



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA
SALUD**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO: HUMANIDADES EN SALUD
CAMPO DISCIPLINAR: BIOÉTICA

**“REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE LOS
FACTORES DETERMINANTES DE LAS
DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO
NORMAL EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS
MEXICANOS”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS**

P R E S E N T A :
Jorge Arturo Pérez Fuentes

Tutor : Víctor Manuel Martínez Bullé-Goyri

ÍNDICE	
	<i>Pag.</i>
I. Introducción.- El Problema de Investigación, la revisión bibliográfica inicial y la metodología	7
a) Planteamiento del problema	7
i) Delimitación del tema	7
ii) Justificación	8
b) Deficiencias	9
c) Pregunta de Investigación	11
d) Objetivos	11
i) Objetivo General	11
ii) Objetivos Específicos	11
e) Revisión bibliográfica inicial	12
f) Hipótesis	15
g) Metodología	15
h) Presentación del material de la tesis	17
1. Capítulo 1.- Estándar aplicable a la atención médica hospitalaria de la mujer en trabajo de parto normal	19
1.1. Definición de los principios científicos a que debe ajustarse la atención médica hospitalaria del trabajo de parto normal.	19
1.1.1. Caracterización del Trabajo de Parto	19
1.1.2. Riesgos durante el Trabajo de parto	21
1.1.3. Modelos de atención del parto	22
1.1.4. Críticas al modelo medicalizado	23
1.1.5. Estándar técnico de la atención del parto normal en México	24
1.2. Definición de la regulación jurídica aplicable a la atención del parto normal en la República Mexicana.	34
1.2.1. Marco Jurídico aplicable a la atención médica en general en los hospitales públicos mexicanos	35
1.2.1.1. Resumen de las obligaciones generales del personal de salud en los hospitales públicos mexicanos	37
1.2.2. Marco jurídico aplicable específicamente a la atención de las mujeres en trabajo de parto normal	39
1.3. Definición de los principios éticos aplicables a la atención del parto normal.	41
1.3.1. Ciencia y arte	41
1.3.2. Ética de la decisión médica	43
1.3.3. Obligaciones éticas del personal de salud	45

1.3.3.1. Códigos deontológicos	47
1.3.3.1.1. Principios éticos en la práctica clínica	52
1.3.3.1.2. Principios éticos establecidos en la normativa sanitaria	59
1.3.4. Resumen de las obligaciones éticas del personal de salud en la atención del parto normal en hospitales públicos mexicanos	61
2. Capítulo 2.- Definición de los conceptos utilizados para referirse a las Deficiencias en la atención médica del trabajo de parto	69
2.1. Deficiencias en la atención médica	69
2.2. Violencia obstétrica	70
2.3. Seguridad del paciente	72
2.4. Mala práctica médica	76
2.5. Calidad de la atención médica	80
2.6. Análisis de cuál de los conceptos mencionados resulta idóneo para referirse a las deficiencias	83
3. Capítulo 3.- Características de las deficiencias en la atención del parto normal en hospitales públicos mexicanos	87
3.1. El Sistema Hospitalario Público en México y la atención del trabajo de parto normal	87
3.2. Descripción de las deficiencias	95
3.2.1. Deficiencias que vulneran la dignidad de las mujeres y les pueden ocasionar daños emocionales	95
3.2.1.1. Maltrato	95
3.2.1.2. Deshumanización	103
3.2.2. Deficiencias que ponen en riesgo a las pacientes de sufrir lesiones y les causan molestias injustificadamente, así como aquéllas que ocasionan daños a la salud o la muerte	106
3.2.2.1. Maniobras médicas injustificadas	106
3.2.2.2. Negativa de atención	113
3.2.2.3. Operación Cesárea	117
3.2.2.4. Muerte Materna	123
3.2.2.5. Asfixia Perinatal	131
4. Capítulo 4.- Reflexión bioética sobre los posibles factores determinantes de las deficiencias en la atención del parto normal en los hospitales públicos mexicanos	
4.1. Bioética y derechos humanos	137
4.2 Factores socio-culturales	142

4.2.1 Las pacientes	142
4.2.2 El personal de salud	144
4.3 Factores estructurales o sistémicos	151
4.3.1 El Gobierno	151
4.3.2 El Hospital	154
4.3.3 ¿El parto debe atenderse en hospitales?	155
4.4 Factores determinantes de las deficiencias	159
4.4.1 Modelo equivocado de atención del parto	160
4.4.2 Maltrato a las pacientes	161
4.4.3 Medicalización del trabajo de parto	162
4.4.4 Deficiente vigilancia del trabajo de parto	164
4.4.5 Falla en la atención de emergencias obstétricas	164
5 Capítulo 5.- Conclusiones y propuestas para prevenir y erradicar la presentación de deficiencias en la atención del parto en los hospitales públicos mexicanos	167
5.1 Listado de conclusiones	167
5.2 Propuestas de abordaje del problema	174
5.3 Reflexiones finales	176
6 Referencias bibliográficas	181

Dedicatorias y agradecimientos

Dedico este trabajo y agradezco todo su amor a Bonilla; mi amiga, mi compañera de aventuras, mi cómplice, mi gran amor; quien me hace reír, brincar, caminar y correr; quien da sabor a mi vida y me motiva esforzarme cada día; en suma, la mejor y más bella esposa, el mejor regalo que Dios pudo darme.

Lo dedico también a mis hijos Dan, Tim y Eli, quienes han sido mis motores desde hace más de 30 años, quienes me han llevado a ser mejor persona y quienes todos los días nos hacen despertar contentos, satisfechos y felices.

La dedico también a mis maestros: el Dr. José Antonio Ruiz Moreno, el Dr. Manuel de Jesús Campa González y el Dr. Ramón Celaya Barrera; eminentes médicos ginecoobstetras militares, quienes en diferentes etapas de mi vida, además de los aspectos técnicos de nuestra profesión, me enseñaron el arte de medicina, la forma correcta de tratar a las pacientes y la forma correcta de vivir.

Agradezco al Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé-Goyri por su gran apoyo para la realización de este trabajo, en su calidad de tutor del mismo.

Agradezco también al Dr. Carlos Alfonso Viesca Treviño y al Dr. José Antonio Moreno Sánchez, quienes fungieron como miembros de mi comité tutorial, sus acertados comentarios y sus sugerencias para mejorar mi investigación.

Agradezco por último a los miembros del Jurado de mi Examen Profesional: el Dr. Carlos Alfonso Viesca Treviño, el Dr. José Alejandro Herrera e Ibáñez, la Dra. Mariblanca Ramos Rocha, la Dra. Beatriz Vanda Cantón y el Dr. Víctor Manuel Martínez Bullé-Goyri por los comentarios y sugerencias sobre este trabajo de investigación, los cuales me permitieron hacer las últimas correcciones y ajustes al mismo.

INTRODUCCIÓN

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN, LA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA INICIAL Y LA METODOLOGÍA

a) Planteamiento del problema

i) Delimitación del tema

En México, la mayoría de las mujeres embarazadas en trabajo de parto se atienden en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud, con un modelo de atención semejante, el cual está enfocado a atender oportunamente las complicaciones que pudieran presentarse durante el proceso; tratando de esa manera de disminuir las muertes asociadas a la maternidad y favorecer que las pacientes tengan su parto con los mejores cuidados posibles; sin embargo, existen reportes de que la atención proporcionada presenta deficiencias y de que los resultados de la misma no son satisfactorios; por ello consideré pertinente investigar cuáles podrían ser los factores determinantes de las deficiencias en la atención del parto normal en los hospitales públicos mexicanos en la actualidad.

Existe también el problema de que miles de mujeres se atienden durante su trabajo de parto en hospitales privados, la mayoría de ellos con carencias en infraestructura y personal calificado, así como con falta de supervisión por las autoridades respecto de los procedimientos médicos y administrativos utilizados en las mismas. En dichas unidades muy probablemente también se presentan deficiencias en la atención médica, mismas que pueden aún ser mayores que en los hospitales públicos, dadas las características mencionadas previamente; sin embargo, decidí investigar en este trabajo solamente lo que ocurre en los hospitales públicos, debido a que la mayoría de los partos ocurren en los mismos, y a que en ellos se atiende sobre todo a mujeres que no pueden pagar servicios privados de salud, es decir, mujeres de bajo nivel social,

económico y cultural, factor que puede influir en el tipo de atención que se les proporciona.

ii) Justificación

La inquietud de investigar sobre las posibles causas o factores determinantes de las deficiencias en la atención del parto, se originó de la experiencia personal de haber trabajado en diversos hospitales públicos como médico especialista en ginecología y obstetricia, en los que pude darme cuenta de que la atención proporcionada generalmente no es uniforme, y de que frecuentemente no se apega a lo recomendado en la literatura médica generalmente aceptada, a los principios éticos y a la normativa vigente; apreciación que se fortaleció cuando estuve trabajando en la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz y en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, empleos en que me dediqué a elaborar dictámenes médico periciales, sobre casos derivados de denuncias presentadas ante las autoridades de Procuración de Justicia, por malos resultados en la atención del parto; pues muy frecuentemente el análisis revelaba deficiencias en la atención, o mala práctica médica, que en muchas ocasiones, tenía relación causa-efecto, con daños a la salud o la muerte, de la madre, del feto-recién nacido, o de ambos.

El que la atención médica de las mujeres en trabajo de parto en los hospitales públicos pudiera estarse proporcionando con deficiencias y ofreciendo malos resultados, me parece un problema muy importante para nuestro país, pues ello podría estar costando vidas de mujeres jóvenes cuya muerte podría haber sido evitada, así como cirugías injustificadas y malos tratos, que estarían dañando a las pacientes no solo física, sino también emocional y económicamente. Se trataría, si fuera una práctica generalizada, de una violación sistemática del derecho a la salud de las mujeres, por parte de las instituciones gubernamentales, encargadas precisamente de hacer respetar dicho derecho.

En esos términos, consideré necesario tratar de **identificar, describir y definir**, las deficiencias que pudieran estarse presentando durante la atención de las mujeres en trabajo de parto en los hospitales públicos mexicanos y tratar de **comprender las causas o factores que determinan su presentación**, para poder así, elaborar propuestas para prevenirlas y erradicarlas.

b) Deficiencias

En este trabajo denominé deficiencias, al conjunto de **desviaciones al estándar de atención aplicable a la atención médica** de las mujeres en trabajo de parto normal, en las instalaciones hospitalarias de nuestro país, mismas que se conocen con múltiples sustantivos y definiciones, pero sin que exista hasta el momento una definición capaz de agrupar todas en una misma denominación. En ese contexto, las desviaciones al estándar de atención se han descrito bajo diferentes conceptos, cada uno de los cuales las enfoca desde un diferente punto de vista, como por ejemplo:

- Mala calidad en el servicio
- Negligencia médica
- Mala práctica médica
- Errores médicos
- Eventos adversos
- Violencia obstétrica
- Falta de respeto y maltrato durante la atención del parto
- Maniobras médicas injustificadas
- Cesárea injustificada
- Muerte materna directa evitable

En efecto, el estándar de atención, es el conjunto de acciones que la ciencia médica considera recomendables durante la atención del trabajo de parto normal, incluyendo, la obligación de evitar la realización maniobras o intervenciones médicas rutinarias sin

la debida justificación; obligaciones médicas que deben proporcionarse con apego a los principios éticos aplicables y a la regulación jurídica correspondiente, en aras de respetar el derecho de las pacientes a recibir una atención médica oportuna y de calidad idónea.

Al respecto conviene señalar lo establecido en el documento emitido por la Organización Mundial de la Salud en 2014, denominado *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*,¹ en el que se señala que a nivel mundial muchas mujeres experimentan atención médica negligente, irrespetuosa y abusiva, cuando son atendidas en instalaciones sanitarias durante su trabajo de parto; detallando que esos calificativos se refieren a maltrato físico o verbal, humillaciones profundas, discriminación, realización de procedimientos médicos sin consentimiento de la paciente o coercitivos, incluyendo en ocasiones la esterilización quirúrgica, falta de confidencialidad, incumplimiento del procedimiento para obtener apropiadamente el consentimiento informado, negativa a administrar analgésicos, violaciones evidentes a la privacidad, rechazo a la admisión hospitalaria; incluyendo también en esa lista, la negligencia que puede derivar en complicaciones que lleven a la muerte a las madres o a sus hijos.

Dicho documento señala además que en la actualidad, no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato, ni la falta de respeto, por lo que se desconocen su prevalencia y el impacto que pudieran estar representando sobre la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres; de ahí que **recomienda realizar investigaciones para definir, medir y comprender** la falta de respeto y abuso en instalaciones médicas públicas y privadas a lo largo del mundo, así como investigar también, sobre las mejores formas para **prevenirlo y erradicarlo**.

¹ Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. WHO/RHR/14.23. 2014. Pag. 3. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, consultado el 23 de marzo 2017.

c) Pregunta de Investigación

De acuerdo a los señalamientos previos, la investigación se planteó mediante el siguiente cuestionamiento:

¿Cuáles son los factores determinantes, desde el punto de vista de la Bioética, de que algunas mujeres atendidas por trabajo de parto en hospitales públicos mexicanos, reciban un tratamiento médico deficiente y violatorio de sus derechos humanos?

d) Objetivos

i) Objetivo general

Reflexionar sobre los posibles factores determinantes de que algunas mujeres atendidas por trabajo de parto normal en hospitales públicos mexicanos, reciban un tratamiento médico deficiente; para tratar de comprender el problema y generar recomendaciones para prevenirlo y erradicarlo; utilizando para ello un abordaje interdisciplinar, esto es, Bioético.

ii) Objetivos específicos

Primero. Definir el concepto de “deficiencias en la atención del trabajo de parto”.

Segundo. Identificar las características de las deficiencias que se presentan en la atención del trabajo de parto de algunas mujeres, en hospitales públicos mexicanos.

Tercero. Analizar interdisciplinariamente (y tratando de acercarse a la transdisciplina), el problema de presentación de deficiencias en la atención del parto normal en algunos hospitales, para tratar de comprender los posibles factores que determinan su presentación.

Cuarto. Generar propuestas para tratar de prevenir y erradicar la presentación de deficiencias durante la atención del parto normal en hospitales públicos mexicanos.

e) Revisión bibliográfica inicial

La revisión bibliográfica inicial sobre las posibles explicaciones de la presentación de deficiencias en la atención de las mujeres en trabajo de parto en los hospitales públicos mostró lo siguiente:

Explicaciones desde la formación, y los problemas emocionales de los médicos

En las que se considera que la violencia que se ejerce contra las mujeres en la sala de partos, puede ser derivada de: a) la falta de formación y habilidades técnicas del médico para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, b) el propio trauma no resuelto del médico, relacionado con la preocupación las posibles iatrogenias, que les lleva a practicar una medicina defensiva, desde la que el parto se ve como una “bomba de tiempo” capaz de estallar en cualquier momento, y c) del síndrome de desgaste profesional o de Burnout que padecen muchos médicos y los lleva a tratar mal a sus pacientes.^{2, 3}

Explicaciones desde la sociología

En las que la violación de los derechos reproductivos de las mujeres es un epifenómeno de la estructura de poder del campo médico y una consecuencia del papel que juegan sus principales actores en el mantenimiento social de la dominación de género vigente. Ello asociado a una deficiente capacidad ciudadana de las mujeres en trabajo de parto (su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud). En dichas explicaciones se señala que en las salas de parto de los hospitales públicos se activa un *habitus* médico caracterizado por un conjunto de predisposiciones, que debido a los arreglos estructurales del *campo* médico, hacen posible un conjunto de conductas represivas, que permiten el cumplimiento de los fines y agenda de la

² Pintado-Cucarella, S; Penagos-Corzo, JC y Casas-Arellano MA. “Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica”. *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:175.

³ Fernández I. “Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica”. *C. Med. Psicosom*, N° 111 – 2014. Pag 81 (Versión en castellano del artículo original en inglés “PTSD and obstetric violence” de la autora, que fue publicado en *Midwifery Today*, issue 105, Spring 2013.

institución médica, definiéndolas como lógicas, naturales y profesionales. Eso funciona así porque el campo lo permite, al tratarse de mujeres que no pueden pagar los servicios de un hospital privado y no pueden asumir plenamente sus derechos y defenderlos.^{4, 5}

Explicaciones desde la visión que tienen los médicos de las pacientes

En las que las deficiencias se derivan del concepto que tienen los médicos sobre sus pacientes de bajo nivel socioeconómico y cultural. Al respecto Smith-Oka (2015)⁶ define como microagresiones a los insultos sutiles y comportamiento degradante, como los que típicamente se dirigen a la gente de color en Estados Unidos de América, los que reflejan la necesidad de los perpetradores de mostrar su superioridad. Dicha autora realizó una investigación sobre los encuentros clínicos en un hospital público del estado de Puebla, encontrando que las microagresiones en los mismos, pueden deberse a dos causas estructurales: 1) el sistema hospitalario desarrollado para atender a población empobrecida y que conlleva a los médicos a trabajar con muy poco tiempo y muchas pacientes y 2) el discurso histórico nacional sobre clase, género y etnicidad, que ha desarrollado un sistema de jerarquía, de radical otredad, que marginaliza a ciertas mujeres. Señalando que la falta de atención social a la población empobrecida puede ayudar a explicar la apenas disimulada hostilidad que los médicos sienten hacia las personas que están comprometidos a servir. El personal de salud ve a las pacientes como problemáticas en varios aspectos (edad, salud, número de hijos) y como transgresoras de normas sociales y morales. Los médicos ven a las pacientes pobres como ignorantes, no confiables y que no saben lo que es mejor para ellas, lo que las hace blanco de comportamientos agresivos al ser al mismo tiempo vulnerables y transgresoras.

