsabilidad legal, lo que ocasiona que sus criterios terapéuticos o de valoración de la usuaria sean pensados en función de ello, pudiendo diferir enormemente y ocasionar que uno de los involucrados sienta que obstaculizan su desempeño. En cuanto al personal de enfermería, los conflictos usualmente tienen que ver con hacerse cargo de otra usuaria más, lo cual, les implica más trabajo desde encargarse de tener un espacio preparado para recibirla, iniciar el llenado de formatos correspondientes al nuevo servicio y reorganizar su distribución de actividades.

Los encuentros médicos obstétricos alcanzan además otras dimensiones, como lo es la actividad educativa que suponen para los médicos en formación. Algunos médicos están conscientes de lo que ello conlleva y se preocupan por “predicar con el ejemplo”, mientras que otros se inclinan y privilegian el “aprendizaje formal” de los estudiantes —respecto a patologías y tratamientos—. Sin embargo, todo encuentro médico supone para quienes se están formando en la profesión, aprendizaje de lo que es ser médico en el contexto en el que se ubica el hospital. A fin de cuentas, esta es la forma en cómo funcionan los diferentes servicios del hospital en términos generales, se ha tratado de ofrecer al lector el panorama del funcionamiento general y sobre todo, las particularidades de los servicios en donde se lleva a cabo el encuentro médico obstétrico. Una incursión más profunda y detallada sobre la opinión del funcionamiento de los servicios y de los encuentros médicos obstétricos se describe con la participación de la voz de los actores en el siguiente capítulo.

Capítulo 5

Representaciones y prácticas sociales entre prestadores de servicios de salud y usuarias obstétricas

...Mi caída sin fin a mi caída sin fin en donde nadie me aguardó
pues al mirar quién me aguardaba no vi
otra cosa que a mí misma

(fragmento)

Alejandra Pizarnik

Quizás la mayoría de las personas que lean este texto han acudido desde pequeños a una consulta médica, pero en la población indígena de la región Altos de Chiapas, esto no necesariamente sucede. Recordemos (Capítulo 3) que en el estado de Chiapas más del 90% de sus municipios tiene altos niveles de marginación y más de las dos terceras partes de su población no son derechohabientes de los servicios de salud, 60% de las mujeres en edad adulta en la región Altos (1998-2002) no contaron con atención médica antes de morir. Por eso una gran parte de las mujeres que arriban al hospital regional de San Cristóbal de Las Casas no han tenido contacto previo con un servicio de hospitalización.

La población de la región de los Altos, integrada por 18 municipios, en su mayoría indígena, en los últimos años ha incrementado su demanda de servicios de salud. Sin embargo, el incremento de estos servicios se está haciendo a expensas del segundo nivel de atención. Un estudio reciente reconoció que la mayoría de los problemas obstétricos son canalizados a los hospitales públicos y que prácticamente en el primer nivel de atención no se atienden partos, menos aún partos complicados (Freyermuth y cols., 2004). Adicionalmente hay que recordar, como se señaló en el capítulo 3, que la población en edad reproductiva en el estado es grande y que en Chiapas contamos con los niveles más altos de fecundidad.

Es así que los hospitales de San Cristóbal en los últimos años han enfrentado el incremento sostenido de la demanda de los servicios de salud. En el año de 1994 el número de partos atendidos en el hospital regional fue de 392 y para el año 2002 fue de 693.

Para analizar la dinámica de los encuentros médicos obstétricos es indispensable tomar en cuenta este contexto para poner en su justa dimensión las preocupaciones de los actores involucrados y de cómo se posicionan en la interacción, lo cual se relaciona directamente con la manera en que estos actores se conciben a sí mismos y a los demás.

Como se apuntó en el capítulo anterior, el servicio de gineco-obstetricia en un hospital de segundo nivel cuenta con un consultorio para la consulta externa de pacientes con complicaciones canalizadas desde el primer nivel; un módulo MATER creado *ex profeso* para la atención de embarazos de alto riesgo de mujeres de las comunidades aledañas y primer nivel, de un servicio de urgencias por el cual ingresan todas las pacientes hacia quirófano o al servicio de hospitalización.

Este último se encuentra integrado por gineco-obstetras, la mayoría son médicos originarios de otros estados o que han transcurrido la mayor parte de su vida en las ciudades principales del país; por médicos internos de pregrado egresados de las Universidad Autónoma de Chiapas, la mayoría de ellos

chiapanecos y que rotan por el servicio durante dos meses; enfermeras generales que han cursado un carrera técnica de enfermería y las auxiliares de enfermería (personal habilitado para las tareas que se desarrollan en el hospital). La mayoría de las enfermeras de base tiene una mayor antigüedad y conocimiento de la dinámica del hospital que las que tienen más estudios que son de reciente ingreso, y por lo tanto más responsabilidades. Un actor principal lo constituyen las usuarias de los servicios y los familiares que las acompañan, la mayoría de ellas son originarias de los barrios marginales de la ciudad y de comunidades aledañas. Hace 15 años, esto no era así y podíamos reconocer que las usuarias de este hospital eran fundamentalmente habitantes de San Cristóbal.

Los encuentros médicos se dan en un contexto complejo en donde personas con distintos capitales educativos, culturales y socioeconómicos interactúan. Adicionalmente, estos cuentan con experiencias diferenciales en su conocimiento del estado y del contexto de los Altos de Chiapas.

En este capítulo en la primer parte doy cuenta de las preocupaciones de cada uno de los diferentes actores que participan en los encuentros médicos obstétricos. En la segunda parte se analizan los encuentros médicos obstétricos a partir del análisis de una consulta médica paradigmática. La diversidad de encuentros médicos obstétricos que tienen lugar en el espacio hospitalario, puede apreciarse a través de la etnografía y el análisis del módulo MATER, urgencias y hospitalización de Gineco-obstetricia. Como parte sustancial de estos encuentros destaca la comunicación, como puente que asegura la confianza entre el personal de salud y las usuarias, pero que por el contexto multicultural en donde se encuentra inmersa la institución, gesta innumerables problemas en la interlocución de los actores, razón suficiente para profundizar al respecto.

Para concluir, se describen y analizan las representaciones que el personal de salud tiene acerca de las *usuarias ideales*, que contrastan con las representaciones de lo que consideran *malas usuarias*, que surgen a partir de su interacción cotidiana con las “usuarias reales”, tanto indígenas como mestizas, que crean paradojas entre lo ideal y a lo que verdaderamente se enfrentan.

Los médicos y médicas

No existe un imaginario médico único pueden existir una multiplicidad de imaginarios: tantos como individuos diferentes pertenecen al grupo. Lo mismo sucede con sus prácticas. Sin embargo, en

su discurso se pueden descubrir rasgos constantes que muestran coincidencias en sus representaciones, así como en sus prácticas.

En este apartado se reconocen las preocupaciones del personal médico especialista de base y de médicos de pregrado. La primera de ellas tiene que ver con las representaciones vinculadas a su *desempeño laboral* en la región de los Altos, como encargados de llevar a cabo la atención médica materna-infantil en donde se incluyen algunas estrategias sanitarias nacionales o estatales¹³². Como hemos revisado en los capítulos dos y tres, el problema de la mortalidad materna es una de las preocupaciones prioritarias del Sector Salud. Su interés para disminuir la muerte materna ha determinado por un lado, presión por parte de las autoridades a que no ocurran muertes maternas intrahospitalarias y por otro, sobredemanda de atención materna en el segundo nivel debido al pobre funcionamiento del primer nivel de atención. Todo esto ubica al personal de salud —en tanto trabajadores de los servicios de salud públicos— en circunstancias en las que frecuentemente se supedita la calidad del desempeño laboral al cumplimiento de los objetivos y metas planificadas. Si bien, paradójicamente el “no hay que tener más muertes maternas” moviliza al personal, que no quiere ser sujeto de llamadas de atención o de sanciones por tal motivo, entra en juego la preocupación por el bienestar personal, por conservar el empleo y no ponerlo en riesgo, a pesar del detrimento de la calidad de la atención por la multiplicidad de actividades que se asumen, lo cual ocasiona las más de las veces, encuentros médicos cortos, interrumpidos, impersonales y con pocos elementos para poder consolidar la relación prestador de servicio de salud-usuaria.

Por tanto, mientras que por un lado el personal médico reconoce las deficiencias de su desempeño, al mismo dan cuenta de que son producto de una problemática mayor y compleja, que incluye elementos que consideran fuera de su alcance, ajenos a ellos, a saber: La planeación y la ejecución de los programas y planes de salud maternos sociales como es el caso de Oportunidades.

Dra. Mastreta. Gineco-Obstetra (GO): (...) Quieren tapar con un programa cosas que vienen de ¡uh! (...) Yo digo, en lugar de que les den sus \$ 300 pesos por niño, porque no le da \$ 500 el gobierno a cada mujer [cuando] su hijo salga de la primaria, \$1000 al que salga de la secundaria, y \$1500 o \$2000 al que salga de la técnica o de la prepa... pero te digo, ¡la situación está así como que! Ahorita les están dando y ora' ya no quieren ni planificar, (...) aquí la base es la planificación (...) es obvio mira, si se embarazan 50 mil mujeres es más lógico que esas 50 mil se mueran más y en esas condiciones, a que en otro lugar se embaracen 10 mil. Entonces nunca se [podrán] comparar los niños que nacen en Chiapas, a los niños que nacen en Jalisco, los niños que nacen en Sonora, a los niños que nacen en Monterrey ¿no? (...) desde la cantidad hasta las condiciones (...) yo nada más los oigo y digo,

¹³² Hay que recordar que el programa APV considera al hospital y particularmente al módulo materna como parte de la estrategia encaminada a abatir la muerte materna.

bueno...ta' bueno ¡hay que soñar! ¡bueno a ver! ¡que ni me quiero meter bien! Porque...¡híjole!, cada cosita que... ¡y da coraje y da impotencia y todo!

También consideran que el primer nivel de atención a la salud es otro de los elementos externos que afecta el desempeño médico hospitalario. Este debiera funcionar como un primer contacto con las usuarias en el que se establezca una relación cercana y de confianza durante la evolución del embarazo, que además les facilite a ellas el acercamiento al modelo biomédico de atención, y por otro lado, debe actuar como “un filtro” en cuanto a la referencia, al segundo nivel de atención, de aquellas usuarias que necesitan de cuidados especializados, ya sea de atención hospitalaria o por especialistas.

El personal de la institución considera que el primer nivel no está cumpliendo su papel y como consecuencia entorpece el desempeño del trabajo hospitalario. Por un lado, la institución se satura de usuarias que no requieren atención especializada, es decir, que el primer nivel no desempeñó el papel selectivo que le corresponde respecto a los casos que ameritan cuidados especializados, y muchas de las usuarias actualmente se relacionan de manera directa con el segundo nivel, como si el primer nivel fuera inexistente. Por otro lado, la mayoría de las usuarias que acuden directamente al hospital no tuvieron cuidados prenatales ni experimentaron relaciones de cercanía y confianza con los servicios de salud biomédicos.

Una parte de los médicos¹³³ que laboran en primer nivel se encuentran en su año de pasantía de servicio social, son recién egresados de un año de experiencia hospitalaria en el internado, acostumbrados a la rutina y recursos hospitalarios y a interactuar con población generalmente mestiza, o si no mestiza, al menos hablantes de español; en otras palabras, son inexpertos tanto en el aspecto laboral como para desempeñarse en contextos multiculturales.

No obstante, llegan al hospital muchas usuarias referidas por médicos del primer nivel¹³⁴. Los médicos especialistas consideran que un diagnóstico y manejo inicial adecuado en primer nivel retribuye positivamente a su trabajo cuando reciben a las usuarias enviadas, por lo que algunos de ellos se interesan porque el primer nivel se fortalezca.

[Yo los conminé a que] manden a las pacientes bien canalizadas, ésto ésto y ésto, puntualizé... Y a gusto porque yo me entretengo lo que me tengo que entretener con cada paciente y no ando, con que: ¡y córrele porque ya te están esperando!, y ahora en piso y ahora acá... o una cosa u otra, ¿no? Yo si me voy a comprometer con una paciente es desde el momento en que ya la estás atendiendo; te comprometes porque ya para ella, eres tú el doctor.

¹³³ Contrario a lo que se piensa, en un estudio reciente (Freyermuth y colaboradores, 2004), afirman que la mayoría de los médicos en los Altos de Chiapas, no son pasantes en servicio social, cerca del 50% son médicos titulados y con años de experiencia laboral.

¹³⁴ La Clínica de Oxchuc es una de las que más hace referencias exitosas para atención obstétrica.

Insuficiencia de personal médico

Otra dificultad de su desempeño laboral tiene que ver con la insuficiencia de personal médico.

Dra. Mastreta: (...) Quieren que por ejemplo... aquí que en la mañana que porque somos tres ginecólogos ¡somos muchos! Pero en la tarde hay uno, y en la noche hay uno, y [a] ese uno no le va a dar abasto a toda la zona que está aquí [...] y ¿entonces, a qué le jugamos? y [les dicen a las usuarias] “que se vayan al hospital”, se va al hospital ¿y? El doctor está en cirugía, ¿y quién la ve? (...)

La insuficiencia de personal especializado en los diferentes turnos de gineco-obstetricia provoca sobrecarga de actividades en los especialistas. Si bien se ha procurado que en el turno de mayor demanda –el matutino- laboren tres especialistas¹³⁵, es frecuente que no se den abasto para atender la demanda del servicio. Así, en ocasiones, les resulta difícil negarse a atender a las usuarias a pesar de encontrarse muy ocupados, porque podría tratarse de una urgencia obstétrica, adicionalmente si no atienden al mayor número posible de usuarias, el trabajo se acumula y provocará más sobrecarga, tanto para su turno como para el siguiente, y existe un “acuerdo tácito” para dejar “lo más tranquilo” el servicio. El incumplimiento de este acuerdo se puede llegar a revertir en el momento en que ellos mismos vuelvan a tomar las riendas del servicio. Además existe la consigna por parte de las autoridades de no rechazar a las usuarias que soliciten el servicio, ya que deteriora su imagen pública que podría ser calificada de “incompetencia”.

Dra. Mastreta: (...) Es que por ejemplo es tan fácil [a la gente le dicen]: si usted tiene un problema vaya al hospital, y ellos dan por hecho de que en el hospital le van a arreglar su problema. Ellos no saben si en el hospital hay mil gentes con peores broncas y que no se le va a atender, entonces se decepciona y dice: “¡ahí ni sirven! ¿no? (...) Por eso pa’ que vengo, mejor me muero a gusto allá en mi pueblo, ¿a qué vengo aquí? ¡ni ganas, ni me entienden! No me hacen nada, mejor me quedo. ¡Que me voy a morir... pues ya Dios quiso!” (...) la apreciación por la vida, fijate, como es de “me da lo mismo” pues ya, si es ahora o mañana, pues ya qué ¿no?, pues es triste, triste, triste.

Sobrecarga laboral y sus consecuencias

¹³⁵ Esto se describió detalladamente en el capítulo anterior, pero a manera de recordatorio el panorama es el siguiente: Uno de ellos se encarga de estar en el servicio de urgencias, por lo que también compartirá su tiempo en el servicio de quirófano si hay que ingresar a alguna usuaria que lo requiera por presentar una urgencia obstétrica. El segundo especialista se encarga de la sala de hospitalización gineco-obstétrica y de la consulta externa, pero que también sirve de apoyo al otro especialista en quirófano, e ingresará a él ante la petición del otro especialista para que lo asista. El tercer especialista se encuentra en el módulo MATER, e igual que los demás, tiene asignado un día quirúrgico (para las intervenciones quirúrgicas programadas) y en ocasiones requerirá a alguno de los otros dos especialistas para que igualmente la asistan en una intervención quirúrgica.

Muchos médicos consideran que la insuficiencia de personal agudiza la sobrecarga de trabajo, y por lo tanto deben planificar muy bien las actividades que desarrollan en su periodo laboral. Al mismo tiempo que deben estar listos para afrontar circunstancias imprevistas, fuera de planeación y que requieren de su intervención inmediata, lo cual incrementa su estrés, puesto que las urgencias obstétricas demandan rapidez, precisión, cuidado y efectividad.

Como el elemento “tiempo” tiene un papel preponderante, no es raro que éste se limite en la relación médico paciente en aras de ocuparse de “tareas más urgentes” o “importantes”. Adicionalmente, los médicos no conocen a las usuarias y las usuarias no conocen a los médicos(as) porque en muchas ocasiones su primer encuentro es en el hospital. El fugaz encuentro (ver con más detalle más adelante en Encuentros médicos) no permite a los médicos tener un conocimiento amplio “del caso”, muchas veces no saben *ni qué es, ni de qué se trata*, sólo que tienen que “ocuparse de él” y hacerlo de manera eficaz. Uno de los gineco-obstetras comenta al respecto:

(...) Yo no me puedo hacer responsable de dos pacientes al mismo tiempo... yo no sé qué pasó, qué llegó, a lo mejor me la pasan por eso pero no sé ni que es, entonces.. ¡pues no se puede! ... ¡no se puede, de veras! de veras, por más que quieras. (...) bueno, sí se podría, pero ¡Que paguen como en un hospital decente! Que de mínimo hay cinco ginecólogos por turno, dos están en urgencias esperando pacientes, dos metiéndose a salas de operar, otros revisando a las *gorditas* que estén mal, otros dándole una vueltita a piso por si alguna de esas pacientes está mal, ¡es la verdad!

Aunque en el discurso algunos de ellos expresan su negativa a hacerse cargo de múltiples actividades y expongan el uso de ciertos recursos para librarse de ellas, finalmente en la práctica, bastará con que las autoridades “se lo pongan por escrito” para que cualquier orden sea acatada. La disyuntiva siempre discurre entre cuáles son las responsabilidades laborales de estos médicos o medicas y las implicaciones éticas de su práctica y el compromiso personal con su trabajo cuando se requiere que realicen trabajos que están fuera de sus responsabilidad pero que son necesarios para la atención de una usuaria La práctica de otros colegas los hace analizar este tipo de situaciones.

Dra. Mastreta: (...) Yo no digo que no sea algo bien pues... es humano pues de que diga: ¡no pues nadie las va a ver, yo las veo a todas!, o sea, ¡no está mal!... no está mal, pero yo a lo mejor [soy más sensible a esas situaciones] porque a mí sí me han tocado [ver] demandas [legales] gruesas, entonces yo sé cómo se puede poner la situación de gruesa, es más [vi el caso de] una doctora [que] la sacaron del hospital esposada, por un embarazo gemelar que ella ni atendió, que ella lo recibió en la puerta y que el doctor de adentro la operó y un bebé se murió, entonces te digo...yo [he visto] cosas horribles y yo digo no... Pues si tú no te cuidas nadie te va a cuidar y entre más compromisos te metas al mismo tiempo, más riesgo tienes de que una de esas te falle ¡y ya valió!

Y los lleva a tomar decisiones acerca de su propia práctica médica.

Dra. Mastreta: (...) Estás en urgencias, estás en una bronca en quirófano y todavía estás responsable de otras cosas acá y mas lo que llegue ¡no manches! Entonces yo digo, bueno... a lo mejor él, porque así

es de buena onda y todo y quiere, yo no me meto, yo digo bueno muy respetable, pero yo no lo haría, yo no lo haría, yo no lo haría porque está en juego mi reputación, mi carrera y todo... y...nosotros no tenemos la culpa de que no contraten a la gente adecuada por la lana [...] entonces... si quieren quedar bien con una persona, pues no... Quieren quedar bien, [y] que aquí se cubre todo con un ginecólogo, pu's no.

Los especialistas consideran que el apoyo mutuo es clave para un buen desempeño personal y laboral, y tienen en gran estima al personal médico de vasta experiencia.

Dra. Mastreta: [En el turno matutino] Somos tres ginecólogos y cuando tenemos alguna bronca nos hablamos, no hay conflicto en eso ¡eh! Porque hasta eso que sí somos unidos, o sea, nunca, nunca se ha dicho de que: ¡no, no te voy a ayudar! (...) y ahí vas, si hay una bronca, (...) la bronca es ir a la bronca ¿no? Y de hecho todo mundo le entra. Las enfermeras corren y todo mundo, y el pediatra y hasta el cirujano y todo mundo, (...) Pero aquí no me preocupa mucho porque como de veras llegan cosas graves, ya tienen experiencia en muchas cosas, o sea, el tipo de pacientes que hay y con la gravedad que llegan, ya lo han hecho así como que "súperdiestros", por ejemplo, el Dr. Paz se sabe cada cosa, ¡que dices tú, eso ni en los libros viene! ¡Le ha llegado cada paciente! Y la experiencia lo ha hecho.

Sin embargo, el panorama vespertino, nocturno y de fines de semana, cuando solamente un gineco-obstetra es responsable de todo el servicio, es considerado desalentador y que contribuye a una práctica médica ineficiente e insuficiente.

Dra. Mastreta: En la mañana estamos bien, somos tres, ¿pero imagínate en la tarde, o en la noche, que está uno? ¡Imagínate el "bronconón"! Llega una paciente muy mal, se mete a quirófano, se entretiene tres o cuatro horas o las que sean y si hay algo más afuera que también está grave, o sea, ¡imagínate en la situación en que se queda él!

Igual pueden decir que no la quiso atender o lo que sea, ¡y no! Es lo que te digo ¡sí está en una bronca, en una bronca! ¡Igual puede durar hasta cinco horas en el quirófano y, y el estrés también! ¡Imagínate la cantidad de estrés, de que una paciente se te esté muriendo en el quirófano! Y que estés haciendo todo lo que puedes, así como que con todo y con ganas de gritarle a alguien ¡échame una mano!

Ha habido casos tan feos...este, de que te metes a quirófano y no sales en toda la noche y ya en la mañana ya no das, o sea, ya mentalmente también estás bloqueado, sí necesitas alguien que llegue y te diga ¿sabes qué? ¡No hay bronca, hay que hacerle así, ya piensa mejor este y esto otro! Y por eso te digo que estar sólo en una guardia no está bien, no está bien.

La sobrecarga de trabajo y el estrés en los turnos en los que hay un solo especialista, les produce fatiga física y mental. El estrés es una característica presente en su quehacer diario, tanto por enfrentar situaciones de urgencia que reclaman concentración, precisión y cuidado en sus acciones, como por la diversidad de obligaciones que los especialistas deben cumplir de manera exitosa tanto por profesionalismo como por las implicaciones legales.

El personal médico reconoce que un desempeño laboral deficiente puede inflingirles efectos negativos de carácter legal, laboral y moral, lo cual provoca que algunos galenos limiten su práctica más por miedo al desamparo legal que por cualquier otro fundamento, y opten por dejar del lado tareas "que no le correspondan":

Dra. Mastreta: [Acerca de otro especialista] por eso yo lo veo muy estresado... (...) pero pues le mete... bueno, yo digo... cada quién, yo no me metería en esa bronca, la verdad, o me pondría tajante ¡o me vale! Porque yo no me puedo hacer cargo de todo ¡es que se arriesga! Igual y si se le muere una paciente de adentro [de hospitalización] porque no la vio, porque estaba operando, ¡ya valió! porque era su responsabilidad ¿y qué, quién está adentro [de hospitalización]? (...) Yo por eso... que me dicen que si cubre no sé qué, por escrito, y este... les digo a veces, por ejemplo el otro día (...) que hay pacientes para consulta, no es mi día de consulta, ¡No, que no sé qué! ¡No es mi día de consulta! Yo por eso me programé tengo mi quirófano no puedo estar aquí y allá... (...) y dicen así como ¡qué mala onda!... pero si tú no te cuidas ¡la verdad es que nadie te cuida!

Íntimamente ligada a una mala práctica, flota en el ambiente para los especialistas, la incertidumbre de las demandas legales en su contra. Aunque por un lado se piense que *la ignorancia* de las usuarias es la responsable de que el periodo reproductivo sea más riesgoso y conlleve a una morbi-mortalidad elevada, por el otro, se acepta que en la actualidad las usuarias tienen más conocimiento de los procedimientos de la atención biomédica y pueden identificar aquellos aspectos que puedan estar relacionados a una iatrogenia aunque estos conocimientos los circunscriben a las usuarias con un mayor nivel educativo que generalmente habitan en las grandes ciudades, es decir, los de la región Altos quedarían fuera de esta categoría:

Dra. Mastreta: [Acerca de las demandas] Yo creo que tienen que ver dos cosas: una es que la gente ya está más estudiada, por eso en ciudades más grandes sucede más, y la gente se entera más, la gente estudia más, la gente se preocupa a veces por ciertas cosas y busca más información y [con] esa información han de decir “¡no, pues esto no estuvo bien, lo que le hicieron no estuvo bien!”, y la otra, yo creo también que tiene que ver con Estados Unidos, que allá tiene muchísimos años y ahorita allá está fuertísimo es más, todos los médicos tienen asesoría legal, de hecho... es más, se hizo tanto, que hasta comercial es, allá, las gentes afuera de los hospitales les ofrecen que si quieren que le metan demanda a su médico, así de grueso.

Sin embargo, se teme que los medios de comunicación, la moda de la demanda y las leyes en torno a los derechos de los pacientes, generen un negocio de abogados que conminen a las usuarias a entablar juicios para obtener beneficios económicos a costa de los médicos:

Dra. Mastreta: (...) ¿La atendieron mal? ¿Quiere que le metamos demanda a su médico o vio que la atención era mala o deficiente? O lo que sea, ya se hizo así, y de alguna forma pues siempre traemos que corrientes de Estados Unidos, y ya como que empezó aquí también un poquito de moda y eso, pero yo creo que básicamente es porque hay más formas de comunicación: por internet, por radio, por televisión. Por lo menos ya en la televisión sale un programa, y ahora de tal enfermedad, y esta enfermedad se transmite así, se trata con esto, entonces ya la gente está como que un poquito más enterada y ya no cualquiera le da cualquier cosa a su hijo.

(...) Eso es en las ciudades, que hay un poquito de más difusión y eso pues, aquí difícilmente se podría en una comunidad tener esa información, pero igual la misma gente puede meterles la idea. ¡Mételes su demanda, hazles esto!, a veces ellos ni en cuenta y puede ser que alguien les diga haz esto haz el otro, esto otro, o igual ¡te van a dar dinero!, haz esto, esto y esto otro. A veces no creo que sea porque ellos quieren... yo creo.

La escasez de recursos materiales puede también obstaculizar la práctica médica, ocasiona que el desempeño de muchos de ellos se “adapte” a lo que se tiene acceso.

Dra. Mastreta: (...) Yo lo que siento que le ofrezco es poco, pero para ella a lo mejor en estas condiciones es mucho, ¡de eso a nada, pues eso, por lo menos! tienes que más o menos acomodarte con lo que tienes y, y saber que no es una [usuaria] más y la que sigue y la que sigue, si no que ocupa su espacio y todo lo demás y que tú sabes que te comprometes con ella, que te comprometes, no te puedes así como deslindar de que, yo no sé, pues no me acuerdo, y ya y no sé y no la pude revisar bien, ahí estás comprometiéndote, desde que llega una paciente y te dice oiga doctora yo tengo esto y esto y esto otro... ya te estás comprometiendo a que quizás le vas a tener que resolver el problema y que si tiene un problema y que está oculto pues te comprometes a que tú lo tienes que buscar.

Es así que como los primeros obstáculos que enfrentan el personal médico y las usuarias para un encuentro médico obstétrico exitoso son: La insuficiencia de personal, sobrecarga de trabajo y escasez de recursos materiales. Que no pueden ser solucinados por los médicos y las usuarias .

Se suma a lo anterior, el hecho de que pocos especialistas están preparados para laborar en contextos multiculturales, muchos de ellos trabajan aquí porque fue la mejor opción que tuvieron, sin embargo, no tienen experiencia para laborar en este contexto.. Por otra parte, es afortunado el hecho de que dentro de los especialistas hay quienes poseen una larga trayectoria de trabajo en el Hospital General, experiencia que sirve a los recién ingresados para un mejor desempeño. No obstante, ninguno de los especialistas domina al menos una lengua indígena de la región a pesar de que lleven años laborando en este contexto y se muestren entusiastas por poder comunicarse directamente con las usuarias a través de unos cuantos vocablos.

Por otro lado, pesa enormemente en el encuentro médico el que la mayoría de las veces el personal médico hospitalario no tiene contacto previo con las usuarias. Estas son totalmente desconocidas para ellos, y es difícil que en casos de emergencia, en los que se requiere de acciones inmediatas para poner a salvo la vida de las usuarias, se establezcan relaciones de confianza entre los actores involucrados (médicos, usuarias y familiares). .Esta situación es desfavorable sobre todo cuando las usuarias y los familiares parten de marcos de referencia culturales distintos a los del personal de salud.

El trabajo médico desde la perspectiva de los médicos internos de pregrado

Los médicos internos de pregrado (MIP) son testigos y experimentan de manera cercana las diferentes formas del trabajo de los y las médicas especialistas, estos se constituyen como sus

maestros. Observan de cerca las vicisitudes del trabajo de los especialistas y llegan a conocerlos tan bien que logran caracterizar la práctica médica de cada uno de ellos. Tal caracterización permite reconocer fortalezas y debilidades del desempeño de los especialistas, tales como la premura o la calma con que llevan a cabo sus actividades, el detalle y cuidado de sus intervenciones con las usuarias, y las responsabilidades que les atañen de acuerdo a su puesto. Todas estas prácticas se constituyen en las bases de la formación de los médicos de pregrado..