⁴ Castro, Roberto; Erviti Joaquina. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Rev CONAMED* 2014;19(1): 40.

⁵ Castro, R. "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 181.

⁶ Smith-Oka, V. "Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico". *Social Science & Medicine* 143 (2015) pag 10.

Por su parte, Tinoco-Zamudio⁷ reportó que durante 2010-2011 en el estado de Michoacán se presentó una alerta epidemiológica por el incremento de defunciones maternas que llegó a 67 muertes por 100,000 nacimientos. En el análisis retrospectivo de las muertes de 2011 se encontró que el 77% fueron por negligencia, impericia, omisiones y dilaciones de los profesionales de salud. Se realizó una investigación para valorar si la subjetividad de los médicos en relación a la feminidad, condicionaba el ejercicio del poder y la violencia que ejercía dicho personal sobre la mujer en la atención obstétrica, encontrando que el incremento de muertes maternas en el estado de Michoacán en 2011, estuvo directamente relacionado con la representación inconsciente que los médicos tenían de la mujer y madre, lo cual generó actitudes de menosprecio, omisión, dilación, negligencia.

Explicaciones desde fallas estructurales y organizacionales del sistema de salud

Desde este enfoque, las deficiencias en la atención del parto, se han atribuido a las condiciones laborales adversas del personal de salud (caracterizada por el elevado número de pacientes a atender en pocas horas), o a la mala organización de los servicios de salud.

Desde la teoría del error médico, se considera que los sistemas de salud se dividen en dos componentes principales, el personal de salud y la infraestructura (administración instalaciones, gobierno). En ese contexto pueden ocurrir dos tipos de errores, los activos (impredecibles e imprevisibles y relacionados con acciones u omisiones médicas, actos humanos falibles) y los errores latentes, debidos a deficiencias del sistema. Desde ese punto de vista, **existen 4 factores que contribuyen a la aparición de errores en la práctica médica:** la falibilidad humana, la complejidad de los sistemas de atención médica, las deficiencias del sistema y la vulnerabilidad de las barreras defensivas.⁸

⁷ Tinoco-Zamudio, M. "La subjetividad del médico y mortalidad materna". *Rev CONAMED* 2013; 18(4): 164.

⁸ Gluck, PA. "Medical error theory". *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 16.

Al respecto, Lachman⁹ reportó que el *Institute of Medicine* en Estados Unidos de América ha definido el error como: “la falla de una acción planeada en completarse como se intentó o el uso de un plan equivocado para lograr un objetivo”, señalando que los administradores son tan responsables de los errores como los médicos que dan la cara al paciente, pues ellos tienen el control sobre las decisiones que afectan al bienestar del paciente y son responsables de crear una cultura enfocada en la seguridad. Mientras que Bingham¹⁰ señala que existen 3 tipos de errores humanos: los basados en capacidades o habilidades (cometidos por los médicos), los basados en reglas y los basados en conocimientos. Señala que se pueden cometer errores ya sea por causa de rutinas equivocadas o por falta de conocimientos sobre las políticas y procedimientos adecuados para la situación específica.

f) Hipótesis

De acuerdo a los hallazgos bibliográficos mencionados previamente, establecí la siguiente hipótesis de investigación:

La deficiente atención del trabajo de parto normal que reciben algunas pacientes en los hospitales públicos mexicanos puede deberse a diversos factores, entre los que se encuentran: a) la formación de los médicos y problemas emocionales de los mismos, b) las relaciones de poder entre médicos y pacientes, c) las concepciones que los médicos tienen sobre las pacientes pobres y d) fallas estructurales y organizacionales del Sistema de Salud.

g) Metodología

De conformidad con los objetivos de esta investigación, que son identificar las características de las deficiencias, su frecuencia de presentación y los factores con las que se relacionan, para tratar de explicar cuáles son sus factores determinantes

⁹ Lachman, VD. “Patient safety: the ethical imperative”. *Dermatology nursing*, april 2008, Vol 20, No.2 134.

¹⁰ Bingham, D. “Applying the generic error modeling system to obstetric hemorrhage quality improvement efforts”. *JOGNN*, 41, 545; 2012.

(investigación descriptiva y explicativa),¹¹ decidí realizar una investigación cualitativa fenomenológica-hermenéutica de tipo documental.

Se realizó una investigación bibliográfica descriptiva, en busca de fuentes, de preferencia primarias, en las que se describieran las características del Sistema Nacional de Salud Público Mexicano y las deficiencias que se presentan durante la atención del parto normal en sus hospitales, en todo el país. Para ello, las deficiencias se categorizaron de la siguiente manera:

Deficiencias que vulneran la dignidad de las mujeres y les pueden ocasionar daños emocionales, consistentes en: maltrato verbal o físico, negativa de acceso a servicios de atención médica, trato discriminatorio y negativa de información importante en torno a la salud de las propias mujeres o de sus hijos.

Deficiencias que ponen en riesgo a las pacientes de sufrir lesiones y les causan molestias injustificadamente, consistentes en: maniobras médicas rutinarias injustificadas como la administración de soluciones parenterales, aplicación de medicamentos oxitócicos, revisiones vaginales múltiples durante el trabajo de parto, episiotomía injustificada, revisión de cavidad uterina rutinaria postparto, vigilancia deficiente del trabajo de parto, diagnósticos erróneos, falta de supervisión de médicos en formación y carencias de material, personal, equipo, insumos o hemoderivados.

Deficiencias que ocasionan daños a la salud o la muerte de las pacientes o de sus hijos, consistentes en: acciones u omisiones médicas, que causan lesiones a la madre

¹¹ La investigación descriptiva “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de las personas, grupos comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a análisis”. La investigación explicativa “está dirigida a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Se enfoca en explicar porqué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta, o porqué se relacionan dos o más variables”. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, M. *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 2014. Pag.98.

o al feto-recién nacido, que determinan cirugías injustificadas (operación cesárea) o muerte materna o perinatal.

La revisión bibliográfica se llevó a cabo buscando documentos que mencionaran las categorías y subcategorías mencionadas previamente, en las siguientes bases de datos: MEDLINE, LILACS, Biblioteca Cochrane, Metabuscador de bibliotecas de la Universidad Nacional Autónoma de México y buscador Google. Se incluyeron los documentos publicados en libros y revistas médicas, sociológicas y antropológicas, entre enero de 2000 y mayo de 2016; además de documentos emitidos por instancias gubernamentales relacionados con el problema, como aquéllos en los que se describen políticas o programas públicos, reportes de las comisiones nacionales o estatales de derechos humanos o de arbitraje médico, estadísticas nacionales de salud, entre otros, así como documentos periodísticos que reportan rechazo a la admisión de pacientes en trabajo de parto en hospitales públicos. De los documentos se tomaron los datos descriptivos de las deficiencias y de su frecuencia de presentación, así como las explicaciones que se ofrecen sobre sus posibles causas.

h) Presentación del material de la tesis

Para la elaboración del Capítulo 1 del presente trabajo, se realizó una revisión bibliográfica teórica explicativa, con el objetivo de determinar el estándar de atención aplicable a las pacientes en trabajo de parto normal en hospitales públicos mexicanos. Para ello se revisaron libros de texto de obstetricia, referencias bibliográficas de revistas científicas médicas, las guías clínicas oficiales mexicanas, la normatividad vigente aplicable a la atención médica en general en nuestro país y la aplicable específicamente a la atención del parto, publicadas entre enero de 2000 y mayo de 2016; sin dejar de mencionar la revisión que se realizó sobre los aspectos éticos y normativos que deben guiar a los profesionales de la salud en la atención de sus pacientes.

Para la elaboración del Capítulo 2 se realizó una revisión bibliográfica teórica explicativa, con el objetivo de identificar detalladamente los diferentes conceptos con los cuales se identifican las deficiencias de la atención del trabajo de parto y de realizar un análisis, sobre cuál de ellos puede ser el que mejor describa el fenómeno.

Para la elaboración del Capítulo 3 se realizó la investigación bibliográfica descriptiva a que se hace referencia en inciso sobre metodología, en busca de fuentes, de preferencia primarias, en las que se describieran las características del Sistema Nacional de Salud Público Mexicano y de las deficiencias que se presentan durante la atención del parto normal en sus hospitales, en todo el país.

En el Capítulo 4 se realizó el análisis de los datos obtenidos, a la luz del respeto a los derechos humanos; revisando también las explicaciones que se han dado al fenómeno de las deficiencias en la atención de las pacientes en trabajo de parto, desde la sociología, específicamente desde la teoría de género, estudiando los textos escritos por Roberto Castro (a partir de Pierre Bourdieu), así como analizando los diferentes sistemas de creencias, prácticas y representaciones en torno al trabajo de parto, que pudieran tener las mujeres y el personal de salud responsable de su atención. Para ello se utilizó inicialmente el método de argumentación lógico deductivo, comparando el estándar de atención aplicable a la atención del parto, con los hallazgos sobre la forma en que se atiende dicho proceso en los hospitales públicos mexicanos, para señalar las razones por las que las acciones u omisiones descritas se consideran deficiencias y los mecanismos por los que pueden ocasionar daños a las pacientes; ulteriormente se utilizó el método de argumentación lógico inductivo, tratando de llegar a conclusiones, sobre los posibles factores que determinan la presentación de las deficiencias, a partir de los datos encontrados en la investigación.

En el capítulo 5 se elaboraron las conclusiones del trabajo de investigación y se emitieron propuestas para prevenir y erradicar la presentación de deficiencias en la atención del parto en los hospitales públicos mexicanos.

CAPÍTULO 1

ESTÁNDAR APLICABLE A LA ATENCIÓN MÉDICA HOSPITALARIA DE LA MUJER EN TRABAJO DE PARTO NORMAL

1.1 Definición de los principios científicos a que debe ajustarse la atención médica hospitalaria del trabajo de parto normal.

1.1.1 Caracterización del Trabajo de parto

El proceso del trabajo de parto consiste en contracciones uterinas que aumentan progresivamente en intensidad, duración y frecuencia, acompañadas con cambios progresivos del cérvix uterino, como lo son ablandamiento, borramiento y dilatación. Dichas contracciones provocan a su vez el descenso del feto hacia el canal del parto (pelvis ósea, piso pélvico y vagina) y favorecen los movimientos apropiados de la cabeza fetal para acoplar los diámetros de su cabeza a los diámetros pelvianos. De tal suerte que el feto descenderá progresivamente, al mismo tiempo que rotará y flexionará su cabeza, hasta que la misma salga al exterior, para ulteriormente rotarla nuevamente y favorecer así el nacimiento de sus hombros y del resto de su cuerpo (expulsión).

Una vez que nace el feto, el útero continuará contrayéndose para favorecer la expulsión de la placenta y las membranas ovulares (alumbramiento) y para evitar que se produzca una hemorragia después del nacimiento.¹²

Durante el proceso el feto recibirá su oxigenación y nutrientes a partir de la circulación materna mediante el cordón umbilical, el cual lo “conecta” con la placenta. Señalándose que durante cada contracción uterina el aporte sanguíneo a la placenta disminuye debido a la disminución del calibre de los vasos sanguíneos que transcurren entre las

¹² Cunningham G.F, Kenneth Leveno. *Williams Obstetrics*. 23rd edition, Editorial McGraw Hill Medical. 2010. P. 399.

fibras musculares uterinas, con lo que también disminuye el aporte de oxígeno al feto; sin embargo, sin que ello lo afecte negativamente, mientras la placenta funcione normalmente y las contracciones no sean más intensas, ni frecuentes de lo normal.

La duración del trabajo de parto dependerá de múltiples factores, como son la paridad (número de hijos que la mujer haya parido previamente), las características de la pelvis ósea femenina (tamaño y forma principalmente), las características del feto (tamaño, situación, presentación, variedad de la parte que se presenta, etcétera) y las características de las contracciones uterinas, por mencionar las más importantes; sin embargo, generalmente será de entre 8 a 20 horas. El proceso se divide para su estudio en tres principales periodos, el primero o fase de dilatación, el segundo o fase de expulsión y el tercero o fase de alumbramiento; pudiéndose subdividir la fase de dilatación en fase latente y en fase activa para mejor entendimiento. También es importante tomar en cuenta una etapa más, por lo que hace a la vigilancia del parto, el puerperio inmediato (las 2 primeras horas después del parto), pues en dicho periodo puede presentarse una hemorragia obstétrica, la cual incluso puede ser mortal.

La fase latente del trabajo de parto consiste en contracciones uterinas de intensidad, frecuencia y duración irregular que ocasionan ablandamiento y borramiento del cuello uterino y permiten el inicio de la dilatación del mismo. En la fase activa, que se inicia cuando el cérvix ha alcanzado 3 o 4 cm de dilatación, las contracciones uterinas se regularizan en intensidad, frecuencia y duración, presentándose 3 o 4 contracciones cada 10 minutos, de intensidad moderada a intensa y de 30 a 50 segundos de duración; es en esta fase en la que el cuello se dilata progresivamente entre uno o dos centímetros por hora hasta llegar a 10 cm.

En la fase expulsiva, que inicia cuando la dilatación ha alcanzado 10 cm y termina cuando el feto ha sido expulsado, la madre presenta deseos de pujar y hace esfuerzo contrayendo el abdomen durante cada contracción, lo que favorece el descenso y la expulsión fetal; este periodo generalmente dura de 30 a 50 minutos. En la tercera etapa

o alumbramiento (duración media de 15 minutos) las contracciones uterinas determinan la expulsión de la placenta y las membranas; mientras que esa misma actividad uterina mantiene al órgano contraído y firme después del alumbramiento, con lo que los grandes vasos sanguíneos que alimentaban la circulación placentaria se mantienen ocluidos, y se evita así, la presentación de una hemorragia activa intensa a partir del lecho placentario (hemorragia postparto por hipotonía uterina).

1.1.2 Riesgos durante el trabajo de parto

Entre las complicaciones que pueden presentarse en el feto-recién nacido durante el trabajo de parto de un embarazo de término no complicado, se encuentran: la hipoxia-asfixia derivada de una deficiencia del intercambio de oxígeno y bióxido de carbono entre la madre y el feto (denominada generalmente como sufrimiento fetal agudo); el trauma obstétrico, es decir las lesiones traumáticas que puede sufrir el feto al pasar por el canal de parto; los accidentes del cordón umbilical, en los que se ve obstruida la circulación sanguínea por dicho conducto; los accidentes placentarios, en los que la placenta se desprende del útero y queda imposibilitada para seguir oxigenando al feto. También pueden presentarse distocias graves como lo es la distocia de hombros, situación en la cual nace la cabeza pero los hombros no pueden nacer y el feto se queda “atorado” con la cabeza fuera de la madre y el resto del cuerpo dentro de ella. Una complicación importante es la distocia o parto difícil, en la que el feto no logra pasar por el canal de parto debido a su posición, a ineficacia de las contracciones o a una desproporción entre su tamaño y el de la pelvis.

Entre las complicaciones que puede presentar la madre durante el trabajo de parto de un embarazo de término no complicado, deben mencionarse, entre otras: la presentación súbita de una alteración hemodinámica severa como sería el caso de la preclampsia-eclampsia; el colapso cardiovascular derivado de procesos como la tromboembolia pulmonar masiva aguda o la embolia de líquido amniótico; la hemorragia obstétrica derivada de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta; la ruptura uterina con el consecuente estado de choque hipovolémico materno y la asfixia fetal,

etcétera. Una vez que el feto ha nacido, la madre también puede presentar complicaciones graves, siendo la principal la hemorragia obstétrica, condición que en muchas ocasiones puede terminar en la muerte de la paciente. Otra condición que frecuentemente puede determinar la muerte de la madre en el puerperio o del recién nacido, es la presentación de procesos infecciosos, en muchas ocasiones derivados de contaminación bacteriana durante la atención del parto.¹³

Es en ese contexto el que se explica la razón por la cual diversos autores han señalado que el viaje más peligroso que realiza el hombre en su vida es el de las 4 pulgadas a través del canal del parto; en efecto, se trata de un viaje en el que el feto y la parturienta se encuentran expuestos a diversas complicaciones que pueden llegar a ser mortales, mismas que si bien ocurren con poca frecuencia, no por ello resultan menos importantes, pues cuando se presentan afectan intensamente a las familias que las padecen.

1.1.3 Modelos de atención del parto

En la atención del parto existen dos principales paradigmas o modelos de atención, uno, el utilizado en la mayoría de los hospitales alrededor del mundo, incluyendo nuestro país, que puede denominarse medicalizado o tecnológico, cuya filosofía de base concuerda con el modelo médico positivista predominante en el mundo, y que consiste en concebir al parto como un evento biológico de riesgo, que en cualquier momento puede requerir la aplicación de medidas médicas especializadas y por ello debe atenderse bajo el cuidado y responsabilidad de médicos obstetras y en entornos hospitalarios, en donde se puedan resolver las complicaciones oportuna y adecuadamente; y el otro, utilizado en pocos sitios, denominado humanitario, humanístico u holístico, que consiste en considerar al trabajo de parto como un proceso natural que no requiere ser atendido por médicos, sino por parteras; en dicho modelo la

¹³ Martin JN. "Urgencias obstétricas intraparto y postparto: parte II". *Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales*, Vol 2, 1995.

mujer es la principal protagonista y se señala que lo que requiere durante el parto es apoyo emocional y un ambiente seguro.¹⁴

1.1.4 Las críticas al modelo medicalizado

El modelo medicalizado de atención ha sido criticado, señalando que mediante el mismo se salvan vidas, pero a un precio muy elevado, pues el exceso de tecnología utilizada conlleva aumento en la presentación de complicaciones, insatisfacción de las pacientes y gastos innecesarios.¹⁵

En respuesta a la tendencia mundial al exceso de maniobras médicas en el parto normal, se han tomado acciones internacionales y nacionales para tratar de revertir el problema. Entre las acciones internacionales para revertir el proceso de medicalización se deben mencionar las recomendaciones elaboradas por la Organización Mundial de

¹⁴ Robbie Davis-Floyd señala que el modelo tecnológico tiene una perspectiva masculina, que considera al cuerpo femenino como una máquina defectuosa, y a la mujer como un ente dividido en mente y cuerpo; dicho modelo ve al proceso reproductivo femenino como uno disfuncional e inherentemente patológico, por lo que debe ser atendido por el médico de manera técnica, preocupándose por discernir entre el mejor interés del feto o la madre y considerando que el parto es un proceso mecánico que una vez iniciado debe progresar de manera sostenida, por lo que, si así no ocurriera, sería necesario intervenir. Considera que este modelo no sólo dicotomiza la mente y el cuerpo, sino también a la madre y a su hijo; considerando a la madre y al feto más como una diada conflictiva que como una unidad integral. En este modelo el médico es el personaje principal del parto. Por su parte, el Modelo humanístico/holístico de atención tiene una perspectiva femenina y vislumbra el cuerpo de la mujer como una unidad sana y sabia y, al embarazo, como un proceso saludable e inherentemente normal, en el que la partera actúa como una guía que entiende que el parto es una experiencia empoderante, en la que el acompañamiento a la mujer y el ambiente en donde ocurre el evento son fundamentales. En este modelo la madre y el feto se consideran genuinamente uno solo, de tal suerte que lo que uno necesita, también lo necesita el otro; así como, que lo que a uno daña, al otro también. En este modelo el personaje principal es la madre. Davis-Floyd, Robbie; Barclay, Lesley; Daviss Betty-Anne. *Birth Models That Works*. University of California Press. 2009. P. 443

¹⁵ Robbie Davis-Floyd señala que uno de los factores determinantes de los altos índices de mortalidad materna depende de la utilización del sistema tecnocrático y su consecuente aumento injustificado de realización de la Operación Cesárea en muchos países; cirugía que paradójicamente aumenta la mortalidad que trata de evitar. Dicho sistema en vez de facilitar el parto lo hace más difícil, creando problemas con la tecnología que luego tienen que resolverse con más tecnología. El costo iatrogénico del parto tecnológicamente controlado es alto. El ayuno prolongado a que son sometidas las mujeres puede hacer que se debiliten y se complique el parto por ello; el excesivo número de tactos vaginales puede llevar a infección; la estimulación con oxitocina puede interferir con la lactancia y producir distocia; en la anestesia peridural pueden ocurrir complicaciones que produzcan dolor de cabeza intenso o también puede asociarse a fiebres inducidas por el procedimiento; el bloqueo peridural también aumenta la duración del primer y segundo periodos del parto, aumentando así el uso de Fórceps, Vacuum extractor y Operación Cesárea. *Idem*

la Salud,¹⁶ cuestionando la verdadera utilidad de prácticas rutinarias como el ayuno durante el trabajo de parto, el enema evacuante o la tricotomía; iniciando así la tendencia a desmedicalizar el parto. Igualmente en otro documento publicado en 2002, se establecen 10 principios del cuidado perinatal recomendados por la Organización Mundial de la Salud, entre los que destaca el de que el cuidado del embarazo y parto normales debe ser “no medicalizado”, lo que significa, según el mismo documento, que la atención debe ser provista utilizando un *set* mínimo de las intervenciones que sean necesarias, debiéndose aplicar la menor tecnología posible.¹⁷

1.1.5 Estándar técnico de atención del parto normal en México

Los principios científicos aplicables a la atención del trabajo de parto normal en nuestro país, o “*lex artis*” médica, se resumen en la “*Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*”, emitida por la Secretaría de Salud en el año 2014. En dicha *Guía* se recomienda, en síntesis, lo siguiente:

Evitar la hospitalización temprana, posponiéndola hasta que la paciente se encuentre en fase activa del parto; favorecer estados emocionales positivos en la parturienta, tratándola con respeto y afecto, ofreciendo la información necesaria; respetar su privacidad, brindar un entorno tranquilo y cómodo y evitar frases humillantes, de maltrato, de infantilización, de intimidación, así como regaños y violencia de cualquier tipo; procurar el acompañamiento psicoafectivo continuo durante el parto, de acuerdo a las condiciones del servicio, ya sea de personal hospitalario, profesional extrahospitalario o, si fuera posible, de un familiar de la mujer; permitir la ingesta de líquidos; evitar la administración rutinaria de soluciones parenterales, la aplicación rutinaria de enema evacuante, amniotomía y de bloqueo peridural, así como la

¹⁶ World Health Organization. “Care in normal Birth: a practical Guide. Report of a technical Working Group”. 1996. WHO/FRH/MSM/96.24. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf consultado el 24 de marzo 2017.

¹⁷ Chalmers, Beverley; Mangiaterra, Viviana y Porter Richard. “WHO principles of perinatal care: the essential antenatal perinatal, and postpartum care course”. *Birth* 2001;28:202-207. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.4620&rep=rep1&type=pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.

realización de rasurado perineal; elaborar la historia clínica y el partograma correspondientes, registrando la contractilidad uterina cada 30 minutos; realizar auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal después de una contracción uterina cada 30 minutos; realizar tacto vaginal cada dos horas en la fase activa del trabajo de parto. Se consideran puntos de buena práctica el proponer posiciones verticales para la expulsión y el uso de compresas calientes y masaje perineal durante el segundo periodo y evitar la episiotomía rutinaria.¹⁸

Los principios científicos y éticos a los que de manera mínima, debe apegarse indiscutiblemente la atención médica de las pacientes en trabajo de parto normal en México, son descritos, y simultáneamente adquieren obligatoriedad, en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida (NOM del parto).¹⁹

En dicho ordenamiento se señala que las acciones incluidas en el mismo, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. Se menciona que la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones, generan riesgos innecesarios.

¹⁸ Secretaría de Salud. “Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo”. 2014.

¹⁹ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.

A continuación se resumen las obligaciones prescritas en la NOM del parto:

- La atención a la mujer debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución.
- La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical (de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas), siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento la autonomía y la seguridad del binomio.
- Se debe favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica para ello.
- Se debe abrir un expediente clínico al ingreso de la paciente.
- Deberá evitarse ejercer discriminación o algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.
- Se debe realizar una valoración clínica integral para decidir la conducta a seguir, tomando en cuenta la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014.
- Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica.
- La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto, así como la inducción y conducción del trabajo de parto y la ruptura artificial de las membranas, se realizará **según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada** previa información y autorización de la paciente.
- La tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria.

- En la NOM mencionada se señala la obligación reducir el número de tactos vaginales, sin embargo, recomienda realizarlos cada hora, y menciona que en todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico.
- Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.
- Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar.
- La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos.
- El registro e interpretación de los signos vitales debe hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.
- Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados. Dicha maniobra se refiere a la compresión externa del útero para forzar la salida del feto.
- La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, los procedimientos de atención, los implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.
- El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo al recién nacido por abajo del nivel de la placenta.
- Para el manejo activo del periodo del tercer periodo del parto se prescribe la aplicación de 10 unidades internacionales de oxitocina por vía intramuscular o intravenosa, después del nacimiento del hombro anterior, así como realizar pinzamiento del cordón umbilical y tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Se debe revisar que la

placenta y sus membranas estén completas y verificar la integridad del canal del parto.

- La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.
- En caso de realizar la operación cesárea, deberá registrarse con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión; y debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea.
- Al final del tercer periodo del parto, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.
- En caso de haberse realizado episiotomía, se deberá revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.
- En la primera hora del puerperio, se deberá revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la temperatura, el llenado capilar, la hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución, hasta su egreso.
- Se propiciará la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidos cuyas condiciones de salud lo permitan.

Por último, debe mencionarse que en la Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea²⁰ se establecen una serie de recomendaciones para tratar de disminuir la frecuencia de operación cesárea en pacientes con trabajo de parto no complicado, pero especialmente señala criterios a seguir para la toma de decisión en pacientes con diversas complicaciones obstétricas. Entre las recomendaciones aplicables a la atención médica del trabajo de parto normal, pueden mencionarse las siguientes:

- Se recomienda ofrecer a las embarazadas la información y el apoyo que les permita tomar decisiones informadas sobre el parto, que incluya indicaciones de parto y cesárea, implicaciones de los procedimientos, riesgos y beneficios asociados e implicaciones para futuros embarazos y nacimientos.
- Ingresar a las pacientes en fase activa del trabajo de parto a sala de labor y no realizar inducciones innecesarias del trabajo de parto.
- Utilizar oxitocina y analgesia obstétrica cuando la paciente se encuentre en la fase activa del trabajo de parto (4-5 cm de dilatación).

La *Obstetricia de Williams* es un texto con reconocimiento internacional que emite ediciones nuevas frecuentemente y tiene reconocimiento como fuente técnica confiable respecto del estado del arte en el quehacer obstétrico; en el mismo se describe el procedimiento recomendado para la atención del parto normal, en síntesis, en los siguientes términos:

La atención del trabajo de parto y parto requiere que el médico tome en cuenta dos puntos de vista potencialmente opuestos. En primer lugar, el parto debe visualizarse como un proceso fisiológico que en la mayoría de las mujeres cursa sin complicaciones; en segundo término, debe considerarse que las complicaciones intraparto

²⁰ Instituto Mexicano de Seguro social. “Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México”. 2014.

frecuentemente aparecen inesperada y bruscamente, por lo que deben ser previstas. Así, que los clínicos, al mismo tiempo que hacen a las mujeres sentirse cómodas evitando intervenciones médicas en la medida de lo posible, deberán asegurarse de poder solventar adecuadamente las complicaciones que pudieran aparecer. El texto mencionado señala que la *American Academy of Pediatrics* y el *American College of Obstetricians and Gynecologists*, elaboraron en el 2007 las *Guidelines for Perinatal Care*, en el que recomiendan, entre otros, que la proporción entre pacientes y personal de enfermería en la Sala de Labor debe ser de 2:1, mientras que en la Sala de Expulsión deberá ser de 1:1.

En el texto mencionado se recomienda el ingreso temprano de la paciente (a diferencia con la Guía de práctica Clínica descrita previamente en que se recomienda ingreso tardío), es decir, la hospitalización en etapas tempranas del trabajo de parto. Si la frecuencia cardíaca fetal se encuentra normal, así como el resto de la valoración clínica, se prescribe realizar vigilancia intermitente de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) debiendo evaluarse dicho parámetro en el primer periodo del parto, al menos cada 30 minutos inmediatamente después de una contracción y en el segundo periodo, al menos cada 15 minutos, así como evaluar la progresión del trabajo de parto mediante exploraciones vaginales cada 3 o 4 horas, recomendaciones que como se detallará más adelante son discordantes con la NOM del parto. También se deberá evaluar la intensidad, frecuencia y duración de las contracciones y registrarlas en el partograma. Los signos vitales deberán registrarse al menos cada 4 horas. En este texto, a diferencia otras fuentes bibliográficas, se propone suspender la vía oral para favorecer que el estómago se encuentre vacío y aplicar soluciones parenterales con sodio y glucosa. La mujer deberá asumir la posición que encuentre más confortable, evitando colocarla en posición supina para evitar la compresión aorto-cava. Se aplicará analgesia obstétrica si la paciente así lo desea. Durante el segundo periodo deberá dirigirse el esfuerzo de pujo a las pacientes cuyo esfuerzo no resulte reflejo y efectivo. Se recomienda permitir una posición una posición vertical durante la fase expulsiva, que puede ser: sentada, de rodillas, en cuclillas, o incluso de acostada sobre su espalda con

30 grados de inclinación. Se recomienda asepsia de la región vulvar y aplicar la Maniobra de Ritgen durante la expulsión, individualizando a cada paciente sobre la necesidad o no de realizar episiotomía.²¹

Respecto de la vigilancia que merecen las condiciones fetales durante el trabajo normal conviene profundizar, lo que al respecto se encuentra reportado en la literatura médica internacional.

En un documento de consenso de la Asociación Americana de Enfermeras-Parteras²² se señala que el estándar de valoración del bienestar fetal durante el parto incluye la vigilancia intermitente de la frecuencia cardíaca fetal y la respuesta de dicho parámetro ante los eventos intraparto. La auscultación intermitente es un método de vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal que incluye la valoración del parámetro en periodos establecidos y en relación con las contracciones uterinas. La vigilancia puede ser llevada a cabo con fetoscopio o con ultrasonido Doppler manual. Las recomendaciones actuales señalan que se debe de valorar la frecuencia cardíaca fetal en el parto no complicado cada 15 a 30 minutos durante la fase activa, cada 15 minutos durante el segundo periodo antes de los esfuerzos de pujo y cada 5 minutos una vez que ha iniciado el mismo. Se menciona que la frecuencia de auscultación debe ser individualizada dependiendo del patrón de contractilidad uterina, de la actividad uterina y de las maniobras médicas que se utilicen. Independientemente de la evaluación periódica mencionada, se recomienda auscultar la frecuencia cardíaca fetal antes y después de las exploraciones vaginales y de la ruptura de membranas. En el documento se hace un resumen de las recomendaciones establecidas por las principales organizaciones médicas y de enfermería en los Estados Unidos, en las que se recomienda que durante la fase latente la frecuencia cardíaca fetal (FCF) se ausculte

²¹ Cunningham G.F, Kenneth Leveno. "Labor and delivery". *Williams Obstetrics*. 23rd edition, Editorial McGraw Hill Medical. 2010. pp 393-398.

²² American College of Nurse-Midwives. "Intermittent Auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance". *Journal of Midwifery & Women's Health*. Number 60, September/October 2015. Pag. 630.

cuando menos cada hora, en la fase activa, cada 15 a 30 minutos y en la fase expulsiva del parto cada 5 a 15 minutos.

Por su parte la Sociedad de Ginecólogos y Obstetras de Canadá²³ reporta que la adecuada vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal durante el parto puede disminuir la incidencia de asfixia fetal y la necesidad de realizar intervenciones obstétricas. Las mujeres en trabajo de parto activo deben recibir apoyo continuo por personal apropiadamente entrenado. Se recomienda realizar auscultación intermitente de la frecuencia cardiaca fetal en pacientes en trabajo de parto de bajo riesgo. Se recomienda que la auscultación se realice durante 30 a 60 segundos y después de contracciones uterinas, con una periodicidad que se resume en la siguiente tabla, en la que se señalan las recomendaciones de diferentes organizaciones internacionales.

Referencia	Fase latente	1er periodo	2do periodo
<i>Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2007</i>	Cada hora	Cada 15-30 min	Cada 5 min
<i>American College of Obstetricians and Gynecologists, 2005</i>		Cada 15 min	Cada 5 min
<i>Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses; Feinstein, Sprague, & Trepanier, 2000</i>		Cada 15-30 min	Cada 5-15 min
<i>Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2001</i>		Cada 15 min	Cada 5 min

En esos términos, **es posible resumir, que la *lex artis* aplicable en nuestro país,** propone un modelo de atención del trabajo de parto, que limite el número de maniobras médicas, evite las maniobras rutinarias y favorezca el trato digno y respetuoso de la

²³ Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). "Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Volume 29, Number 9, September 2007 Supplement 4.

mujer en trabajo de parto normal, así como el acompañamiento psicoafectivo durante el proceso.

Sin embargo, es necesario señalar que **la atención que propone la NOM del parto no concuerda con los principios científicos descritos en la literatura médica** en dos aspectos principales, a saber, en la periodicidad recomendada para la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal y en la frecuencia ordenada para la realización de exploraciones vaginales para evaluar el progreso del parto.