Interno Rulfo: (...) La Dra. Garro que es muy estresada y quiere hacer las cosas así rápido, todo rápido, entonces uno se siente presionado pero también uno aprende a hacer eso ¿no? Trabajar con rapidez, hacer las cosas lo más rápido que se pueda y hacer las cosas bien.

El Dr. Paz, no es tan rápido ¡no es así de que haga las cosas ya, y hacer lo otro! Le gusta hacer las cosas con mayor... más estrictas las cosas, de que debe estar todo bien ordenado, hacer las cosas ¡lo más completas posibles! Pues eso también uno las va aprendiendo; con el Dr. Agustín ese es así rápido y es completo y las cosas las hace muy bien. El problema es con los de la noche, un poquito con el Dr. Pacheco, porque pues a veces él no lleva un seguimiento ¿no? Es más diferente, o los de fines de semana [son como más autónomos de los otros] hacen los trabajos ocasionales, los que llegan los hacen y los que ya están pues los dejan, y es muy justificable porque pues ellos no conocen a los pacientes como los conoce el de la semana, entonces cuando un adscrito deja a un paciente en viernes, pues a veces se queda sábado y domingo porque el del fin de semana no puede resolverlo y no debe resolverlo, porque pues el que sabe es el que está en la semana.

Entonces uno se va adecuando a cada uno de ellos y a veces es un problema porque son de diferentes escuelas, uno dice esto le damos este manejo, el otro dice pues le demos este otro, pues sabe otra cosa, pero no sólo cuenta la relación de los adscritos con nosotros, también cuenta la relación que han tenido entre ellos, entonces ellos también se han ido adecuando unos con otros, por ejemplo si la Dra. Garro dio una indicación en la mañana pues el Dr. Agustín en la tarde si le parece una buena opción pues la deja, la respeta. Y así pasa y es por eso que han estado pues más o menos equilibrados.

Asimismo otra médica interna destaca las fortalezas que considera le gustaría reproducir en su práctica médica. Muestra cómo de manera implícita frente a la diversidad de tareas que los médicos tienen que cumplir acostumbran a economizar su tiempo. Se explaya cuando describe la discrepancia que hay entre las diferentes formaciones médicas, no obstante, como comentó el Interno Rulfo, tratan de negociarlas a través de acuerdos. Sobre algunos de ellos la médica enfatiza la congruencia que poseen entre su discurso y su práctica.

Interna Castellanos: (...) La Dra. Garro uno de los consejos que siempre nos daba:

— Muchachos cuando ingrese un paciente péguensele, si tú lo ingresaste, ¡al lado hasta que la paciente salga!

— ¡Escuchen un foco antes, durante y después! Y yo siempre he visto a la doctora hacerlo. He aprendido mucho de ella, a ver a la gente como... ¡casi casi como su familia!, porque ella, no sé si la has visto, muy preocupada, muy entregada a su trabajo, a veces ella tiene que cubrir urgencias y tiene que

cubrir piso, y eso me gusta, que no ha perdido la... a ella le interesan todas las pacientes, [es] lo que me ha gustado de ella, es muy cuidadosa, muy cuidadosa. Yo en lo personal he aprendido mucho de ella.

Del Dr. Agustín también lo mismo es muy cuidadoso, a manejar la “oxi”¹³⁶, él la maneja más, he visto cuando la pone o cuando no, él me ha enseñado a valorar un poquito lo que son DCP [Desproporción céfalo-pélvica], he aprendido de él, he aprendido al igual que de la Dra. Garro, son muy rápidos, cuando se tiene que actuar se actúa y punto, así dicen, “cuando se tiene que actuar se actúa” y eso se te queda, no te puedes quedar parado, actúas.

El Dr. Paz... cambiando de las gracias a las desgracias... no (risas), estuve poco tiempo con él porque como me molestaba mucho sinceramente, siempre me mantenía muy lejos, él no maneja la “oxi”, hay comentarios de que porque no sabe usarla, creo yo que son ciertos porque si no la maneja, no la maneja, no maneja la “oxi”, pero a valorar pacientes, a pancearlas, hacer una buena historia clínica con el Dr. Paz, una buena exploración de pies a cabeza, sus notas son extensas, son bastantes extensas en cuanto a la panza, ahí sí, él signos vitales siempre ve, el siempre [pide] la hoja de enfermería anexada en la parte de abajo, ve cuanto tiene de T/A, de frecuencia cardíaca, si tuvo temperatura o no, ¡ya estaba hablando mal de él y sí tengo mucho qué aprender!, él checa mucho fondo uterino que esté en involución, porque me acuerdo que una paciente tenía todavía el fondo sobre la cicatriz umbilical, estaba muy arriba y ya llevaba como dos días y dijo — aquí hay restos. Efectivamente había un resto, es ¡muy clínico, muy clínico!

Acerca del Dr. Pacheco igual, hacer una buena historia clínica, él dice:

—Tu base para tratamiento, para darle un buen manejo a una paciente es tu historia clínica, la revisión de la paciente. Nos dice,

— Están aquí (siempre nos dice, ves que hay una mesita), ustedes están aquí y la paciente está hasta allá preguntando, ¿señora tiene dolor? Él dice no — ¡por favor allá al lado, preguntando todos sus antecedentes! Una historia clínica te da un diagnóstico y un manejo.

El doctor Pérez también siempre nos decía que a las pacientes hay que estarlas checando, porque esto es movimiento, esto es dinámico y nunca se me olvida, tiene razón. De todos los ginecos he aprendido algo bueno y lo malo trato de... ¡esto me sirve, esto no me sirve!

En sus testimonios estos médicos señalan que la docencia es parte de las múltiples actividades de los especialistas, ya sea de manera formal o tácita¹³⁷ a través del ejercicio cotidiano de su práctica, lo que significa que los MIP se sienten acompañados por ellos en su rotación por el servicio.

Interna Castellanos: cuando nosotros podemos manejar bien [el padecimiento de las usuarias], al médico adscrito nada más le presentamos al paciente: “paciente de tantos años de edad que esto y esto, mire estoy pensando ponerle esta indicaciones, para parto más que nada; mire viene transverso yo creo que hablarle al cirujano, al ginecólogo, hay que usar la oxi así”, o sea, él ve que pongas todo, tu historia clínica y te la firma, y ya de ahí ya el trabajo si es de parto es de nosotros, vigilar dilatación, a veces cuando tienes dudas si le hablas a tu adscrito, ¡sabe que doc, yo la siento con tantos centímetros de dilatación, a ver chéquemela!

Al principio a mí me costaba mucho vigilar frecuencia, se me perdía el foco [fetal] y una vez pensé: ¡lo voy a inventar!, ¡no y si está mal el niño!, entonces más vale ir y decir: sabe qué no lo escuché, le dije al

¹³⁶ La oxitocina es un medicamento que tiene la capacidad de aumentar el número y la intensidad de las contracciones uterinas, y que es utilizado frecuentemente para “conducir el trabajo de parto”, indicada para ayudar a regular y conducir un trabajo de parto efectivo.

¹³⁷ Para una explicación más amplia, remítase al Capítulo 4, al apartado de hospitalización de gineco-obstetricia, *paso de visita médico*.

ginecólogo de la tarde, al adscrito responsable de gineco ¿sabe qué? ¡no escuché el foco! y me queda viendo, le dije: el bebé se mueve, sí tenía latido pero yo no lo escucho, a ver, me enseñó y me dijo mira tienes que buscar el dorso ¡no nada más es de poner el Pinard en donde lo pongas!. A mí los adscritos me han ayudado mucho y he aprendido de ellos.

Para que el “aprendizaje en directo” tenga lugar, el médico interno Rulfo opina que ellos *tienen* que ser como una *masa moldeable*, adaptarse a las variadas formas de trabajo médico. Ven en el estilo de cada uno de los galenos un *molde* diferente, al que tienen que adecuarse cuando están bajo su cargo.

Interno Rulfo: Uno va aprendiendo, va agarrando como dicen “colmillo” para esas cosas, ciertamente que tienes que poner mucha atención, tienes que ser como una masita moldeable todo el tiempo, cuando llega un molde pues te adecuas a él, te acomodas a él, con la Dra. Garro que es muy estresada y quiere hacer las cosas así rápido, todo rápido, entonces uno se siente presionado pero también uno aprende a hacer eso ¿no? Trabajar con rapidez(...).

Así, el conocimiento de estos médicos de pregrado se configura a través del desempeño cotidiano de los especialistas, retoman lo que a su juicio consideran correcto y que piensan reproducir en su práctica inmediata o futura.

A propósito de este tipo de aprendizaje, existe la influencia de otras experiencias acerca del trabajo médico hospitalario durante su formación universitaria que no olvidan y que adoptan en su práctica actual —y futura—, que además son comparadas con las experiencias recién adquiridas y les permite ir confrontando las diferentes maneras de “hacer medicina”:

Interna Castellanos: [...] yo tuve mala experiencia en el [Hospital] Regional de Tuxtla, yo nada más iba a clínicas, o a veces iba nada más porque me llevaba con un doctor, iba y me dejaban entrar, pero yo veía que la atención era pésima, pésima: había una señora, y un interno llegó esa vez, me acuerdo [y le dijo al médico adscrito]:

—¿sabe qué?, es que la paciente se está revolcando de dolor, ¿se la paso?

El adscrito en ese entonces y le respondió:

—mira, “el paciente que sea paciente”

(...) [pensé] ¿Qué pasa?

Tengo muy malas experiencias, el Hospital Regional tiene cardiólogos, tiene proctólogos, tiene todo, pero hay veces que el trato no ayuda, de qué les sirve tener un hospital casi de tercer nivel [si] el trato con la gente, la relación pues es pésima, hay gente de acá, de nivel socioeconómico muy bajo, que la tienes que mandar para allá, porque te digo, allá cuentan con todo ¡pero ni aún así los ayudan! aun teniendo la tecnología, porque la relación no está dada entre médico-paciente, no sé por qué. Acá como es un hospital es más chico, la relación médico paciente es más estrecha, no manejas pacientes a montón, los manejas en urgencias ya ves que son poquitas camas, le prestas como más atención.

Algunos médicos internos reflexionan sobre su práctica médica y el impacto que tiene en la interacción con las usuarias, encuentran autoexplicaciones de por qué muchas usuarias responden de modo inesperado y negativo al encuentro médico hospitalario.

Interna Castellanos: (...) A veces en situaciones ya graves, no te da tiempo de platicar con las señora, tu actúas nada más y “ven que canalicen , póngales sondas” o sea, a lo mejor ellas sienten la agresividad con la que a veces uno trabaja: “ponle una sonda foley o ponle sonda nasogástrica, canalízala, ponle estos medicamentos [ellas han de pensar]: “¿Qué están haciendo conmigo?” (...) En nosotros ven la agresividad porque nada más llegas a pansearla, a ponerle. [Cuando] entras a un hospital te dicen: “¡Quítate la ropa!” Entonces ellas pues sienten pena, en cambio con las parteras basta con descubrirse la panza, en cambio aquí “¡vuélate todo, sácate todo!” Por lo que yo creo que ellas sienten una agresividad muy grande.

Cuando te da tiempo, cuando llegan por un parto normal, se puede platicar, estarla panseando, decirle: “Así no mamita, mira, tranquila, los dolores son así”... te da tiempo, pero a veces tenemos que ser muy agresivos, es necesario, principalmente con las pacientes graves.

Como hemos constatado, en el discernimiento sobre lo que consideran correcto o no de la práctica médica afloran representaciones nutridas por su historia de vida y sus creencias profundas; a través de sus valores personales califican y retoman ciertos aspectos de la práctica de sus maestros. La religión para algunos médicos internos sirve como base para los juicios de valor que hacen sobre su propia práctica y la de otros. La *fe* — no necesariamente ligada a la religión —, es un elemento importante en nuestras acciones (Giddens,1997) que forma parte de las representaciones de algunos internos, sugiere además, el por qué de la heterogeneidad en las prácticas médicas.

Interna Castellanos: (...) Yo creo que si no creyera en ningún dios, no creyera en nadie, no tendría en quién creer, ni en los medicamentos, ni en el adscrito, ni en nadie yo creo que no hay nadie que no crea en Dios, siempre se confía en algo pero no lo dicen. (...) Hay una cita, bueno, no una cita pero decían: cuando veas a un enfermo, a un alcohólico en la calle, siempre me ves a mi, a dios, es decir, si tú crees en él y lo quieres entonces dices lo estoy viendo a él o a veces dices podría ser mi hermana, podría ser no sé, o a lo mejor diosito ya ves que siempre está uno con eso, si no hago bien las cosas o las hago así nada más a lo mejor después me va a pedir cuentas, me va a castigar, yo creo que sí influye bastante eso, en cuanto a tus ideas, al menos en mí sí.

Las representaciones sobre las usuarias

(...) y córrele que afuera ya llegó otra gorda
(Médico Especialista GO)

Las “gorditas nobles”

Las usuarias embarazadas reciben indistintamente un mote por parte del personal de salud —el médico principalmente— que se utiliza cotidianamente: las *gorditas*, la *gorda*, además de que en general, a las mujeres se les dice: *mi amor o corazón*. Cuando tienen hijos o es una futura madre,

entonces las llaman *madrecita*, o *madre*. Casi nunca son llamadas por su nombre. Otras veces su nombre se sustituye por: *la de la cama...*(y agregan el número de la cama al final).

Otro término relacionado al embarazo empleado frecuentemente dentro del círculo médico hospitalario, es el de *pansear*, el cual se refiere a la acción de medir la duración y frecuencia de las contracciones durante el trabajo de parto, realizado principalmente por los médicos internos.

Dentro de las representaciones que distinguen a las usuarias, el personal médico destaca la *nobleza*, sobre todo cuando se trata de usuarias indígenas y/o rurales.

Dra. Mastreta: (...) La paciente es una paciente diferente, noble, (...) aquí son nobles, o sea la paciente de comunidad es una paciente noble, a mí nunca me ha tocado una paciente que se enoje, o que no quiera que la revise, o que se ponga así media... grosera o algo, jamás, jamás, jamás; noble, tranquila, sencilla, pues por desgracia a veces no entiende ¿no? Y no se puede llevar una buena comunicación con ella pero, pero es una paciente, que se entrega, así como que... pues usted diga que va a hacer ¿no? Y pues muchísima diferencia. (...) Y también tienen muchas cosas padres ellas de admirarse, o sea, lo que se me hace así increíble es como luchan, una lucha que tienen gruesísima, o sea, pacientes que en otros lados no vivirían, ellas viven y las ves ¡con una fortaleza! pues que dices ¡ay... pobrecitas!

La “paciente” se deja hacer, esa no parece ser la dificultad en algunos casos. El “pero” es que no entiende, y ese *no entendimiento*, según afirman, se debe a que no es posible establecer una comunicación plena por las diferencias lingüísticas entre el personal médico y las usuarias, y por lo tanto, requieren la mediación de un tercero —generalmente un familiar hace las veces de traductor— para poder comunicarse. Por otro lado consideran que no entienden porque su manera de pensar es diferente, *por su cultura*. Sin embargo, hay quienes no muestran preocupación por las dificultades lingüísticas, porque las usuarias la más de las veces son *nobles, tranquilas*, y es la *nobleza* (entendida como sumisión) la que principalmente facilita su labor:

Dra. Mastreta: Sí, claro, claro, porque se puede actuar mucho mejor, [en comparación] a una mujer que esté renuente o que no crea en ti, o que esté con desconfianza o como tanteándote, pues no.

Médicos y médicas

Prácticas de las usuarias que se perciben como positivas por el personal médico

Cuando uno indaga sobre las representaciones del personal médico sobre las prácticas positivas de las usuarias, generalmente hay una pausa larga y gesticulaciones que proyectan la dificultad que tienen en pensar qué de positivo podrán tener las prácticas de las usuarias, finalmente

cuando se refieren a las usuarias, pensando en mujeres indígenas, aluden a lo que estiman les es “innato”: La resistencia física y la tolerancia al dolor.

Dra. Mastreta: (...) ¡hijole!, su fuerza, su resistencia física, la resistencia que tienen hacia las infecciones, la física y también mental, porque como tienen mucha resistencia al dolor y eso pues te aseguro que lo que les pase a una de aquí no, no aguanta lo que ella aguanta (...) las cosas buenas es lo que ellos ya tienen innato, sus características físicas y sus características que tienen, [también] en cuanto al dolor, en cuanto a todo eso que han vivido tantos años, les hace tener más resistencia hacia cierto padecimiento.

Las usuarias mestizas, son consideradas como más educadas, que gozan de un mejor nivel socioeconómico y que están habituadas a acudir con el personal de salud, además que muchas de ellas al ser derecho-habientes saben cómo hacer uso de los servicios de salud.

Una médica interna respondió confusamente la pregunta.

Interna Nandayapa: Yo creo que la alimentación, a veces, porque comen mucha verdura, yo creo que es muy baja la ingesta de carne entonces yo siento que sí... que sí necesitan proteínas pero igual ingieren muchos vegetales, pero siento que pueden ser más las negativas que las positivas.

Esta afirmación contradice lo que recurrentemente se encuentra en las historias clínicas: “hábitos higiénico-dietéticos, de mala calidad”.

Prácticas que se perciben como negativas por el personal de salud

Para los informantes fue más fácil hablar sobre las prácticas negativas de las usuarias, lo que evidencia el predominio de representaciones negativas acerca de ellas, como recién argumentó la interna Nandayapa.

Las situaciones en las que se presentan las usuarias, y las usuarias mismas, provocan *quiebras* o *dudas* en las representaciones de los médicos que las atienden. Los médicos y médicas tratan de encontrar explicaciones al panorama desalentador y a veces ininteligible al que hacen frente, lo hacen precisamente a partir de las usuarias, atribuyen a la “precoz” fecundidad, una salud endeble y la falta de educación e información sobre la reproducción la responsabilidad de las complicaciones obstétricas.

Dra. Mastreta: Pero dime ¿en qué único lugar en el mundo se embaraza una niña de 13 años? De esas chiquititas... o sea ¿qué? ¿que no la atienden los doctores viejos méndigos y todo...! ¿y quién les dijo que una niña se tiene que estar embarazando y que a los 14 se vuelva a embarazar? ¿y que a los 15 y que tiene tres? Y que ni siquiera sabe cómo dar pecho y que ni come, (...) no entiende, y a eso sí le aplauden, digo, la verdad, no estamos mal de a gratis, ni siquiera hay conciencia de qué es un hijo para empezar.

(...) Ni al caso, [los embarazos pueden ser producto de] una relación que es hasta de violación, y hasta de más cosas, entonces, y deja de eso, es uno tras año, o sea, entonces, ¿cómo no quieren tener riesgos?, o sea, y cómo no quieren que se mueran las mujeres, ni comen, tienen hija así, están en situaciones de higiene nula, no saben nada, [...]nada saben! No saben ni siquiera que un niño puede salir mal, que pueden sangrar, que, ¡que por eso se les mueren! y se les mueren los niños también cada ratito.

Consideran como otra práctica nociva la resistencia que muestran las usuarias a que los médicos intervengan hasta que la situación se vuelve crítica: “no se dejan hacer”, se lamentan; por lo que la disposición que muestran a atenderse por agentes locales de salud como las parteras les causa gran disonancia, y destacan los fallos en que estas agentes de salud locales incurren.

Dra. Mastreta: pues eso, que generalmente son muy dadas a... a las sobadas y cosas de esas, así me ha tocado pacientes que vienen con sangrado porque les dieron ¡una buena!, eso creo que para nada favorece, que cualquier gente les diga que les va componer niño y, y al rato vienen con desprendimientos, sangrados o lo que sea... una ruptura uterina, de un embarazo de término me tocó, es muy dado que de veintitantas semanas, que viene pélvico, los quieran voltear o de término o cosas así, es muy dado eso ¡y van consecutivamente eh! van como a cita de masaje, ¡de veras! (...) Pero así como que, ¡a ver si en la otra [sesión] ya! Y eso no, es mal pronóstico porque se puede desprender la placenta; se puede morir si trae circular el bebé o cosas así.

La opinión de los médicos internos no dista a la opinión de los especialistas. Las complicaciones obstétricas, consideran que son resultado de la acción equívoca o la omisión de las usuarias.

Interna Castellanos: pero la gran mayoría siempre es así, ya ves que son muy necios, y no los sacas de ahí o a veces ya les han hecho comentarios la partera o alguien, entonces es muy difícil quitarles, “es que la partera me dijo que con este medicamento que le aplique” ya ves que les aplican *oxi* ¡ya con esto! Pero a veces ves que no, y a veces nosotros seguimos otro método.

(...) Yo nunca pensé que se hicieran tantas histerectomías¹³⁸, histerectomía obstétrica... pero sabes qué es el problema y siempre lo he dicho, siempre esas pacientes que se complican, antes habían sido manipuladas por parteras, casi la gran mayoría, manejadas por parteras o pacientes que siempre manejaron una T/A [tensión arterial] alta y nunca fueron a un control prenatal, entonces llegan y ya van mal, son pacientes que pues...ya ves que dicen: “un embarazo, es como cualquier enfermedad” y a veces ni se cuidan, entonces siempre han sido manejadas por parteras que las han puesto “oxi”, ¡hasta han llegado pacientes canalizadas que se las han puesto por IV [intravenosa]!, por lo menos intramuscular, dices, tarda un poquito más pero he visto pacientes que llegan canalizadas, digo: ¡ah! ¿Ya estuvieron hospitalizadas? ¡no la partera!, ¡ah, ya canalizan, digo yo! pero es muy alto, porque siempre las pacientes dejan pasar mucho tiempo desde que empieza el padecimiento hasta que ya ven la muerte ya llegan, entonces a veces ya es difícil hacer gran cosa, si ya se te rompió el útero ¿qué te queda? Hacer una histerectomía, no hay de otra.

La carga de trabajo que tienen muchas mujeres indígenas que viven en zonas rurales también es vista como una práctica desfavorable para el buen curso de la maternidad.

¹³⁸ La histerectomía es un procedimiento quirúrgico en el cual extirpa parcial o totalmente el útero, puede efectuarse por vía vaginal o abdominal, cuando es obstétrica generalmente prosigue a un sangrado profuso provocado por atonía uterina o por ruptura del útero.

Interna Castellanos: (...) Son... ¡mujeres de campo!, que se meten en la agricultura, que están con su panza y allí andan... con la milpa o en el campo sembrando, o de repente van con la leña, o que ya sea añosa, multigesta o gran multipara.

En estos médicos parecen quedar rezagados en su discurso aquellos factores considerados clásicos en la literatura médica, como: La multiparidad, o la edad avanzada de las usuarias; aunque se toman en cuenta en las notas médicas, en su discurso no aparecen. Más bien destacan: Una toma de decisiones, que no entiende, el personal médico; depositar la confianza en otros agentes de salud tradicionales y no profesionales; el desempeño nocivo de tales agentes locales de salud; la sobrecarga de trabajo de las mujeres indígenas que determinan su condición de riesgo; poca o nula educación en salud reproductiva; fecundidad precoz; y finalmente su endeble estado de salud.

Aparece la diferenciación indígena-mestiza en el imaginario médico. A las usuarias indígenas se les asocia más a prácticas negativas.

Médicos internos de pregrado

Las representaciones negativas sobre las usuarias suelen formar parte de imaginarios sociales sobre la población en general:

Interno Pasos: El problema aquí yo creo que es la ignorancia de la gente, ¡no es posible! Estamos en el 2003 y que esta gente siga pensando así, el gobierno también tiene la culpa, les anda regalando computadoras y ni luz hay, ni español hablan ¡no es posible! Si desde 1492 hablamos español, el español es la lengua oficial ¡y ellos no la saben! ¡hay que civilizarlos!, son muy ignorantes y el gobierno también tiene la culpa (...) les da como mil pesos por cada hijo que tenga en la primaria, y si él gana tres mil pesos y otros tres mil pesos por sus hijos, en lugar de que diga, si así comemos ahora con más vamos a comer y mejor, ¡ah no! dejen de trabajar su tierra y viven de lo que les da el gobierno ¡son bien flojos!

Enf. Tere: ¡sí es cierto!

Estas representaciones traspasan espacios y tiempo, prueba de ello es que algunos de las y los médicos internos de pregrado contemplaban la posibilidad de tener dificultades con las usuarias aun antes de integrarse al hospital, situación que hoy día se refuerza al vivir “en carne propia” la experiencia:

—¿Y los pacientes, te los imaginabas?

Interna Nandayapa: No... sí pensaba de que iba a haber cierta dificultad, por lo de la lengua ¡y todo eso! Por el idioma, pero al cabo del tiempo vas viendo que también influyen otras cosas como el pensamiento de ellos, o sea ¡es muy pequeño! También es un poco desesperante . (...) No es la comunicación sino aparte ¡ellos tampoco no entienden!, ya que es su... su cultura.

La *comunicación* se menciona como un factor relevante en la interacción médica con las usuarias, en el establecimiento de la llamada “Relación médico-paciente”. No obstante, su éxito no se condiciona exclusivamente a ese factor. La manera de pensar de las usuarias y sus familiares —*de ellos* (el *Otro*)— aparece como un elemento central en la relación. La lógica de pensamiento diferente al del personal médico es sólo el comienzo, más bien asumen que la diferencia de pensamiento se da por la posesión de una mente *cerrada*, en contraposición a un pensamiento “abierto”, amplio, no *pequeño*.

La *necedad* es otro calificativo que se atribuye a la renuencia de la usuaria y sus familiares a que la terapéutica biomédica se lleve a cabo:

Interna Castellanos: (...) Pero la gran mayoría siempre es así, ya ves que son muy necios, y no los sacas de ahí o a veces ya les han hecho comentarios la partera o alguien, entonces es muy difícil quitarles, “es que la partera me dijo que con este medicamento que le aplique...” (...) Eso no nos ayuda en nada, o a veces me ha pasado que el compadre, hombre, ¡dando él consejos! No digo de cosas de mujeres, entonces, es muy difícil cambiarles de opinión, y más si ya escucharon la misma opinión con un montón de gente, pues es mucho más difícil, ¡te digo que son muy necios! Pero le creen mucho a la gente de su pueblo, de su raíz, o sea como que ellos dicen, ellos sí me protegen, ellos sí me ayudan, ellos me están diciendo la verdad, y ya cuando llegan con nosotros pues ya nos ven como que... a veces les tenemos que hablar fuerte pero no por gritarles, o sea que nos entiendan, ¡que nosotros no ganamos nada con hacerles daño! Que lo que queremos es ayudarlos, yo creo que esas influencias de mucha gente, no nos ayudan en nada, yo creo que lo principal en gineco... las parteras, no nos ayudan en nada, a veces sí.

La representación de *necedad* suele acompañarse por la de *incomprensión* de las usuarias, respecto a una posible evolución adversa de su padecimiento o sobre la magnitud de su problemática. Los médicos internos no entienden por qué las usuarias “desdeñan” la atención biomédica por preferir recursos terapéuticos locales, considerados como inferiores a la efectividad de los medicamentos o de la cirugía. Las influencias externas, de familiares o de la red social que acompaña a la usuaria, es otro factor, que según la interna Nandayapa, dificulta el trabajo médico.

Interna Nandayapa: (...) No miden la problemática que pueden tener después de una enfermedad o las complicaciones que pueda tener una enfermedad, ¡o sea les vale!, O a veces prefieren a sus brujos, shamanes, parteras y todo eso que tomar un medicamento o les dices ya no tengan otro hijo y líguese, y les vale ¿no?

Como ya se ha mencionado, habitualmente las usuarias son personas sin seguridad social, de nivel socioeconómico bajo, y pertenecientes a etnias indígenas, a ellas se les atribuye principalmente la *necedad* e ignorancia, así como una mayor probabilidad de tener un “desencuentro médico” por su diferencia lingüística y cultural. En contraste, los médicos de pregrado asocian a las usuarias

derechohabientes¹³⁹, con un mayor nivel educativo, mismo que les permite demandar e intervenir en las decisiones sobre su diagnóstico o terapéutica:

Interna Castellanos: (...) Lo que más es así, lo que me doy cuenta es la donación de sangre, hay gente, según la religión, hay una religión, muy respetable, pero que no acepta la transfusión de sangre, no la acepta, y entonces empiezan los problemas, pero yo creo que más en los hospitales de Salubridad, bueno, lo que es de sangre en todos los hospitales, pero en cuanto al idioma, la necedad y todo yo creo que sólo el "Regional", porque en el ISSSTE pues son derechohabientes, es gente que ha estudiado, es gente que se ha preparado un poquito más, tienen más posibilidades porque saben que el Seguro [IMSS] lo paga o el ISSSTE, ellos piden TAC [Tomografía Axial Computarizada], muchos estudios ya de nivel, creo que sí es diferente, muy diferente.

Por otro lado, cuando las usuarias están tranquilas, fuera de alguna situación crítica o de peligro, los médicos internos plantean un escenario en el que las usuarias *no los dejan hacer nada*, no los dejan actuar sobre ellas fácilmente, cuestionan el trabajo médico... "el pensamiento médico", es una amenaza a la autoridad médica. Piensan que sólo frente a una situación crítica las usuarias y sus familiares "ceden" (alguna enfermedad o situación muy grave que no puede resolverse con sus medios o con lo que se desean que se resuelva), y se convierten en *moldeables*, declinan su derecho a decidir y a lo que se haga con su persona: *ayúdeme, hágame lo que quiera*, es la señal que esperan para intervenir.