En efecto, en la NOM del parto se señala que la frecuencia cardíaca fetal debe vigilarse antes, durante y después de las contracciones cada 30 a 45 minutos, sin especificar que la periodicidad recomendada para la valoración de dicho parámetro depende de las condiciones clínicas de la mujer, y especialmente de la etapa del parto por la que esté cursando. Es así que, si se sigue la recomendación de la NOM del parto, se estará revisando cada 30 a 45 minutos, de igual manera a una mujer en fase latente con contracciones uterinas poco frecuentes y de poca intensidad, y a una con fase expulsiva con contracciones intensas y frecuentes y con esfuerzos de pujo asociados a ellas, lo cual resulta incorrecto desde el punto de vista de la *lex artis* médica, como hemos visto en las recomendaciones emitidas en la literatura médica internacional. **En este caso, el médico tendría la obligación de vigilar la frecuencia cardíaca fetal, como lo marca la *lex artis* y no como lo señala la NOM**, pues si bien el ordenamiento señala el mínimo exigido de vigilancia, dicho mínimo se queda por debajo de lo que la literatura científica recomienda. De tal suerte que un manejo apegado a los principios científicos aplicables al trabajo de parto, incluirá una vigilancia del bienestar fetal, mediante auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal con una periodicidad que dependa de las condiciones clínicas de la mujer, de los eventos que ocurran durante el parto (tacto vaginal, ruptura de membranas) y de la etapa del parto en que esté cursando; siendo recomendable que durante la fase latente se ausculte cada hora, durante la fase activa del primer periodo cada 30 minutos y durante la fase expulsiva con esfuerzo de pujo cada 5 a 15 minutos.

Por su parte, en la NOM del parto se recomienda de manera incongruente, el **reducir el número de tactos vaginales, al mismo tiempo que se indica realizarlos cada hora**; otra vez sin señalar que dicha periodicidad dependerá de las condiciones clínicas de la paciente y de la etapa en la que esté cursando. En esos términos, se estará realizando un tacto vaginal cada hora inútilmente a una paciente en fase latente, en la que es previsible que no existan cambios en el cuello uterino y se estará dejando de explorar a pacientes en fase expulsiva en la que se requiere valoración mediante tacto vaginal con periodicidad menor a una hora. El problema previsible de esta incongruencia en la NOM del parto, es que el personal médico estará obligado a obedecer el ordenamiento y podrá ser acusado de incumplimiento, si no tiene registrado en el expediente el haber realizado la exploración ginecológica horaria que indica la NOM; de tal suerte que el médico que sí obedezca la NOM podrá estar dañando a las pacientes por la incomodidad y dolor que ocasiona una exploración ginecológica innecesaria; además de que aumentará el riesgo de infección postparto. En esos términos, el personal médico deberá guiarse por lo recomendado por los principios científicos y no por lo que ordena la NOM del parto, realizando exploraciones con una periodicidad que dependa de las condiciones clínicas de la mujer, de la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas y de la etapa del parto en la que se encuentra, siendo lo recomendado realizarlas cada 2 a 4 horas en la fase latente y en las etapas iniciales del primer periodo del parto, pero debiendo realizarlas cada hora o con menor frecuencia en las etapas avanzadas del primer periodo y en el segundo periodo del parto. Más adelante, al hablar de las obligaciones éticas se abundará sobre este tema.

1.2 Definición de la regulación jurídica aplicable a la atención del parto normal en la República Mexicana.

La atención médica de las mujeres en trabajo de parto en los hospitales públicos mexicanos, se encuentra regulada jurídicamente por una serie de normativas aplicables a la atención médica hospitalaria en general por parte de servidores públicos; además

de las consideraciones específicas sobre el manejo de trabajo de parto que se establecen en la Norma Oficial Mexicana correspondiente y en la Guías de Práctica Clínica, mencionadas en la sección previa.

1.2.1 Marco Jurídico aplicable a la atención médica en lo general en los hospitales públicos mexicanos

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

El máximo ordenamiento legal en nuestro país es la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. De ella se desprende el principio rector que rige toda la normativa sanitaria nacional, descrito en su artículo Cuarto en los siguientes términos: ***“toda persona tiene derecho a la protección de la salud”***. Derecho que se encuentra desarrollado en la Ley General de Salud y sus Reglamentos.

Otro artículo constitucional importante que rige las acciones médicas en los hospitales es el artículo Quinto, en el que se establece que: ***“A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos”***. De dicho ordenamiento constitucional surge la ley correspondiente o Ley de Profesiones, como se le conoce generalmente.

Por lo que hace a la actividad de los profesionales de la salud que trabajan en hospitales públicos, al tratarse de personal contratado por el gobierno, resulta relevante también el artículo 108 constitucional, porque en el mismo se define a los “servidores públicos”.

La Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica

La Ley General de Salud (LGS) y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, resultan muy importantes para definir las obligaciones del personal

de salud ante las personas a quienes proporcionen sus servicios, mismas que se definen en los siguientes términos:

- En el artículo 51 de la Ley General de Salud se establece que *“Los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones **de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno** de los profesionales, técnicos y auxiliares”*.
- En el artículo 9 del Reglamento, se establece que: “La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

Por otra parte, es necesario señalar que el Reglamento al que estamos haciendo alusión, establece obligaciones al personal administrativo encargado del adecuado funcionamiento de los hospitales. En su artículo 19 establece las obligaciones del **“Responsable del Establecimiento”**, señalando entre otras, las de establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos que aseguren la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca. Mientras que en el artículo 99 se señala que “Los responsables de un hospital gineco-obstétrico tendrán la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbilidad materno infantil, acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos”.

Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

En la “Ley de Profesiones” se establece que los médicos y enfermeras deberán contar con Título Profesional, y se señalan los requerimientos, para que el mismo tenga validez. Pero además de ello, su importancia radica en que permite inferir cuáles son las características que debe tener la actividad profesional de los médicos y las enfermeras adscritos a los hospitales.

En su artículo 33 la Ley señala que: “*El profesional está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido*”. Mientras que en el 34, se señalan criterios para valorar si dicha atención fue apropiada, señalándose los siguientes:

- El profesional debe proceder correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicable al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate;
- Se valorará si el profesional dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieron emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio;
- El profesional debe tomar las medidas indicadas para obtener buen éxito;
- El profesional debe dedicar el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido;
- Se valorará cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos

Este ordenamiento resulta de importancia porque en sus artículos 46 y 47 detalla que los servidores públicos incurrirán en Responsabilidad Administrativa cuando incumplan las siguientes obligaciones: salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observadas en el desempeño de su empleo, cargo o comisión. Además señala que deben **cumplir con la máxima diligencia el servicio que les sea encomendado** y tratar con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas, con las que tenga relación con motivo de su empleo.

1.2.1.1 Resumen de las obligaciones generales del personal de salud en los hospitales públicos mexicanos

Como puede verse, los ordenamientos mencionados establecen obligaciones generales aplicables a todo acto médico en los hospitales públicos, tanto al personal de salud que

se encuentra atendiendo directamente al paciente, como a los responsables del establecimiento. Obligaciones que pueden resumirse como sigue:

Todos los servidores públicos se encuentran obligados a desempeñar su empleo con honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, cumpliendo **con la máxima diligencia su servicio y tratando a los usuarios** con respeto, imparcialidad y rectitud.

Obligaciones de los médicos y enfermeras

Los profesionales de la salud deben proporcionar la atención médica de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica; debe tener la calidad idónea. El personal de salud debe tratar a los usuarios de manera respetuosa, digna y éticamente responsable.

Igualmente, los profesionales, deberán poner al alcance de los usuarios todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos, procediendo correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica, tomando todas las medidas indicadas para obtener buen éxito y dedicando el tiempo necesario para desempeñar correctamente su servicio.

Para entender la naturaleza de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica que se mencionan en los ordenamientos referidos, conviene señalar las definiciones que se hacen al respecto en el artículo 2º del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico:

XV. Principios científicos de la práctica médica (LEX ARTIS MEDICA): Son el conjunto de reglas para el ejercicio médico contenidas en la literatura universalmente aceptada, en las cuales se establecen los medios ordinarios para la atención médica y los criterios para su empleo;

XVI. Principios éticos de la práctica médica: Son el conjunto de reglas bioéticas y deontológicas universalmente aceptadas para la atención médica.

Obligaciones de los responsables del establecimiento

El responsable del establecimiento debe establecer procedimientos que aseguren la oportuna y eficiente prestación de los servicios que la instalación médica proporciona, debiendo vigilar el desarrollo de los mismos; además, son los encargados de asegurar que los profesionistas dispongan de los instrumentos, materiales y recursos necesarios para una adecuada atención, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se presente el servicio. En el caso específico de la atención del parto, estos personajes tienen la obligación de tomar las medidas necesarias para disminuir la morbilidad materno infantil.

1.2.2 Marco jurídico aplicable específicamente a la atención de las mujeres en trabajo de parto normal

En nuestro país existen dos documentos oficiales que hacen referencia a las obligaciones específicas para la atención médica de las mujeres en trabajo de parto normal o de bajo riesgo, los cuales ya hemos descrito previamente, a saber:

- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- La Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo, emitida por la Secretaría de Salud.

La NOM del parto es de observancia obligatoria, pues fue formalmente publicada en el Diario Oficial de la Federación con dicha característica, con sustento legal en la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Por lo que hace a la Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo, debe señalarse que se trata de un documento técnico emitido por la Secretaría de Salud, en el que se detallan los criterios médicos aplicables en la actualidad, para dicha condición clínica, tal y como mencionamos previamente.

Respecto de la obligatoriedad que pudiera tener el cumplimiento de la mencionada Guía de Práctica Clínica, debe señalarse que se trata de un documento cuyo sustento legal se encuentra en el Programa de Acción Específico 2007-2012 “Desarrollo de Guías de Práctica Clínica”, mismo que tiene como finalidad *“establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica”*.

En esos términos, se trata de un documento originado en un programa administrativo, que pretende establecer referentes para mejorar la toma de decisiones clínicas, pero que carece de obligatoriedad formal, sin embargo, de conformidad con lo señalado en criterios jurisprudenciales, sí permite definir lo que se considera el estado de la ciencia, la práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta; señalando la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas, lo que equivale a positivizar o codificar la *lex artis*.

Las guías o protocolos médicos expedidos por la Secretaría de Salud o por la autoridad competente en la materia responden a la cristalización escrita de criterios de prudencia, sin que constituyan verdades absolutas, universales, únicas y obligatorias en su cumplimiento, pero permiten habitualmente definir lo que se considera, en ese estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta, fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante determinadas eventualidades clínicas, lo que equivale a positivizar o codificar la lex artis. Estas guías o protocolos no limitan la libertad prescriptiva del médico en su toma de decisiones, por cuanto un buen protocolo es flexible y dinámico, siendo susceptible de modificación. Cabe incluso apartarse de él si el médico entiende, según su experiencia, que el

*resultado buscado exige otra terapia y su actuación se halle fundada científicamente, aunque en estos casos, ante una hipotética reclamación, la justificación del médico que se desvíe de su contenido deberá ser más rigurosa y exhaustiva. Desde el punto de vista jurídico, los protocolos otorgan al médico cierto amparo a la hora de justificar su actuación, especialmente ante las reclamaciones de que puede ser objeto; de manera que una actuación médica ajustada a los protocolos propios de la especialidad constituye un elemento muy importante para su defensa. Por tanto, el protocolo ostenta, como es lógico, un enorme valor orientativo para el juez, aun cuando no le vincula, ni le obliga a su aplicación forzosa.*²⁴

1.3 Definición de los principios éticos aplicables a la atención del parto normal.

1.3.1 Ciencia y arte

La atención médica se considera una ciencia y un arte; una ciencia porque tiene sustento en el estudio sistemático, científico, de los procesos vitales de los seres humanos, de sus enfermedades y de las posibles alternativas de solución de las mismas; un arte, porque la toma de decisiones en el acto médico, esto es, la aplicación los conocimientos científicos a un caso concreto, requiere un cuidadoso proceso de recolección de datos clínicos y de gabinete, así como la interpretación de los mismos, para establecer un diagnóstico; a partir del cual se podrán identificar las diversas opciones de tratamiento existentes, para plantearlas a la paciente y poder escoger en conjunto con ella, la que resulte idónea en el caso, por ser la que, atendiendo a las circunstancias prevalecientes y a las consecuencias previstas, es la que mejor responde a sus intereses.

²⁴ Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González. 2002531. 1a. XXVII/2013 (10a.). Primera Sala. Décima Época. Semanario Judicial. Disponible en: <http://sif.scjn.gob.mx/SJFSist/Documentos/Tesis/2002/2002531.pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.

Lo anterior, atendiendo a los objetivos de la medicina, que según el Hastings Center Report,²⁵ son: 1) la prevención de de la enfermedad y las lesiones y la promoción y mantenimiento de la salud, 2) el alivio del dolor y el sufrimiento causado por las enfermedades, 3) el cuidado y la curación de los enfermos y el cuidado de aquéllos que no pueden ser curados y 4) evitar la muerte prematura y tratar de lograr una muerte en paz; o de manera más sintética, como los describe Pérez Tamayo: 1) preservar la salud, 2) curar o aliviar, cuando no se puede curar, y siempre apoyar y consolar al paciente y 3) evitar muertes prematuras²⁶; o bien, tal y como lo reporta Raanan Gillon, diciendo que las metas de la medicina son: proporcionar los beneficios de salud con un mínimo de daño, de tal manera que se respeten las elecciones razonadas de las personas para ellas mismas y que sean justas para los otros, ya sea considerando la distribución de recursos escasos atendiendo a los derechos humanos, o bien atendiendo a los derechos individuales establecidos en las leyes moralmente aceptables.²⁷

En efecto, la toma de decisiones en el acto médico, es un asunto complejo, pues no solamente se trata de identificar lo que la ciencia médica conoce sobre cierta enfermedad, sino de saber aplicar dicho conocimiento al caso específico de manera apropiada; de una manera prudente, que tome en cuenta los riesgos, los beneficios y los resultados esperados de los procedimientos propuestos y los derechos de las pacientes. De una manera que valore al enfermo integralmente, tratando de curarlo, pero también de aliviarlo y consolarlo; tratando de disminuir su sufrimiento y no solamente curar su enfermedad.

²⁵ The Hasting Center. "The goals of medicine. Setting new priorities". *The Hastings Center Report* 0093-0334. 1996 Nov-Dec, Vol. 26, Fascículo 6. Pag. S9-S13.

²⁶ Pérez Tamayo, Ruy. "Ética Médica". En: Juliana González Valenzuela (Coordinadora). *Perspectivas de Bioética*. 2008. Reimpresión 2013. Editorial Fondo de Cultura Económica. Pag. 198.

²⁷ Gillon, Raanan. "Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics". *J Med Ethics*, 2015;41:111.

1.3.2 Ética de la decisión médica

Paul Ricoeur, en *Lo Justo 2*²⁸ señala que el acto médico tiene como base un **pacto de confianza**. Base que, según Pérez Tamayo surge de una relación entre el paciente, quien sufre una enfermedad y el médico, quien tiene los conocimientos y herramientas para ayudarlo a solucionar su problema. Pacto que la sociedad ha tratado de regular a lo largo de la historia mediante la elaboración de Códigos de Conducta o de Ética Médica y mediante elaboración de normas jurídicas para regular el quehacer profesional médico.

Paul Ricoeur profundiza, en la referencia citada previamente, señalando que la ética médica tiene sus propias reglas; el acto médico consiste en aplicar un saber constituido por normas y conocimientos teóricos, a una decisión concreta en una situación: la prescripción. En el juicio médico lo que está en juego es la aplicación de una regla al caso específico. El pacto de cuidados que se constituye entre tal médico y tal paciente, se puede encuadrar bajo **reglas de diferentes tipos**: 1) reglas morales definidas en los códigos deontológicos médicos, 2) reglas procedentes del saber biológico científico y 3) reglas administrativas articuladas en el plano de la salud pública y el tratamiento social de la enfermedad; reglas que pueden ejemplificarse en el siguiente cuadro.

<u>Eje central del cuadro</u>		
Conjunto de saberes de las ciencias biológicas y médicas (saber)	Reglas éticas que constituyen el Código deontológico. (saber hacer)	Salud pública (políticas públicas)
Es saber derivado de los progresos científicos producto de la curiosidad de conocer el cuerpo humano (no motivados	El código deontológico, el saber hacer, que guía al saber; tiene normas: secreto médico, el derecho del paciente a conocer	Las enfermedades son a su vez asuntos privados y asuntos públicos. La salud vista por los individuos no puede tener precio

²⁸ Ricoeur considera que la ética médica tiene sus propias reglas; en el acto médico se trata de aplicar un saber constituido por normas y conocimientos teóricos a una decisión concreta en una situación: la prescripción. Ricoeur, Paul. *Lo Justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Traducido por Moratalla, Tomás Domingo. España. Editorial Trotta. 2008. Pag.184.

por el sufrimiento humano). Existe el peligro que se dé más importancia al “saber”, que al “saber hacer”; y de que las ciencias biológicas y terapéuticas tiendan a tutelar el acto terapéutico, reduciéndolo a rango de simple técnica de aplicación.	la verdad, el consentimiento informado, etc.	en términos de valor: vista por la sociedad, tiene un costo en términos monetarios. La práctica cotidiana en el medio hospitalario se encuentra sometida a criterios de restricciones, a controles, a imperativos que se producen en las oficinas administrativas, las que piensan en términos de población y que el individuo es un fragmento de la población.
--	--	--

Ahora bien, según Ricoeur, los **juicios éticos** en la atención médica, se componen de 3 niveles diferentes: el prudencial, el deontológico y el reflexivo.

- El nivel prudencial (versión latina de la *phronesis* griega), se refiere a la facultad de juzgar en una relación médico paciente específica, con “**sabiduría práctica**”. Este es el nivel por el que debe iniciar el juicio médico, porque se origina en el **pacto de cuidados**, basado en la confianza, entre un paciente que sufre y tiene la esperanza de ser aliviado. Se trata de un pacto que provoca una alianza sellada entre dos personas contra el mismo enemigo común, la enfermedad, en el que existe una promesa tácita compartida por dos personas, de cumplir fielmente sus compromisos respectivos.
- El nivel deontológico comprende las reglas generales que trascienden la singularidad del caso (aquéllas que aparecen en los códigos deontológicos). Este nivel tiene varias funciones, la primera es universalizar los preceptos que proceden del pacto de cuidados (en el nivel prudencial, lo que era un precepto de confidencialidad asociado a la virtud de la amistad, pasa a rango de regla en el nivel deontológico). El pacto de cuidados ahora toma el nombre de contrato médico. La segunda función del nivel deontológico es conectar las normas con el

código deontológico de la profesión médica y la tercera, es el arbitrar en la multiplicidad de conflictos que pudieran surgir en la relación entre el médico y el paciente.

- El nivel reflexivo (teleológico) permite la aplicación legítima de los juicios prudenciales y deontológicos mencionados previamente. Se trata de reflexionar sobre la legitimidad de las reglas inscritas en los códigos deontológicos. Ello resulta importante pues el arte médico tiene una dualidad de interés a quien debe servir, por un lado la persona individual y por el otro la sociedad, lo cual lleva a cuestionar la noción misma de salud, si se trata de un asunto individual o de uno público.

Para Ricoeur el Juicio Ético Médico trata de pasar, de un saber constituido por normas y conocimientos teóricos, a una decisión concreta particular. *“se trata de situar una decisión singular, única, relativa a una persona singular, bajo una regla general y, a su vez, aplicar una regla a un caso”*. Se trata unir las reglas con el caso particular para llegar al acto médico, a la prescripción, tratando de encontrar la regla que se aplica al caso de manera idónea, señalando que *“esta operación está muy lejos de ser mecánica, lineal y automática. Los silogismos prácticos están entremezclados en el trabajo de la imaginación, que juega sobre las variaciones de sentido de la regla o del caso”*; se trata de una mezcla de argumentación (lado lógico del proceso, con inducción y deducción) e interpretación (inventiva, creatividad y originalidad); en suma, del arte médico. Se considera que la toma de decisión se encuentra en el cruce de la argumentación con la interpretación.

1.3.3 Obligaciones éticas del personal de salud

Las nociones de lo bueno y lo malo han tenido diversos acercamientos a lo largo de la historia de la humanidad, y muchas veces pueden tener grandes variaciones entre las diferentes sociedades, aún en la misma época, tal y como mencioné en el marco teórico inicial de este trabajo. Por ello se han elaborado múltiples teorías éticas, las cuales toman en cuenta uno o más parámetros fundamentales para definir lo correcto o lo

bueno, o bien, lo malo o incorrecto. Por ejemplo, las teorías deontológicas o centradas en los deberes, centran su interés en los deberes de los individuos, mientras que las consecuencialistas, se preocupan por las consecuencias de las acciones. Por su parte, **las éticas de la responsabilidad toman en cuenta simultáneamente, la valoración de los deberes y de las consecuencias de las posibles decisiones**, para poder calificar una acción como buena o mala, como correcta o incorrecta.

Al respecto, el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial,²⁹ se señala que en el estudio de la moralidad, la ética reconoce varios acercamientos racionales para la toma de decisiones y el comportamiento, como: la deontología, el consecuencialismo, el principialismo y la ética de la virtud; ninguno de los cuales alcanza aceptación universal; los individuos varían en sus preferencias sobre el abordaje a utilizar. El Manual propone que quizá una combinación de las 4 aproximaciones que incluya lo mejor de cada una de ellas, sea el mejor camino para hacer decisiones éticas racionales. Habría que tomar en cuenta las reglas o principios (deontología), identificando los que fueran más relevantes para la situación y tratando de aplicarlos en la mayor medida posible; pero también habría que examinar las consecuencias de las diversas opciones y tratar de asegurar que la decisión tomada sea la mejor, la más admirable (ética de la virtud).

Por su parte, Diego Gracia³⁰ señala dos niveles de obligaciones éticas, el de mínimos y el de máximos. La ética de mínimos se refiere a las obligaciones que deben cumplir los individuos en su relación con otros, dentro de la sociedad, mismas que pueden y deben expresarse en forma de ley (define las obligaciones que tenemos con los demás). La ética de máximos corresponde al proyecto de perfección y felicidad de cada uno. Se trata de dos niveles, uno legal y uno ético propiamente dicho, cada uno con objetivos distintos, uno el de procurar mínimos iguales para todos, y el otro con el de posibilitar la

²⁹ World Medical Association. *Medical Ethics Manual*. 3rd edition, 2015.

³⁰ Gracia, Diego. "Ética y Responsabilidad Profesional", en: *La Responsabilidad de los Médicos y Centros Hospitalarios frente a Usuarios de la Sanidad Pública y Privada*. 1994. Fundación Ciencias de la Salud. Ediciones Doce Calles, D.L. Madrid, España. pag 51.

libre realización de los propios ideales de vida (define las obligaciones que tenemos con nosotros mismos). Derivado de lo anterior, considera que existen dos tipos de responsabilidad, la jurídica y la ética. La primera rige nuestras relaciones para con los demás y la segunda para con nosotros mismos. Señala que la responsabilidad médica ha tenido tradicionalmente un carácter más ético que jurídico, dado que el acto médico es en principio un acto privado y pertenece más a los propios ideales de vida y perfección, que a la normatividad jurídica; por lo que puede decirse, que la **responsabilidad profesional de carácter jurídico** será siempre una responsabilidad de mínimos, cuya violación ameritará una sanción *a posteriori* (llegará tarde, una vez que el daño haya ocurrido); mientras que la responsabilidad ética, tratará de alcanzar niveles superiores de calidad y por ello se trata de una **responsabilidad de máximos, en la que hay que establecer criterios *a priori* de calidad que eviten en lo posible los actos negligentes o irresponsables**. Diego Gracia señala que los modos como la profesión médica ha intentado lograr la responsabilidad de máximos han ido variando a lo largo del tiempo. Del siglo V a.C. a mediados del siglo XIX d.C. se utilizó el Juramento de Hipócrates y desde el siglo XIX hasta nuestros días los códigos de deontología profesional, mismos que poco han sido tomados en cuenta.

1.3.3.1 Códigos Deontológicos

Ocampo Martínez³¹ señala que los llamados códigos de ética médica elaborados a lo largo de la historia, por lo general han consistido en un listado de preceptos morales, que no invitan a la reflexión, y por tanto, sólo serían códigos morales o deontológicos pero no éticos.

El conjunto de textos que conforman la ética médica corresponde más bien a una deontología, es decir, a una moral profesional, y no a una ética en sentido estricto. Moral y ética no son sinónimos: mientras que la moral es un sistema de normas para regular las relaciones entre los miembros de una comunidad, con base en ciertas nociones sobre «lo bueno» y «lo malo» de una acción, derivados de la costumbre o de la tradición,

³¹ Ocampo Martínez, Joaquín. "Bioética y ética médica: Un análisis indispensable". *Rev Fac Med UNAM* Vol.50 No.1 Enero-Febrero, 2007. Pag. 22

la ética es un quehacer cuya tarea es precisamente la evaluación racional y la reflexión y argumentación, sobre todo lo que concierne a la moral (normas, principios, actitudes, moralidad, valores, etc.) considerando todas sus implicaciones en tiempo y espacio. ... en la práctica, ninguna de las agrupaciones médicas que los han formulado se han fundamentado en algún sistema de bases filosóficas. Por ello es que estos documentos han carecido de una ética reflexiva que los sustente.

De igual manera, Pérez Tamayo,³² después de hacer una valoración de los documentos que tradicionalmente se han considerado códigos éticos, señala que el Código de *Hammurabi* no es un código ético médico, que el Juramento de Hipócrates es una herencia de tiempos antiguos superado desde hace mucho tiempo que no resulta aplicable a la época actual, y que no es posible usar la Declaración de Ginebra como un código ético médico, pues es tan general e inespecífica, que casi equivale a decir: seamos todos buenos.

Siguiendo con lo mencionado por Ocampo Martínez, éste considera que en los últimos 30 años la moral médica tradicional ha sido objeto de atención debido a los grandes avances científicos, a los cambios en la relación médico paciente asociados al proceso de deshumanización de la práctica profesional, derivada de despersonalización del acto médico y la mercantilización de la medicina, problemas ante los que la sociedad ha respondido con una pérdida gradual de la confianza en los médicos y en los sistemas de salud. Así mismo, se ha ido tomando conciencia de manera progresiva, de que la mayor amplitud de los problemas y dilemas morales, lo que determina que para su abordaje y solución sea indispensable hacer una reflexión profunda y detenida sobre las bases éticas en que debe cimentarse la conducta profesional del médico, dado que el apego irrestricto a los preceptos morales contenidos en los juramentos, códigos y declaraciones tradicionales es insuficiente.

³² Pérez Tamayo, *op cit.*

Ocampo señala que en el contexto mencionado, ha surgido la **Bioética de la atención a la salud**, como una disciplina que tiene por objeto de reflexión las múltiples implicaciones de la relación del hombre con el fenómeno de la vida humana en particular, en todo lo que a la atención de la salud se refiere y por tanto, compete de manera directa a los médicos y a los otros profesionales de la salud (enfermeras, odontólogos, etc.), en el marco de respeto a los derechos humanos y de la exigencia de responsabilidad, tanto a esos profesionales, como a los pacientes, considerando la naturaleza plural de la sociedad humana.

A diferencia de lo descrito como ética médica tradicional, cabe mencionar que el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial mencionado previamente, señala que la atención médica moderna ha originado problemas extremadamente complejos y con dilemas éticos multifacéticos, ante los cuales, muchas veces los médicos no se encuentran preparados para responder adecuadamente. Presentándose el Manual, como una herramienta para enfrentar dichos dilemas; no mediante un listado de “buenos y malos”, sino intentando sensibilizar la conciencia de los médicos y ayudar a su toma de decisiones. Para ello presenta casos de estudio de diferentes tipos, en los que se presentan cuestionamientos acerca del comportamiento del médico y de su proceso de toma de decisión, no sobre problemas científicos, como pudiera ser el cómo tratar la diabetes por ejemplo, sino sobre cuestiones acerca de los valores, los derechos y las responsabilidades, las cuales enfrenta el médico a la par de los cuestionamientos puramente científicos.

En el Manual mencionado se considera que los principios éticos de respeto a las personas, el consentimiento informado y la confidencialidad, son básicos para la relación médico paciente, sin embargo, reconoce que la aplicación de dichos principios a casos particulares, frecuentemente es complicada, pues los pacientes y los médicos pueden no estar de acuerdo en el mejor camino a seguir en alguna situación dada.

Se señala también que la ética no es lo mismo que la ley; la ética prescribe generalmente estándares mayores de actuación, y en ocasiones, exige al médico que desobedezca una ley que indica un comportamiento contrario a la ética,³³ en los siguientes términos:

Quite often ethics prescribes higher standards of behaviour than does the law, and occasionally ethics requires that physicians disobey laws that demand unethical behaviour.

Afirmación que debe tomarse con cuidado, pues la ley es de observancia obligatoria y su desobediencia puede implicar una sanción, lo cual no ocurre con el comportamiento ético, del cual el individuo debe responder a sí mismo, o en su caso, a algún cuerpo colegiado al que pertenezca, y que le que pueda exigir un comportamiento ético. Sin embargo, es prudente relacionar la afirmación mencionada con las discrepancias entre la normativa sobre la atención del parto y lo que indica la *lex artis* que mencioné previamente.

En el caso de la periodicidad de vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal, el médico está obligado éticamente a proporcionar cuidados mayores a lo que exige la ley, pues así lo determinan los conocimientos técnicos aplicables; por ello, tendría que actuar vigilando la frecuencia cardíaca fetal con mayor periodicidad a la establecida por la Norma, por lo cual no existiría conflicto entre ética y ley.

Mientras que en caso de la periodicidad con que deben efectuarse los tactos vaginales a la mujer en trabajo de parto normal, la ley (NOM del parto) impone que debe hacerse cada hora y la *lex artis* indica que debe realizarse cada 2 a 4 horas dependiendo de las condiciones clínicas de la paciente, como señalé previamente; situación en la que el médico se ve obligado a escoger entre cumplir una norma que no se apega a la ética y a la *lex artis* médica, o cumplirla a sabiendas que ello ocasiona molestias a la paciente

³³ World Medical Association. *Op cit.* pag 12

y posibles daños; es decir, se presenta un conflicto entre la conducta recomendada por la ética y la prescrita por la norma. Conflicto en el que a juicio del que esto escribe, y tomando en cuenta las argumentaciones previas, debe resolverse a favor de la paciente, evitando realizar el tacto vaginal cada hora de manera rutinaria, con lo que se estaría desobedeciendo la norma; caso en el que el médico debe suplir dicha acción con una valoración clínica cuidadosa en el momento que tocaría realizar el tacto, registrando la misma en el expediente clínico y justificando argumentativamente en el expediente clínico, las razones por las que decidió no realizar el tacto de manera horaria.

El mencionado Manual sigue, señalando que aunque la compasión, la competencia profesional y la autonomía profesional, no son exclusivas del ámbito de la medicina, se espera que los médicos las ejemplifiquen en gran medida. Siendo pertinente mencionar que la autonomía profesional del médico se ha visto vulnerada en tiempos recientes, por las autoridades que ejercen poder sobre los profesionales, como por ejemplo las administradoras de servicios de salud; además que dicha autonomía puede colisionar en ocasiones con la autonomía del paciente.

El Manual mencionado concluye, al igual que se hace en este trabajo, que a pesar de las diferencias en criterios éticos que pudieran existir en diferentes culturas, se considera que la mayoría de los seres humanos pueden estar de acuerdo en los principios éticos fundamentales proclamados en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de la Organización de las Naciones Unidas. En el Manual se considera como un precepto fundamental, a la obligación respetar y tratar de la misma manera a todos los pacientes, pues todos los humanos son iguales en dignidad y derechos; señala también que la compasión, uno de los valores centrales de la medicina, se basa en la dignidad de las personas.

1.3.3.1.1 Principios éticos en la práctica clínica

Una alternativa para definir operativamente las obligaciones médicas desde el punto de vista ético, ha sido el abordaje mediante Principios, es decir, mediante declaraciones que establecen criterios generales útiles para guiar las decisiones clínicas. Se trata de afirmaciones *prima facie*, o a primera vista, sobre lo correcto y lo bueno, cuya principal característica es que no tienen una jerarquía establecida; es decir se trata de preceptos que deberían ser respetados en todos los casos de decisión médica en la mayor medida posible, pero que cuando debido a las características propias del caso, dichos principios colisionen, deberá escogerse para guiar la decisión, él o los, que mejor aplicabilidad puedan tener, atendiendo a las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles de las decisiones propuestas.