Interna Castellanos: ¡Ah es que mira! Estos pacientes...[cuando] la señora se supone que ya cuando está muy mal, es cuando se deciden a hacer cambios -a aceptar sangre- cuando son necesarios, [a aceptar] los medicamentos, ya no son como les decimos, tan cerrados, tan cuidados de ellos ¡porque se cuidan mucho pues!, Tienen miedo: "¿Qué le está poniendo?", "Que mire que esto", ellos se tornan de una manera... se moldean, ¡son muy moldeables! Después ya que ven las cosas muy serias, porque cuando están tranquilos no, ¡no te dejan hacer nada! Ya ves que para hacer tactos hay veces que tiene que estar el esposo ahí o tienes que explicarles muy bien lo que les vas a hacer, a veces hay mucho pudor todavía, mucho, pero te digo, cuando ya el dolor es muy fuerte, ellos dicen: ¡ya ayúdeme y hágame lo que quiera!, entonces creo que la manera de pensar, la verdad no me he puesto a pensar en esto: ¿Qué piensan en ese momento, por qué no se dejan y por qué ya cuando el dolor... ya ven la muerte son moldeables, se moldean? Entonces ahí ya entra uno.

La médica interna no parece comprender por qué les cuesta tanto a las usuarias "dejar que les hagan lo que quieran", sino hasta que el dolor es insoportable, o hay peligro de muerte: *es sólo cuando ya ven la muerte que son moldeables*. No entiende por qué no piensan como ella, por qué para las usuarias es más importante "cuidarse y no permitir su intervención que poner a salvo su vida, o por qué no previenen una evolución fatal del padecimiento, en otras palabras, por qué no se deciden antes a renunciar a su cuerpo y voluntad.

¹³⁹ Del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Destacan continuamente que hasta que la usuaria es “moldeable” pueden establecer lo que para ellos es buena relación médica, entonces ya no hay obstáculos para desempeñar sus actividades; a menos que se presenten conflictos entre el personal médico y de enfermería. Entienden que las usuarias puedan ser necias o incluso agresivas, porque están a la defensiva. Sin embargo, el por qué las usuarias lo están, no les causa ninguna duda o quiebra, porque tienen contemplado que así sea. Pero aún más, no hay en los médicos de pregrado ninguna quiebra o duda dirigida a pensar a qué están a la defensiva, pero sí tienen interiorizada la manera de cómo resolverlo: a través de la imposición de la autoridad médica, del control médico.

Interna Castellanos: Entre pacientes sí se trabaja, cuando ya empiezan a ser moldeables trabajas “superbien” con los pacientes, el problema es con el personal, el personal a veces, no todos los personales, de enfermería principalmente. (...) Yo creo que el roce no es con la gente, ¡con la gente no!, Hay gente buena, hay gente necia, hay gente agresiva por lo mismo que está a la defensiva, pero esa gente se moldea, tú dices: “¡yo mando acá y soy el médico y vas a hacer lo que yo te diga porque es para tu bien!, pero en cambio las enfermeras no.

Los conflictos potenciales entre las usuarias y el personal médico (en éste caso los MIP), se disipan ante la seguridad de su autoridad médica, del poder médico por encima de “los pacientes”, porque el ejercicio del poder los vuelve *moldeables*, y se resume en la frase de: *¡yo mando acá y soy el médico y vas a hacer lo que yo te diga porque es para tu bien!* Es decir, no importa cómo seas, ni cómo pienses, ni qué creas que es lo mejor para ti, *yo mando y yo decido por ti porque yo tengo la razón*, yo sé más que tú, sé lo que te conviene aunque tú no lo sepas o no estés de acuerdo. Implica la descalificación de la decisión de la usuaria sobre su cuerpo, sobre su padecimiento, sobre lo que piense que es mejor para ella. No hay que convencer, hay que imponer.

Interna Castellanos: no he tenido problemas con ellas pero si son algo necios, muy difícil tratar de explicarles que van a sentir, tú no puedes decir con palabras precisas, decir “es que va a sentir esto”, mire “va a sentir esto, esto y esto” pero a veces son muy difíciles, con esos pacientes yo sufría, o tengo un paciente que se le ha dicho camine, báñese, ¡no quiero caminar! me dice, mire camine se va a ir más rápido, yo sé que está rico estar acostado pero camine: “¡no!”, Y tiene tos, es un señor que tiene tos, “¡mi tos!” dice, me va a dar más tos, le digo: “¿qué, no se baña?” Llega el momento en que dices “¡qué no se baña!”, “sí doctora pero es que tengo tosesita”, le digo: hay agua caliente, “¡bueno váyame usted a ver si hay agua caliente!”, tú dices bueno, después te da risa, casi por lo regular son pacientes de que a veces creen que la medicina es magia y con una pastillita que les des o con el medicamento en ese momento ¡fu! se acaba todo y no, les tienes que explicar: “mire, lleva un proceso, mire el medicamento no es magia, el medicamento tiene que pasar lentamente” Esos son los problemas que más tengo.

Algunos médicos internos reflexionan sobre la práctica médica y elaboran explicaciones del porqué las usuarias responden de maneras inesperadas.

Interna Castellanos: (...) A veces en situaciones ya graves, o sea que no te da tiempo de platicar con las señora, tu actúas nada más y “ven que canalicen , póngales sondas” o sea, a lo mejor ellas sienten la agresividad con la que a veces uno trabaja: “ponle una sonda foley o ponle sonda nasogástrica, canalízala, ponle estos medicamentos [ellas han de pensar]: “¿Qué están haciendo conmigo?” (...) En

nosotros ven la agresividad porque nada más llegas a *pansearla*, a ponerle. [Cuando] entras a un hospital te dicen: “¡Quítate la ropa!” Entonces ellas pues sienten pena, en cambio con las parteras basta con descubrirse la panza, en cambio aquí “¡vuélate todo, sácate todo!” Por lo que yo creo que ellas sienten una agresividad muy grande.

Cuando te da tiempo, cuando llegan por un parto normal, se puede platicar, estarla *panseando*, decirle: “Así no mamita, mira, tranquila, los dolores son así”... te da tiempo, pero a veces tenemos que ser muy agresivos, es necesario, principalmente las pacientes graves.

Con todo lo anterior, podría decirse que la práctica médica que los médicos internos consideran como positiva es la de “un médico ideal”, que reúna las siguientes características: Cuidadoso en su trabajo; que muestre preocupación e interés genuino por las usuarias; rapidez en sus acciones; congruencia entre su discurso y su práctica; que técnicamente sea competente, con gran destreza clínica, cercano y al pendiente de las usuarias

En las usuarias ven renuencia, necedad e incomprensión sobre la terapéutica biomédica; no obstante, los médicos internos atribuyen estas características como respuesta a la “agresividad” con la que ellos abordan a las usuarias, la forma en cómo disponen de sus cuerpos y voluntades. Su intromisión intempestiva a la intimidad de las usuarias reconocen que les ocasiona conflictos y dificulta la relación entre curadores-usuarias.

El personal de enfermería

El trabajo hospitalario del personal de enfermería se ha transformado al paso del tiempo. Hace tres décadas, en los inicios de la institución, los médicos laboraban entre semana únicamente por las mañanas y los especialistas eran pocos, prácticamente ellas se hacían cargo del hospital; La relación entre enfermeras era estrecha pues la organización del trabajo demandaba su coordinación. Con nostalgia la enfermera Andrea recuerda:

Nos apoyamos mucho, porque en ese tiempo había mucho compañerismo, muchísimo compañerismo en enfermería, éramos un equipo fuerte, siempre estábamos juntas. En el turno de la noche éramos cuatro personas nada más, pero cuando había un paciente grave era de todo el grupo. [Si alguien decía] ¿sabes qué? Que en tal cama está un paciente grave, ¡ya todo mundo corría! que con el aspirador, que con la tablita para dar masaje cardiaco, ¡todo mundo corría!; y que caía en paro, todo mundo corría y se sacaba, que por desgracia ya nos tocaba que se fuera, pues lo mismo...amortajar, amortajar y levantar todo. Era muy bonito, porque había mucho compañerismo, (...) mucho respeto ¡hasta de los médicos hacia las enfermeras!

En esos tiempos atendían partos y asistían a los médicos como primeras ayudantes en cirugías, tareas que ahora llevan a cabo los médicos internos.

Enf. Andrea: (...) ¡Uh, partos ya ni se diga!, todo mundo ha de haber atendido. Entre todas [hacíamos las cosas] se atoraba una, la otra le soplabá, ¡qué le íbamos a hacer! Si no había doctor. Al otro día venía el director y nos preguntaba: “¿qué pasó mija, qué hubo?” —No pues hubo esto, y esto y esto, hicimos esto y esto. ¡Ya sólo venía a hacer las notas!.

A fines de la década de los setenta y principios de los ochenta, el hospital reorganizó al personal de salud, y el grupo de enfermeras de ese tiempo se separó y se encargaron de nuevas actividades, para ello, algunas fueron capacitadas para labores más especializadas, tales como, instrumentistas en quirófano o para hacerse cargo de la central de esterilización y equipos (CEYE).

Cuando llegaron los médicos internos, desarrollaron una relación estrecha con ellos. Ellas eran quienes los ponían al tanto del funcionamiento hospitalario. Recuerda la enfermera Andrea una anécdota al respecto:

Un fin de semana llegó una mujer sangrando: — ¡atiéndame señorita!

—Pues ¿qué tiene? Le pregunté.

—No que está abortando.

¿Y qué hacíamos? (...) sobre todo cuando el interno estaba llegando, pues no tenía mucha práctica, mucha experiencia y tratábamos de comunicarnos con el director, pero como era viernes se perdía todo el mundo, no lo encontrábamos en ningún lado. [Le dijimos] —Vaya usted con el doctor Ornelas.

—¡Pero señorita, no tengo con qué pagar!, allá me van a cobrar y no tengo con qué pagar

—¿Pues qué hacemos? Aquí no podemos hacer nada

—¡Atiéndamelo por favor!

Y pues dijimos, la vamos a canalizar y a ver qué pasa, [pero] seguía sangrando y pues era un aborto y necesitaba un legrado, y el interno decía:

—Sí, pero yo no lo sé hacer, no tengo experiencia.

Le dijimos nosotras: —¡Pues lo hagamos! Le dijimos cómo, ¡y gracias a Dios que nunca nos metimos en problemas! Atendíamos partos, legrados. Claro que nosotros nos moríamos de angustia pensando que podía suceder. (...) De las experiencias que teníamos nos íbamos fijando, (...) [además] el doctor Jaramillo me decía “vente mija, que vamos a hacer un legrado, prepara tu jeringa, primero su media diazepam para sedarla y luego su oxitocina diluida en diez y a dosis respuesta y así, ¡bendito sea dios que no nos metimos en problemas, que jamás se nos presentó un espasmo”

Estos testimonios revelan el papel fundamental de las enfermeras en la atención obstétrica hospitalaria, otrora realizaron tareas “propias” de los médicos; a través de los años esas tareas fueron desplazadas hacia los médicos internos, con quienes aún establecen una relación estrecha en su año de estancia hospitalaria, son ellas quienes los siguen poniendo al tanto del funcionamiento hospitalario, o en la realización de algunos procedimientos en los que se encuentran faltos de práctica.

Interna Nandayapa: cuando tú llegas, llegas con miedos (...) así como qué dices ¿ay, qué hago? Y siempre he dicho que acá las enfermeras son muy, muy accesibles, no como en otros hospitales en donde las enfermeras se te enciman, son las primeras que pelean contra ti, acá no, ellas te van dando la pauta desde el primer día que llegas, porque tú llegas y dices: bueno, yo soy un estudiante, en cambio ellas llegan y ¡doctora para acá, doctora para allá! Entonces yo creo que cada que llega alguien se predisponen “¡ah bueno, viene la doctora!” Entonces jamás acá dicen o ante uno por lo menos [en tono despectivo] “¡ay el interno!”, o como en otros hospitales no que de repente ¡ah, el interno!]

No obstante, la relación con el personal médico de base suele ser más cercana porque se respalda por una relación de convivencia y conocimiento mutuo de muchos años. Ni los médicos adscritos ni las enfermeras de base suelen tener estancias cortas como la de los médicos internos que son adejetivados como “de paso”. Esa cercanía puede constatarse en la siguiente situación:

Un día cuando yo me dirigía hacia el servicio de Urgencias me encontré en el camino a la Dra. Garro que también se dirigía hacia allá, me encaminé con ella, antes de entrar, ella hizo una escala en Urgencias pediátricas y se checó la T/A porque tenía dolor de cabeza, una enfermera se la tomó, y le dijo que no la tenía alta, sino baja, y la Dra. Garro dijo, que probablemente se debiera a que no había comido nada, la enfermera le dio una manzana, diciéndole que le hubiera dicho, y le habrían guardado un poco de comida (un enfermero intervino, diciéndole en tono de broma, que no les había encargado la comida con tal de no invitarles la cena... la Dra. Garro, lo negó), la especialista no quería aceptar la manzana

Dra. Garro: No chiquita, es para que tú te la comas al rato

Enfermera: no doctora, quédesela, yo acabo de comer...

Dra. Garro: gracias chiquita... ¡si aquí me quieren...!

Con los años, también algunas de las actividades consideradas como exclusivas de enfermería se transformaron. Si años atrás ellas se encargaban de tomar y llevar las muestras de laboratorio, ahora lo realiza directamente el personal de laboratorio, o lo hacen los médicos internos; lo mismo sucede con las curaciones, los médicos internos son ahora quienes se ocupan de ellas¹⁴⁰. En la actualidad, la mayoría de sus actividades se avocan a la toma y registro de los signos vitales, a preparar y aplicar medicamentos, cambiar soluciones o *actualizar la hoja de enfermería*. Regularmente dos enfermeras de base, una o dos pasantes y dos o tres estudiantes de enfermería se encargan del servicio por turno. El trabajo práctico es coordinado por las enfermeras principales o de base, entre ellas se dividen el número de usuarias por atender, y para ello coordinan a los estudiantes para que las apoyen. Para facilitar su trabajo los instruyen en tareas en las que requieren ayuda, tales como la preparación de la dilución de los medicamentos, el cálculo del goteo de una solución en el transcurso de un tiempo determinado, o la toma de signos vitales. Reservan para ellas el balance de la administración o ingesta de líquidos y las pérdidas, la elaboración de un pequeño resumen que registran en la hoja de

¹⁴⁰ En el Capítulo 4 puede encontrar otras actividades que del personal de enfermería se desplazaron a los familiares de las usuarias.

enfermería al término del turno, el control de los ingresos al servicio y de avisar a trabajo social cuando una usuaria es dada de alta.

El personal de enfermería tiene un papel primordial en el funcionamiento hospitalario, pues habitualmente se hacen cargo de los servicios junto con los médicos internos, por el sinnúmero de ocupaciones de los médicos adscritos.

La importancia de su tarea aún estriba en ser el puente entre el personal médico y las usuarias debido a su permanencia, lo cual les permite tener mayor contacto con ellas, y que se refuerza rutinariamente por medio de las actividades diarias como: la administración de soluciones y medicamentos, o tomar sus signos vitales, prepararlas para cirugía, hacer que lleguen a los diferentes servicios, colocarles el vendaje abdominal después de bañarse a quienes tuvieron una cesárea, orientar a los familiares en los trámites de egreso, entre otras. A ellas fue a las que vi llegar hasta las lágrimas cuando un caso era demasiado desolador. Varias reservan medicamentos que se agotan rápidamente para cuando una usuaria escasa de recursos los necesite; hacen colectas de ropa infantil para dárselas a usuarias que llegan solas, desabastecidas de lo mínimo necesario, o bien, están al pendiente de pedirles a los familiares de las usuarias la donación de los pañales de adultos cuando esa usuaria ya no los necesita, para abastecer a otras carentes de ese recurso.

Por otra parte, es indudable que su relación con el resto del personal de salud influye la relación con las usuarias. El mismo personal de enfermería descubre la tensión que hay dentro de este personal, los roces personales vuelven incómodo el desempeño de sus labores, con sus compañeras los tienen porque hay quienes no desempeñan sus labores y eso significa sobrecarga de trabajo, o bien, porque a veces quienes tienen mayor formación académica menosprecian a las que tienen menos estudios.

Enf. Andrea: con los médicos, siempre me he llevado bien, siempre hemos trabajado de acuerdo, jamás me han regañado por problemas de trabajo, no, con las que tengo problemas son con las compañeras, porque a veces hay muchas, nos discriminan que porque nosotras somos auxiliares, piensan que porque somos auxiliares no sabemos o que tenemos otro lugar y siempre nos han discriminado por eso pero con los médicos en lo personal yo jamás tuve problemas.

(...) Con las compañeras sí he tenido problemas, es que yo soy de las personas que no me gusta el abuso y cuando trabajábamos en la noche, pues algunas venían nada más a dormir tranquilamente en la noche y que el hospital se cayera y ahí empezaban los conflictos porque nosotras que nos quedábamos a trabajar de ocho a ocho teníamos que cuidar a todos los pacientes, ¡no se vale! Porque a la hora que el paciente dice: "señorita no está pasando el suero, señorita necesito el cómodo, señorita tiene dolor mi paciente", no íbamos a decir ¡a mí no me toca y no es paciente mío! Sino: "¡permítame tantito, ahorita voy!" No que la compañera estaba roncando tranquilamente y pues ahí íbamos a ver la solución por qué no pasaba o a ver en el cardex o la tarjeta, en ese tiempo, qué analgésico tenía, pero a mi esas cositas no me gustan, no las acepto pues.

Aunque muchos médicos internos llevan una buena relación con las enfermeras, no están exentos de tener problemas, sobre todo, cuando se sienten acosados en sus labores por una actitud vigilante del personal de enfermería.

Interna Castellanos: el problema es con el personal, no todos los personales, de enfermería principalmente que son los que canalizan, que hacen esto, a veces [las usuarias] ya tienen su manejo pero ya ves que hay pacientes que empiezan muy quejumbrosas, [y las enfermeras empiezan] “¡Doctora, la paciente, la paciente!” y dices la acabo de checar, no se preocupe, [muchas veces] ellas tienen que ver que lo hayas hecho.

[Les pregunto] ¿por qué tanto la insistencia?

— Es que hay médicos que han rotado que no las checan,

— ¡No, si ya la chequé! les digo, ya tiene estas indicaciones, aunque ya ves que cada enfermera tiene... agarra tal paciente, así como nosotros, pero resulta que la que no está viendo al paciente es la que está más preocupada, es a la que se le tiene que decir, mire tiene esto, casi casi como adscrito, le estás presentando al paciente y qué bueno que se preocupen pero así no me gusta.

O en quirófano había una paciente apenas, le estaba haciendo la *episio*, me dice: “¡ya doctora apúrese porque ahí viene la otra!” O sea te ponen nerviosa, y dices, yo quisiera terminar en un ratito pero hay que hacer las cosas bien. Aunque nosotros somos de paso ellos ya tienen un montón de tiempo ahí, hay gente de 15-20 años y por eso creen que saben todo, y creen que ellos no pueden aprender también de nosotros.

[Otras veces] todavía no ha pasado el efecto de la anestesia, [las usuarias] están con vómito y ya me los están pasando, pero como eso es ¡trabajo de enfermería!, no es de nosotros, claro que tú pones la indicación, pasa a piso, pero hasta que digo... mínimo, que pasen medicamentos, no que ya están hablando ¡es que tengo ocupadísimo acá, no tengo camas! ¡ya que se vaya a piso!

Las labores del personal de enfermería son de tal manera fundamentales, que colaboran en mejorar la calidad de atención hacia las usuarias por parte de los médicos, pero también por ciertos desacuerdos pueden entorpecer su atención. La interna Castellanos habla acerca de eso:

(...)Hay enfermeras que dicen mire doctora, falta la orden de esto, ¡pero con un modo! que tú dices ¡ay discúlpeme se me pasó!, te lo está recordando y dices qué bueno ¿no? y ya la haces. Pero hay enfermeras que les dices: ¡mire, mire, sabe qué, aquí le dejo los laboratorios [Los formatos de requisición llamados “órdenes”] y todo, y dices ¡qué bueno, ya tiene todo mi paciente! y cuando regresas y ves la orden [que no se la han llevado]

—¿Y la orden?, pregunto. Me responde gritando una de ellas:

— ¡ay, estuvo mucho tiempo y ni me pide las cosas! y tú te que quedas así, ¿qué onda?, pues [tú tienes que ir a hacerlo]

Yo he tenido...no roces, pero hay veces que...siempre nos dicen [refiriéndose a los adscritos]: “es que tú das la orden” pero [a ellas] les vale, les vale. Una vez un paciente que tenía como ocho costillas rotas y querían estarlo cambiando de lugar entonces yo les dije:

—¡Miren no me lo cambien de acá es que se puede perforar! Me hace un hemotórax, y qué hago, qué hacemos nosotros, la técnica te la sabes, ¡pero hazle...pónle un sello de agua!

—¡No, yo lo voy a mover! Me dijo.

—¡muévelo! Le respondí, pero no lo haces por molestar.

—jes que está en una camilla y las de urgencias ahí entran!

En ocasiones los percances entre internos y enfermeras son más directos:

Interna Castellanos: (...) creen que ellos no pueden aprender también de nosotros, más si son nuevos; una de ellas le hizo un comentario a una compañera: “¡Cuando vinieron eran bien seditas y ahorita que ya llevan un buen tiempo ya son bien chocantes!

Otras percepciones sobre los médicos internos, son como las que refiere la enfermera *Angelita* acerca de uno de ellos:

[Ese interno] es muy quejón, de todo se queja. El otro día lo vimos con los ojos bien rojos, como que lloró, es que es uno de esos niños “popis” de dinero, “alzado”, no quiere hacer las cosas, es un flojonazo y encima se queja porque lo mandan a hacer cosas. Otro día, llamaron a todos los internos por el escándalo que él hizo en la dirección, cualquier cosa y sale corriendo a la dirección a decírselo a la subdirectora.

Así que para la convivencia y efectividad del desempeño de ambos, la negociación, la tolerancia y el respeto resultan esenciales.

Interna Nandayapa: (...) [Con la] mayoría de las enfermeras jóvenes hay una relación mejor. Te puedes llevar más y aparte llevar un buen trato. Respetándose mutuamente, ya todo te piden por favor, uno también debe ser atento con ellas, y [pedirles] ¡por favor esto! o apoyarlas: —¡a ver yo te ayudo a pasar el paciente! o hagamos esto... o ¿por qué no le hacemos ya su lavado?, o su curación. Siempre tratamos, o al menos yo, siempre trato de llevármela así. A veces te pasa cualquier incidente o ellas te hacen algo, pero dices ¡bueno mejor que ahí pase! y sigamos igual, tratar de llevar la fiesta en paz. En gineco todas son muy accesibles, o sea nadie te dificulta, porque de repente en otros servicios así como que “¡si no me da la orden todavía, ni le hable al de rayos X!” Pero en general son todas muy amables.

A pesar de que el personal de enfermería es quien principalmente vela muy de cerca los intereses de las usuarias, también hay quejas sobre la población a la que atienden.

Enf. Andrea: Tengo problemas con la gente, porque a la gente se les hace muy fácil quedarse aquí a la consulta, principalmente la gente del *centro*, piensan que ellos tienen derechos porque son de aquí de la ciudad y porque son ricos, piensan que tienen derecho a todo, y de decir nada más aquí y ya, y a veces hasta le quieren quitar el lugar a la gente de la comunidad.

Hay mucha gente del INSEN que tiene derecho al ISSSTE que viene y pues se sienten ricos pues, se sienten de sangre azul y quieren pasar rápido y quieren que a ellos se les de la preferencia y yo como les digo, yo aquí soy de las personas que piensa que ¡aquí todos son iguales!, con excepción de la gente de la comunidad y de la gente pobre que no tiene, porque el rico entre más tiene más aprovecha ¡y no se vale!, por eso tengo problemas.

Las representaciones del personal de enfermería sobre la población usuaria se revela en eventos como el que sigue. A mediados del mes de abril de 2004 al llegar al hospital éste se encontraba sumamente concurrido en la entrada frontal, en su mayoría se trataba de mujeres indígenas, ninguna de ellas sobrepasaba el umbral de la puerta principal, al entrar al área administrativa se divisaba la

dirección repleta de personas, la puerta estaba abierta de tantas personas que había en su interior. Saludé a la enfermera Andrea y le pregunté sobre esa situación, ella me explicó que era porque se había muerto una mujer en el servicio de Gineco-obstetricia el día anterior.

— ¿Vienen de alguna localidad?

Enf. Andrea: Creo que sí, creo que de Oxchuc, ella era de Oxchuc, pero de las que ya viven acá.

— ¿El director está negociando con ellos?

Enf. Andrea: Sí

La dinámica hospitalaria se veía alterada, muchos de los administrativos platicaban entre ellos, el ambiente se percibía tenso, otra enfermera se incorporó a nuestra charla.

Enf. Andrea: Es que esa gente no trabaja, están muy mal acostumbrados, el gobierno es muy paternalista, todo les da y ellos no deben de trabajar para que puedan venir acá, si trabajaran no anduvieran tan fácilmente por aquí.

Enf. Margarita: No, es que así no se puede, ¡no entienden! Aquí se hacen milagros, milagros, pero de eso nadie dice nada, sólo cuando pasa algo malo. Tiene que pasar, dicen “¡ay pobre, tan joven que estaba, 20 años tenía! Sí 20 años, pero ya quien sabe qué gesta, si desde los 12 o 13 empiezan a tener hijos, vienen todas anémicas, ¡vienen muy mal! ¡Elegante doctor el que la atendió, no cualquier médico, ni uno que esté aprendiendo! ¡Elegantes equipos que se usaron para atenderla!

Me contaron además, que había sido en el turno vespertino, en presencia de un médico especialista en gineco-obstetricia.

Enf. Andrea: Si viera las cosas que vemos, muchachitas, jovencitas casadas con hombres viejos, y ¡feos! Digo yo ¿tanta gana de hombre tendrán?

Enf. Margarita: No comadre, es que a muchas las venden, dos o tres mil pesos.

Enf. Andrea: Sí, ahorita en cinco mil las consiguen, por nada las venden los padres, ayer tuvimos a dos jovencitas, una embarazada de 14 y otra de 15, la de 14 hermosa, alta, y el esposo todo mensote que se veía ¿tantas ganas de hombre tenía esta muchacha que se agarró a éste? Pensé. Y la otra igual, ¡un cutis bien bonito! Y el marido bien viejo.

Enf. Margarita: Yo pensé que era su papá... bien feo. (...) Es que cada vez es peor, ¡de veras! Peor.

— ¿Por qué? Pregunté.

Enf. Margarita: Por la explosión demográfica, ¿para qué tienen tanto hijo para que luego esté pidiendo “un peso, un peso”, o lo manden a vender chicles, no entienden ¡ya el gobierno debería hacer algo, ya debería de tomar cartas en el asunto! El domingo en la guardia tuvimos dos legrados, uno de ellos, de una mujer con un niño de nueve meses y ella con dos meses de embarazo; la otra, con un hijo de un año y con tres meses de embarazo, imagínese! ¡Qué vamos a hacer con tanta gente! ¡Y el problema con la tierra!

[Yo pensé entonces que se refería al problema agrario de la insuficiencia de tierras] —y ella agrega: Yo pienso... la Tierra no nos va a aguantar, ¡si estamos flotando en el espacio! [mueve sus manos en el aire como sosteniendo una esfera imaginaria]

Finalmente la enfermera Andrea concluye que *lo que han de buscar es pedir dinero*. Un médico que alcanzó a escuchar el comentario agregó: *¡quién sabe cuánto van a pedir por el cuerpo!*. La enfermera Margarita añade que se trataba de una mujer que llegó con un embarazo ectópico el día anterior y que falleció a causa de un paro cardíaco y vuelve a repetir: *¡elegante doctor la atendió, no cualquiera!*

No obstante también contribuyen al trato inequitativo de los usuarios, ya que su relación cercana con el personal médico es frecuentemente aprovechada para procurarse atención médica preferencial, tanto para ellas como para sus familiares.

Enf. Andrea: (...) Desgraciadamente los mismos trabajadores no les enseñamos a nuestros familiares cómo usar el servicio del hospital, somos los primeros que queremos meter a toda la familia a la hora que sea y sin pagar, sin hacer citas, sin esperar, nada más porque me llevo bien con el doctor fulanito, ¡no se vale! hay gente que estuvo desde las 7 de la mañana esperando, ya pagó, ya espero y dejarlos ahí sentados ¡no se vale! Yo les digo con mucho gusto cuando termine la consulta, ya que pagaron y esperaron que pasen las docenas que quieran, pero por eso tengo problemas ahorita con las mismas compañeras porque siempre, dicen que el pez gordo se quiere comer al chico y ¡no se vale!

Las Usuaris

Las representaciones de las usuarias

Algunas usuarias esperan de la relación con el personal médico lo siguiente:

Esther: que nos pongan atención, que nos contesten nuestras dudas, que nos chequen a cada rato, ¡que no nos tengan sólo aquí! (en una cama de hospitalización de Gineco-Obstetricia)

Esther considera que el trato no es “malo”, sin embargo en su discurso aparecen contradicciones. Por un lado ella sostiene que *ya no quiere estar sólo ahí*, y esto es porque a Esther la tuvieron en observación como único tratamiento durante un par de días, por lo que su inactividad en la espera le parecía demasiado pasiva. Uno de esos días ella esperó un poco más de un turno por el médico adscrito que se encontraba en quirófano, para saber si continuaría su estancia hospitalaria o podría regresar a casa. No obstante, dice estar dispuesta a regresar al hospital si lo amerita y su suegra agrega que lo que más resienten tanto usuarias como familiares es el estar separados, pero que si eso sucede es porque así tiene que ser:

Yo pienso que todos queremos estar con nuestro familiar, pero creo que es como vamos, yo creo que tienen razón, ¡de que ellos saben su trabajo! Si ellos no lo permiten es porque no está bien.