Existen múltiples principios que pueden aplicarse a la toma de decisiones en medicina, entre los que pueden mencionarse los siguientes:

- La Comisión Nacional de Bioética señala, en el Código de Bioética para el Personal de Salud,³⁴ que los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales, siendo el más conocido y que más ha influido en la medicina occidental, el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes “*no haré daño...*” y “*actuaré en beneficio del enfermo...*”.
- Branch considera que el **principio moral fundamental de la ética médica es el altruismo**; pues el médico es llamado para responder al sufrimiento del paciente aplicando la ciencia; este principio fundamental probablemente surge de nuestra más profunda naturaleza humana: nuestra necesidad de responder al sufrimiento del otro. Señala que la beneficencia, no maleficencia, justicia y el respeto a la autonomía son principios de nivel medio que pueden derivarse del deber altruista del médico de responder al sufrimiento; son guías basadas en la historia y

³⁴ Comisión Nacional de Bioética. *Código de Bioética para el Personal de Salud*. 2002.

experiencia que acompañan a los médicos en su esfuerzo por responder y aliviar el sufrimiento. Las guías de la actuación médica deben ser la **compasión, el cuidado y el respeto a la dignidad humana**, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia y el respeto a la autonomía.³⁵

- Para Pérez Tamayo la ética médica profesional debe constar por lo menos de las siguientes 4 reglas o recomendaciones: 1) estudio continuo (el médico debe estar al día en su información y en sus capacidades técnicas), 2) docencia e información (el profesional médico debe compartir sus conocimientos con todo aquel que pueda beneficiarse de ello), 3) el manejo integral del padecimiento, atendiendo no solamente la enfermedad, sino el padecer del enfermo, para lo cual se requiere de “una **actitud** desinteresada y afectuosa, trato amable y respetuoso, atención solícita y cuidadosa, palabra suave y confortadora que promueve y fortalece la esperanza, alivia la incertidumbre y la angustia, sin paternalismo arrogante y siempre con respeto a la dignidad y la autonomía del ser humano que deposita su confianza en él” y 4) investigación clínica, rubro que no se contempla en ninguno de los códigos, pero que a juicio del autor, es una obligación de todos los médicos.³⁶

Principialismo de Beauchamp y Childress

La versión más conocida de los Principios éticos, es la que contiene la propuesta elaborada por Beauchamp y Childress en su libro Principios de Ética Biomédica y que en términos coloquiales se le conoce como Principialismo, la cual señala cuatro principios fundamentales, a saber, el de respeto a la autonomía de las personas, el de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia. Para dichos autores los principios no tienen una jerarquía establecida, ni tienen un orden lexicográfico entre ellos, por lo que para decidir el principio que debe tener mayor peso, el sujeto moral estará obligado a determinar su obligación de hecho, realizando el mayor bien posible, a la vista de las circunstancias y de las consecuencias previsibles de las diversas opciones de

³⁵ Branch, William. “Is Rorty’s Neopragmatism the Real Foundation of Medical Ethics: a Search for Foundational Principles”. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2006; 117: 269.

³⁶ Pérez Tamayo. *Op cit.* p 201.

actuación. A continuación se resumen las principales características de los Principios de Beauchamp y Childress.³⁷

Principio de respeto a la autonomía.- Existen dos requisitos esenciales para la autonomía: la libertad (independencia de influencias controladoras) y agencia (competencia o capacidad de acción intencional). Un individuo es competente para tomar una decisión si tiene la capacidad para entender la información, hacer un juicio acerca de esa información a la luz de los valores con la intención de cierto objetivo y comunicar libremente sus deseos a los cuidadores o investigadores. En el contexto de la atención médica, se considera a una persona competente, si entiende el procedimiento terapéutico o de investigación propuesto, puede deliberar sobre los riesgos y beneficios implicados y tomar una decisión a la luz de esa deliberación; si no puede, su competencia es cuestionable. Los autores consideran que una persona actúa voluntariamente (voluntariedad) si decide la acción sin estar controlada por alguna otra persona (aunque también la voluntariedad puede disminuir por enfermedad debilitante, por enfermedades psiquiátricas o drogadicción). No todas las influencias de personas son controladoras; si el médico coacciona amenazando, eso está mal; si por el contrario trata de persuadir, sin intentar obligar al paciente, eso está bien. La representación objetiva de este principio es el consentimiento informado, el cual está conformado por los siguientes elementos: competencia, revelación de información, entendimiento, voluntariedad y consentimiento.

Debiendo agregar aquí, que esta obligación ética adquiere en nuestro país forma de obligación legal, pues en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico se establece lo siguiente:

“En el marco del ejercicio de los derechos del paciente, esta norma ratifica la importancia de que la autoridad sanitaria, garantice la libre manifestación de la voluntad del paciente

³⁷ Beauchamp, Tom; Childress James. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth edition. Oxford University Press. 2009. Pag. 99-287.

de ser o no atendido a través de procedimientos clínicos o quirúrgicos, para lo cual, el personal de salud debe recabar su consentimiento, previa información y explicación de los riesgos posibles y beneficios esperados”

Principio de no maleficencia.- Este principio impone la obligación de no dañar a otros (*primun non nocere*). El término “daño” se refiere a daños injustificados que afectan el interés de otro, dañándolo. Si se trata de una afección a la salud, consecuencia de un acto médico debidamente justificado, no se trata de un daño, sino de una complicación o riesgo inherente de un procedimiento. Los autores se concentran en daño físico, especialmente dolor, incapacidad, sufrimiento y muerte, pero también les preocupa el daño mental. Las **reglas específicas del principio de no maleficencia** son: no matar, no causar sufrimiento o dolor, no incapacitar, no ofender, no quitar a otros las cosas buenas de la vida. Son *prima facie*, no absolutos.

Las obligaciones de no maleficencia incluyen no solamente acción de no dañar, sino también de no poner en riesgo de daño. El cuidado debido toma suficientes y adecuadas medidas para prevenir el daño, como las circunstancias le demandan a una persona razonable. La negligencia es la ausencia de cuidado debido en los profesionales; incluye el apartarse de los estándares que determinan el cuidado debido en circunstancias específicas. Siendo menester mencionar en este tema la Teoría del doble efecto, relacionada con los efectos intencionales y efectos previsibles de una acción; los requisitos que pide este principio para que se justifique un acto son: 1) el acto debe ser bueno o al menos neutro moralmente 2) la intención del agente es el efecto bueno, el efecto malo es previsible, tolerado o permitido, pero no intencionado. 3) el efecto malo no debe ser un medio para el bueno 4) el efecto bueno debe sobrepasar el peso del mal efecto, o sea que el efecto malo es permisible solo si una razón proporcionada, compensa permitir el efecto malo previsible (proporcionalidad).

Principio de beneficencia.- Se refiere a la obligación moral de actuar en beneficio de otros. Sin embargo, no siempre es coincidente lo que el médico y el paciente

consideran como benéfico. En el caso de que el médico trate de imponer su concepción de lo bueno sobre el paciente, ocurre lo que los autores definen como paternalismo, es decir la anulación intencional de una preferencia o acción de otra persona, en donde la persona que obstaculiza, justifica su acción apelando al objetivo de beneficiar o prevenir el daño a la persona, a quien sus preferencias se están obstaculizando. Los actos de paternalismo pueden tomar forma de influencia, engaño, mentira, manipulación de la información u ocultamiento de información, así como coerción y fuerza. Las acciones paternalistas restringen las elecciones autónomas. El paternalismo suave consiste en actos de beneficencia que protegen al paciente y promueven sus intereses, en los casos en que el ejercicio de su autonomía está comprometida, como en la depresión, la drogadicción, por ejemplo; en dichos casos no hay conflicto entre autonomía y beneficencia, porque la autonomía está disminuida; dicen los autores que ahí sí está justificada la restricción de la autonomía. El paternalismo duro incluye intervenciones que intentan evitar daño o beneficiar a una persona, ante acciones riesgosas aunque esas sean informadas, voluntarias y autónomas; aquí el usuario no acepta los valores utilizados para definir su mejor interés.

En esta sección se incluye el tema de valoración riesgo-beneficio de los procedimientos propuestos, señalando que el término riesgo se refiere a un posible daño futuro, que se cuantifica en términos de probabilidad de aparición y de magnitud del daño. El beneficio en medicina generalmente se refiere a la vida o la salud, así que el análisis de **riesgo-beneficio** es una proporción entre la probabilidad y magnitud anticipadas de un beneficio, y la probabilidad y magnitud anticipadas de un daño a la salud o la vida; consiste en el cálculo de daños que podría ocasionar un peligro, y valora la aceptabilidad de determinado riesgo en términos proporcionales; de ahí se origina la gestión del riesgo, que son las intervenciones individuales o institucionales para controlar el riesgo.

Principio de justicia.- El concepto de justicia se interpreta como un tratamiento justo equitativo y apropiado respecto a lo que es debido a las personas. Los estándares de

justicia se necesitan siempre que las personas merecen beneficios o cargas, dadas sus particulares circunstancias o propiedades. Un reclamante de justicia tiene derecho y también un deber. Una injusticia implica un acto u omisión malo, que le niega a la gente, los recursos o protección a los que tienen derecho. El termino justicia distributiva se refiere a la distribución justa y equitativa, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social; este enfoque incluye las políticas para repartir los beneficios y las cargas, como la propiedad, los recursos, los impuestos, los privilegios y las oportunidades, incluye los derechos civiles y políticos.

Existen múltiples principios de justicia, uno formal y otros materiales. El principio formal de justicia o principio de equidad formal (Aristóteles) señala que los iguales deben ser tratados igual y los desiguales desigualmente. Los principios materiales de justicia especifican las características relevantes para un tratamiento equitativo; se llaman materiales, porque identifican las propiedades sustantivas de la distribución. Los principios generales materiales de justicia distributiva, señalan que **para cada persona**:

- igual compromiso,
- de acuerdo a su necesidad,
- de acuerdo a su esfuerzo,
- de acuerdo a su contribución,
- de acuerdo a su mérito,
- de acuerdo a los principios de intercambio de libre mercado.

Los autores señalan que no existe impedimento alguno para aceptar más de uno de los principios, y que algunas teorías de justicia los aceptan todos como válidos. Se consideran como *prima facie*, y deben interpretarse tomando en cuenta el contexto de bienes disponibles. Muchas sociedades usan varios.

Críticas al principialismo

Raanan Gillon³⁸ considera que el Principialismo de Beauchamp y Childress **es una base suficiente** para elaborar una “*buena ética médica*”, pues proporciona un conjunto de compromisos morales *prima facie*, universalizables, que todos los médicos pueden aceptar como un lenguaje moral y un marco moral analítico básico, aún y cuando dicho abordaje no proporciona un método universalizable para resolver conflictos entre los principios que lo componen. El autor mencionado señala que el Principialismo ha tenido una oposición vigorosa a lo largo de los años, considerándolo como incoherente, simplista, sin una raíz filosófica adecuada, como un abordaje que reduce la ética a un flujograma que omite el razonamiento o como una ética de casillero (“*Tik Box Ethics*”); siendo criticado por muchos autores por el énfasis que se le ha dado a la Autonomía como un principio con mayor jerarquía, y en otros casos, por considerar que no se enfoca en los aspectos emocionales, imaginativos y los relacionados con las virtudes que se dan en la relación médico paciente. Considera que las críticas que se hacen al Principialismo no rechazan específicamente alguno de los 4 principios que lo componen, sino que más bien se enfocan a criticar la importancia que se ha dado a alguno de los principios, en detrimento de otros, como en el caso de la autonomía en detrimento de la beneficencia; sobre lo cual el autor señala que el Principialismo de Beauchamp y Childress no prescribe un peso específico mayor para alguno de los principios en detrimento de otros; lo que en su opinión es erróneo, pues según su criterio, la autonomía debería considerarse como “*el primero entre los iguales*”.

Raanan Gillon también señala que los diversos autores concuerdan en considerar que **los médicos tienen obligación de beneficiar a sus pacientes**, lo que según su opinión, es el elemento fundamental de su compromiso moral “hipocrático”, deber que puede colisionar con la autonomía de los propios pacientes, en cuyo caso habrá que llegar a acuerdos sobre la conducta a realizar. En efecto, el respeto a la autonomía puede confrontarse con el compromiso hipocrático de beneficencia, cuando los médicos no tienen el permiso de los pacientes de tratarlos con beneficencia desde el punto de

³⁸ Gillon Raanan. *Op cit*

vista del profesional; pero ello no ocurre cuando el papel del médico es “ofrecer” sus servicios benéficos a un paciente autónomo, sin tratar de imponérselos. El respeto a la autonomía funciona como un freno ante la imposición de la beneficencia contra los deseos de una persona autónoma; contra el paternalismo médico entendido como una licencia moral de imponer al paciente, las acciones que el médico considera que son benéficas para él, sin considerar sus preferencias.

Por último, hablando de la crítica hacia al Principialismo, en el sentido de que éste no proporciona un método para resolver problemas, el autor señala que lo que dicho abordaje ofrece, son unas guías generales para elaborar reglas más específicas; considerando que en casos particulares de conflicto entre principios, es necesario **“balancearlos” mediante deliberación y juicio, con ejercicio de las virtudes, como comprensión compasiva de la situación del enfermo, sensibilidad humana y sabiduría práctica**, para discernir las circunstancias particulares del paciente y sus necesidades. El autor concluye que el Principialismo correctamente entendido, es un marco teórico compatible con otras aproximaciones éticas universalizables, incluyendo al deontologismo, al utilitarismo y a la ética de la virtud; además provee un conjunto de compromisos morales *prima facie*, que todos los médicos pueden suscribir, sea cual fuere su cultura, religión (o falta de ella), filosofía o postura de vida.

1.3.3.1.2 Principios éticos establecidos en la normativa sanitaria

La forma en que el médico debe responder a la paciente desde el punto de vista ético que hemos descrito previamente, encuentra sustento en la normativa vigente en nuestro país, pues en ella se describe un proceso de decisiones médicas, en el que resultan fundamentales el “saber” (los conocimientos médico-científicos vigentes) y el “saber hacer” (la aplicación prudente de ese conocimiento, al caso específico, bajo la guía de la deontología).

Libertad prescriptiva

En la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico,³⁹ se establece la obligatoriedad de seguir el **principio ético de libertad prescriptiva** en el proceso de toma de decisiones médicas, el cual puede describirse de la siguiente manera:

“Es importante señalar que para la correcta interpretación de esta norma se tomarán en cuenta invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva del personal médico a través de la cual, los profesionales y técnicos del área de la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios”.

Sobre lo que hay que recalcar lo siguiente: el objetivo primordial de la atención médica será el beneficio de la paciente; el personal de salud deberá prestar sus servicios de atención médica, conforme *su leal saber y entender*, es decir, aplicando invariablemente los conocimientos científicos vigentes (su leal saber) mediante un proceso cuidadoso de deliberación, que tome en cuenta la interpretación de las condiciones clínicas de la paciente específica y los riesgos y beneficios de las diversas opciones de tratamiento disponibles, de conformidad con el lugar, el momento y la forma, en que ocurre el acto médico específico (su leal entender).

Criterio médico

Igualmente, el proceso de decisión mencionado se encuentra sustentado en la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,⁴⁰ sólo que en ella se le llama **“criterio médico” al leal entender o saber hacer**, que la aplicación de diversas maniobras médicas como la aplicación de analgesia, la inducción y conducción del trabajo de parto, entre otras, se realizará **“según el criterio médico, basado en evidencias y con atención**

³⁹ Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012, *Del expediente clínico*, publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.

⁴⁰ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. *Op cit.* Parágrafos 5.5.20.5 y 5.5.20.6.

personalizada”, previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado. Señalándose que en caso de realizar operación cesárea, *“debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos,... incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea”*.

Es pertinente destacar que los conceptos de “criterio médico” o “leal y saber y entender del médico” no implican que el médico tenga la libertad de hacer cualquier cosa que su a “su juicio” considere aceptable; sino que **lo restringen a hacer lo que es debido en el caso**. Es decir, la aplicación del conocimiento médico al caso específico no puede ser arbitraria, sino que debe ceñirse a un proceso de decisión como el que hemos descrito ampliamente; de tal suerte que en un mismo caso, diferentes profesionales con la misma acreditación y siguiendo los principios éticos que hemos mencionado, llegarían a un criterio o decisión semejante. Tal es el principio, por el que un médico especialista puede juzgar la actuación de un par, mediante un proceso de análisis, de los elementos clínicos con los que contó el médico tratante de un caso y las circunstancias que rodearon al evento en cuestión; en esa situación, el médico que valora la actuación deduce las obligaciones del profesional tratante de los conocimientos científicos aplicables al caso específico, bajo la guía de las circunstancias que rodearon al evento y de los principios éticos correspondientes.

1.3.4 Resumen de las obligaciones éticas del personal de salud en la atención del parto normal en los hospitales públicos mexicanos

Como hemos visto, existen diversos abordajes y propuestas sobre los principios generales que deben guiar la toma de decisiones médicas. Todos ellos originados a partir de los objetivos de la medicina y del núcleo de la misma, a saber, el pacto de cuidados o de la relación médico paciente, en la que una persona sufre se pone en las manos del profesional médico, confiando en que éste le ayudará a mitigar su sufrimiento.

Ante ese paciente, el médico se encuentra obligado a realizar un juicio médico cuyo fundamento debe ser la “sabiduría práctica”, aquel compromiso que le demanda el altruismo médico, la compasión y su propia responsabilidad ética; un juicio médico cuyo principal interés sea el responder de manera responsable a la solicitud del paciente, de beneficiarlo mediante la aplicación prudente de los conocimientos científicos, guiada por la deontología médica; realizando una cuidadosa valoración e interpretación de los datos obtenidos mediante la clínica y los estudios de gabinete, que le permita identificar no solamente la enfermedad del paciente, sino el sufrimiento que ésta le ocasiona; para lo cual se requiere, de acuerdo al Dr. Pérez Tamayo:

*“una actitud desinteresada y afectuosa, trato amable y respetuoso, atención solícita y cuidadosa, palabra suave y confortadora que promueve y fortalece la esperanza, alivia la incertidumbre y la angustia, sin paternalismo arrogante y siempre con respeto a la dignidad y la autonomía del ser humano que deposita su confianza en él”.*⁴¹

Todo ello, para poder ofrecerle las mejores opciones de tratamiento, atendiendo a las circunstancias en que ocurre el evento y las consecuencias previsibles de cada una de ellas. Se trata como mencionamos, de ejercer el arte médico, de aplicar una regla a un caso, o encontrar una regla para un caso; mezclando la argumentación (lado lógico del proceso, con inducción y deducción) e interpretación (inventiva, creatividad y originalidad).

Es en ese contexto, que surgen los principios éticos a que debe de apegarse la atención médica como una guía para la toma de decisiones, mismos que, como dijimos, deben utilizarse de una manera balanceada, mediante deliberación y juicio, con ejercicio de las virtudes, como comprensión compasiva de la situación del enfermo, sensibilidad humana y sabiduría práctica, para discernir las circunstancias particulares del paciente y sus necesidades. Los principios que se han mencionado son los

⁴¹ Pérez Tamayo. *Op cit*

siguientes: secreto médico, derecho del enfermo a conocer la verdad, consentimiento informado antes de tratamientos de riesgo, la confidencialidad, la compasión, la competencia profesional, la obligación de respetar y tratar de la misma manera a todos los pacientes, pues todos los humanos son iguales en dignidad y derechos, el estudio continuo, la docencia e información, el manejo integral del padecimiento, la investigación clínica, y por último, los principios de autonomía del paciente, de no maleficencia, de beneficencia y el de justicia.

Como hemos comentado previamente, el trabajo de parto normal, es un proceso natural que ocurre en mujeres sanas, el cual, en algunos casos puede derivar en complicaciones graves que ameriten intervenciones médicas para evitarles daños a su salud o a la de sus fetos/recién nacidos. En la mayoría de las ocasiones dichas mujeres acuden al hospital desconociendo la naturaleza de su situación, pensando en los graves riesgos que el parto implica, y temiendo que se presenten complicaciones. En esas condiciones se acercan al médico para solicitarle su apoyo integral, pidiéndole que como experto en la ciencia médica las ayude a evitar complicaciones, y pidiéndole también su ayuda para aliviar el sufrimiento que les aqueja (en forma de dolores, miedos e incertidumbre).

De conformidad con los fundamentos mencionados, es posible señalar que cuando el médico contratado en un hospital público mexicano, atiende a una mujer en trabajo de parto, en calidad de paciente dentro de dicho establecimiento, aún y cuando no la conozca previamente ni se lleve a cabo negociación alguna, establece con ella un pacto de cuidados, una relación médico-paciente, un contrato médico tácito, del que se derivan una serie de obligaciones éticas y legales; pudiendo enlistarse las siguientes **obligaciones éticas**:

- Conocer a profundidad la información científica actualizada aplicable a la atención del parto normal, lo cual se pone en evidencia en nuestro medio, para los médicos especialistas, mediante la acreditación de haber realizado los

estudios correspondientes y de mantenerse actualizado sobre los progresos científicos más recientes (título de especialista en ginecología y obstetricia, con su respectiva cédula profesional y la certificación actualizada de sus conocimientos por el Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia); mientras que los médicos generales, las enfermeras obstetras y las parteras técnicas, lo evidenciarán mediante las acreditaciones profesionales correspondientes a su nivel profesional.

- Conocer a profundidad la normativa aplicable en nuestro país a la atención del trabajo de parto normal, y sobre las obligaciones que, como servidores públicos han adquirido al estar contratados en una institución pública.
- Responder a la solicitud de la paciente de manera éticamente responsable, realizando una valoración clínica integral, que deberá ser complementada, según el caso, mediante los estudios de laboratorio y de gabinete correspondientes; estableciendo un diagnóstico del caso y un pronóstico sobre la evolución esperada de la paciente, y elaborando un juicio médico ético, que tome en cuenta las condiciones de la paciente, las circunstancias en las que ocurre el evento médico y las consecuencias previsibles de las diferentes opciones terapéuticas; un juicio fundamentado en la sabiduría práctica, que sea capaz de integrar el conocimiento científico, con los principios deontológicos aplicables, a partir de la interpretación que haya elaborado con los datos clínicos del caso concreto. Un juicio clínico en el que tome en cuenta a la paciente integralmente, no solamente su cuerpo o el aspecto biológico, sino que valore el sufrimiento que está teniendo.
- Tomar en cuenta que durante la atención de la paciente y la elaboración del juicio médico, deben respetarse *prima facie* y de manera balanceada, los diversos principios éticos aplicables, como son los de:
 - Guardar confidencialidad sobre la información sensible. Para ello, el médico y el resto del personal de salud, deben abstenerse de hacer comentarios sobre la información proporcionada por la paciente, con otros miembros del equipo de salud y con extraños.

- Proteger la intimidad de la paciente, tomando las precauciones para que, nadie más que el médico, escuche la información que la paciente exprese durante el interrogatorio y procurando que durante la exploración física, especialmente durante la exploración ginecológica, en la que se exponen los órganos genitales externos, la paciente sea vista solamente por el personal estrictamente indispensable.
- Respetar la dignidad de la paciente, proporcionándole un trato amable y considerándola como un fin en sí misma y no como un medio, no como un cuerpo biológico con riesgo de sufrir complicaciones, sino como un persona integral, con cuerpo y emociones; evitando actitudes de discriminación y/o menosprecio debido a sus condiciones sociales, culturales, educativas o económicas; evitando hacer juicios sobre las creencias o saberes que la paciente exprese, y que no sean coincidentes con los que el personal de salud tiene.
- Respetar la autonomía de la paciente, informándole diligentemente sobre sus condiciones médicas, con un lenguaje adecuado para su nivel educativo y cultural, tratando de que entienda las diversas opciones de manejo existentes y los riesgos y beneficios implícitos en cada una de ellas, y de que pueda expresar su preferencia sobre las mismas; informándole repetidamente el número de veces y en las diferentes formas en que sean necesario, para lograr que la paciente entienda. Así mismo, evitando actitudes paternalistas, derivadas de un menosprecio de la capacidad de la paciente de saber cuál es su propio beneficio y de una actitud médica asimétrica, en que el profesional considera conocer mejor que la paciente, lo que realmente la beneficia. En tales términos, se evitará coaccionar a la paciente, obligándola a aceptar algún procedimiento o manipulándola mediante información falsa (exagerando la valoración de los riesgos o minimizando los beneficios), para que escoja la opción de manejo que el médico considera que es la más benéfica para ella. Debe evitarse dar a firmar a la paciente un formato de consentimiento

informado, sin estar seguros que ha entendido los riesgos y beneficios de los procedimientos propuestos y que puede expresar su preferencia sin coerción.

- Respetar el principio de no maleficencia, asegurándose cuidadosamente de que las acciones médicas se apeguen a los principios científicos y a las normas deontológicas; todo ello para que los actos médicos cumplan con el estándar de atención correspondiente y sean aplicados de manera cuidadosa y experta, de tal suerte que se evite la mala práctica médica y los daños derivados de la misma (cirugías injustificadas, daños o lesiones fetales o incluso muerte materna o fetal). Evitando la aplicación de maniobras o tratamientos médicos de manera rutinaria sin individualizar a la paciente, como la aplicación rutinaria de oxitocina para aprontar el parto o de bloqueo peridural, sin haber realizado un cuidadoso proceso de evaluación médica, un ejercicio del leal saber y entender, una definición del criterio médico adecuado para el caso específico. En este rubro, debe mencionarse también la obligación ética del médico -la cual también es legal-, de evitar procedimientos médico quirúrgicos injustificados, como la realización de operación cesárea, sin apegar a los principios científicos y éticos correspondientes.
- Respetar el principio de beneficencia, cuidando que el objetivo principal de la atención médica sea el beneficio de la paciente, y balanceando este principio con el de respeto a la autonomía; evitando el paternalismo y dando lugar a que la paciente exprese cuáles serían las acciones benéficas desde su punto de vista y sus preferencias al respecto. De la misma manera, tratando de prevenir los daños mediante un cuidadoso análisis de la proporción entre los riesgos y beneficios de las diversas alternativas terapéuticas.
- Respetar el principio de Justicia, tratando a las diferentes pacientes de manera semejante, sin importar su condición socio-económica o cultural, tratándolas a todas como personas que merecen el mismo respeto y

consideración. Se debe dar a las pacientes lo que merecen y evitar el desperdicio de recursos derivado de maniobras médicas o procedimientos quirúrgicos injustificados. Se tendrá cuidado en todo momento de que la atención médica se apegue como mínimo al estándar aplicable a la atención hospitalaria del trabajo de parto normal (el mínimo ético o responsabilidad legal); pero se tratará de proporcionar la mejor atención que pueda darse a la paciente en ese hospital y en ese momento, pues en eso consiste la labor del médico, en responder a la solicitud del paciente en la mejor manera que le sea posible, con una actitud altruista y compasiva y poniendo su mejor empeño, mediante lo cual estaría cumpliendo con su responsabilidad ética (ética de máximos).

CAPÍTULO 2

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS UTILIZADOS PARA REFERIRSE A LAS DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN MÉDICA DEL TRABAJO DE PARTO

2.1 Deficiencias en la atención médica

Como se mencionó previamente, en este trabajo se utiliza el concepto “deficiencias”, para referirse al conjunto de desviaciones al estándar aplicable a la atención médica, de las mujeres en trabajo de parto normal en las instalaciones hospitalarias públicas de nuestro país; mismo que se encuentra definido por los principios científicos, éticos y normativos que regulan la actividad, y que fueron descritos previamente.

Las desviaciones se encuentran reportadas en la literatura médica bajo diferentes conceptos, como son por ejemplo: violencia obstétrica, errores médicos, eventos adversos, mala práctica médica o mala calidad de la atención; cada uno tratando de referirse al mismo fenómeno, pero desde diferentes ángulos o marcos teóricos. En efecto, una misma acción u omisión médica puede conceptualizarse de diferentes maneras dependiendo del enfoque desde el que sea visto; como por ejemplo, un caso de muerte materna derivada de un deficiente manejo de una hemorragia postparto por hipotonía uterina, después de un parto por lo demás normal, dependiendo de quién lo califique, podría considerarse un caso extremo de violencia obstétrica, un evento adverso derivado de errores médicos, un caso de mala práctica médica derivado de negligencia profesional o un caso de mala calidad en la atención. Dependiendo de la instancia a la que correspondiera analizar el caso y emitir una resolución sobre la posible existencia o no de deficiencias en la atención, se utilizaría un marco conceptual diferente para valorarlo y calificarlo.

En esos términos, a continuación se definirán y detallarán, los contenidos de los diferentes conceptos con los que pueden encontrarse reportadas las deficiencias que

se estudian en este trabajo de investigación, con el objetivo de encontrar un concepto que pueda utilizarse de manera generalizada para referirse a las mismas.

2.2 Violencia Obstétrica

El concepto de violencia obstétrica, ha sido desarrollado por diversas organizaciones de la sociedad civil, promotoras del modelo de atención de parto denominado parto humanizado, parto libre o parto digno, como “un contrapeso” al modelo biomédico de atención del parto en hospitales, el cual consideran equivocado. Dichos grupos señalan que, desde un punto de vista “feminista”, de derechos humanos y de justicia reproductiva, las mujeres tienen el derecho a ser las protagonistas de sus embarazos, partos y postpartos, y que el Estado tiene la obligación de garantizar que dichos derechos sean respetados.⁴²

Específicamente, el término violencia obstétrica se refiere a la *“apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad”*. Entre las prácticas que lo caracterizan se incluyen las siguientes;

“Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la

⁴² Tamés, Regina. “Violencia obstétrica. Un fenómeno común, pero olvidado”. *Foreign Affairs Latinoamérica*, Vol 14, número 1, enero-marzo 2014. Pag. 23-28.

*mujer, y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural”.*⁴³

También se consideran actos de violencia obstétrica: *“La negativa de acceso a servicios de atención médica, la mala práctica o negligencia médica y el trato discriminatorio que reciben las mujeres durante la etapa del embarazo, parto o puerperio, que en ocasiones implican secuelas graves e incluso la muerte de la mujer o del producto”.*⁴⁴

Respecto del término “violencia obstétrica”, el Colegio Mexicano de Ginecología y Obstetricia⁴⁵ se ha pronunciado señalando que se trata de un término erróneo, que ha causado confusión y desprestigio dentro de la medicina; tratándose de un término nocivo que se planteó de manera intrusiva e irresponsable por personas carentes de conocimientos médicos y que ha sido aprovechado por grupos diversos para abanderar, promover o reivindicar sus propios intereses. El Colegio propone que en lugar de utilizar la terminología mencionada, se utilice el concepto de *“falta de respeto y maltrato durante la atención del parto”*, que se utiliza en el documento "Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud" emitido por la Organización Mundial de la Salud.

Por su parte, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C.,⁴⁶ señaló en voz de su presidente, encontrarse preocupada por las recientes reformas legislativas sobre la llamada violencia obstétrica y se pronunció al respecto, señalando,

⁴³ *Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas*, publicada en el Periódico Oficial del Estado el 23 de marzo de 2009, última reforma publicada el 14 de septiembre de 2011.

⁴⁴ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *Informe Mujeres 2013*. Volumen II. 2014.

⁴⁵ Gómezpedroso Rea, Javier. “Propuesta del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia para eliminar el término de *violencia obstétrica*”. Sin fecha. Disponible en <http://www.comego.org.mx/index.php/component/content/article/19-comego/379-propuesta-del-comego-para-eliminar-el-termino-de-violencia-obstetrica>, consultado el 24 marzo 2017.

⁴⁶ Consejo Directivo, de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. *Pronunciamiento*. Junio 2015. Disponible en: <http://www.femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>, consultado el 24 marzo 2017.

en resumen, que: los ginecoobstetras mexicanos están de acuerdo en que la atención médica debe proporcionarse respetando los derechos de las mujeres sin discriminación y con plena información; considerando que la atención hospitalaria del nacimiento ha contribuido a disminuir sustancialmente la morbi-mortalidad materna y perinatal, siendo preocupante que corrientes ideológicas sin sustento científico puedan poner en riesgo la vida de las mujeres, al proponer prácticas cuya eficiencia y seguridad no han sido demostradas. Señala además, que la infraestructura hospitalaria actual de nuestro país no permite realizar prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, y que la carencia de instalaciones apropiadas, de suministros médicos esenciales y de personal calificado es una realidad inobjetable.

Más adelante en este trabajo se abundará sobre los aspectos de deshumanización y abuso contra las mujeres, sobre los que se fundamenta el concepto de violencia obstétrica.

2.3 Seguridad del Paciente

En 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, debido a la creciente evidencia de que la atención médica en muchas ocasiones resulta insegura; el objetivo de dicho organismo es el de buscar soluciones al problema y coordinar, difundir y acelerar las acciones de mejora en la materia. En pocas palabras, la seguridad de los pacientes, se ha definido como las acciones tendientes a la reducción y mitigación de actos inseguros dentro del sistema de salud. En la literatura relacionada con la seguridad del paciente se utilizan dos términos principales: evento adverso y error médico.

Los eventos adversos y los errores médicos pueden definirse de diferentes formas, las cuales pueden resumirse diciendo que un **evento adverso**, es un acontecimiento o suceso desfavorable en la evolución de un paciente, no asociado a la evolución de la enfermedad por la que está siendo atendido, y que es ocasionado por la propia intervención médica; se trata de incidentes inesperados y no deseados, asociados

directamente con la atención médica proporcionada al paciente y que ocasionan daños a su salud o incluso su muerte. Por su parte, el **error**, consiste en realizar una acción planeada de manera diferente a lo previsto, o en la elección incorrecta del plan a seguir; pero también se conceptúa como la incapacidad de lograr el resultado esperado mediante el plan escogido.

Los eventos adversos pueden dividirse en: a) prevenibles y b) no prevenibles. Los prevenibles corresponden al error médico,⁴⁷ como sería el caso, por ejemplo, de una reacción alérgica severa después de la aplicación de un medicamento, al que ya se sabía que el paciente era alérgico. Los **eventos adversos prevenibles o errores médicos que ocasionan complicaciones**, pueden derivarse de fallas en la elaboración de un diagnóstico correcto, lo que lleva a elegir un plan de tratamiento equivocado; también pueden relacionarse con fallas en la interpretación de estudios o en realización defectuosa de un acto quirúrgico; incluso se incluyen en este rubro las infecciones adquiridas en el hospital, las caídas de los pacientes y la cirugía en sitios quirúrgicos o pacientes equivocados, etc.