Una opinión similar tiene otra usuaria, sobre la autoridad médica.

Violeta: Pues lo que el médico vea necesario, si está grave se tiene que quedar aunque nosotros no quedamos, así es, yo la verdad ya no quería estar más en el hospital, no podía ver tele, estaba ahí, hasta que el médico diga, hasta que te den de alta ellos.(...) Ahí estar solita, te aburres, era lo que no me gustaba, estar solita.

Para Violeta, un buen doctor es quien:

(...) me hablaban con cariño, come, trata de comer, hazlo por tu bebé, por tu enfermedad, porque eso sí, yo no comía nada y me decían: “no quiero que le pase algo a tu bebé”. Las doctoras le hablaron también a [mi esposo]: “cuida a tu mujer, cuídalos”, eso le dijeron la doctora y el doctor, lo aconsejaron y todo, ¡hasta lo regañaron a él!, a mí no me regañaron para nada, le dijeron:

—Mira cómo está tu mujer, ¿o no trabajas o no le das dinero o qué? [Él les dijo que]

—No, lo que pasa es que ella no come, no le dan ganas de comer, ella es la que no quiere comer.

—Pero por más, a ella no la podemos regañar porque si la regañamos va a estar muy sentida ¡y como está embarazada!

A mí no me regañaban, me trataban bien, ¡me trataron bien los doctores! El Dr. Agustín cuando tuve muchos dolores, gracias a [que] llegó a tiempo, ¡porque cómo es posible que no atiendan el paciente! Se preocupó y empezó a buscar medicamentos, me aumentó mi insulina, [porque] me ponía yo muy poco y me aumentó más.

Cuando les preguntaba a las usuarias sobre si preferían que fueran atendidas por médicas o médicos, la respuestas fueron diversas, algunas —la mayoría—, preferían a las médicas.

Esther: una doctora (...) como que hay más confianza, como que se le pregunta con más confianza.

Mientras que Violeta ante la misma pregunta respondió de manera contradictoria.

Médica mujer la verdad, desde siempre quería yo médica mujer pero ya he visto que algunas no [entienden] las mujeres, porque tuve una experiencia de una doctora mujer, lo vi así muy seca, o no sé, les enseñan de otra manera o no sé cómo, pero no atiende sus pacientes, no son cariñosas pues, no son cariñosas.

(...) Por una parte me gustaría para revisar que fuera la mujer, pero los doctores...cómo te dijera, los doctores son más cariñosos, como el caso del Dr. Agustín, atiende a sus pacientes, muy entendible, no sé.

Respecto al personal de enfermería, algunas no tienen opiniones muy precisas, no detallan más allá de decir *que atienden bien*. Pero hay usuarias que sí hacen distinciones entre la práctica médica y la del personal de enfermería.

Violeta: Es diferente, las enfermeras no más atienden lo que es medicamentos, inyectan, que su pastilla, su presión, en cambio el doctor sólo te lleva a ver cómo estás y todo, te llega a ver cómo estás, cómo está tu tratamiento, si está mal te lo cambia, y así, en cambio las enfermeras están al pendiente, las enfermeras es como una doctora, porque están pendiente de tu tratamiento, que tu pastilla, que tu presión y todo.

Sobre los médicos internos, algunas no saben la diferencia entre especialistas y médicos en formación, todos son nombrados como “doctor” o “doctora”, pero Violeta era una usuaria que debido a que su madre es enfermera y diabética “juvenil”, está más relacionada con el medio hospitalario y el personal de salud.

Violeta: (...) Lo que me contó mi mamá, que los médicos así nada más, pueden llegar a morir sus pacientes, eso dice mi mamá, por eso mi mamá estaba pendiente de cómo me trataban.

En general, las usuarias parecen tener claro que en la relación prestador de servicio-usuaria “los pacientes” son los que deben seguir las instrucciones, principalmente, del personal médico, les guste o no les guste, porque ellos saben lo que hacen, saben su trabajo. Demuestran la confianza en el conocimiento médico, acatando lo que se les pide, aceptando la autoridad médica como parte de su atención. Es muy común que hagan referencia sobre “los regañones” que alguna vez les han sido proferidos por el personal de salud, y vistos como parte de la relación.

En el discurso, de manera ideal, muchas de ellas externaban que se sentirían más cómodas con la atención de una médica; sin embargo, en la práctica, su preferencia depende de sus experiencias con este personal. En otras palabras, que si han tenido experiencias positivas con médicas, van a preferir éste género, si no, considerarán como mejor al otro, como el caso de Violeta.

Depende también de las experiencias con la biomedicina, la distinción de labores de los prestadores de servicios, qué esperar de ellos, y la apreciación de la tarea de cada uno. Situación que muchas usuarias no comparten, sobre todo las usuarias indígenas, en donde encontré respuestas cortas, muy concretas, positivas, y la confusión en sus rostros ante la pregunta.

Otro elemento importante son las representaciones sobre la estancia hospitalaria, de la cual, la misma respuesta fue constante: sentirse solas ahí, aburridas, y sin saber exactamente qué es lo que sucede con ellas y lo que van a hacer los médicos al respecto.

Quiénes son y cómo llegan al hospital

La institución atiende en su mayoría a población indígena (Ver Capítulo 3), principalmente por atención gineco-obstétrica. Las mujeres que llegan al hospital generalmente lo hacen porque son referidas por las unidades de salud cercanas a su localidad, pero el traslado corre a cargo de sus propios recursos económicos. Esta es la primera situación que la usuaria y sus familiares valoran antes de abandonar su localidad. La salida de su localidad hacia el hospital trae consigo la preocupación para

las usuarias madres de dejar a sus hijos solos, generalmente el hijo o hija adolescente a cargo de tres o cuatro menores, o las menos de las veces al cuidado de su suegra.

Muchas de estas mujeres—el esposo habitualmente la acompaña— llegan al hospital en condiciones delicadas pero sin saber mucho acerca de su patología. El siguiente caso ejemplifica muchas de estas condiciones:

María es una mujer indígena de 32 años, analfabeta y monolingüe. Arribó de una localidad del municipio de Teopisca, Agua Escondida. En la visita mensual que una médica realiza a la comunidad por el programa Oportunidades, le diagnosticó preeclampsia, les dio una referencia médica para asistir a la clínica de Betania que es la más próxima a su localidad. En la clínica les instaron a acudir al Hospital Regional en la ciudad de San Cristóbal, la pareja viajó con sus propios recursos.

Esposo: Llegó la doctora ahí en la comunidad, llega cada mes por allá por eso le pregunté como estaba su enferma, su pata estaba hinchada, sus piernas, como estaba embarazada pue, me dijo el doctora “puede ir usted a Betania para que revisen como estaba la enfermedad” y luego la revisó, me dio unos papeles para venir hasta aquí en urgencia, aquí me mandó, luego en urgencia aquí pregunté y luego van a operar dice, que estaba enferma mucho, que tiene, no se cuánto, tiene, se mira en su mano

— ¿La presión alta?

Esposo: Sí, tiene mucha presión dice, desde antier vine aquí. (...) Le dolía su cabeza dice, le dolía un poco y luego la vista dice que veía un poco de luz y estrellitas

No le había sucedido en sus embarazos anteriores. A su llegada tuvieron que esperar un rato porque al policía no lo encontraron para dejarlos ingresar. A su llegada le hicieron ultrasonido. Posteriormente la ingresaron a la sala de hospitalización de gineco-obstetricia.

Esposo: Ahí luego ahí, entró a hospitalización y luego ayer, digamos como hoy en la noche pasó a preguntar si quedó allá, ¿cómo se llama?

— ¿Su operación?

Esposo: Su operación, así me preguntaron ¿cómo se llama, para ya no tener otro hijo?

— ¡ Ah, ya la operaron para que ya no tenga hijos!

Esposo: sí, para que no tenga hijo-hija

Además de la cesárea ellos accedieron al método de planificación definitivo en ella. La comunicación con el señor Domingo era difícil por el poco español que hablaba, pero al preguntarle por la atención prenatal me contó que su esposa no tuvo control prenatal

Esposo: No, cuando llegó con la doctora la revisó, pero tenemos dos parteras que... por eso ahí nomás, digo, vamos a llevar en la partera, pero aquí venimos.

— ¿Con la partera se atendieron los otros embarazos?

Esposo: Sí, esta fue el último, se enfermó ya y ahorita no sabemos para cuando va a salir. Parece hoy pasó a las 10 de la noche aquí en quirófano.

— ¿Ayer en la noche?

Esposo: Sí...

— Ah, entonces hoy le van a dar comida [eran cerca de las 14 horas], ¿no ha comido todavía?

Esposo: No, desde antier.

Mientras platicábamos llego al servicio proveniente del quirófano la Dra. Boullosa preguntando por la esposa del señor Domingo, le preguntó a él que cómo se encontraba ella, él le respondió que bien, pero que ya tenía mucha hambre. — ¿No le dieron de comer en la mañana? —No, respondió él. La especialista se dirigió a la central de enfermería y les dijo que ella había puesto en las indicaciones del día anterior que a la mañana siguiente ya debía de empezar con dieta líquida. Una de las enfermeras le respondió que no se la habían pedido porque no lo habían visto en las indicaciones. — ¿Cómo no? Si yo se lo dejé indicado. Y se acercó a revisar las indicaciones.

— ¿Y ya le pidieron comida?

— No doctora, pero ya pasaron de la cocina a preguntar por las dietas

— Pues vaya a avisarles porque ya tiene mucho tiempo en ayuno esta paciente.

El señor Domingo había estado muy molesto porque nadie le informaba sobre su esposa cuando la pasaron a quirófano el día anterior. Se quejaba que *no lo habían dejado pasar, no la podía ver, y que nadie le decía nada*. Si la especialista no se hubiera acercado a preguntar cómo se encontraba la usuaria y su esposo no hubiera externado en su lugar, puesto que ella era monolingüe, la queja por el ayuno de más de 48 horas, nadie se hubiera percatado del incidente.

El caso de Esther es diferente, tiene 23 años, es originaria y residente de la ciudad de San Cristóbal y es su segundo embarazo. Esther habla español, sabe leer y escribir; la acompañan su esposo, su suegra. Durante su embarazo tuvo control prenatal en uno de los centros de salud de la localidad, recibió suplementos vitamínicos y sus vacunas, pero dice que su médico tratante no la instruyó sobre los signos de alarma de una urgencia obstétrica. Hay un hecho entre sus experiencias que hizo que Esther acudiera al Hospital General: En su primer embarazo, acudió a control prenatal en el Hospital San Felipe Ecatepec del IMSS, mejor conocido como “la clínica de campo”, cuando empezó con el trabajo de parto se dirigió al hospital, pero la enviaron de a su casa, lo intentó horas más tarde, pero continuaron sin admitirla, así que se dirigió al Hospital General donde la recibieron y atendieron de inmediato, fue un parto eutósico.

Su embarazo actual evolucionó sin mayores contratiempos, cumplió las cuarenta semanas, pero 2 semanas antes de completarlas empezó a edematizarse de pies y manos, le restó importancia y no acudió a la clínica, faltó a su última cita. Fue hasta “salida de líquido” vía vaginal, que acudió directamente al Hospital. Su ingreso al hospital considera que fue *rápido*. Ya en el servicio de Hospitalación de Gineco-obstetricia, respecto al edema y a la salida de líquido transvaginal uno de los especialistas le informó que:

(...) Me dijo que era algo como normal, que es por retención de líquidos del cuerpo, que no tiene nada que ver con el bebé. (...) que si sigue saliendo líquido, mejor que me pusieran algo para que arreciaran los dolores y tuviera yo mi parto normal, pero si ya no seguía saliendo nada me podría esperar una semana más hasta que me vinieran los dolores. Me dijeron que iba yo a estar en observación, desde anoche.

Le comunicó, además, que requería de un ultrasonido para evaluar el bienestar del bebé y que le sugería que se lo realizara en forma particular porque el fin de semana, que estaba cerca, no es posible realizar ese estudio en el hospital. La institución ofreció apoyarla con la ambulancia, pero ella prefirió que su suegra la llevara en su automóvil. Al momento de la entrevista, estaban a la espera del médico tratante que se encontraba en quirófano: “No ha venido y ni le hemos entregado el estudio” replicó Esther. Ella decía sentirse mejor, que se le estaba bajando *lo hinchado* y que estaba esperando a lo que le dijera el doctor si ya se podía ir.

—Pero no viene, el doctor está en quirófano todavía.

Otras mujeres llegan solas, como el caso de Angelina, de 23 años, estudiante de segundo semestre de enfermería, originaria de Oxchuc, indígena bilingüe. Migró cuando terminó la secundaria para venir a trabajar y estudiar a la ciudad de San Cristóbal. Es su primera hospitalización

Angelina tenía novio y tuvo relaciones sexuales con él sin utilizar ningún método anticonceptivo, semanas atrás de su llegada al hospital terminó su relación, pero a los pocos días de haberla finiquitado sospechó que estaba embarazada por la ausencia de su menstruación. Unas amigas le sugirieron que lo confirmara yendo a una organización no gubernamental enfocada a la salud reproductiva. Con la médica confirmó su sospecha, tenía un embarazo de tres y media semanas. Días después empezó con sangrado transvaginal durante dos días, retornó con la médica que la atendió, quien le realizó un ultrasonido y le comunicó que tenía muy poco líquido amniótico por lo que peligraba el feto que aún le reportaba estaba con vida, le sugirió que fuera al Hospital General.

Ve al Hospital General, ahí te van a checar bien, me dijo, te van a hacer ultrasonido y que te van más o menos qué es lo que tienes.

Efectivamente a su llegada le hicieron un ultrasonido, y le confirmaron que tenía muy poco líquido y la poca esperanza de que el aborto se evitara. La medicaron:

—Quién sabe si vive todavía, porque ya no siento nada, ya no siento que se mueva

—¿sentías que se movía?

—sí, tiene como cinco horas que ya no siento que se mueva, anoche todavía sentí que se movía. Ahorita ya no siento nada. Tengo dolor de cabeza y dolor acá [señalando su abdomen], pero todavía no sé qué me van a hacer los doctores. Lo que me dijo el de la mañana, “vamos a ver si se rompió el fuente, pues ya no vamos a poder cerrarlo, tenemos que quitarlo”. ¡Bueno, que me lo quiten! Sí porque o sea me preocupo pues, qué es lo que tengo. Hasta ahorita sí me están atendiendo bien los doctores, gracias a dios, las enfermeras y todos.

Angelina a pesar de estudiar enfermería, no tenía claro que para las semanas de embarazo que decía tener ella no podría percatarse del movimiento del feto, lo que causó su confusión fueron las probables contracciones que tenía por el aborto en evolución. Las preocupaciones principales de Angelina eran económicas y estar sola.

(...) El problema es que no tengo mucho dinero, ahorita ando sin dinero, porque trabajo y de lo que gano pago renta, pago pasajes a la escuela, pago comida y vivo sola. No tengo familiares acá.

—¿no ha venido a verte nadie?

—Vino una compañera de trabajo en la mañana, pero como mi jefe casi no nos deja salir, ella salió un ratito a la secretaría a hacer mandados y ya me vino a ver acá un rato.

Sin embargo, en durante nuestra charla, llegó una mujer joven a visitarla, e inmediatamente ella se inquietó y le preguntó discretamente si a su entrada había dicho que era su prima, la prima lo negó, le dijo que se había reportado como “compañera de trabajo”. Angelina se percató de que yo había escuchado y se dirigió a mí diciendo que no quería que se enteraran de que tenía una prima porque le podrían cobrar más, y que si pensaban que estaba sola, el costo de su estancia podría ser menor.

Estos tres diferentes casos muestran las condiciones en que las usuarias con embarazos de alto riesgo llegan al hospital. Las vicisitudes que cada una enfrenta: mujeres monolingües, analfabetas sin posibilidad alguna de comunicarse directamente con el personal de salud o de aclarar sus propias dudas y manifestar sus inconformidades, preocupadas por el bienestar de sus hijos que se encuentran lejos de ellas; mujeres mestizas, con experiencias anteriores desagradables en el medio hospitalario, pero que tienen el apoyo en el hospital de su red social cercana; mujeres indígenas migrantes, bilingües, con la incertidumbre de estar solas.

Encuentros médicos obstétricos

Los encuentros médicos idealmente parten de la participación y elección mutua entre un curador y alguien que acude por atención médica. Un encuentro médico ideal o paradigmático es aquel que se integra por diversos componentes necesarios para una adecuada integración diagnóstica y una relación interpersonal exitosa. Desde el punto de vista biomédico, el encuentro médico se integraría por: la narración del padecimiento por parte de quien consulta; anamnesis del padecimiento, que es la serie de preguntas que el *curador* realiza orientadas a saber más sobre el padecimiento y que le darán idea sobre su etiología y terapéutica; exploración física; diagnóstico; tratamiento; y finalmente el pronóstico. A continuación se explica con más detalle este tipo de encuentro médico.

El encuentro médico paradigmático

Una consulta médica ambulatoria es un encuentro que se caracteriza por la participación e interacción cercana entre el médico, la usuaria y sus familiares, en la intimidad de un consultorio, la atención es individualizada, y la participación de la usuaria es protagónica, es ella la razón por la cual se lleva a cabo. El papel del médico se concentra en la narración del padecimiento; pone a prueba sus destrezas para conducir la narración hacia la información que guíe su diagnóstico; registra las respuestas y los hallazgos; elabora un diagnóstico clínico que puede preferir corroborar a través de exámenes físicos posteriores; finalmente indica una terapéutica y un pronóstico.

En una consulta médica *paradigmática* los actores principales: médico y usuaria, construyen el encuentro médico. Los estudiosos del encuentro médico (Thompson, 1984) han establecido las expectativas sobre el desempeño de cada uno. Por un lado, podríamos enumerar que los médicos deben procurar:

- a) Hacer que la usuaria hable acerca de su padecimiento.
- b) Supervisar la pertinencia de lo que diga; es decir, conducir la entrevista para que le proporcione la información que necesite.
- c) Registrar las respuestas. En el caso de las historias clínicas, se lleva a cabo al mismo tiempo que la entrevista, en el caso de una exploración física o una nota de evolución del padecimiento, la información obtenida en el momento se memoriza y posteriormente se escribe.

- d) Pensar qué dirán enseguida, si bien se debe de tener un “guión” de preguntas preparadas sobre lo que se desea averiguar, durante la interlocución con la usuaria deberá estar atento a lo que le digan y ser flexible para modificar su cuestionario.
- e) Llevar a cabo una exploración física para corroborar la información proporcionada por la usuaria y buscar nuevos datos que lo orienten al diagnóstico.
- f) Llegar a un diagnóstico, tomando la decisión entre las hipótesis que hayan concebido durante el interrogatorio, la que esté mejor sustentada con las respuestas de la usuaria y que podría complementarse o esperar hasta que se realicen exámenes físicos.
- g) Decidir sobre el tratamiento, para lo cual recordarán que tipo de tratamiento es el indicado de acuerdo con el padecimiento.
- h) Comunicar sus resultados a la usuaria, que debería de hacerse de un modo claro y convincente, ya que la seguridad en este aspecto determinará en buena medida el éxito de la consulta por la certidumbre que le proyecta a la usuaria.
- i) Aunque si bien la usuaria desde que elige a un médico para una consulta lo está considerando como un recurso confiable, el médico debe presentarse como tal a lo largo de la consulta para demostrar competencia y credibilidad ante la usuaria.

A la usuaria le corresponde:

- a) Preparar alguna explicación racional que justifique haber acudido al médico, para lo cual, muy probablemente haya ensayado el relato de su problema y preparado para contestar algunas preguntas.
- b) Responder apropiadamente las preguntas que se le hagan, haciéndolo aún cuando no tenga muy claro su razón y significado, o responder a hechos que a su juicio no tengan importancia o relación con su problema.
- c) Recordar decir al médico todos los aspectos importantes, determinando previamente qué considera relevante de ser comunicado y asegurándose de hacerlo aún cuando las preguntas no se relacionen con ello.
- d) Entender y recordar las instrucciones que se le den, sabrá con claridad lo que se le pide y recordará las instrucciones y consejos al seguir el tratamiento.
- e) Recordar hacer preguntas que a su juicio son relevantes, procurará obtener respuestas a sus inquietudes e intranquilidades sobre su problema y tratamiento.

Estas características de un encuentro médico paradigmático, difiere de los encuentros médicos hospitalarios, donde presentan diferentes matices que los hacen *sui generis*. El espacio, los actores y el momento histórico —la regionalización, Giddens, 1998— determinan la dinámica particular de los encuentros. En el segundo nivel de atención podemos reconocer encuentros médicos que se acercan al paradigmático, porque el papel de los actores principales se acerca a lo tipificado, mientras que otros se alejan del ideal. Es importante estar al tanto de ello, puesto que el punto de referencia, de las representaciones y prácticas del personal de salud, es la consulta médica paradigmática, es el lente a través del cual conciben y valoran su trabajo y a las usuarias.

Los encuentros médicos hospitalarios

La interiorización del encuentro médico paradigmático en el personal de salud les permite analizar bajo el “ideal” las prácticas de las usuarias y su propio desempeño. Hay quienes se acercan y quienes se encuentran distantes a sus expectativas. Las usuarias no se consideran iguales, existe una dicotomía entre indígenas y mestizas en los rasgos que las caracterizan como pertenecientes a uno u otro “grupo”. Las primeras se asocian con falta de comprensión, de ignorancia, timidez, humildad, con desconfianza que les parece justificada, posicionadas en un nivel inferior; en cambio, a las segundas se les asocia con autoritarismo, imposición, y que se colocan por sí solas en un nivel superior a ellos:

Interna Castellanos: Sí mira, las pacientes indígenas, ¡no todas pero, hay unas que les dices, vamos a hacer esto y te dicen sí y siempre sí, pero siempre se acercan contigo con pena, como que si tú les fueras hacer algo, les fueras a contestar mal o dirán van a decir ¡ay! O sea son muy penosos, no sé si es pena o se sienten diferentes, yo siento así como una defensiva, en cambio la gente mestiza siempre llega con un tono de autoridad, ¡me atiendes porque me atiendes!, en cambio el indígena es como más humilde, algunos, cuando ya ven que no les estás haciendo nada o el tratamiento establecido, por decir un parto, no les está dando trabajo y no les hacen nada, es a veces se ponen: “¡Es que no me atienden!, Pero es diferente porque ellos se están desesperando, pero en cambio con las mestizas, hay veces...no todas, pero sí siempre con voz de autoridad, así como que “¡ora atiéndeme, pa’ eso estás!” Es muy diferente, yo en lo que he trabajado te digo, es más difícil trabajar así.

“Ahí hay una gran barrera, que es la comunicación”

La comunicación es pieza fundamental de la integración diagnóstica durante los encuentros médicos, se relaciona directamente con la entrevista que el médico y la usuaria sostienen; a través de ella se establecen lazos que en la interacción repetida se fortalecen o se derrumban.

Parte básica del trabajo de los médicos es conocer, a través de su comunicación verbal con las usuarias, el lado subjetivo de los padecimientos, externados a través de la descripción de síntomas,

sensaciones o emociones. Acompaña a la comunicación verbal la comunicación no verbal que se transmite por la actitud de quien emite y la disposición del receptor, los movimientos corporales complementan o son por sí solos mensajes.

Los médicos están de acuerdo en que una buena comunicación es primordial para crear confianza entre ambas partes, se busca lograr empatía a través de la identificación interpersonal, así que cuando hay dificultades para lograrlo, el alcanzar una buena relación entre los galenos y las usuarias también peligra. Lo mismo sucede cuando necesariamente se recurre a un tercero — traductor— para llevarla a cabo, se pierde riqueza y profundidad de detalles que pueden resultar relevantes, quedando reducidas la mayoría de las veces a narraciones acartonadas, sucintas y vagas:

Dra. Mastreta: [La comunicación es] muy importante porque básicamente lleva a la confianza, la paciente siente que está hablando con alguien que es como ella porque sino, es como un extraño, es como si te llega un francés, igual lo puedes ver bien, pero si no entiendes para ti es...¿no? (...) obviamente la persona que te da la traducción, no creo que te diga todos los detalles de cómo ella pueda narrarlo, ya nada más especifican cosas: dolor, no dolor, sangrado, esto, se mueve, no se mueve (...) es como un interrogatorio dirigido (...) nada más pueden decirte llegó con sangrado o tiene dolor, pero ¡no te va decir toda la historia! con esa persona que quedó en medio en la comunicación, [ellos] nada más te dicen el resumen: ¡dijo que no!, [tú preguntas] ¿qué más dijo pues? ¡ No, que no!, entonces a la mejor te quedas con la información a la mitad.

La relación indirecta propicia además que la integración diagnóstica que realiza el personal médico sea errónea, porque está basada en una información indirecta, mediada por un tercero, y empeorada por el silencio de la usuaria

Interna Nandayapa: (...) es lo que veces el familiar cree que ella siente, no es lo que veces realmente ella siente. [En ocasiones la usuaria] no quiere hablar, no habla, ni cómo le empezó, el familiar te dice cómo la vio. (...) Ahora sí que es indirecta la relación que uno lleva con ellos.

En el servicio de urgencias hay una persona que traduce, pero exclusivamente en el turno matutino y es la requerida no únicamente en este servicio. Su labor es ampliamente reconocida y respetada por el personal de salud:

Interna Nandayapa: (...) en urgencias hay una señora que traduce, entonces ella es de mucha autoridad ahí porque de plano hay cosas, hay personas que no llevan ni familiares que hablen español ni nada, puro "tsocsil" o tseltal y entonces este, con esas personas casi con señas, con...¡ay que! ¿Hasta donde se mojó? Que hasta los pies o... con puras señas, uno ahí sí tiene que estar describiendo las cosas para que ellas nos puedan entender un poquito, si esta la señora pus ya, la mandamos a traer para que ya nos pueda [ayudar] (...) la forma en que ellas se expresan ¡a veces por eso no te pueden decir las cosas tal como son! Pues, porque igual uno... ni a ellas las entienden ni ellas nos entienden, entonces ahí hay una gran barrera que es... la comunicación para saber ¡ igual y le das otro diagnóstico y pues no era!

Cuando no es posible contar el apoyo de esta traductora, recurren a los familiares de la usuaria o bien, a familiares de usuarias vecinas:

Interna Castellanos: Cuando tenemos traductor ¡pues qué padre!,pero cuando no, pues decimos qué hacemos, no salimos de una palabra que es el cush y el muyuc o cuando te dicen sí ... pero cuando no, sí batallamos un resto y

tenemos que pedir apoyo a los familiares de otros pacientes para que nos traduzcan porque si no estuvieran otras personas yo creo que nunca llenaríamos una historia clínica, ¡nunca!

Los problemas a los que se enfrenta el personal de salud en la narrativa del padecimiento, en una lengua diferente al castellano, es actualmente una parte débil de la integración diagnóstica, puesto que la obtención de datos poco detallados llega a confundir sus hipótesis diagnósticas y el resultado más grave es cuando el diagnóstico toma una vía muy distinta a lo que realmente es. Como ejemplo de esta situación, una enfermera con casi treinta años de antigüedad, hablante de tsotsil rememora lo siguiente:

Tuvimos un caso de una pacientita del Pinar, aquí por Larráinzar, le hicieron cesárea, era una chaparrita así bien curiosita la mujer, le hicieron cesárea en la mañana, luego ya se fue a su cama, cuando terminó el turno nos fuimos, al otro día, en otro turno, yo estaba en quirófano, y vino el Dr. Paz [Gineco-obstetra] a pasar visita, y pues ya sabía yo que era su paño de lágrimas para sacarlo de apuros y llega:

— ¡doña Andrea, ayúdeme!

— Le digo, ¿qué le pasó doctor?

— Dice ¡ay usted cree, que la paciente de ayer, parece que la voy a meter otra vez a quirófano!

— ¿Cómo? Le digo

— sí, dice, creo que hay un sangrado interno porque está así el abdomen [haciendo con las manos un abdomen más grande]

— ¡chin! Le digo ¡vámonos!, ¿quién es?

— ¡La chaparrita!

— ¡ah!, la saludé y le digo [en tsotsil]: ¿cómo estás?

— Bien, respondió ella

— ¿qué tienes?

— ¡quiero orinar!

— ¿Cómo? ¿Sí? (risa) ¡híjole, haberlo dicho!

¡Esa panza era el globo, era el globo doctora! Era el globo que tenía de toda la noche, y ya que le digo al doctor: ¡es que quiere hacer pipí! (Risa) ¡Y que le pongo rápido el cómodo! Y ya ¡llenó el cómodo doctora! ¡El Dr. Paz espantado! ¿Pero cómo? Sí le dije, y entonces le comenté a ella ¡mujer, por qué no hablastes! ¿Por qué no les pedistes el cómodo? ¡Es que les hablé pero no me entendían! ¡no me hacían caso!

¡El pobre Dr. Paz pensando que ya era un hematoma que se le había formado! Y este, pues sí doctora, [hablar tsotsil] me sirvió mucho, se solucionó el problema por el momento, ¡no que el pobre doctor pensaba que era un hematoma que se le había formado, y era el globo vesical que andaba la pobre mujer! ¡Y ella descansó, cambió hasta de semblante! Y le dije, mira estoy allá, cuando ya te levantes y quieras algo, háblame, yo te vengo a ver, ¡bueno! respondió. Después me iba a buscar, apenas alcanzaba la ventanita que daba al pasillo de encamados, y me hablaba ¡señora, señora! ¿Qué pasó? Le decía, aquí estoy (risa) ya me iba a preguntar, me decía ¡ya quiero comer, quiero mi pozol!

No obstante, la lengua no es por sí sola lo único que obstaculiza la comunicación, lo es también una concepción del mundo diferente, formas distintas de pensar y de actuar:

Interna Castellanos: siempre creías que te ibas a encontrar, no sé, a gente que entendiera tu mismo idioma, gente que entendiera, siempre te decían “utiliza términos didácticos” ¿no? hay gente con dinero que te entiende un poquito más, pero nunca nos dijeron “mira te vas a encontrar con gente a la que tienes que hablar con palabras comunes... nunca, la verdad nunca nos dijeron nada, “posiblemente vayas a hacer tu internado a una comunidad, bien lejos”, pero nunca nos hablaron del idioma, la manera de vivir, sus costumbres, sus ritos y ¡ahorita te das cuenta que es una barrera tan grande para hablar!, tenemos que necesitar ayuda... es que nunca nos enseñaron.

Los encuentros médicos obstétricos caracterizados por la diferencia lingüística dificultan tanto la integración diagnóstica del médico, como la de creación de lazos de confianza.

Como ya se ha afirmado, cuando se trata de usuarias indígenas el personal médico generalmente se auxilia de los familiares que las acompañan para comunicarse. Este recurso lleva consigo la creación de una distancia lingüística que no permite la creación de un lazo cercano entre la usuaria y el(la) médico(a). La usuaria no puede externarle directamente cómo se siente, qué ocurre con ella, sus preocupaciones o temores, además de que en la traducción se pierden otras formas de comunicación implícitas en la lengua, como son el tono, el ritmo del habla, la gesticulación que acompaña la palabra, la emoción, que son elementos que enriquecen y afianzan una comunicación directa y pero que se ven perdidos por el desfase que acompaña la traducción.

Algunos médicos están al tanto de esta situación y la consideran desafortunada, porque suponen que aunque dispusieran de un traductor o traductora en el servicio, la mujer no le tendría la suficiente confianza para contarle cuestiones que estimen íntimas, por tratarse de un desconocido para ella, razón por la cual, la comunicación se circunscribe muchas veces a interrogatorios focalizados sobre lo que consideran relevante preguntar acerca del padecimiento, o a interrogatorios muy generales, sobre la presencia o ausencia de dolor, de sangrado, o fiebre, pero sin profundizar en las especificidades de cada uno,:

Dra. Mastreta.: (...) obviamente la persona que te da la traducción, no creo que te diga todos los detalles de cómo ella pueda narrarlo, ya nada más especifican cosas: dolor, no dolor, sangrado, esto, se mueve, no se mueve. Está difícil que tú puedas decir ésta sí narra mejor su padecimiento o no

—¿es más bien porque tú les preguntas?

Dra. Mastreta: claro, es como un interrogatorio dirigido sí, sí porque obviamente ellos no te van a decir, nada más pueden decirte llegó con sangrado o tiene dolor, pero ¡no te va decir toda la historia! Ya con esa persona que quedó en medio en la comunicación claro, sí, porque igual el hombre [refiriéndose al traductor] no sabe ni qué... y para que ella también tenga confianza en decirle que tuvo tal cosa pues no, (...) te va decir una cosa concreta, no te va decir a la mejor: ¡ tengo sangrado porque me pasó esto, o esto, o esto otro, o esto otro, o cargué esta leña, no te va decir, nada más te va decir si tengo o no tengo y ya!, queda como muy limitado.

Por otro lado, las deficiencias en la comunicación son atribuibles a la *falta de entendimiento* de las usuarias. A las mujeres indígenas se les asocia con carencia de entendimiento, no se trata solamente de las dificultades lingüísticas, sino que se apela a su capacidad para comprender lo que les preguntan y contestar acorde a eso, y además, acertar en la manera cómo lo expresa, de tal forma que al personal médico le parezca comprensible. Esta situación deriva en que las narraciones sean imprecisas, el personal médico hace notar que constantemente les instan a redireccionar su discurso.

Interna Nandayapa: [...] sí, pues a veces este... el entendimiento, o sea, ellas no entienden, Las indígenas no entienden, y les preguntas: ¿desde cuándo estuvo..? No, que hace un año empecé a, o sea empiezan a sacar otras cosas, otras cosas que tú dices ¡eso no, eso no! Pero bueno, a veces las escuchas, le cortas luego: ¡no pero señora, aquí no es esto, a ver lo otro! No, es que hace un año me enfermé de la gripe y empiezan ¿no? ¡No, eso no! A ver, más acá, a ver desde cuándo. [...] la forma en que ellas se expresan ¡a veces por eso no te pueden decir las cosas tal como son! Pues, porque igual uno... ni a ellas las entienden ni ellas nos entienden, entonces ahí hay una gran barrera que es... la comunicación

Con las usuarias mestizas la comunicación es diferente, a ellas se les atribuye más exactitud o precisión en sus narraciones, porque consideran que ellas sí *entienden*:

Interna Nadayapa: [...] Y en cambio una gente mestiza, pues entiende más, es más exacta, es más precisa, en cambio los indígenas no se acuerdan ni de fecha de última regla, ni... ni los años que ellos tienen, con eso... ¿cuántos años tengo? Como... como 20, aproximaciones en todo, en cambio una mestiza pues ya, es más exacto.

Sin embargo, dentro de la narración de las usuarias mestizas hay diferencias, las hay quienes nombran a los síntomas y padecimientos con conceptos *populares*, o con regionalismos, o bien, aquellas que dominan el lenguaje médico. Son ésta últimas quienes causan admiración al personal médico, puesto que el *lenguaje médico* usualmente se circunscribe a sus miembros, es extraordinario que una usuaria lo domine. No obstante, un recurso muy utilizado para optimizar la comunicación con aquellas usuarias con las cuales se dificulta, es el uso de la mímica:

Interna Castellanos: Me ha tocado, las mujeres mestizas me dicen el cuadro clínico con palabras muy típicas, "siento una bola aquí que se me sube y luego se me baja" o siento ¿cómo dicen? agruras, es la palabra, o siento una no sé cómo te diré... muy regionales..., y me tocado pacientes de que o sea, te quedas ¡órale! "Es el epigastrio, me duele" (risa) saben más ¿no? O mire, me duele la extremidad inferior..., te juro que así me ha tocado, porque me ha tocado ver hay pacientes que son muy explícitos en su cuadro, y a [otras que] hay que estarles sacando, mire, así cómo...cómo que le arde la panza, con muchas mímicas, con mucho y tú le tienes que ir sacando el cuadro, porque si no ellos no te lo dicen, ellos nomás dicen me duele y ya, me duele y me duele, entonces tu tienes que empezar y decirle vomitó o "guacareaste", o "¿te da así como ganitas de vomitar?" no les puedes decir nauseas porque no te entienden, pero en cambio los mestizos sí le dices "¿tuvo nauseas, tuvo vómito?"

Diarrea sí lo entienden, pero hay palabras que no, o en los partos, si tú les dices: "hágase popó" no te entienden, ¡hazte caca!, y ellos entienden así, entonces el cuadro clínico siempre te lo dan de una manera muy diferente, tú les tienes que ir sacando por poco, para que te lo digan y con palabras muy regionales, pero muy, muy regionales. [Para inquirir sobre las contracciones se les pregunta:] ¿Se te pone dura la panza? ¡Así! No que sí, cada cuanto tiempo, pero así nada más, se me pone dura la panza -dicen- y ya, está dura y luego te enseñan y te hacen las manos así con mímicas.

En la exploración física:

La práctica de la exploración física se vincula estrechamente con una buena comunicación, para la cual, si hay dificultades lingüísticas la probabilidad de que se extiendan a la ejecución de esta

parte tan importante de la integración diagnóstica médica es alta. Este aspecto de contacto físico entre el personal médico y las usuarias, que acerca ambas partes, a causa de la diferencia de lenguas puede ocurrir de manera incómoda para ambas partes que no se sienten relacionadas. Hay una distancia entre ellos que se llena con la presencia y actuación de un(a) traductor(a), un tercer actor que interviene en la creación de una relación indirecta entre médicos(as) y usuarias:

Dra. Mastreta.: (...) se dificulta el trabajo porque, por la lengua, porque a veces no entienden bien que, que relajen el cuerpo o cosas así, o que estén... es más difícil pues, decirles que tomen cierta posición para una exploración y generalmente con una persona que hable el castellano pues le explicas ya con detalle: ¡no, quiero que relaje esto, quiero que acomode aquí esto, quiero que suba esto, quiero que baje esto y ya!, y con ellas pues hay que... ¡qué no que bajes, que subas, que no, que así no, qué tranquila, que así!

Sí, sí se dificulta (...) y no puedes así como que suavemente a lo mejor decirles por qué, tú no, tú no eres la que le dices, en dado caso, lo que le dice el otro, y quién sabe que le dijo (risa), igual a veces te quedas... que ellas les explican muchas cosas [al traductor(a)] y ya nada más te dicen el resumen: ¡dijo que no! (Risas) ¿qué más dijo pues? ¡No, que no!, entonces a la mejor te quedas con la información a la mitad.

Cuando se trata de efectuar exploraciones que podríamos llamar “más delicadas”, como el tacto vaginal, el personal médico ha tenido que idear estrategias para hacer sentir más cómoda a la usuaria indígena no familiarizada con éste procedimiento:

[se les dice], mira te va a revisar esto, de repente, lo que pasa es que como el tacto es abajo de la falda, como que hay protección, no les quitan la ropa, si, entonces por abajo y por abajo ves y por abajo todo como que no, no he sentido así como que... (...) eso de quítese todo, no, no porque ya sé que ellas no les gusta, entonces el tacto pus va por abajo y ya, se les explica o si hay que revisar genitales, nada más les digo que estén relajadas y ya veo ¿no? Pero no, no he tenido problema.

El que las usuarias se incomoden ante la exploración de su cuerpo, y además lo manifiesten, ya sea verbalmente o con lenguaje corporal, es algo que regularmente molesta al personal de salud, porque aducen “que no los dejan realizar su trabajo”, sobre todo, cuando se trata de la exploración de los genitales, para lo cual, el personal médico piensa que es *lo que más hay que explicarles*. En la cita que a continuación se presenta, la médica Interna Nandayapa, sabe¹⁴¹ que en toda exploración física, sobre todo cuando se trata de una exploración ginecológica, se necesita de la presencia de alguien más; la más de las veces es el personal de enfermería quien acompaña al personal médico y a la usuaria en estas revisiones. Sin embargo, prefiere prescindir de la presencia de los familiares de la

¹⁴¹ Durante los años de formación médica es en las clases de propedéutica médica, donde se hace hincapié que un médico debe interactuar, sobre todo con una usuaria a la que se le efectuará una exploración ginecológica, en presencia de una persona más, ya sea un familiar de la usuaria o una enfermera o enfermero.

usuaria. Pero se han suscitado problemas, principalmente con los médicos varones, a quienes se les ha llegado a acusar de acoso sexual o de una revisión de este tipo con fines sexuales, así que la presencia de un “testigo” sirve de protección tanto al médico(a) como a la usuaria. De acuerdo con la experiencia de la Interna Nandayapa, en muchas ocasiones se prefiere prescindir del esposo, porque les resulta molesto que éste intervenga y cuestione su desempeño:

Interna Nandayapa: hay veces... algunas como que no les gusta, o se están bajando [o resbalándose de la camilla], o luego luego se suben, se tapan, o sea de que no, para el tacto ¿no? Que es lo que más hay que explicarles: ¡mira, te voy a meter por tu parte, así y así, para que ya ellas vayan entendiendo y... se vayan dejando, y a veces es mejor sacar al esposo, a veces...¡claro, siempre hay enfermeras, estamos nosotros, el médico, siempre! Pero este, porque si no luego el esposo ¡ay que le están haciendo! O sea también, entonces también es un poquito difícil eso.

Contrario a lo que sucede con la comunicación, las usuarias indígenas son quienes son más “dóciles” en la exploración física. En caso de que no sea así, procuran que la situación las vuelva *moldeables*: *Lo que pasa es que como son tan tranquilas, tú las puedes explorar casi todo y no hay ningún problema, o sea no me ha tocado renuencia de que yo no pueda diagnosticar algo porque ellas no dejen*. Las que presentan mayor renuencia o resistencia a la exploración física, son tachadas de *pudorosas*, y les es más difícil a los médicos en tanto mayor sea el nivel socioeconómico de la usuaria:

Interna Nandayapa: no, son a veces más mestizas, no las indígenas, son las que más, o sea más pudorosas, así de que no se quieren dejar: se tapan, se jalan las sábanas, este o les da pena, o se pone muy tensas, se ponen tensas entonces a veces ya no, no es lo mismo.

Interna Castellanos: En las indígenas pues sí se las haces, a veces ya está ahí, se vuelven un poquito moldeables, tú las puedes explorar de los pies hasta la cabeza, en cambio la mestiza pero de nivel socioeconómico alto, ¡uy es muy...nada más quieren quitarse...no sé...si les duele la garganta, nada más la garganta y no me revises más, si es la panza ellas quisieran estar vestidas, entonces sí les tienes que decir, es que se tiene que quitar todo y a ellas no las puedes tener destapadas viendo, no sé... estás viendo su panza y a veces con estar viendo se te vienen [las ideas], es así y así. A ellas no, a ellas las tienes que tapar, se tapan, se tapan todo, hasta aquí (haciendo señas hasta el pecho) en cambio las indígenas, te digo se moldean aunque hay mucho pudor mientras tengas cerrada tu cortina y nada más te vean a ti, se dejan, y se destapan, pero si ven que entra y sale gente que no conocen se tapan también, pero las mestizas son mucho más cuidadosas en eso, que no las vean.

Tratamiento:

El apego de las usuarias al tratamiento se les atribuye en función de factores económicos y culturales de las mismas, depende de factores que son vistos como de la usuaria únicamente. Este es el caso por ejemplo de la comprensión de la forma en cómo debe llevarse a cabo el tratamiento, que la relacionan con la educación de la usuaria, si sabe o no leer, si entiende el español o no. Pero no

vuelven la mirada hacia los propios médicos. Ellos mismos en innumerables ocasiones durante el trabajo de campo, observé que cuando una usuaria era dada de alta, los médicos internos se limitaban muchas veces sólo a redactar la receta y dársela a la usuaria o a su acompañante, y el médico de base sólo se limitaba a dictar el tratamiento y a firmar la receta. Nadie se ocupaba de explicarle a la usuaria en qué consistiría el tratamiento, el lapso que iba a durar, si podían haber reacciones adversas, mucho menos de verificar si lo había comprendido o de si estaba en posibilidades de poder adquirir los medicamentos que les sugerían para su mejoría:

Interna Nandayapa: las mestizas como que lo aceptan, las indígenas... la gran mayoría sí, pero hay una parte como que no porque por lo mismo yo creo de la comunicación, de repente o lo toman, pero lo toman mal: ¡no, pero es que me dijo que tomara esto por una semana! O... a veces como tampoco se les facilita... ¡no saben leer! Entonces por más que tú se lo expliques al momento ¡pero se les olvida!, o por lo económico también a veces no compran los medicamentos porque dicen ¡no, no tengo! O ya se sienten un poquito sanos y dicen ¡no, pues ya para qué! Y dejan de tomar... y luego es donde vienen a veces las recaídas

Interna Castellanos: Sí, el problema del tratamiento aquí es el dinero, la mujer mestiza de nivel socioeconómico alto, pide medicamentos, no sé...una quinolona si la pides de cuarta te la compran, no les importa, en cambio con los pacientes indígenas el tratamiento tiene que cambiar mucho, tienes que poner ampi [ampicilina], a veces tienes que pedir medicamentos no sé... porque sea resistente, entonces el tratamiento es diferente pero más por el dinero, pues a nosotros nos gustaría pedir no sé... medicamentos de ya amplio "aspectro", pero no se puede, el problema con estas pacientes ha sido el tratamiento, de que mientras en el hospital haya genta [gentamicina], ampi [ampicilina], y todo la protege pero, mientras no, ese el problema es el dinero, medicamentos.

Aunque también se reconoce, que hay médicos que se preocupan por la accesibilidad económica de las usuarias a los medicamentos, así como por explicarles la importancia de continuar el tratamiento, así que informan a las usuarias que parte del tratamiento podrá ser proporcionado por la farmacia de la institución. Los inconvenientes resultan cuando el hospital carece de los medicamentos recetados ya sea porque están fuera del cuadro básico o porque se les agotaron.

Finalmente, en cuanto al pronóstico:

A las usuarias indígenas se les atribuye un pronóstico adverso, principalmente por la lejanía de centros de atención con infraestructura material necesaria y personal capacitado que responda de manera eficaz a una urgencia obstétrica. El único centro que en buena medida daría respuesta, es este hospital. Se pone en claro que no es lo mismo a que una mujer que radique en la ciudad presente una contingencia, además hay algunos señalamientos hacia la forma de vida diferente de estas mujeres,

suponen que una mujer indígena, que vive en una localidad alejada de San Cristóbal de Las Casas, dedicada a su esposo y sus hijos, tiene además otras responsabilidades, como la de cargar leña, los animales domésticos, encargarse de la casa. Es por esto que consideran que no es tan fácil establecer medidas que las prevengan de complicaciones, se ven envueltas en situaciones que pueden agravar una condición de riesgo.

En cambio, con la mujer de la ciudad, pensada como mestiza, llama la atención, que no es con ella con quien han de ser convincentes, sino con el cónyuge. Se considera además, es más fácil lograr que ambos acepten las indicaciones médicas para evitar complicaciones que con las usuarias indígenas:

Dra. Mastreta: el pronóstico sería malo por la lejanía, que si se va ¿y se le pone algo mal allá?, ¡imagínate dé aquí a que llegue! y todo lo demás pues ya, con eso ya nos dio en la torre ¿no? Y a diferencia de una persona que esté aquí, y que esté mucho más pendiente y obviamente también una mujer de allá que trabaja más y que tiene algo mal, tiene más riesgo de que le suceda, a una mujer aquí, de aquí que le digas, es que no puedes ya trabajar, es que, el diagnóstico es...este, y tienes que estar en reposo y en cuanto pasa cualquier cosa te vienes, las distancias... y las obligaciones que tienen aparte (...) allá, tiene que cuidar a los hijos y yo no sé cómo, no me importa que tengas placenta previa ¿no? Casi casi, y la de aquí, (...) le dices al esposo que no, y que no, y que no y ¡no es no! Y no lo hacen, entonces si hay diferencias con eso, obviamente que sí ... por eso no llegan tan graves en otros lugares, o sea, con el mismo padecimiento no llega como llega aquí.

[De las mujeres indígenas] (...) la lejanía, pues ya eso sí dificulta, porque si se pone algo mal, ¡de aquí a que llegue! El pronóstico es cada vez más malo entre más lejos, entre más tiempo pasa para que se pueda tratar algo que de veras es urgente.

Otro factor adverso que se les atribuye a las usuarias indígenas es que llegan manipuladas por parteras lo cual desfavorece su pronóstico:

Interna Nandayapa: (...) Más en las indígenas, es más en las indígenas... que llegan ya manipuladas por las empíricas.

Aunque hay personal médico que intenta comprender por qué las usuarias continúan prefiriendo relacionarse con ellas:

Dra. Mastreta: Mira, es lógico que acudan ellas porque les tienen más confianza que a uno, además es parte de su cultura, eso hay que entenderlo, que su cultura es diferente. Yo sé que tengo que leer más al respecto. Hay que tenerles respeto y explicarles sus errores.

A diferencia de la consulta médica paradigmática, en los encuentros obstétricos hospitalarios usualmente los médicos no se dedican exclusivamente a una usuaria, generalmente son interacciones colectivas. Médicos y usuarias no se conocen con antelación; cabe la posibilidad de que un día un médico interactúe con una usuaria y al siguiente ya no porque fue dada de alta por un colega suyo, esto

es porque la terapéutica y las decisiones respecto a la usuaria son compartidas entre sus pares de turnos diferentes.

El espacio hospitalario habitualmente no da cabida a encuentros médicos en que ambas partes se elijan, se encuentran fortuitamente e interactúan. Como ya se mencionó, una usuaria llega al hospital referida por el primer nivel de atención debido a complicaciones durante el embarazo, o bien, arriba sin necesidad de ser referida por el primer nivel cuando se trata de una urgencia obstétrica. Cuando su padecimiento no requiere de hospitalización inmediata, se le asigna a la consulta externa de gineco-obstetricia, es cuando tiene la oportunidad de establecer una relación con el especialista tratante en reiteradas consultas prenatales, a partir de entonces, las usuarias tratan de que sus consultas se lleven a cabo con el mismo especialista, y desarrollan estrategias para lograrlo, como pedir que su próxima cita se programe en el turno en que labora el o la especialista; lo mismo sucede cuando inesperadamente llega el momento final del embarazo, estas usuarias desean y piden, dentro de lo posible por su estado, sean atendidas durante el turno de su médico tratante .

Para conocer las diferencias entre los encuentros médicos hospitalarios y el de una consulta médica ambulatoria, a continuación se expondrán ejemplos de encuentros médicos obstétricos hospitalarios (EMOH), analizándolos a partir del modelo paradigmático descrito anteriormente, esta comparación permitirá apreciar de manera nítida las características que el encuentro médico obstétrico posee en un espacio hospitalario, con actores que se interrelacionan en una dinámica particular.

Las características de los EMOH son diversas, a continuación se describirán y analizarán tres EMOH, dos que se acercan más al modelo médico paradigmático, y uno, cuya práctica médica carece de múltiples elementos que caracterizan al modelo ideal y lo alejan del paradigma. Este acercamiento permite desdibujar la problemática al interior de cada uno. Los espacios en los que se desarrollan son el servicio de urgencias y el servicio de hospitalización gineco-obstétrica.

El primer EMOH se ubica en el **servicio de urgencias**, lugar de ingreso al hospital, recordemos —Capítulo 4— que es el paso obligado para toda usuaria que se hospitalice.

En el “cuarto” de Curaciones, estaba una mujer, de aspecto joven, mestiza, vestida con overol azul y tenis. Tenía un abdomen voluminoso, visiblemente gestante, al descubierto que inmediatamente cubrió con la pechera del overol cuando me asomé. Estaba sola. Llegó una enfermera que antes de entrar a verla le había preguntado al Dr. Paz por la usuaria: — qué, ¿otra gordita?, dijo mientras arrugaba la cara — ¡qué suerte!, agregó y de inmediato entró a Curaciones y se acercó a la usuaria.

De inmediato se dirigió hacia mí, preguntándome si era mi paciente y si yo la había traído, le respondí que no, que yo estaba ahí haciendo una investigación. Se dirigió hacia la joven y abruptamente le descubrió el abdomen sin decirle nada, se lo palpó, la usuaria se sorprendió y la quedó viendo pero no le dijo nada; cuando la enfermera dejó de tocarla, se cubrió de nuevo el abdomen.

El Dr. Paz entró al pequeño cuarto virtual de curaciones acercó, lo saludé y le pregunté sobre la salud de la usuaria, el respondió que se trataba de una embarazada de término que recién había iniciado su trabajo de parto, que era diabética y paciente del Dr. Agustín.

— ¿es diabetes gestacional? Pregunté.

— no, la diabetes gestacional se desarrolla a partir del segundo trimestre, como en el quinto o sexto mes, esta es diabetes Mellitus

— ¿Tipo I?

— no, Tipo II, respondió.

Acerca de Urgencias el Dr. Paz considera que: “el servicio a veces es tranquilo, a veces hay trabajo. Pero yo prefiero hacer todo, me gusta pasar visita, ver cómo evolucionan, porque a veces aquí no hay nada”

Entro a Curaciones a ver a la usuaria embarazada. Poco antes de que el doctor entrara, me había presentado con la usuaria y ella me había dicho que se llamaba Violeta y que esperaba a su segundo hijo. El Dr. Paz empezó a escribir a mano la nota de urgencias. Le dijo que la iba a revisar y realizó en su exploración del abdomen gestante las maniobras de Leopold¹⁴², tomó un estetoscopio fetal llamado Pinard y procedió a escuchar el foco fetal, me pidió el reloj para llevarlo a cabo. Al cabo de eso, inició el interrogatorio del padecimiento actual, lo cual interrumpió y se salió, entonces ella me contó que el día anterior, por la tarde, tuvo la salida de material café por la vagina que el presente día, por la mañana, se acompañó de dolor en el hipogastrio y arrojó mucosidad con estrías de sangre. Le pregunté a que desde cuándo era diabética, y me informó que desde los 12 años, luego pregunté si usaba insulina, y me respondió que sí, entonces yo pude saber que ella tenía una diabetes de Tipo I o insulino dependiente, además ella había agregado que tenía 25 años, aunque aparentaba menos; intempestivamente volvió a entrar el Dr. Paz.

Insté a Violeta a que le contara lo que me acabada de decir, y mientras el Dr. Paz la

¹⁴² Las maniobras de Leopold son cuatro técnicas para explorar el abdomen de una mujer embarazada, con ellas se precisa la orientación del bebé (transversal o longitudinal), su presentación (cefálica o podálica), de qué lado está el dorso del bebé, y si el bebé está ya encajado en la pelvis o todavía está libre.

interrogaba, estaba recargado en una de las 2 mesas donde está el material de curaciones, ubicándose paralelo a ella, volteaba un poco la cabeza para preguntarle. El Dr. Paz le preguntó lo mismo, que desde cuándo era diabética, y ella le dijo, entonces él se dio cuenta que se trataba del Tipo I.

Le preguntó que a qué hora había desayunado y ella comentó que cerca de las 9 de la mañana, en aquel momento él le dijo que la operarían hasta la tarde -se aproximó a hablarle de cerca, a un costado de ella- porque tenían que pasar de seis a ocho horas para que la pudieran pasar a quirófano, y que por él no había ningún inconveniente en realizar la intervención quirúrgica, pero que tenían que dejar pasar esas horas, “en todo caso, la verá el Dr. Agustín por la tarde”, continuó: “su bebé esta bien, necesita acostarse sobre su costado izquierdo” y le sonrió mientras le explicaba esto, acto seguido, volvió a retirarse nuevamente y antes de hacerlo le dijo a la enfermera que la canalizara con una solución fisiológica.

La enfermera le preguntó a Violeta que quién la había acompañado, ella le respondió que su esposo estaba ahí afuera, la enfermera preguntó por el nombre del esposo para llamarlo y le dijo: “Se tiene que quitar toda su ropa, hasta sus calzoncitos, sus zapatos, porque se va a poner una batita”.

El esposo de Violeta llamado Rubicel efectivamente la esperaba afuera, no permitieron que él se quedara acompañándola. La enfermera salió a llamarlo al estacionamiento y volvió diciendo que no lo había encontrado, mientras tanto, yo le ayudé a desvestirse. La enfermera regresó de nuevo y le preguntó a Violeta “¿Cómo es que se llama?” Y ella le repitió el nombre, la enfermera volvió a irse.

Esa vez sí encontró al esposo de Violeta, quien al momento de entrar a verla, la enfermera le preguntó presurosa que a qué hora Violeta había comido por última vez, él le contestó que hacía apenas unos 45 minutos, cerca de mediodía, Violeta volteó a verme y como excusándose por la otra hora diferente que había mencionado agregó: “¡es que tengo que comer porque me puse la insulina!”, como tratando de justificarse. La enfermera le dijo que tenía que estar en ayuno unas seis u ocho horas para que la operaran, y que iba a ser entonces hasta la noche, como a las ocho.

Mientras ayudaba a Violeta a colocarse la bata, la enfermera estaba batallando con la venoclisis (que estaba llena de burbujas de aire), entró un médico de urgencias sorprendiendo a Violeta quien se apenó y se volteó tratando de ocultar su espalda que es donde queda la abertura de la bata, al tiempo que yo acababa de amarrar la bata. Violeta me preguntó que porqué tenía que

pasar tanto tiempo, y yo tuve que explicarle el motivo de tal indicación. La enfermera se estaba preparando para canalizarla y le dijo

¡No se vaya a poner nerviosa! [ya había hecho el comentario de que tenía las venas muy delgaditas, como anticipando un probable fallo por ese motivo] abre y cierra tu mano corazón, no te pongas nerviosa.

Entró una médica interna con un formato de historia clínica, inició el interrogatorio, Violeta le respondía mientras la enfermera estaba insertándole el catéter: primero ubicó la vena que pasa paralela al radio –en la muñeca del brazo-, le dio golpecitos, la limpió, después la volvió a palpar, y me preguntó si yo sabía canalizar, que si lo hacía, yo le comenté que sí sabía, pero que no lo hacía desde hace mucho tiempo, entonces ella me preguntó si era enfermera, y me preguntó que de dónde venía. Satisfizo su curiosidad. ¡Ah...! murmuró cuando le expliqué el por qué estaba ahí.

Continuó con el procedimiento, midió con el catéter listo para introducirlo, contaminó con sus dedos la zona que ya había limpiado con la torunda embebida de alcohol, volvió a limpiar la parte donde pensaba insertarlo, enseguida volvió a tocar con sus dedos la trayectoria que iba a cursar el catéter [yo temía que no iba a acertar] finalmente introdujo el catéter, me dio la impresión de que lo había hecho muy superficial, y no brotó sangre, desató el guante que había usado como ligadura, y nada, lo movió y lo movió y nada, Violeta no hizo ni un sólo gesto de dolor. Se dio por vencida y sacó el catéter y le espetó a Violeta que se había puesto nerviosa, que por eso no brotaba sangre “porque sentía cómo apretaba los músculos”.

Así que iba a intentarlo en la otra mano, cuando entró Conchita, otra enfermera, que le preguntó si la ayudaba, tomó el mismo catéter y entró en acción: le puso la ligadura -en la misma vena pero de la otra mano- al primer intento entró a vena, ante el asombro de las presentes por su destreza. Fue entonces que pensaron en aprovechar para tomar sus muestras de sangre para laboratorio, los pre-quirúrgicos. Conchita empezó a llenar un tubo, pero no salía lo suficiente, le dijo a la otra enfermera que mejor le iba a poner la solución, durante éste tiempo la primera enfermera había estado preparando la solución, se le llenó de aire por lo que cambió la venoclisis, pero con la segunda estaba sucediendo lo mismo y ya había gastado bastante solución de los 500 ml al tratar de sacar el aire, entonces yo me acerqué y le aplasté a la parte donde se conectaba la solución con la venoclisis y le quité la burbuja de aire, y empezó a correr la solución.

Conchita dijo que mejor le sacaban la sangre con otra jeringa, porque les había pasado que se coagulaba la sangre de la vía que ya tenía y ni ponían la solución ni obtenían las muestras, así que mejor ponían la solución y luego le tomaban las muestras.

Al cabo de este episodio, El Dr. Paz regresó, y comenzó la elaboración de una nota de ingreso extensa, la realizó a mano, en ella integró la historia clínica, el padecimiento actual y motivo de ingreso y el tratamiento a seguir. Se dirigió a Violeta y le explicó el manejo inicial de su padecimiento, diciéndole que en caso de que ella ameritara una cesárea de urgencia él se la realizaría, mientras tanto estaría al pendiente de ella.

En este EMOH del servicio de urgencias, dentro de las características generales destacan: La participación de las enfermeras como un tercer actor del encuentro médico; la sobredemanda del servicio hace que el médico especialista interrumpa constantemente su interacción con la usuaria, ya que él es el único encargado, en esos momentos, de las urgencias gineco-obstétricas y de efectuar una intervención quirúrgica si se requiere; el encuentro se lleva a cabo en un espacio colectivo, las usuarias no tienen un espacio privado, las camas se disponen una junto a la otra separadas por cortinas de plástico que ofrecen poca intimidad, y algunas de ellas ni siquiera podrán tener esto, puesto que son ubicadas en camillas que colocan pegadas a las paredes; la atención médica también es colectiva, es un sólo especialista para las muchas usuarias obstétricas que se ingresan, lo mismo sucede con las enfermeras, dos o tres de ellas tienen que dividir sus actividades entre todos los usuarios que se ingresan; las usuarias se encuentran solas, separadas de sus familiares.

De acuerdo con las características del encuentro médico paradigmático, este encuentro médico se distingue por:

- Narración del padecimiento: El especialista dirige desde un principio la exposición del padecimiento, por lo que hay poca cabida a una descripción libre y a la expresión de preocupaciones o dudas de la usuaria. Adicionalmente la usuaria es interrogada varias veces, una vez por el especialista o los médicos del servicio, otra por el médico de pregrado encargado de realizar la historia clínica, una vez más cuando los médicos especialistas elaboran la nota de ingreso y corroboran ciertos datos.
- El interrogatorio por parte del personal médico es sobre el padecimiento, se centran en su origen y evolución.
- La exploración física de una usuaria obstétrica es generalmente diferida por los médicos de pregrado o médicos del servicio para que la realice el especialista. Se

privilegia la exploración de abdomen, y genitales, se deja de lado la exploración de cabeza, cuello y extremidades superiores.¹⁴³

- El registro de la narración del padecimiento se realiza al mismo tiempo que se interroga, y los hallazgos de la exploración física se registran posteriormente.
- El diagnóstico es generalmente clínico, apoyado principalmente en la narración del padecimiento.
- El tratamiento se decide en esos momentos, ya sea que se inicie la terapéutica biomédica, o bien, que no realicen ninguna intervención y permanezca en observación.
- El especialista brinda una explicación breve sobre las decisiones terapéuticas, y en ocasiones esta información no se proporciona a la usuaria sino al personal médico encargado del cuidado inmediato.
- Ocasionalmente a los familiares se les permite estar junto a la usuaria para que ellos se hagan cargo de sus pertenencias, y acompañarlas en la toma de decisiones críticas. También es una forma en como los médicos se aseguran que los familiares estén al tanto de lo que sucede y se den por enterados.

Como revisamos en el Capítulo 4, el paso de visita médico es el momento en que una usuaria hospitalizada por complicaciones obstétricas tiene contacto directo con los especialistas del servicio de gineco-obstetricia, además se acompaña de la enseñanza-aprendizaje por parte de los médicos de pregrado del trabajo médico, por lo que es importante conocer las posibilidades de cómo ocurren. Para estos fines se exponen dos ejemplos, el primero es más cercano al encuentro médico paradigmático, y el segundo dista de él.

Antes de que el paso de visita de comienzo, los médicos internos se han encargado de actualizar la *nota de evolución* del padecimiento y de haber colocado cada expediente en la cama de la usuaria que corresponde. Usaria por usuaria, como una caravana, va el(la) especialista, y dos o tres médicos internos.(MIP) Habitualmente los especialistas reciben un resumen detallado del caso por parte de los MIP, mientras que también leen la nota de evolución actualizada y algunos de ellos, dirigen una mirada a la usuaria y le preguntan sobre su padecimiento, o simplemente la miran; el

¹⁴³ En esta etapa una usuaria del servicio de urgencias puede ser interrogada y valorada por tres médicos diferentes en un periodo corto.

estilo del encuentro médico obstétrico varía, no ocurre de la misma manera entre los especialistas, esta característica es la que permite que los médicos internos experimenten y aprendan diferentes formas de ejercer su profesión.

La usuaria de la cama 15 era una mujer indígena hablante de tsotsil y castellano. Estaba en postparto. Al acercarse a la cama de la usuaria, la Dra. Garro le dijo que dejara a su bebé a un lado y que se acostara y doblara las piernas, pidió un guante, a lo que la interna se apresuró a pasárselo, lo sacó de su bolsa y se lo dio abierto, listo para que la doctora lo tomara.

La doctora Garro le dijo a la usuaria que la iba a revisar: *una molestia, chiquita*. Insertó sus dedos índice y medio de la mano derecha, para hacerle un tacto vaginal, y conjuntamente realizó una maniobra, con la otra mano, palpándole el abdomen, la usuaria probablemente sintió mucha molestia porque su cara se descompuso en gestos de dolor, pero no emitió ningún sonido, nada.

La usuaria tenía un sangrado abundante, se alcazaba a observar la parte posterior del pañal (a las mujeres que tienen sangrado o salida de líquido usualmente les ponen pañales para adultos, no toallas sanitarias).

Su guante salió muy manchado, la doctora antes de quitárselo lo olió y lo tiró a un bote de basura de plástico cercano, y preguntó si ella no tenía *oxitocina*, y exclamó en voz alta que ella pensó que la tenía, entonces le preguntó a la usuaria: *Chaparrita, ¿con qué te vas a cuidar?* Ella no entendió y preguntó: *¿Qué?, si...* entonces la interna le dijo inmediatamente: *¿Con qué se va cuidar para ya no tener más hijos? Ah! Sí...* Respondió la usuaria.

La Dra. Garro le preguntó que cuántos hijos quería tener, y ella respondió que cuatro, entonces la doctora Garro le dijo que por qué no se operaba ya, que cuántos hijos tenía, la usuaria respondió que 3 niñas.

Dra. Garro: Ah! Entonces por eso no te quieres operar, quieres tener tu varón...

La usuaria sólo se limitó a sonreír tímidamente, y la Dra. Garro le dijo que no era culpa de ella que no tuviera un varón:

Dra. Garro: es culpa de tu esposo, de veras (la paciente sonreía), el hombre es el que decide el sexo,... Su semillita es la que decide si va a ser niño o niña, no tú... ¿verdad doctora? –me preguntó a mí- ¿Verdad doctor? –le dijo al interno. ¡Ah! Qué poco nos valoran a las mujeres (y movió la cabeza en señal de negación) ¡por qué a fuerza varón! ¿Cómo te sientes? ¿Será que si te vas hoy, llegarás a tu casa?,

La usuaria respondió que sí.

Dra. Garro: ¿quien te acompaña?

Usuaría: mi marido,

Interna: De hecho doctora, el esposo ya preguntó.

La usuaria le comentó que no tenía leche, la Dra. G, le revisó las mamas, se las apretó, enseguida le dijo:

Dra. Garro: sí pues, no te sale nada.

Le habló a la enfermera y le pidió que le diera glucosa a la bebé, le explicó a la usuaria que le iban a dar suerito a la bebé para que no se deshidratara, la enfermera que estaba acompañándonos se fue por el suero a la central de enfermería, a cargar una jeringa sin aguja, porque el hospital como tiene la distinción de Hospital amigo del niño y de la madre, entre sus políticas está la de no al biberón, así que si hay que darle suero o fórmula láctea se les da en jeringas.

Dra. G: ¿Segura? Porque no te estamos corriendo, si quieres te puedes ir mañana temprano, de veras, si llegas? ¿Hasta a qué hora hay camión o transporte?

Usuaría: hasta la noche, pero me puedo ir en taxi...

Dra. G: ¿Ah! Sí? Pues muy bien, qué bien, que te vayas en taxi! Lo que yo no quiero que pase es que gasten más quedándose que al irse..., pero piénsalo, plátalo con tu esposo, y si sí te vas nos dices... entonces lo piensas si te quieres operar... o si no ¡operamos a tu marido!

La usuaria se puso a la bebé para amamantarla y llegó la enfermera; como vio que la bebé estaba mamando le dijo que le dejaba la jeringa para que le diera después. Ya nos retirábamos cuando la especialista se dio cuenta de que se la dejaba para que la usuaria se la diera, y el interno hizo el comentario si le había dicho a la usuaria que le iba a dar en de la jeringa pero sin aguja.

La Dra. Garro le dijo que mejor le diera en ese momento, que si le había explicado bien, entonces la usuaria dijo que mejor se despegaba a la bebé para que de una vez le dieran el suero, y la enfermera se lo dio. La doctora estuvo de acuerdo y agregó que mejor sí se lo diera en ese momento porque si no la bebé se iba a cansar de succionar.

Al salir de la sala, le dijo uno de los médicos internos: ¡como tú hablas tsotsil, explícales!, refiriéndose a la plática que habían sostenido sobre la alta del servicio de la usuaria.

La Dra. Garro es una especialista que cuando realiza el paso de visita médico, siempre explora a las usuarias, y les reitera frecuentemente este aspecto a los médicos internos: *¡Hay que explorar siempre!* Este es un aspecto que los médicos internos piensan que la distingue.

Les avisa a las usuarias antes de explorarlas lo que va a hacer, principalmente con los tactos vaginales. Además brinda una explicación breve sobre lo que continúa en su tratamiento, o

como en éste caso, dialoga la salida del hospital de la usuaria en busca de su bienestar. En algunos encuentros elabora de diferente manera el discurso que sostendrá con ellas, busca la manera en cómo poner en un lenguaje coloquial, lo que les quiere comunicar. Las notas de evolución que elabora suelen ser detalladas y que contengan los elementos de un encuentro médico paradigmático, referido anteriormente.

En este primer EMOH del servicio de hospitalización de gineco-obstetricia, dentro de las características generales destacan: Los especialistas evalúan la evolución de los padecimientos, y van modificando el diagnóstico inicial; el encuentro se lleva a cabo en un espacio colectivo, las usuarias no tienen un espacio privado, las camas se disponen una junto a la otra separadas por cortinas de plástico laterales que ofrecen poca intimidad; la atención médica también es colectiva; es un sólo especialista para las 15 usuarias del servicio por turno; el paso de visita médico puede durar hora y media; el personal de salud supera en número a las usuarias ya que generalmente se integra un equipo por el o la especialista, uno o dos médicos internos y una enfermera; las usuarias se encuentran solas, se les pide a sus familiares que abandonen la sala porque la disposición de las camas no permite privacidad al momento de la visita médica.

De acuerdo con las características del encuentro médico paradigmático, este encuentro médico se distingue por:

- Narración del padecimiento: Es consultado en el expediente o es relatado por un médico de pregrado.
- El interrogatorio. Las preguntas son puntuales, sobre lo que a la especialista le interesa averiguar y generalmente con estas usuarias se conduce a la promoción de métodos anticonceptivos.
- La exploración física ginecológica es generalmente diferida por los médicos de pregrado para la realice el especialista al momento del *paso de visita*. La exploración se focaliza de acuerdo al padecimiento, generalmente a la exploración del aparato reproductor femenino.
- El diagnóstico es reconfigurado y se actualiza en cada paso de visita por el especialista a cargo, sobre todo se modifica la farmacopea y el pronóstico, y se indica la realización de un nuevo examen físico para su posterior valoración.

- La información se registra posterior a la interacción con la usuaria, únicamente el cambio de indicaciones en cuanto al tratamiento o la indicación de un nuevo examen físico se realiza en el momento.
- La continuidad del tratamiento se decide en esos momentos, ya sea que antes de una modificación sustancial del mismo se pida la realización de exámenes físicos o en este caso se valora el alta por mejoría, de acuerdo con la información de las notas de evolución de su estancia hospitalaria y que el especialista corrobora con su propia observación y valoración.
- Al decidir el egreso de la usuaria por mejoría, la especialista consultó con la usuaria si estaba de acuerdo en ser dada de alta en esos momentos, y estaría a tiempo de transportarse hasta su localidad. Para reforzar la comunicación de su decisión la especialista busca apoyo en un médico de pregrado que habla la lengua de la usuaria, pidiéndole que le explique nuevamente.
- A los familiares se les permite estar junto a la usuaria durante todo el día, excepto en los pasos de visita, porque de acuerdo con el personal de salud, no les parece correcto que se encuentren presentes cuando realizan la exploración ginecológica no sólo a su familiar sino a las demás usuarias, porque la organización del espacio no es propicia para ofrecer privacidad.

El segundo tiene como protagonista la práctica de un especialista masculino, en el turno nocturno:

Uno de los internos asignado a hospitalización se encarga de estar presente durante el paso de visita al inicio del turno, debió preparar con antelación la actualización de las indicaciones médicas, de haber colocado cada uno de los expedientes en las respectivas camas de las usuarias. Lo primero que hace el Dr. Pacheco es abrir el expediente y empezar a leer, algunas veces saluda antes de hacerlo, sobre todo si es la primera usuaria a la que se acerca. Lee en silencio por algunos minutos, pasa rápidamente las hojas y se ocupa de leer con detenimiento la nota de evolución. Le pide al MIP que le diga qué indicaciones tiene, éstas son las del turno de la tarde, de las que se hizo cargo el gineco-obstetra del turno vespertino, quien cambió o dejó el mismo tratamiento que los médicos de la mañana.

Lee el nombre de la usuaria en el expediente o en la tarjeta que está junto a la cama, lo dice

en voz alta consiguiendo captar la atención de las usuarias. Sin embargo su interacción es principalmente con el MIP, quien le narra un resumen del “caso” destacando los detalles que considera le interesarán al especialista, como los datos relevantes de los estudios de laboratorio o gabinete, para finalmente hacer hincapié en la terapéutica. El especialista se acerca y se ubica a un costado de la usuaria, ¡Quiero ver! Espeta con voz fuerte y dando la orden, el interno entonces se apresura a descubrir el abdomen o los genitales de la paciente. El Dr. Pacheco se acerca a oler las secreciones vaginales o la herida quirúrgica, lo hace acercando su cabeza al tiempo que la menea con el fin de oler de ida y vuelta. Mientras tanto muchas usuarias voltean la mirada hacia el techo, o hacia otro lado, pero ninguna voltea a ver al médico mientras éste realiza tal maniobra, miran intermitentemente a los doctores.

Después de oler, el galeno palpa el abdomen, en ocasiones voltea a ver la cara de la usuaria y le pregunta si hay dolor con esa maniobra. Luego ayuda un poco al interno para que vuelva a cubrir a la paciente con las vendas, el pañal y las sábanas. Se dirige nuevamente al expediente y firma la nota de evolución, si lo considera necesario, agrega nuevas instrucciones, o en ocasiones cambia o anula algunas de las que ya estaban en la hoja de indicaciones.

En una ocasión cuando se acercó a revisar a una usuaria indígena el interno le dijo que ella no hablaba español, — sólo habla lengua. La revisó de la misma forma que a la usuaria anterior, y le indicó al MIP que ella debería empezar a caminar: — debe caminar, le dijo a la usuaria, entonces mientras el MIP le indicaba mediante señas a la usuaria que tenía que caminar el Dr. Pacheco se volvió a dirigir a la usuaria diciéndole: — Du yu espik english? Y se echó a reír al tiempo que caminaba a la cama siguiente, mientras que la usuaria sonrió tímidamente.

Este EMOH también comparte las características generales del encuentro anteriormente descrito en el mismo servicio; pero se distingue por:

- Narración del padecimiento. Es consultado en el expediente o es relatado por un médico de pregrado. La interacción principal es con el MIP no con la usuaria
- El interrogatorio. No hay interacción con la usuaria, no se debe a que en este caso hay una barrera lingüística, porque lo mismo sucede con usuarias no indígenas, sino a que la fuente de información principal para el especialista es el MIP, no la usuaria.
- La exploración física ginecológica es generalmente diferida por los médicos de pregrado para la realice el especialista al momento del *paso de visita*. La exploración se

focaliza de acuerdo al padecimiento, generalmente a la exploración del aparato reproductor femenino, pero no hay realización de tacto vaginal, el especialista sólo observa el sangrado y sus características, y la presencia de dolor o no con una palpación rápida en el abdomen bajo.

- El diagnóstico es reconfigurado y se actualiza en cada paso de visita por el especialista a cargo, sobre todo se modifica la farmacopea y el pronóstico, y se indica la realización de un nuevo examen físico para su posterior valoración. En el turno nocturno generalmente se conservan las indicaciones que los médicos tratantes del turno matutino no vespertino indicaron, porque se consideran que llevan una mayor vigilancia y conocimiento del padecimiento de la usuaria. En este caso el especialista únicamente corrobora lo que el MIP escribió y agrega pequeños cambios si lo considera pertinente.
- La información está registrada de antemano, en la nota que el MIP elaboró, únicamente el cambio de indicaciones en cuanto al tratamiento o la indicación de un nuevo examen físico se realiza en el momento.
- La continuidad del tratamiento se decide en esos momentos, ya sea que antes de una modificación sustancial del mismo se pida la realización de exámenes físicos o en este caso se valora el alta por mejoría, de acuerdo con la información de las notas de evolución de su estancia hospitalaria y que el especialista corrobora con su propia observación y valoración.
- La comunicación de los resultados de la valoración del especialista se realiza exclusivamente si la usuaria le pregunta.
- A los familiares se les permite estar junto a la usuaria durante todo el día, excepto en los pasos de visita, porque de acuerdo con el personal de salud, no les parece correcto que se encuentren presentes cuando realizan la exploración ginecológica no sólo a su familiar sino a las demás usuarias, porque la organización del espacio no es propicia para ofrecer privacidad.
- Este tipo de EMOH es de muy corta duración, alrededor de 15-20 minutos aún cuando el servicio esté totalmente saturado, y se debe principalmente a que el especialista adopta esta modalidad de encuentro médico, en la que delega mayor responsabilidad en los MIP y establece muy poca interacción con las usuarias, su vínculo e interlocutores son el mismo personal médico o de enfermería.

Usuarias reales vs. Usuarias ideales

Los encuentros médicos ofrecen la oportunidad de confrontar las representaciones de los actores con la experiencia “real”; hay moldes imaginarios que se derrumban y otros se construyen a partir de esta experiencia. Aunque esto se ha dejado entrever a lo largo del capítulo a continuación se muestran ejemplos tangibles al respecto.

A continuación se exponen dos casos más, de forma más detallada, el primero se trata de Violeta, una mujer mestiza con un segundo embarazo, diabética “juvenil” (Diabetes Mellitas Tipo I), que por su padecimiento crónico ha tenido múltiples experiencias de encuentros médicos hospitalarios y no hospitalarios; su madre además es enfermera. El segundo, es sobre María, una mujer indígena que migró a la ciudad de San Cristóbal desde una localidad de Huixtán, su manejo del español aún es incipiente, no tiene familiares en la ciudad, su pareja la abandonó al enterarse de su embarazo, pero que buscó apoyo en una organización para mujeres indígenas embarazadas solas.

Violeta es una joven usuaria de 25 años de edad, mestiza, oriunda y residente de la ciudad, es diabética “juvenil” o del Tipo I desde los 13 años. Su segundo embarazo fue atendido en esta institución.

Yo no sabía de que atendían en el hospital regional a toda gente, no sabía, ya supe cuando estaba embarazada de ella.

Su llegada fue un tanto incidental, no fue por decisión propia, si no porque su madre tomó la decisión de cambiarla de institución por la mala experiencia que Violeta a los cinco meses y medio de embarazo tuvo en el Hospital Rural del IMSS al que acudió porque se quejaba de dolor abdominal.

Me estaban matando aquí, me internaron un día, sin suero sin nada, y mi azúcar se me estaba subiendo de 400, 600. Me internaron sin hacer nada, sin tratamiento, ni nada, no sabían ni qué tenía, ya fue que mi mamá me sacó, sin más papel, no firmé nada así me sacó y me fui al regional, ya fue que en el hospital Regional me internaron, ¡no se cómo fue, que nuestro motivo fue que nos fuéramos al hospital regional! y ahí sí me atendieron bien, me sacaron tras estudios, tras estudios y vieron qué tenía, eran por mis riñones que tenía yo mal cuando estaba yo embarazada de ella, tuve infecciones en mis vías urinarias, eso sí no se me quitaba, ya fue que ahí me recetaron el doctor, gracias a Dios con el internista y el ginecólogo.

La mamá de Violeta es enfermera, con muchos años de experiencia, a punto de jubilarse, trabajadora de una clínica rural cercana a la ciudad y fue un apoyo muy importante para que Violeta se sintiera bien atendida.

Mamá de Violeta: Yo estaba pendiente, que si faltaba tal medicamento, falta de comer, mucho apoyo, que si hubiera estado sola, no le dan tanto.

A partir de ese primer contacto con el Hospital Regional al casi sexto mes de embarazo llevó su control prenatal con el especialista que la atendió la primera vez. A partir de entonces la citó cada quince días para la vigilancia estrecha de su embarazo de alto riesgo. Le pedía a Violeta que anotara en un cuaderno su glicemia diaria, y en las consultas revisaba este diario. En este segundo embarazo Violeta estuvo hospitalizada alrededor de ocho veces, tuvo hiperemesis gravídica hasta los ocho meses de embarazo, y una infección de vías urinarias persistente. Los elementos del pasado que participan de la experiencia presente de Violeta tienen que ver con sus contactos pretéritos con la biomedicina. Ella como se mencionó, fue diagnosticada como diabética juvenil a la edad de 13 años experimentando a partir de entonces incontables internamientos y viajes al Centro Médico Nacional Siglo XXI hasta los 17 años.

Su contacto con la biomedicina no ha sido del todo agradable. Digo del todo, porque por una parte, el diagnóstico de su condición de diabética juvenil (Tipo I o insulinodependiente) le ha permitido una sobrevida que en otras épocas no hubiera tenido, le ha permitido tener una calidad de vida aceptable, y el poder embarazarse en dos ocasiones. Ella menciona que los internamientos que tuvo siendo adolescente no fueron experiencias agradables. Pero le han dado conocimiento de lo que es un hospital, de los que es ser una “paciente” y noción de lo que es enfrentarse al personal médico y paramédico. Ella asegura no temerle, como otras pacientes, a los procedimientos médicos y quirúrgicos que le realicen. Sin embargo, estar en el hospital no obstante estar tan acostumbrada le desagradaba, en una ocasión tardó una semana:

¡ay, me sentía yo sola!, sí me atendieron bien pero ya quería yo regresar a mi casa, y eso sí me daba mucha hambre, porque ¡ay! no sé si porque ya me estaban controlando bien con la insulina ya me estaba dando apetito y se me bajaba mucho la glucosa allá, porque ya ves que en la mañana te dan poquito y hasta ahí, la comida igual poquito y ya se me estaba bajando la glucosa entonces le pedía de favor a la enfermera sabe qué, regáleme una fruta, y hay me regalaba una fruta, y así fue.

Pero por parte del personal médico ella se sintió muy bien atendida, pero a medida que la charla discurre empiezan a mostrarse profundas incertidumbres.

Lo que pasa es que estaba yo... es que vine a despertar como diez y media de la noche, vi que mi bebé lo tenía otra señora, la enfermera que si no sabe leer primero... le digo, ¡señorita! -yo lo conocí por la colchita de la niña- ya se la habían dado a la otra señora y por casualidad, si no fue Dios tan grande que me di cuenta.

— ¡Oye señorita, mi bebé, es mía le dije, porque lo conozco la colchita.

— ¿Cómo va a ser tuya? si es de la señora.

— Pero lea la pulserita le dije, y ¡ya fue que me lo trajeron para acá!

Violeta atribuye el error de las enfermeras a que se trataba de practicantes:

Es que las enfermeras no eran enfermeras, enfermeras, ¡eran practicantes! y eso era de que cometen el error.

El incidente continúa afectando a Violeta y a su madre, tienen duda sobre si se trata de su hija o no y repasan los hechos una y otra vez.

Violeta: A veces me dice mi mamá, ¿no será que te cambiaron la niña? porque cuando nació no me la pasaron así, ¡mira tu bebé!

Mamá de Violeta: Yo la fui a pedir, hasta la entrada del quirófano, les dije: —yo quiero ver a mi niñita y me estaban pasando una niña chiquita.

— ¿no sabe usted cuántos kilos pesó? Me dijo la enfermera de quirófano.

— Pues yo lo sé que 3.400 [kg],

Se metió y salió en unos tres minutos y me dijeron —¡no, pues ella pesó 2.800 [kg], ¡sí, sí, 2.800 pesó su nieta!

— ¡No le dije, a mí me dijeron que 3.400!

Y ya me estaban dando una que no era, no es, le dije ¡se ve más chiquita! entonces ya me pasaron a ella, estaba más allá, cerca de su cama. ¡Pero la verdad que sí hubo mucha confusión! es que hubieron muchas cesáreas, ¡cinco cesáreas! La ventaja fue que mi hija fue la primera cesárea luego otras cuatro, de las otras cuatro ¡quién sabe qué pasaría!, y pues le digo: pues si de todas maneras no es pues ya te dieron ésta, ella me dice: —¡Ah no, pues es que lo siento que es mía! Pues lo siento porque contigo está creciendo le dije, ya si no es pues ni modo.(risas)

Violeta me pregunta que si con la pulsera que les ponen al nacer ya no hay duda de que es su hija, que si se las ponen inmediatamente después de nacer, me pregunta si su hija me parece bonita, y termina diciendo: ¡Pero no se parece a nosotros!

Durante su embarazo Violeta no sólo consultó a los médicos, ni acudió exclusivamente al Hospital General con sus médicos tratantes, también consultó a una partera y se las arregló para asistir a las instituciones del Hospital Rural y el Hospital General para complementar su tratamiento. Cuando le pregunté si había consultado a una partera ella respondió así:

No, nada más con el doctor, con las parteras no, no porque sólo llegué para que me levantaran, sólo que me lo levantaran y hasta ahí, yo más consultaba yo con los doctores.

Es decir, que para Violeta “consultar” no significa que le “acomodaran el bebé” una consulta se asocia a los médicos.

¡Me acomodaron el bebé porque se sentía muy pesado hasta abajo y ya las parteras me compusieron, en varias veces lo hacen, aunque sí me decían los doctores que era malo cuando iba con la partera. ¡Ya no le decía yo nada al doctor porque era para que me regañara! y ya mejor así.

Violeta asistió a ambas instituciones, a pesar de que tuvo una muy mala experiencia en el Hospital Rural del IMSS, acudía a éste por la cercanía a su domicilio, pero además la razón de fondo es

que ahí le proporcionan la insulina que necesita diariamente en forma gratuita y en el Hospital Regional no. Un especialista que labora en ambas instituciones la llegó a cuestionar al respecto

¿Vas a venir a tu consulta? me preguntaba, “o vas bien allá o bien acá”, me decía. Porque a veces por estar cerca de mi casa iba yo acá [a la clínica de Campo del IMSS] y el doctor pues diciendo “o vas bien allá o aquí” Y no le quise ni dar explicación ¿por qué? total, voy a venir acá [al IMSS] o cada mes voy para allá.

¡Por eso no lo contestaba yo nada al doctor! Porque si quiere que yo vaya al regional ¡allá no dan la insulina! O no sé, es que mi insulina me la dan aquí en la clínica, por eso voy al “seguro” a hacer mi consulta, ¡por mi insulina!

De la hiperemesis gravídica, Violeta averiguó poco. Bajó 12 kilogramos de peso, sin embargo, no tuvo ninguna atención al respecto.

Violeta: Eso sí me sorprendió, no me dieron vitaminas ni nada. (...) Me dijeron que era por el embarazo, eso me dijo el doctor, que era por el embarazo y casi no comía yo nada.

— ¿Y la cesárea, te dijeron porque te la hacían?

Violeta: por la “diabetis”, que porque si tenía yo un parto pues se subía la azúcar, por el dolor, que dicen que cuando tiene uno dolor se sube la azúcar.

— ¿Y durante tu recuperación, fuiste a ver al doctor?

Violeta: Ya no, por eso me regañó el doctor, me estuvo regañando, ya fui con el doctor porque estuve sangre y sangre, no me paraba de sangrar hasta que me dio una pastilla.

María es una mujer indígena de 31 años que llegó a San Cristóbal de una localidad del municipio de Huixtán a los 17 años. Desde entonces se empleó como trabajadora doméstica y enviaba parte de su sueldo a sus padres; en su último trabajo estuvo ocho años. Cuando sus empleadores se enteraron que estaba embarazada la despidieron, le propusieron que cuando se arreglara su situación, regresara. La pareja de María también la había abandonado cuando se enteró de su embarazo a pesar de que él le pedía que tuvieran un hijo juntos; después se enteraría de que el tenía otra pareja e hijos. A pesar de tener un hermano en la ciudad no acudió a él por temor a que se enojara con ella y porque sus padres tampoco estaban enterados. Al verse desesperada por su situación, una amiga le aconsejó que se acercara a una organización no gubernamental (ONG) que asiste a mujeres indígenas a pedir ayuda. Con tres meses de embarazo le dijeron que sí la aceptarían pero que las recibían hasta que llegaban a los seis meses de embarazo, le ofrecían hospedaje, alimentación y atención médica.

Esta organización civil ha procurado interrelacionarse con el Hospital Regional, además de tener enfermeras o auxiliares de enfermería de turno en el albergue las 24 horas. Cuando conocí a María en el hospital tenía siete meses de embarazo y su hospitalización se debía a que presentaba dolor de cabeza intenso y edema en las piernas, ya en la casa hogar le habían advertido de no comer

sal, y según ella así lo había estado haciendo. A las mujeres que son aceptadas se les ofrece varias posibilidades de atención, bien sea con partera, herbolaria o la biomedicina, aunque para los embarazos de alto riesgo se prefiere la última opción.

A María lo que más le molestaba de estar hospitalizada es que se aburría, acostumbraba a bordar en la casa hogar pero en el hospital le prohibieron hacerlo. Le diagnosticaron preeclampsia y estuvo en esa ocasión tres días. María volvió a ser hospitalizadas varias veces más, alrededor de cuatro o cinco, entonces ella pensaba que su embarazo finalizaría en un parto, no en una cesárea, y estaba de acuerdo a que la atendieran aquí.

Una mañana, la enfermera de guardia en el albergue le detectó hipertensión, así que llevó a María y a otra mujer al hospital. Esta enfermera considera difícil el acceso al hospital

Hay que esperar mucho, aunque ya nos conozcan. Al entrar nos miran de pies a cabeza, si te ven arregladita o les gustas, te dejan pasar rápido, es muy feo.

Ella pidió que por favor se ocuparan de ver a María, que se encontraba muy mal, no le hicieron caso, insistió varias veces, le decían que estaban muy ocupados, que volviera en un rato. Permanecieron en el hospital, pidió hablar con la especialista con la enfermera que había entreabierto la puerta del servicio de urgencias, le dijo: la doctora no está aquí, está en quirófano, pero como ella ya la conocía pudo verla a lo lejos, y le reclamó a la enfermera por negársela a pesar de que ella la alcanzaba a ver que ahí estaba. Finalmente las dejaron pasar y al verificar los signos vitales de María se percataron de la hipertensión y de la gravedad del caso. Le dijeron a la enfermera acompañante:

Médico de Urgencias: ¿sabía que en la condición que viene su paciente se puede hasta morir?

Enf. de la casa hogar: sí, por eso he estado insistiendo en que me la reciban.

En su última hospitalización por preeclampsia, los especialistas decidieron interrumpir el embarazo a las 38 semanas, estuvo cinco días hospitalizada en esa última ocasión, y muy desesperada por ya no querer estar ahí. Pero al tratar de averiguar si el motivo de su molestia era el trato, ella siempre lo negaba, decía que estaba bien, tanto por parte de los médicos como del personal de enfermería; lo que a ella en realidad no le gustaba era que se aburría.

Después de acercarnos a los casos de “usuarias reales” podemos entonces introducirnos a explorar la dicotomía de usuarias reales vs. usuarias ideales. Para llevarlo a cabo considero necesaria contrastar las representaciones de “mala paciente” y la de “paciente ideal”, la de *mala paciente*, porque surgen a partir de estas experiencias directas con las usuarias; las ideales se refieren más a la

construcción en su imaginario de lo que desearían fueran, y que es posible notar que causa conflicto, quizás desde el plano subconsciente, sobre *lo imaginario y lo real*.

Una “mala paciente”

La primera característica que menciona el personal médico cuando alude a una “mala paciente”, consiste más bien en una queja, en que no se “deja hacer” lo que ellos quieren efectuar sobre ella. La renuencia aparece, sobretodo, al tacto vaginal. Como réplica, una médica interna hace notar que si a ellos no se les permite llevar a cabo una exploración física necesaria para integrar su diagnóstico, ¿cómo van a estar ciertos acerca de lo que sucede en el cuerpo de la usuaria? Pero según su aprendizaje “práctico” es hasta que las usuarias renuentes sientan la autoridad de un médico de mayor jerarquía, *que les hable con autoridad*, es que algunas de ellas cederán; mientras que otras, en un acto de total negativa, son vistas por los galenos como necias y con falta de autoestima:

Interna Castellanos: (...) Nos ha tocado que llega la paciente le dices: mire señora -la estamospanseando, ¿no? Lo primero, le vamos a hacer un tacto.

— ¡ah no, duele mucho! ¡No, no, no!

Entonces digo ¿cómo vamos a saber nosotros si ya va, si ya la vamos a pasar o no?

— ¡no, no y no!, dicen ellas.

No se dejan, hasta que ya llegan... no sé, tú como médico interno no puedes darte el lujo de...no de tratarlos mal sino de hablarles: “¿sabe qué? ¡haga lo que quiera!” pero ya el médico adscrito le habla como que con más autoridad y a veces se dejan, una paciente que llegue y le decimos: mire su bebé viene sentado, es cesárea a fuerzas

— ¡no es que no y no!,

— ¡se va morir usted y se va a morir su bebé!,

— me muero mi bebé y yo

Porque ha pasado, esas se me hace que son malas pacientes, que han estado en casos graves y no aceptan ayuda, o una paciente que tienen 10 hijos y les dices, ¡ya señora una OTB! [Oclusión tubárica bilateral], y le explicas y no, “¡voy por más!”, es una mala paciente... que no se quiere, si dice que se quiere morir ella y su bebé no se quiere, ni ella ni su bebé, creo que esa es una mala paciente.

Por otro lado, una pobre o mala comunicación vuelve a aparecer como un elemento perjudicial en su relación con las usuarias, una “mala paciente” poseerá ese elemento, alguien con quien de ninguna manera puedan comunicarse, ya sea porque no les entiende, o porque no quiere o puede comunicarse:

Interna Nandayapa: ¡ay es la que de plano... no se puede comunicar o es como te digo le preguntas una cosa y te sale con... otra y le dices que no, le tratas de explicar de mil maneras que te diga lo que tú quieres saber y jamás entiende... o que no se deja revisar, que se tapa, que te quita la mano –porque hay unas que quitan la mano, que no hablan, hay muchas que le hablas y le hablas y no quieren hablar.

La “paciente ideal”

Las representaciones sobre lo que es una paciente ideal giran alrededor de lo que para el personal médico considere que facilita su labor; es decir, una relación con la usuaria es la que no se presenta dificultades:

Interna Nandayapa: [una “paciente ideal” es la que] con el interrogatorio que cooperara, que fuera de esas de que le preguntas una y va llevadito ¿no? De que tengo esto desde aquel día, pero también este día se me aumentó se me disminuyó con esto, con aquello, o sea, que sepa bien su padecimiento, que lo reconozca desde cuándo y que síntomas son los que le ha dado o todo eso ¿no? Entonces el interrogatorio y que coopere a la exploración, de que... ¡de que confía pues! Ya que te tenga confianza para que en... para que se dejen explorar porque si no...

Pero también coexisten representaciones en las que se prefiere una usuaria que posicione “a la altura”. Por un lado se espera que ella “se abandone”, y confíe totalmente en ellos, pero por otra parte, resulta paradójico hallar representaciones sobre usuarias que sea demandantes, que cuestionen el desempeño médico, aún si esto se matiza pidiendo que finalmente la usuaria “haga todo lo que le digan” y sin que se vuelva “hostigante” porque entonces corre el riesgo de volverse “molesta”. También se asocia el nivel socioeconómico y educativo de las usuarias, en tanto que el nivel socioeconómico se contemple alto, será asociado a un nivel educativo elevado, y por tanto se incrementa la posibilidad de que las usuarias se interesen por cuestionar el desempeño del personal de salud:

Interna Castellanos: Una buena paciente, que sería: Llega la paciente, la recibes, la revisas y todo pero, que también ella tenga dudas ¿no?, bueno ¿Qué me estás haciendo, ¿por qué me vas a tocar? Yo creo que sería una buena paciente, no tanto un a paciente que yo te diga que se deja hacer ¡todo lo que nosotros digamos! Que llegue y que ella también tenga voz y voto, ¡ok, voy a hacer todo lo que tú me digas!, pero dime para qué me va a servir, en qué me va a servir a mí, en qué me va a beneficiar, mi bebé va a estar bien o no”, yo creo que esa sería la paciente ideal; que se dejara hacer pero que también ella preguntara, ¿Qué me estás haciendo?

Una paciente que siga las indicaciones que tú dejas, porque sabe que es para su bien, que ella entienda que es para su bien eso, yo creo que sería para mí una paciente ideal, pero casi nunca se dan, me he dado cuenta que son gente de nivel socioeconómico más alto, porque ahí [el hospital] ¡ya ves que llega de todo! Por recomendados o porque te sale más barato, y esos pacientes sí, son de esa manera, son muy...hostigantes, pero ellas no son hostigantes como ellos, de que tienen dudas de que les estás haciendo, no ellas tienen dudas de que atiéndame, esto es un hospital atiéndame y eso molesta a veces porque a veces no, o sea, estás para servir pero tampoco cómo te diré... como en una privada, que están pagando, yo no digo que no lo hagamos, sí lo hacemos “mire sus gasitas, mire mamita”, pero ellos

se pasan, no sé, quieren un cuarto solo, que se salga tal familiar, esto no es una unidad privada, cada paciente tiene un familiar, tampoco puedes sacarlos.

Las representaciones entre las usuarias reales y su paciente ideal, se contraponen en muchos aspectos, reflejan contradicciones en sus representaciones. Mientras que su práctica médica puede dirigirse, como revisamos en el primer capítulo, por representaciones o creencias profundas, el paradigma de la usuaria puede estar interfiriendo en la apreciación de las posibilidades y limitaciones de las usuarias “reales” con las que interaccionan cotidianamente.

Un elemento que llama la atención es la reciente preocupación del personal de salud, principalmente médico, acerca de que un desempeño laboral deficiente les infringe efectos negativos tanto laborales, personales y morales. Por lo que su preocupación se encamina a identificar las causas de un desempeño deficiente o ineficaz, las cuales son colocadas en un plano externo, como: La insuficiencia de personal, la sobrecarga de trabajo, la falta de recursos materiales; la ignorancia de las usuarias, su fecundidad precoz, el paternalismo que prodigan algunos programas sociales implementados por el gobierno.

El personal de enfermería es una pieza clave en el engranaje del funcionamiento hospitalario, un elemento nodal en la atención hospitalaria; son quienes establecen una relación estrecha con las usuarias, razón por la que se convierten en un puente entre el personal médico y las usuarias, o la institución-usuarias. Es por eso que los conflictos a su interior, ya sea entre enfermera-enfermera, enfermera-médico interno, —o casi nunca— enfermera-médico adscrito, deberían quedar al margen del funcionamiento de los servicios, principalmente el de gineco-obstetricia.

Capítulo 6

Reflexiones finales

Traigo la boca llena
con el eco del mundo
que llega
con su piel de oveja,
que se amansa y entra,
que dentro se acuesta
para crecer,
hasta quebrantar
mi pequeñez.

(Fragmento)
Dolores Castro

El estudio de creencias, ideas/representaciones y prácticas sociales sobre la relación médica obstétrica al interior de una sede hospitalaria y en un medio multicultural despliega riqueza y complejidad.

Creo conveniente mencionar ciertos aspectos teóricos que ofrecen tierra firme al naciente andar vacilante y aventurado de estudiar prácticas y representaciones sociales desde la antropología médica. Es sumamente favorable acercarse a la historia de la relación entre médicos y usuarios, ya que el momento histórico, y agregaría, el espacio, son piezas clave para comprender la pretendida relación de estudio. El nacimiento puntual de la medicina científica en el siglo XVIII, en el llamado periodo de la Ilustración, marcó el inicio de la edad contemporánea que albergó la revolución científica. El carácter científico con el que la medicina se invistió desde entonces, determinó un cambio sustancial en la relación entre curadores y usuarios. El desarrollo del modelo biomédico de la enfermedad, basada en principios científicos, ocasionó que la importancia de la interpretación de los “pacientes” sobre su padecimiento empezara a disminuir. El nacimiento de los hospitales a finales de ese siglo concedió una mayor autoridad a médicos y cirujanos sobre los pacientes, y la oportunidad de poder observarlos de manera continua. La disminución de la autoridad de los usuarios sobre su padecimiento y el fortalecimiento de la autoridad médica desde “sus” espacios, puede constatarse actualmente.

Con el devenir del tiempo, la medicina científica se diversificó en diferentes especialidades a la vez que se desarrolló tecnológicamente, transformando consigo la sede hospitalaria en un espacio más complejo que dio pie a la pluralidad de encuentros médicos. La regionalización (Giddens, 1998) del espacio hospitalario, permite una aproximación espacio-temporal hacia las diferentes prácticas sociales rutinizadas y las representaciones de y entre los actores sociales.

Las prácticas y las representaciones sociales

Para el estudio de las prácticas y relaciones sociales hubo que recurrir a la psicología social, pues estos conceptos surgen desde esta disciplina, aún si no era una discusión novedosa pues la filosofía ya los había expuesto y analizado, aunque con otros nombres tres décadas atrás. Así que la construcción de las representaciones sociales necesitó de ambos aportes, conceptos como el de creencias, ideas y representaciones colaboraron, a partir de diferentes autores, a la elaboración del concepto funcional para el estudio. Lo mismo sucedió en el plano de las prácticas sociales, los aportes de la teoría social con el concepto de acción complementaron su elaboración.

Las representaciones sociales son la re-presentación del mundo, no hay realidad objetiva sino una realidad representada, reinterpretada por los individuos según el momento histórico y espacial en el que se desenvuelven, a manera de ideas que se construyen de manera consciente, pero que también da cabida a esas ideas que no son más cuestionadas, que ya no son conscientes porque se transformaron en creencias (Ortega y Gasset, Abric, Jodelet). Ambas —representaciones y creencias— nos dirigen en nuestras prácticas, actuamos algunas veces de manera automática guiados por nuestras creencias o por el inconsciente, pero si la duda aparece nuestras creencias ya no funcionan y recurrimos a la acción consciente de las ideas. No se puede actuar reflexionando el acto todo el tiempo, las creencias o conciencia práctica brindan seguridad ontológica, certidumbre, porque aseguran la confianza, y el confiar no es siempre parte de decisiones tomadas conscientemente. Sin embargo, también existe la influencia estructural como factor determinante para las prácticas y representaciones sociales (Abric). La acción (Luckmann) pende como “producto” de la sociedad que la posibilita y la produce, pero hay cabida a la agencia del individuo, quien re-presenta la realidad, la subjetiviza, la re-crea cuando la produce.

La utilización de otros recursos

La inclusión de factores demográficos en el análisis de la mortalidad materna, parte del reconocimiento de que las complicaciones del embarazo, parto y puerperio tienen su origen en causalidades sociales, económicas, culturales y no se limitan a las causalidades fisio-patológicas reduccionistas. Motivo suficiente para la reflexión sobre el contexto de la zona de estudio.

En Chiapas, y concretamente en la región Altos las condiciones actuales de pobreza y marginalidad, la baja esperanza de vida en las mujeres, se concatenan a la baja escolaridad y monolingüismo en mujeres que viven en zonas rurales —la tasa de muerte materna es el doble en los municipios con más del 69% de Hablantes de Lengua Indígena (HLI)—, si se adiciona que hay una alta fecundidad en la región de los Altos (el promedio es de 4.4 hijos)¹⁴⁴, en una población que es mayoritariamente joven y no derechohabiente de servicios de salud, incrementa la demanda de los exiguos servicios públicos sanitarios. En el hospital, la mayor parte de su personal carece de competencia cultural para laborar en contextos multiculturales, y aquellos que la muestran algunas habilidades al respecto (por ejemplo lingüística) se niegan a demostrarlas, además de que la institución

¹⁴⁴ Para precisar la fuente o más información sobre datos demográficos y epidemiológicos puede consultarse el Capítulo 3.

no se los reconoce, lo que las hace no redituables. Estas características complejizan el contexto en el que los encuentros médicos obstétricos se producen, en donde personas con distintos capitales educativos, culturales y socioeconómicos interactúan. Adicionalmente, estos cuentan con experiencias diferenciales en su conocimiento del estado y del contexto de los Altos de Chiapas

Adicionalmente, aunque por un lado la entidad tiene el más alto porcentaje de atención de partos en domicilio, siete de cada diez partos no se atienden con personal médico. 85% de las mujeres embarazadas que acudieron a consultas, no atendieron su parto en la SSA; ambos datos reflejan el bajo impacto de planes y programas en la población y la poca confianza de los pobladores en la utilización de servicios biomédicos. A lo anterior se suma la escasez de recursos económicos para la atención de las mujeres con complicaciones obstétricas graves, tanto estructurales, como de personal e insumos para llevarla a cabo; la concentración urbana de los recursos médicos, escasez de personal especializado. Por el otro lado, hay sobredemanda de los servicios del segundo nivel de atención por parte de la población indígena, que ha incrementado su demanda de servicios de salud porque el primer nivel de atención no está cumpliendo el papel que le corresponde, prácticamente en el primer nivel de atención no se atienden partos, menos aún partos complicados.

Los médicos y las médicas

En la actualidad el problema de la mortalidad materna es una de las preocupaciones prioritarias del Sector Salud. Su interés para disminuir la muerte materna ha determinado por un lado, presión por parte de las autoridades a que no ocurran muertes maternas intrahospitalarias y por otro, sobredemanda de atención materna en el segundo nivel debido al pobre funcionamiento del primer nivel de atención. Todo esto ubica al personal de salud —en tanto trabajadores de los servicios de salud públicos— en circunstancias en las que frecuentemente se supedita la calidad del desempeño laboral al cumplimiento de los objetivos y metas planificadas. Si bien, paradójicamente el “no hay que tener más muertes maternas” moviliza al personal, que no quiere ser sujeto de llamadas de atención o de sanciones por tal motivo, entra en juego la preocupación por el bienestar personal, por conservar el empleo y no ponerlo en riesgo, a pesar del detrimento de la calidad de la atención por la multiplicidad de actividades que se asumen, lo cual ocasiona las más de las veces, encuentros médicos cortos, interrumpidos, impersonales y con pocos elementos para poder consolidar la relación prestador de servicio de salud-usuaria.

Aunque, mientras que por un lado el personal médico reconoce las deficiencias de su desempeño, al mismo dan cuenta de que son producto de una problemática mayor y compleja, que incluye elementos que consideran fuera de su alcance, ajenos a ellos, a saber: La planeación y la ejecución de los programas y planes de salud maternos sociales como es el caso de Oportunidades.

El personal médico hospitalario considera que el primer nivel de atención se desempeña ineficazmente, lo cual acarrea consecuencias negativas directas en la atención de las usuarias del segundo nivel de atención. Por un lado, el primer nivel no está desempeñando el papel selectivo que le corresponde respecto de los casos que ameritan cuidados especializados, por lo cual se satura el centro hospitalario de casos que pudieron ser atendidos en primer nivel con menos costos tanto para el sector salud como para las usuarias. Además, muchas de las usuarias que llegan al segundo nivel no tuvieron atención prenatal razón por la que no experimentaron relaciones de cercanía y confianza con los servicios de salud biomédicos.

Otra justificación que consideran los médicos contribuye a una desempeño laboral deficiente es la insuficiencia de personal, lo que provoca sobrecarga de actividades en los especialistas que laboran actualmente, y hace que el tiempo se convierta en un elemento preciado, puesto que al tener a su cargo múltiples obligaciones implica prever su planeación y lidiar con la presión y demanda de verlas realizadas porque forman parte de las tareas asignadas a su cargo. Al mismo tiempo, deben estar listos para afrontar circunstancias imprevistas, fuera de planeación, que requieren de su intervención inmediata, lo cual incrementa la tensión porque les exigen rapidez, precisión, cuidado y efectividad.

Los especialistas consideran que el apoyo mutuo es clave para un buen desempeño personal y laboral, y tienen en gran estima al personal médico de más experiencia.

El personal médico reconoce que un desempeño laboral deficiente puede inflingirles efectos negativos de carácter legal, laboral y moral, flotando la incertidumbre de las demandas legales en su contra.

La escasez de recursos materiales también obstaculiza la práctica médica, ocasiona que ésta tenga que adaptarse a lo que tienen disponible.

A lo anterior se suma que pocos especialistas están preparados para laborar en contextos multiculturales, muchos de ellos tomaron el trabajo más por cuestiones personales que por sus habilidades o experiencias para laborar en este campo. Un hallazgo importante es que en sus representaciones quedan rezagados factores considerados clásicos en la literatura médica como: La multiparidad o la edad avanzada de las usuarias, aunque se toman en cuenta en las notas médicas, en

su discurso destacan las características sociales y culturales de las usuarias: La toma de decisiones que el personal médico no entiende; depositar la confianza en otros agentes de salud tradicionales y no profesionales; el desempeño nocivo de tales agentes; sobrecarga de trabajo de mujeres indígenas determina su condición de riesgo; poca o nula educación en salud reproductiva; fecundidad precoz y endeble estado de salud. Cuando se refieren a su práctica hospitalaria, entonces las usuarias se vuelven “un problema”, las consideraciones anteriores ya no se toman en cuenta. Dicotomía indígena-mestiza

El personal de enfermería

El trabajo del personal de enfermería se ha modificado con el paso del tiempo pero indudablemente su trabajo continúa siendo preponderante en la relación entre el personal médico y las usuarias, son el puente entre ellos. Habitualmente se hacen cargo de los servicios junto con los médicos internos por el sinnúmero de ocupaciones de los médicos adscritos. Su permanencia con las usuarias les permite mayor contacto con ellas. Por otra parte, su trato con el resto del personal de salud influye su relación con ellas. Existen tensiones al interior del personal, sobretodo pugnas internas entre las que tienen mayor formación académica con las que no.

La relación con los médicos internos es estrecha, pero no exenta de vicisitudes. Mientras que por un lado los médicos internos se sienten acosados en sus labores por la actitud vigilante de las enfermeras en pro de los intereses de las usuarias, también agradecen que lo hagan, puesto que son ellas quienes los ayudan a resolver situaciones cuando hacen gala de su inexperiencia.

Así que el trabajo de las enfermeras colabora a mejorar la atención de las usuarias, pero también por ciertos desacuerdos, principalmente con los internos, pueden entorpecerla. Por lo que para la convivencia armoniosa y la efectividad del desempeño de ambos prestadores de servicios, tiene que dar cabida a la negociación, la tolerancia, y el reconocimiento y respeto mutuo.

Sin embargo, no hay que dejar pasar que como el personal de enfermería sostiene relaciones más consolidadas con el personal médico, porque la permanencia laboral de ambos a través de los años lo permite. Dichas relaciones frecuentemente son aprovechadas para procurarse atención médica preferencial tanto para ellas como para sus familiares, ocasionando más sobrecarga de trabajo o interrupción en las actividades de los especialistas.

Las usuarias

Como se ha mencionado en los capítulos tres y cinco, la institución atiende para el cuidado gineco-obstétrico, principalmente a población indígena. Las mujeres que llegan al hospital lo hacen referidas por unidades de salud cercanas a su localidad o bien por otras organizaciones que las orientan. La mayoría llega al hospital utilizando sus propios recursos, situación que es analizada con detenimiento por la usuaria y sus familiares antes de abandonar sus localidades.

Los casos expuestos en el capítulo cinco muestran las condiciones en que frecuentemente llegan las usuarias con embarazos de alto riesgo al hospital, así como las vicisitudes que cada una enfrenta, se trata de: mujeres monolingües o con uso precario del español, analfabetas, con pocas posibilidades o ninguna de comunicarse directamente con el personal de salud para aclarar sus dudas o manifestar sus inconformidades, incluso sus emociones; preocupadas por el bienestar de los hijos que dejan al abandonar su localidad en busca de ayuda médica; mujeres mestizas con experiencias previas desagradables en su contacto con el medio hospitalario; algunas cuentan con el apoyo de su red social cercana otras llegan solas; mujeres migrantes, bilingües, solas; mujeres trabajadoras preocupadas por el costo de la atención biomédica; mujeres con experiencia en el contacto con la biomedicina; mujeres que nunca habían estado hospitalizadas y experimentaron encuentros médicos previos. Éstas son las características que frecuentemente presentan las usuarias.

Muchas usuarias no saben qué esperar de los encuentros médicos, porque no han tenido experiencias anteriores y se concretan a decir que “están bien”, se asumen supeditadas a la autoridad médica en su estancia hospitalaria, pero protestan porque no se sienten a gusto en ese espacio. Generalmente lo hacen diciendo que *se encuentran aburridas, que se sienten solas ahí dentro*, y que no saben qué es lo que continúa en su manejo terapéutico que consideran en manos *de los que saben*. No obstante, a medida que se adentran a la institución disminuyen sus marcos de referencia para actuar; a menos que se tenga experiencia (caso de Violeta, capítulo 5), lo cual les brinda conocimiento de las situaciones para poder externar sus representaciones y distinguir entre distintas situaciones.

La mayoría en su discurso prefiere la atención por médicas, aunque lo que determine tal preferencia sea básicamente sus experiencias médicas anteriores; lo que conduce a que algunas consideren en sus representaciones la preferencia por el sexo femenino, pero en la práctica prefieran al masculino porque son con quienes han tenido encuentros médicos exitosos.

Encuentros médicos obstétricos hospitalarios (EMOH)

La organización del segundo nivel de atención en hospitales públicos no permite una elección libre entre prestadores de servicios y usuarias. Los médicos no conocen a las usuarias y las usuarias no conocen a los médicos(as) porque su primer encuentro es en el espacio hospitalario para la atención de una urgencia. El efímero encuentro no permite a los médicos enterarse “del caso” satisfactoriamente, *no saben ni qué es, ni de qué se trata*, sólo que tienen que “ocuparse de él” de manera eficaz.

La importancia del encuentro médico no estriba sólo en lo inmediato, es decir, en la evolución exitosa del padecimiento de una usuaria, sino que impacta en la formación de los médicos que en un futuro mediato laborarán en espacios hospitalarios. Los médicos internos de pregrado son testigos y experimentan de manera cercana el desenvolvimiento del trabajo médico de sus *maestros*, aprenden de ellos lo que no viene en los libros de medicina, a conocer en qué consiste el trabajo del médico e incorporarlo a su persona. Ellos van tomando lo que a su juicio consideran correcto y que piensan reproducir en su práctica inmediata o futura.

Es así que los EMOH pueden clasificarse en dos *encuentros médicos obstétricos tipo*, que se acercan o alejan del modelo paradigmático de atención médica tanto desde el punto de vista biomédico como desde el punto de vista de especialistas en encuentros médicos desde la arena de la antropología. (Thompson, 1990; Fitzpatrick, 1990)

En los servicios de urgencias y hospitalización de gineco-obstetricia los EMOH se caracterizan de la siguiente manera:

En urgencias

- La participación de las enfermeras permite que se integren como un tercer actor en los la sobredemanda del servicio hace que el médico especialista interrumpa constantemente su interacción con la usuaria, ya que él es el único encargado, en esos momentos, de las urgencias gineco-obstétricas y de efectuar una intervención quirúrgica si se requiere.
- El encuentro se lleva a cabo en un espacio colectivo, las usuarias no tienen un espacio privado; las camas se disponen una junto a la otra separadas por cortinas de plástico que ofrecen poca intimidad, y algunas de ellas ni siquiera pueden tener esto, ya que son ubicadas en camillas que colocan pegadas a las paredes.
- La atención médica también es colectiva.

- Las usuarias se encuentran solas, ya que por el espacio y la dinámica del servicio no se les permite a los familiares acompañarlas.

En hospitalización de GO

- Los especialistas evalúan la evolución de los padecimientos, y van modificando el diagnóstico inicial.
- El encuentro se lleva a cabo en un espacio colectivo, las usuarias no tienen un espacio privado, las camas se disponen una junto a la otra separadas por cortinas de plástico laterales que ofrecen poca intimidad.
- La atención médica también es colectiva, es un sólo especialista para las 15 usuarias del servicio por turno.
- El paso de visita médico puede durar hora y media.
- El personal de salud supera en número a las usuarias ya que generalmente se integra un equipo por el o la especialista, uno o dos médicos internos y una enfermera.
- Las usuarias se encuentran solas al momento del EMOH, se les pide a sus familiares que abandonen la sala porque la disposición de las camas no permite privacidad al momento de la visita médica.

Los encuentros médicos obstétricos hospitalarios (EMOH) transforman el paradigma (excepto el módulo MATER); usualmente médicos y usuarias no se conocen con antelación, por lo que establecen encuentros fortuitos, colectivos, sin privacidad. La interiorización del encuentro médico paradigmático en el personal de salud los conduce a analizar bajo el “ideal” las prácticas de las usuarias y su propio desempeño. Muchas usuarias no saben expresar su incomodidad, porque no la pueden representar, no tienen marcos de referencia para hacerlo. La sensación de vulnerabilidad no puede ser expresada, se encuentran inmersas en una *regionalización* para muchas desconocida, no encuentran su lugar, ni el personal médico puede en sus representaciones asignarle alguno si no es pensando en el EMOH paradigmático.

El personal médico establece diferencias en el encuentro médico entre usuarias indígenas y mestizas, parecen ubicarlas como dos polos opuestos. A las *usuarias indígenas* se les asocia con falta de comprensión o entendimiento, ignorancia, timidez, humildad, desconfianza hacia ellos, posicionadas

en un nivel inferior en su grupo familiar o social. A las usuarias mestizas se les asocia con autoritarismo, imposición, que se colocan por sí solas en un nivel superior a ellos, en mejor situación económica que las indígenas, con mayor instrucción académica, y con una mayor capacidad para manejarse en los encuentros médicos porque su experiencia con la biomedicina es mayor.

La comunicación es un elemento cardinal en los encuentros médicos obstétricos, es imprescindible en la integración diagnóstica, permite a las usuarias dar a conocer lo que sienten y piensan sobre su padecimiento y al personal de salud averiguar detalles que consideren relevantes para su diagnóstico y tratamiento, asimismo, una buena comunicación facilita la exploración física porque se establecen lazos de confianza entre los interlocutores.

El personal de salud expone las dificultades que implica su interrelación con las usuarias indígenas, y con las usuarias mestizas (Capítulo 5). Con las usuarias indígenas recurren al establecimiento de relaciones indirectas a través de un intermediario que traduzca, hecho que reconocen como desafortunado, porque se pierde la riqueza y profundidad de detalles que pueden resultar relevantes. Esta es una parte débil de la integración diagnóstica, ya que la obtención de datos poco detallados los llega a confundir y el resultado más grave es cuando el diagnóstico toma una vía muy distinta a lo que realmente es. Se puede afirmar que los encuentros marcados por la diferencia lingüística y de lógica de pensamiento entre los interlocutores del encuentro médico obstétrico, dificulta tanto la integración diagnóstica como la creación de lazos de confianza entre ambos.

A las indígenas se les asocia con falta de entendimiento, apelan a su falta de capacidad para entender lo que se les pregunta y contestar congruentemente a ello. A las usuarias mestizas se les atribuye más exactitud o precisión en sus narraciones, debido a que ellas sí entienden.

En la exploración física, las usuarias indígenas son consideradas más “dóciles” que las mestizas, quienes presentan más renuencia o resistencia a la exploración física, siendo tachadas de *pudorosas*, y que se vuelven más difíciles en tanto mayor sea su nivel socioeconómico. La incomodidad o inconformidad de las usuarias hacia la exploración física, primordialmente la gineco-obstétrica, molesta al personal de salud, porque aducen “que nos los dejan realizar su trabajo”.

El apego al tratamiento se atribuye a *la solvencia económica y la cultura* de las usuarias, depende de si podrán comprar los medicamentos indicados y si están acostumbradas a la terapéutica biomédica.

Finalmente, a las usuarias indígenas se les atribuye un pronóstico adverso, principalmente por la lejanía de centros de atención con la infraestructura material y de personal capacitado necesaria para

responder de manera eficaz a una urgencia obstétrica, y a su “costumbre” de acudir con agentes de salud locales como las parteras. En cambio, en el caso de las mujeres mestizas ciudadinas, se piensa que no es tanto a ellas a quienes hay convencer sino a los cónyuges o sus familiares para que acepten y sigan las indicaciones médicas que evitarán complicaciones.

Las representaciones sobre las usuarias

Las representaciones de las usuarias acerca del personal médico se construyen y deconstruyen en la interacción cotidiana a través de los encuentros médicos.

El personal médico considera que las mujeres indígenas tienen *mayor resistencia física y tolerancia al dolor* que una usuaria mestiza. Atribuyen a la fecundidad “precoz”, un endeble estado de salud, la falta de educación e información sobre la etapa reproductiva como responsables de las complicaciones obstétricas.

Consideran que la resistencia que muestran las usuarias a la intervención médica hasta que la situación es crítica es una práctica nociva. Destacan las representaciones sobre las usuarias: en que toman sus decisiones con diferente lógica de la del personal de salud; depositan su confianza en otros agentes de salud que consideran poco capacitados y causantes de graves complicaciones; la sobrecarga de trabajo de las usuarias, principalmente las de origen rural; la poca o nula educación en salud reproductiva. Se atribuyen más prácticas negativas a las usuarias indígenas que a las mestizas.

En general se les llama a las usuarias con sobrenombres tales como: *gordita, gorda, mi amor, corazón*, a manera de establecer más confianza y acercamiento con ellas.

Invisten a la mayoría de las usuarias, fundamentalmente las indígenas, características de *nobleza, ignorancia, necedad, incomprensión*. Consideran que fuera de situaciones críticas, las usuarias retan “la autoridad médica”, *no se dejan hacer*, esa es la principal característica de una “mala paciente”.

Mientras que por otro lado, idealmente se anhela con que las usuarias se posicionen “a la altura”, que se *abandonen* en sus manos, que *confíen* sin reparos en ellos. Resulta paradójico que entre su ideal aludan a que quieran que sean demandantes pero sin volverse hostigantes, que cuestionen el desempeño médico, pero que finalmente “hagan todo lo que les dicen”. Asocian que en tanto que el nivel socioeconómico de las usuarias se contemple alto, lo mismo será su nivel educativo y que esto incremente la posibilidad de que las usuarias se interesen por cuestionar el desempeño del personal de salud.

Las representaciones entre las usuarias reales y su paciente ideal, se contraponen en muchos aspectos lo cual refleja contradicciones en sus representaciones. Mientras que su práctica médica puede dirigirse, como revisamos en el primer capítulo, por representaciones o creencias profundas, el paradigma de la usuaria puede estar interfiriendo en la apreciación de las posibilidades y limitaciones de las usuarias “reales” con las que interaccionan cotidianamente, además que espacialmente cuando las usuarias se encuentran más cerca del interior del hospital, el protagonismo del personal médico se destaca y las usuarias “desaparecen” de las representaciones del personal de salud. Lo que equivale a que entre más se adentran las usuarias al hospital más se nulifican de las representaciones del personal médico. Hay una coincidencia espacial, en los lugares que se aproximan más al exterior hay más participación (consultorio del módulo MATER o de gineco-obstetricia), y en los espacios donde el acceso es más restringido (urgencias, quirófano, hospitalización) hay menos participación de las usuarias; al respecto el quirófano es lo más representativo, ya que las usuarias se convierten en sólo un cuerpo, un objeto de trabajo.

Sin embargo, las usuarias aparecen en sus representaciones cuando se les relaciona con encuentros médicos paradigmáticos como los que se llevan a cabo en el módulo MATER, no así en urgencias, en hospitalización o en el quirófano, éste último

Con los elementos ofrecidos en esta investigación, se pretende dar cuenta de lo complejo que resultan los encuentros médicos obstétricos hospitalarios, que traspasan las paredes de los edificios en donde se llevan a cabo. La *regionalización* de los encuentros permite su diversidad y el descubrimiento de distintas facilidades y dificultades en su realización. Son múltiples los elementos que “entran en juego” cuando en ese espacio se encuentran seres humanos de origen distinto, pensamientos divergentes, certezas, incertidumbres, recursos y habilidades diferentes en una región marcada por la multiculturalidad.

Considero que la hipótesis formulada al inicio de la investigación (ver Capítulo 1), sobre si el modelo biomédico determina las representaciones y prácticas de los servidores de salud ha sido comprobada, y creo además que fue rebasada, porque a la luz de los resultados, determina también en gran medida las representaciones y prácticas de las usuarias, por sus experiencias con la biomedicina. Aunque las usuarias lleguen al hospital con representaciones sobre la próxima experiencia, finalmente se puede observar que las mujeres que sí han tenido contacto previo con la biomedicina, y específicamente con el segundo nivel, ayuda a que tengan marcos de referencia de lo que están viviendo, pero para quienes no es así les resulta difícil representar la experiencia, su seguridad

ontológica se ve amenazada, por lo que en su discurso afloran contradicciones entre lo que piensan acerca de la atención médica hospitalaria y sus prácticas. De los encuentros médicos obstétricos podría concluir que en la mayoría de los casos son desencuentros, independientemente de que puedan haber en ellos resultados positivos desde el punto de vista biomédico, esto no los hace exitosos, sus implicaciones van más allá de la efectividad pragmática, tiene que ver con que seres humanos se reconozcan en otros seres humanos.

Bibliografía

Capítulo 1

ABRIC, JEAN CLAUDE

2001, *Prácticas sociales y representaciones sociales*, México, Ed. Coyoacán y Ambassade de France-CCC IF AL

AGAR, MICHAEL

"Hacia un lenguaje etnográfico", en C. Geertz y J. Clifford, *El surgimiento de la antropología posmoderna*, España, Gedisa.

BOURDIEU, PIERRE

2002 [1979], *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, México, Ed. Taurus,

BROWN, PETER J.

1988, *Understanding and applying medical anthropology*, Estados Unidos, Mayfield Publishing Company.

FABREGA JR., HORACIO

"The need for an ethnomedical science; The study of medical systems comparatively has important implications for the social and biological sciences", en Revista *Science*, Vol. 198, 19 septiembre de 1975, pp. 969-975.

FREYERMUTH, GRACIELA

2000; *Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, (Tesis)

2003, *Mujeres de Humo. Morir en Chenalhó.género, etnia y generaci{on, factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, México D.F., CIESAS-PORRÚA.

GADAMER, HANS-GEORG

1996, *Verdad y método I: Fundamentos de una hermenéutica filosófica*, España, Ed. Sígueme-Salamanca, 6ª Edición.

GIDDENS, ANTHONY

1998, *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Argentina, Amorrortu Editores.

1997, *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*, Barcelona, Península.

JASIS SILGERG, MÓNICA

2000, "A palabras de usuaria...¿Oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en la Paz, Baja California sur", en *Salud reproductiva y sociedad*, comps. Claudio Stern y Carlos Javier Echarri, México, Colegio de México.

JODELET, DENISE

1988, "La representación social: Fenómenos, concepto y teoría", en *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*, Moscovici, Serge, España, Paidós.

LAPLANTINE, FRANÇOIS

1986, *Antropología de la enfermedad. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea*, Ediciones del sol, Argentina.

LUCKMANN, THOMAS

1996, *Teoría de la acción social*, España, Paidós.

LUPTON, DEBORAH

1994, *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*, Great Britain, Sage publications.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1992, "Modelo Hegemónico, Modelo alternativo subordinado, Modelo de autoatención, caracteres estructurales", en *La antropología médica en México 1*, comp. Roberto Campos, México, Inst. Mora/UAM.

ORTEGA Y GASSET, JOSÉ

1940, *Ideas y creencias*, Argentina, Ed. Espasa.

ORTIZ, FEDERICO

1997, *El trabajo del médico*, México, JGJ Editores.

SZASZ, IVONNE, LERNER, SUSANA

1996, *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México.

XIRAU, RAMÓN

1990, *Introducción a la historia de la filosofía*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 11ª Edición.

Capítulo 2

AGUIRRE, ALEIDA

"En retroceso, los recursos presupuestales para las mexicanas en 2004", en Suplemento Triple Jornada, diario *La Jornada*, (México), No. 66, Febrero de 2004.

BARNES JOSIAH, DEBORAH Y OTROS

"The "Three delays" as a framework for examining maternal mortality in Haiti", en *Revista Soc. Sci. Med.*, (Great Britain), Vol. 46, No. 8, pp. 981-993.

BOLTVINIK, JULIO

"La focalización y el Oportunidades", en diario *La Jornada*, (México), 6 de Julio de 2003.

COPRECOS (Comité de Prevención y Control del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú)

2003, *Salud sexual/ salud reproductiva y derechos sexuales/ derechos reproductivos Instrumentos Internacionales*, Perú, COPRECOS,.

CÁRDENAS, ROSARIO

"La mortalidad materna: Un problema de salud en vías de control?", *Estudios Demográficos y Urbanos*, (México), Vol.18, No.52, Enero-abril de 2003, pp. 63-93.

FIGA-TALAMANCA, IRENE

"Maternal mortality and the problem of accessibility to obstetric care: The strategy of maternal waiting homes", en *Revista Soc. Sci. Med.*, (Great Britain), Vol. 42, No. 10, 1996, pp. 1381-1390.

FREYERMUTH, GRACIELA

2004, "La muerte materna en Chiapas, antecedentes, avances y perspectivas en el 2003", San Cristóbal de Las Casas, Asesoría Capacitación y Asistencia en Salud A.C, Fundar.

2000, *Morir en Chenalhó: Género, etnia y generación. Factores constitutivos de riesgo durante la maternidad*, tesis doctoral, México D.F.

GALL, OLIVIA

"Racismo y sexismo en la historia y el presente de México", en *Revista México Indígena*, (México), Vol. 2, No. 5, Septiembre de 2003, pp. 15-23

GÓMEZ MENA, CAROLINA

"Es muy poco lo que se destina al gasto en salud, admite Julio Frenk", en diario *La Jornada*, 21 de Abril de 2004.

HERNÁNDEZ, BERNARDO Y OTROS

1993, *Informe final de actividades del proyecto: Factores de Riesgo para la muerte Materna Hospitalaria en el estado de Morelos*, Cuernavaca, Morelos.

MAINE, DEBORAH

1992 [Traducido del original de 1991], *Programas de Reducción de la Mortalidad Materna: Opciones y Planteamientos*, New York, Center of Population and Family Health School of Public Health Faculty of Medicine Columbia University, , pp. 1-59

PAGE, JAIME TOMÁS

2002, *Política sanitaria dirigida a los pueblos indígenas de México y Chiapas 1875-1995*, México, Programa de Investigaciones Multidisciplinarias sobre Mesoamérica y el Sureste UNAM, Instituto de Estudios Indígenas UNACH.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2002 "Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida", México D.F.

VERGARA, ROSALÍA

"Arranque Parejo...disparejo", en Revista *Proceso*, (México), No.1435, 2 de mayo de 2004, pp. 28-31

Capítulo 3

ACSADI T.F., GEORGE, Y OTROS

1993, *La maternidad sin Riesgos en América Latina y el Caribe: aspectos socio-culturales y demográficos de la salud materna*, Family Care International.

CÁRDENAS, ROSARIO

2003, "La mortalidad materna: ¿Un problema de salud en vías de control?", en *Estudios demográficos y urbanos*, (México), No. 52, Vol. 18, Núm. 1, enero-abril 2003, pp. 63-93.

CASTRO, APREZA, INÉS

2002, "Mujeres en Chiapas. La inequidad en cifras", México, Instituto de la mujer en Chiapas, Gobierno de Chiapas.

CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN, www.conapo.gob.mx

FREYERMUTH, GRACIELA

2004, "Mortalidad materna en Los Altos de Chiapas. ¿Una realidad postergada o una realidad negada?", México, FUNDAR..

2002, "Los programas de Ampliación de Cobertura y Arranque Parejo en la vida, en los Altos de Chiapas. ¿Esfuerzos suficientes para abatir la muerte materna en el contexto multicultural?", México, FUNDAR.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES, www.inmujeres.gob.mx

INSTITUTO NACIONAL DE LA MUJER EN CHIAPAS

2002, México, *Mujeres en Chiapas. La inequidad en cifras*.

RUIZ, SARA

"Rebasa el país norma de la OMS", en diario *Reforma*, (México), 17 de agosto de 2003.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2002, Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida", México.

XII CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000, INEGI, www.inegi.gob.mx

SECRETARÍA DE SALUD DEL ESTADO DE CHIAPAS, www.ssa.gob.mx, link a los sitios estatales de salud: Chiapas.

SESIA, PAOLA

“Aquí la Progresista está muy dura: Estado, negociación e identidad entre familias indígenas y rurales”, en *Revista Desacatos*, (México), No. 8, invierno 2001, pp. 109-128

SERRANO, CARRETO, ENRIQUE Y OTROS

2002, *Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México*, Instituto Nacional Indigenista y Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

THADDEUS, SERREEN Y OTROS

1990, *Too Far to Walk: Maternal mortality in context (findings from a multidisciplinary literature review)*, New York, Carnegie corporation of New York.

Capítulo 4

GOOD, BYRON, DELVECCHIO GOOD, MARY-JO

(1993), “Learning Medicine. The constructing of Medical Knowledge at Harvard Medical Scholl”, *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, California, Edited by Shirley Lindenbaum and Margaret Lock University Of California Press.

PIRES LUCAS D’OLIVEIRA, ANA FLAVIA Y OTROS

“Violence against women in health-care institutions”, en *Revista The Lancet*, (London), Vol. 359, No. 9318, May 11, 2002, pp. 1681-1685.

Capítulo 5

JAMES, THOMPSON

1990 [1984], “Comunicación con los pacientes”, en *La enfermedad como experiencia*, Fitzpatrick, Ray, et. al México, D.F., Fondo de Cultura Económica.

FREYERMUTH, GRACIELA Y OTROS

2004, *Maternidad peligrosa. Evaluación de la Atención Institucional a la urgencia obstétrica en Los Altos de Chiapas*, México, CIESAS, INDESOL.

FITZPATRICK, RAY

1990 [1984], “Satisfacción con la atención a la salud” en *La enfermedad como experiencia*, Fitzpatrick, Ray, et al., México, D.F, Fondo de Cultura Económica.

Anexos

Capítulo 3

Anexo 1

Población total por sexo, según región y municipio, Chiapas 2000

	POBLACIÓN TOTAL		
		HOMBRES	MUJERES
TOTAL			
ESTADO	3 920	1 941 880	1 979 012
892			
II ALTOS	480	235 019	245 808
827			
Altamirano	21 948	10 967	10 981
Amatenango del Valle	6 559	3 190	3 369
Chalchihuitán	12 256	6 184	6 072
Chamula	59 005	28 077	30 928
Chanal	7 568	3 756	3 812
Chenalhó	27 331	13 701	13 630
Huixtán	18 630	9 201	9 429
Larráinzar	16 538	8 252	8 286
Mitontic	7 602	3 690	3 912
Oxchuc	37 887	18 996	18 891
Pantelhó	16 262	8 160	8 102
Rosas, Las	21 100	10 489	10 611
San Cristóbal de las Casas	132 421	63 725	68 696
Tenejapa	33 161	16 286	16 875
Teopisca	26 996	13 226	13 770
Zinacantán	29 754	14 281	15 473
Aldama	3 635	1 770	1 865
Santiago El Pinar	2 174	1 068	1 106

Fuente: Elaboración propia a partir del cuadro de "Población total por sexo, densidad de población y tasa media anual de crecimiento según región y municipio, Chiapas 2000", Agenda estadística de Chiapas. Con base en INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

Anexo 3

Índice de femineidad de la matrícula educativa por entidad federativa según sexo y nivel, 2000.

Entidad Federativa	Preescolar	Primaria	Secundaria	Profesional Técnico	Bachillerato	Normal licenciatura	Licenciatura universitaria y Tecnológica*	Posgrado
Nacional	98.4	95.3	96.4	105.6	101.9	190.7	90.8	75.0
Chiapas	99.1	94.3	83.1	110.3	82.5	106.1	78.8	69.0

*Incluye el nivel técnico superior

Fuente: Elaboración propia a partir de cuadro del mismo nombre publicado en www.inmujeres.gob.mx, con base en SEP, Estadística básica del Sistema Educativo Nacional. Inicio de cursos, 2000-2001

Anexo 4

PERSONAL MÉDICO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD POR MUNICIPIO SEGÚN RÉGIMEN E INSTITUCIÓN a/ 31 de diciembre de 2000

MUNICIPIO	TOTAL	SEGURIDAD SOCIAL			ASISTENCIA SOCIAL		
		IMSS	ISSSTE	ISSTECH b/	IMSS-SOLIDARIDAD	ISECH	IDH c/
ESTADO	3 978	755	349	413	768	1 580	113
San Cristóbal de Las Casas	200	24	39	24	36	76	1
Altamirano	39	0	1	0	32	5	1
Amatenango del Valle	6	0	0	0	2	4	0
Chalchihuitán	4	0	0	0	4	0	0
Chamela	29	0	0	0	12	17	0
Chanal	8	0	0	0	0	8	0
Chenalhó	22	0	0	0	5	17	0
Huixtán	12	0	0	0	6	4	2
Larráinzar	12	0	0	0	3	9	0
Mitontic	6	0	0	0	3	3	0
Oxchuc	24	0	0	0	7	17	0
Pantelhó	9	0	0	1	5	3	0
Rosas, Las	15	0	0	0	0	14	1
Tenejapa	13	0	0	0	6	7	0
Teopisca	14	0	0	0	1	13	0
Zinacantán	9	0	0	0	3	6	0
Aldama	2	0	0	0	0	2	0

a/ Comprende: médicos generales, especialistas, residentes internos de pregrado, pasantes, odontólogos y en otras labores.

b/ Distribuidos por coordinaciones médicas con sus áreas de influencia.

c/ Para algunos municipios en donde existe personal médico pero no unidad médica, el servicio es proporcionado en áreas improvisadas por el municipio.

d/ Personal adscrito a Pichucalco.

FUENTE: IMSS, Delegación en el Estado. Jefatura de Prestaciones Médicas; Coordinación de Planeación e Información Médica.

ISSSTE, Delegación en el Estado. Subdelegación Médica.

ISSTECH, Subdirección de Servicios Médicos. Departamento de Planeación e Información Médica.

ISECH. Dirección de Planeación.

IDH, Dirección de Planeación.

*Falta el municipio de Santiago del Pinar que no aparece en la fuente de referencia.

Fuente: Elaboración propia a partir de **PERSONAL MÉDICO DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD POR MUNICIPIO SEGÚN RÉGIMEN E INSTITUCIÓN a/ 31 de diciembre de 2000**. De la agenda estadística de Chiapas 2001.

Anexo 5

Población total, condición de derechohabencia, institución de salud y su distribución porcentual según condición de uso de servicios en instituciones de salud, 2000

Condición de derechohabencia	Población total	Condición de uso de servicios de salud									
		Usuaría a								No usuaria	No especificado
		Total	En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, Defensa o Marina	En la SSA	En el IMSS-Solidaridad	En otra institución			
						Pública b	Privada c				
Entidad	3 912 081	91.8	13.5	4.2	0.6	32.0	20.6	2.1	26.9	7.0	1.3
No derechohabiente	3 177 237	90.8	4.0	0.1	NS	39.2	24.6	1.4	30.7	8.4	0.8
Derechohabiente	659 573	97.9	56.1	23.1	3.4	1.5	3.6	4.7	7.6	0.5	1.7
En el IMSS	428 460	97.9	85.9	0.6	NS	1.8	5.2	0.2	6.3	0.5	1.6
En el ISSSTE	176 241	98.0	1.4	85.2	0.1	1.0	0.6	0.4	11.5	0.3	1.7
En PEMEX, Defensa o Marina	23 856	96.7	1.5	0.3	91.8	1.1	0.4	0.4	4.6	NS	3.2
En otra institución	33 872	97.7	0.9	1.2	1.4	0.6	0.2	88.4	7.3	0.6	1.7
No especificado	75 271	77.7	8.1	0.4	NS	12.1	13.2	11.8	54.4	2.2	20.1

NOTA: Cifras al 14 de febrero.

^a El porcentaje que corresponde al total de población usuaria de los servicios de salud está calculado con base en la población total. El porcentaje de cada institución de salud se obtuvo con respecto al total de la población usuaria de los servicios de salud.

^b Incluye las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales.

^c Incluye a las personas que son atendidas por médicos particulares.

NS No significativo.

FUENTE: INEGI. *Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados de la Muestra Censal. Cuestionario Ampliado*. Aguascalientes, Ags., México, 2000.

Anexo 6

Secretaría de Salud
Atención materna, 2001

Entidad federativa	Embarazadas atendidas	Consultas a embarazadas	Nacimientos atendidos			Nacidos vivos		Abortos atendidos
			Total	Parto	Cesárea	Total	Con bajo peso	
Nacional	632,635	4,242,850	632,635	464,062	168,573	628,422	47,734	74,303
Chiapas	23,182	135,639	23,182	16,538	6,644	22,870	1,812	3,179

Fuente: SSA, DGEID, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. SISPA.

Sistema Nacional de Salud 1/
Salud de la mujer, 2001

Entidad Federativa	Total 2/	Nacimientos atendidos		
		Partos		
		Eutócicos	Distócicos	Cesáreas
Nacional	1,474,206	934,035	40,686	479,519
Chiapas	48,340	33,880	600	13,476

1/ Incluye información de hospitales universitarios, niño poblano y estatales. No incluye sector privado.

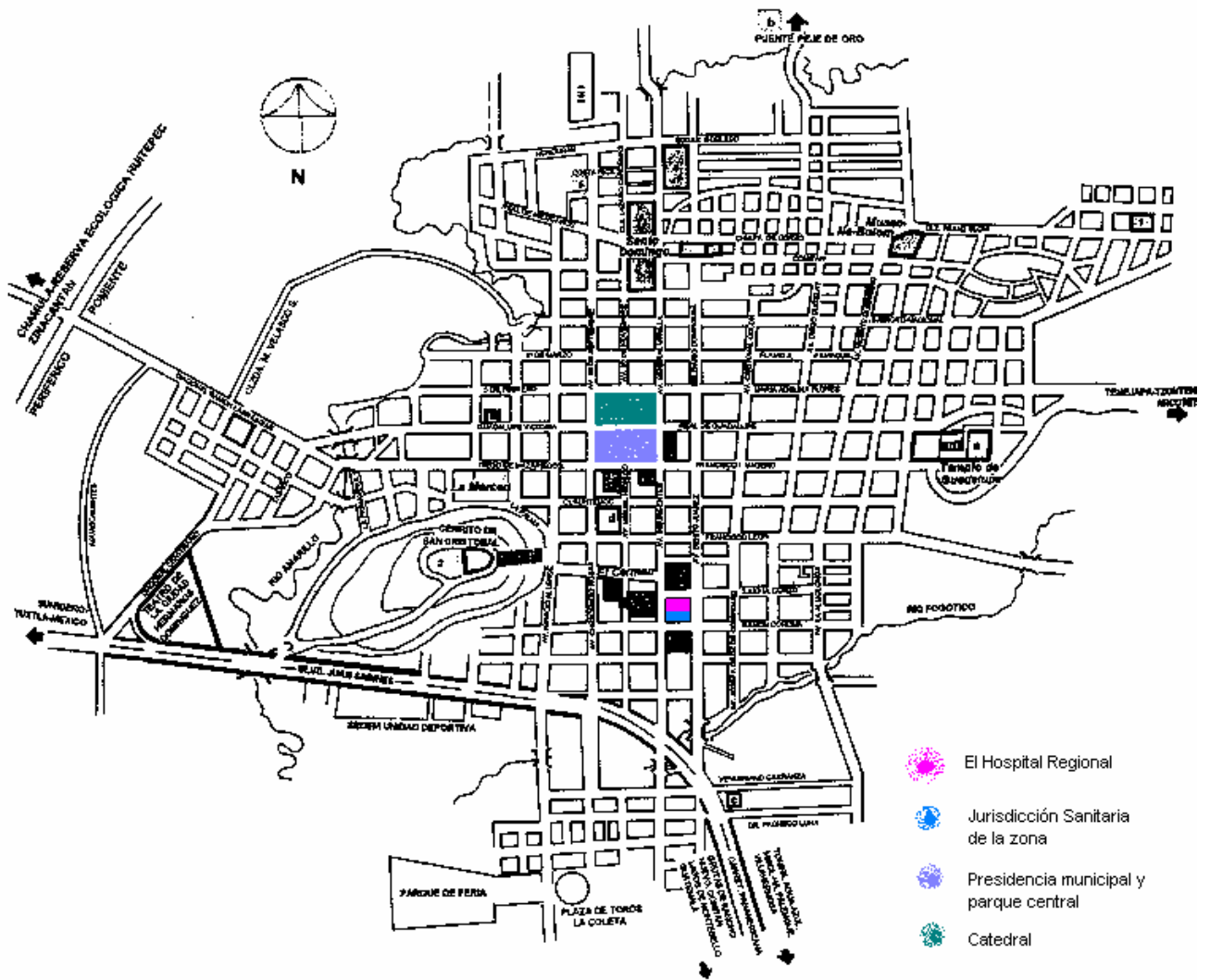
2/ En nacimientos atendidos incluye 2,740 nacimientos múltiples. En usuarias activas incluye 35, 891 de inyecciones, desagregadas por entidad federativa.

Fuente: SSA.DGIED. Boletín de Información Estadística No. 21, 2001.

Capítulo 4

Anexo 1

Mapa de la ciudad con la ubicación del hospital





(Foto 1) Jardinera y usuarios a la espera en la entrada principal



(Foto 2) Entrada



(Foto 3) Centro de Salud, ahora Jurisdicción II



(Foto 4) Área de gineco-obstetricia desde la calle, después del mural en el extremo izquierdo