En el caso de la atención del parto a que se refiere este trabajo, los errores médicos pueden consistir en la realización equivocada de diagnósticos sobre la evolución del trabajo de parto de la paciente. Pongamos por ejemplo, el caso hipotético de una paciente en trabajo de parto en fase activa, en quien la dilatación del cuello uterino progresa de manera normal, pero que el médico califica equivocadamente de anormal, y ello le hace indicar una operación cesárea de manera injustificada desde los puntos de vista científico y ético; la decisión médica en dicho caso hipotético correspondería a un error, pues se estaría escogiendo equivocadamente el plan a seguir, en el entendido de que el plan correcto era el de continuar con el parto normal. En el caso hipotético que se plantea, la herida abdominal y la incisión quirúrgica uterina serían eventos

47 Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva 13. "Seguridad del paciente". Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.

adversos que no habrían ocurrido, si no se hubiera cometido el error de indicar un procedimiento injustificado; en este caso, cualquier complicación trans o postoperatoria, se consideraría también un evento adverso prevenible, derivado del error médico en el diagnóstico, que llevó a indicar la cesárea; si dejar de mencionar que se trataría de un acto dañino para la paciente.

En esos términos, los errores pueden clasificarse como: a) error de planeación, y b) error de ejecución. El primero ocurre cuando se establece un plan equivocado para alcanzar un resultado de salud, como lo sería en el caso hipotético comentado en el párrafo previo; mientras que el segundo ocurre, cuando las acciones desplegadas no se adhieren correctamente a lo planeado, como sería el caso de realizar una técnica quirúrgica incorrecta en una operación cesárea debidamente justificada.⁴⁸

Otra forma de abordar el error médico, es a la que se hace referencia en la síntesis ejecutiva sobre seguridad del paciente que emitió la Secretaría de Salud, citada previamente; en ella se menciona el modelo o teoría del error médico de James Reason, en la que los errores pueden abordarse desde dos enfoques, el humano o el sistémico. El punto de vista del error médico originado en actos u omisiones del personal de salud, sostiene que el error tiene su origen en acciones inseguras o violaciones de los procedimientos que comete el personal de salud como consecuencia de problemas de motivación, sobrecarga de trabajo, cansancio, estrés, falta de cuidado, por falta de conocimiento o capacidades deficientes. En el abordaje sistémico se considera que los errores se deben a falta de coordinación de los diferentes elementos del mismo, para evitar que ocurran los eventos adversos; desde este punto de vista, con finalidad explicativa, se ofrece la imagen de un queso suizo, en la que la presentación de un evento adverso se debe a la conjunción de diversos elementos, tal y como ocurriría si todos los agujeros de un queso suizo se alinearan en un momento, y permitieran el paso del error. En el abordaje sistémico se propone crear barreras de

48 Secretaría de Salud. "Seguridad del paciente". En *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2006*. Capítulo 2. 2007. pp 39-45.

defensa que incluyan alarmas físicas, apagadores automáticos, procedimientos de verificación doble para la administración de medicamentos, procedimientos para la recepción de pacientes en quirófano para asegurarse de operar al paciente correcto y en el sitio correcto, etc.

En el modelo del queso suizo las fallas en los sistemas pueden ser activas o latentes. Las activas corresponden a los errores médicos; se trata de actos inseguros cometidos por las personas que están en contacto con el paciente, tales como torpezas, descuidos o violaciones de los procesos. Las condiciones latentes son fallas en los sistemas derivadas de decisiones de los administradores de los servicios de salud, que determinan deficiencias en la infraestructura, en el personal o en los insumos, que se requieren para una adecuada prestación del servicio médico.

En las siguientes tablas se anotan algunas de las definiciones que se han elaborado sobre el error médico y los eventos adversos, tomadas de Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente.⁴⁹

Error	1.- El hecho de que una acción planeada no se lleve a cabo tal y como estaba previsto, o la aplicación de un plan erróneo, inadecuado o incorrecto para lograr un objetivo. 2.- Desvío en un proceso de atención sanitaria que puede o no causar daño a los pacientes. 4.- Desvío involuntario de los procedimientos normalizados de trabajo o de las directrices de práctica. 5.- Acto de comisión u omisión que causó la lesión involuntaria o contribuyó a causarla. 6.- Término genérico que comprende todas las ocasiones en las que una secuencia planificada de actividades físicas o psíquicas no alcanza el resultado previsto.
--------------	---

Evento adverso	1.- Lesión causada por el tratamiento o por una complicación médica, no por la enfermedad de fondo, y que da lugar a una hospitalización prolongada, a una
-----------------------	---

⁴⁹ A World Alliance for Safer Health Care. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe Técnico Definitivo. Enero de 2009.

	discapacidad en el momento del alta médica, o ambas cosas. 2.- Resultado no deseado para el paciente, que puede ser o no consecuencia de un error. 3.- Evento u omisión que surge durante la atención clínica y causa lesiones físicas o psicológicas a un paciente. 4.- Consecuencia negativa de la atención que da lugar a una lesión no buscada o una enfermedad que podía haber sido o no prevenible. 5.- Lesión causada por el tratamiento médico (no por la enfermedad subyacente) que prolonga la hospitalización, ocasiona una discapacidad en el momento del alta, o ambas cosas; [...] los EA son causados por complicaciones medicamentosas, infecciones de la incisión y complicaciones técnicas, y los debidos a negligencia [lo son por] percances diagnósticos, percances terapéuticos y eventos ocurridos en el servicio de urgencias. 6.- Evento desfavorable, no deseado y generalmente imprevisto, como el fallecimiento de un paciente, un empleado o un visitante en una organización de atención sanitaria. También se consideran eventos adversos incidentes tales como la caída de un paciente o la administración indebida de medicamentos, aunque los efectos en el paciente no sean permanentes. 7.- Incidente imprevisto y no deseado relacionado directamente con la atención o los servicios prestados al paciente.
--	--

2.4 Mala práctica médica

El término mala práctica médica, es un concepto jurídico que denota la falta de apego a los principios científicos y éticos, a los que obligatoriamente debe apegarse un prestador de servicios de salud, durante una atención médica. Para Casamadrid,⁵⁰ se trata de un género originado en la doctrina jurídica norteamericana, “*que bien puede asimilarse al derecho sanitario mexicano*”, y contiene las siguientes 3 especies: la impericia, la negligencia y el dolo. Se considera que la impericia se refiere a la falta de conocimientos por parte del profesional médico, la negligencia a la falta de cuidado, y el dolo, a la maquinación o artificio para engañar o con la intención de dañar; además el autor menciona la impericia temeraria o temeridad, que se refiere a la exposición innecesaria a riesgos por falta de conocimiento.

⁵⁰ Casamadrid Mata, Octavio. *La atención médica y el derecho sanitario*. JGH editores. 2009. pp12-15.

Mala práctica, es un calificativo que adquiere un acto médico después de que ha sido analizado por una autoridad jurisdiccional, debido al señalamiento de una persona, de que la atención médica que recibió fue inadecuada; en dicho caso, y después de un proceso judicial en el que se valoran las pruebas disponibles y se escuchan las opiniones de diversos peritos médicos, el juez emite su resolución, en la que se califica la atención médica controvertida, como correcta o incorrecta. Si la atención fue correcta, es decir, que durante la misma el profesional médico cumplió con las obligaciones de medios y de seguridad que la *lex artis* le imponía, quedará sin obligación de responder por los daños que haya sufrido el paciente, pues será un caso de práctica médica correcta; mientras que, si la atención se prestó con mala práctica médica, ya sea por falta de cuidado, por falta de conocimiento o de manera intencional, el juez condenará al médico a responder por los daños ocasionados al paciente.

Para Sánchez Cordero⁵¹ las responsabilidades en que pueden incurrir los profesionales de la salud, como la negligencia, la impericia o la imprudencia, se resumen en la mala práctica, la cual se define como la violación a los principios médicos fundamentales o a la inobservancia del estado del arte médico. Por su parte, define a la negligencia en los siguientes términos:

La negligencia puede definirse como el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión, esto es, que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace, o a la inversa, que sabiendo lo que no se debe hacer se hace. La impericia es la falta de conocimientos técnicos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en determinada arte o profesión. La imprudencia es lo opuesto a la prudencia. Es afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo, procediendo con apresuramiento innecesario, sin detenerse a pensar los inconvenientes que resultarán de esa acción u omisión.

⁵¹ Sánchez Cordero, Olga María. "La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico. Marco jurídico para la solución de controversias en la legislación mexicana". *Medicina Universitaria*. Órgano Oficial de la Facultad de Medicina de la UANL. Vol. 3, número 11. Abril junio, 2001.

En efecto, el término **negligencia médica** se refiere a una atención médica otorgada con falta de diligencia, falta de prudencia o falta de cuidado, por parte del médico; y la misma se determina comparando lo ocurrido en el acto médico específico, con lo que debería haber hecho un profesional médico de las mismas características que el acusado, en un caso semejante, tomando en cuenta las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que ocurrió el evento. Para calificar el acto médico se toma en cuenta la diligencia o cuidado que de manera ordinaria era de esperar en el caso de estudio, considerando la que aplicarían habitualmente otros médicos al tratar casos similares. La negligencia puede referirse a un acto de acción o de omisión.

Para Martínez Bullé-Goyri⁵² la negligencia es una conducta antijurídica cuya característica primordial es la *“falta de cuidado que genera riesgos o daños a terceros”* y agrega que, en el caso de los médicos, consiste en el incumplimiento de los estándares que desde el punto de vista técnico y ético estaba obligado el profesional; señalando al respecto, que la falta de consentimiento del paciente, puede considerarse una *“omisión o acción negligente por parte del médico”*.

Para abundar en las definiciones mencionadas, conviene comentar el contenido de algunas tesis de jurisprudencia que se encuentran reportadas en el escrito de la Ministra Sánchez Cordero, citado previamente:

En la Tesis: I.4o.A.64 A (10a.)⁵³ se argumenta sobre la diferencia entre error médico y mala práctica médica, señalando que existen errores que pueden ser excusables, como puede ser una interpretación equivocada de datos clínicos, la cual, si bien no exime de responsabilidad al profesional, es de menor gravedad que la negligencia médica. La mala práctica se refiere más bien a conductas impropias del médico, que no se refieren

⁵² Martínez Bullé-Goyri, Víctor Manuel; Olmos Pérez, Alexandra. “De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas”. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLIX, núm. 145, 2016, pp. 1/31-31/31.

⁵³ Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Décima Época 2004785 10 de 28 Tribunales Colegiados de Circuito Libro XXV, Octubre de 2013, Tomo 3 Pág. 1890.

a errores de juicio, sino a situaciones en las que un médico con adecuados conocimientos actúa sin diligencia, sin cuidado o con imprudencia; en esos casos se trata de errores médicos inexcusables por los que el profesional debe responder.

En la Tesis: I.7o.C.73 C,⁵⁴ se señala que existen 3 tipos de errores en el diagnóstico: por ignorancia o falta de conocimientos, por negligencia en la que el médico no recaba la información necesaria por inexcusable falta de cuidado, y el error diagnóstico, en el que el médico emite un diagnóstico incorrecto ante un cuadro clínico complejo y confuso. En la Tesis: 1a. XXVII/2013 (10a.)⁵⁵ se señala que la actividad profesional implica riesgos de error que pueden mantenerse en límites de lo tolerable, siempre y cuando se compruebe que el médico se sirvió en su momento oportuno de todos los medios que suelen utilizarse en la práctica médica.

En la siguiente tabla se anotan algunas de las definiciones que se han elaborado sobre mala práctica y negligencia médica, tomadas de Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (2009):

Mala praxis médica	1.- Conducta negligente o incompetencia injustificada en el desempeño de una tarea médica por parte del médico o de una parte (por ejemplo, un establecimiento de atención sanitaria) en la que se desarrolla esa acción o tarea; la mayoría de los casos de mala praxis médica son competencia de la jurisdicción civil (es decir, una demanda interpuesta por una persona contra otra), no de la jurisdicción penal (es decir, una demanda interpuesta por un Estado o un Gobierno Federal contra una o varias personas infractoras); la mala <i>praxis</i> médica se basa en la teoría de la negligencia, que es una conducta que no alcanza el nivel de calidad asistencial reconocido por la ley para proteger a otros frente al riesgo excesivo de daño, es decir, un desvío respecto a la norma asistencial aceptada que deriva en daños a otras personas; para que la parte demandante gane una demanda por negligencia deben alegarse y probarse ante el tribunal cuatro elementos: la obligación, su incumplimiento, los daños y la relación causal.
---------------------------	--

⁵⁴ Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época 174860 15 de 28 Tribunales Colegiados de Circuito Tomo XXIII. Junio de 2006. p 1200.

⁵⁵ Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Décima Época 2002570 6 de 10 Primera Sala Libro XVI, Enero de 2013. Tomo 1. p 638.

Negligencia	1.- El hecho de no proceder con la competencia, la diligencia y los conocimientos que se esperan de un proveedor de atención sanitaria razonablemente prudente. 2.- La atención prestada no cumplió los criterios de calidad que es razonable esperar de un profesional calificado para atender al paciente en cuestión o no alcanzó el nivel que se esperaba de los médicos de su comunidad. 3.- El hecho de no proceder con la diligencia con la que lo habría hecho una persona razonablemente prudente y cuidadosa en circunstancias similares. 4.- El hecho (por lo general por parte de un médico u otro profesional sanitario) de no proceder con la diligencia, la prudencia o la competencia ordinaria, razonable, habitual o esperable (que aplicarían habitualmente otros médicos acreditados al tratar a pacientes similares) en el desempeño de una obligación legalmente reconocida, lo que ocasiona daños, lesiones o pérdidas previsibles a otros; la negligencia puede ser un acto de omisión (es decir, involuntario) o de comisión (es decir, intencionado), caracterizado por falta de atención, imprudencia, inadvertencia, desconsideración o desorden; en la atención sanitaria, la negligencia implica una práctica médica de calidad inferior a la «práctica de referencia» que habría ejercido un profesional con la misma formación en circunstancias similares.
--------------------	---

2.5 Calidad de la atención médica

El concepto Calidad de la Atención Médica, se utiliza en los sistemas médico-administrativos para describir las características que tiene la atención médica; tiene múltiples definiciones, las cuales incluyen diferentes elementos, que van desde las características específicas de la atención médica en cuanto a su apego a la *lex artis*, pasando por los resultados obtenidos por la misma, y tomando en cuenta en otras, la satisfacción manifestada por los pacientes atendidos.

En las diferentes definiciones se perfila el conjunto de propiedades que nos permiten juzgar la calidad de la atención médica, tales como: beneficios, riesgos, costos y

oportunidad, entre otras.⁵⁶ En este concepto se analizan tres principales rubros: la estructura, los procesos y los resultados.

Las definiciones que sobre el concepto se utilizan en nuestro país para operar el Programa Sistema Integral de Calidad en Salud (2014),⁵⁷ son las siguientes:

Calidad Interpersonal: *La dimensión de la calidad de los servicios de salud, que consiste en la valoración que realizan los usuarios y sus familiares acerca del respeto de sus derechos, al trato digno, tiempo de espera, información, confidencialidad y confort; en función de sus necesidades, expectativas y valores.*

Calidad Técnica y Seguridad del Paciente: *La dimensión de la calidad que consiste en la aplicación de la evidencia científica en la práctica de los profesionales de salud, con el fin de lograr el máximo beneficio y el menor riesgo para el paciente.*

Sobre las características que debe tener un sistema de atención a la salud, para que pueda considerarse que tiene una adecuada calidad, conviene referirse al reporte del Instituto de Medicina de Estados Unidos de América “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*”,⁵⁸ en el que se señala que el sistema de salud de dicho país, tiene menores niveles de calidad que los que debería de tener y se recomienda rediseñarlo, dirigiendo los esfuerzos a 6 objetivos primordiales, mismos que nos permiten detallar las características que debe de tener una atención médica de alta calidad. La atención debe ser:

⁵⁶ González ML, Gallardo DL. “Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte”. *Revista Digital Universitaria*. Agosto 2012, Volumen 13, Número 8. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>, consultada el 24 de marzo 2017.

⁵⁷ Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2014. Publicado en el Diario Oficial de la Federación el 29 de diciembre de 2013.

⁵⁸ Committee on Quality of Health Care in America. “Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century” *Institute of Medicine*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.

- Segura. Evitando daños a los pacientes ocasionados por la atención que intenta ayudarlos.
- Efectiva. Proporcionando servicios sustentados en el conocimiento científico, a todos aquellos que puedan ser beneficiados por ello, y evitando dárselos a quienes no los requieran (evitando proporcionarlos en mayor o menor medida que lo necesario).
- Centrada en el paciente. Proporcionando cuidados que respeten y respondan a las preferencias, necesidades y valores de los pacientes, y asegurándose que los valores de los pacientes guíen las decisiones clínicas.
- Oportuna. Evitando esperas y demoras que puedan ocasionar daños a quienes reciben la atención y a los que la proporciona también.
- Eficiente. Evitando desperdicio de equipo, insumos, ideas y energía.
- Equitativa. Proporcionando una atención que no tenga variaciones en calidad derivadas de características personales, como género, etnicidad, localización geográfica y condiciones socioeconómicas.

Hablando de calidad de los sistemas de salud, es necesario mencionar también la definición de aseguramiento de calidad de Donabedian de 1986, que cita Enrique Ruelas (1994),⁵⁹ en la que se establece como *“aquellos esfuerzos que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica; ésta es monitorizada y los resultados son seguidos **de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias**”*.

En la siguiente tabla se anotan algunas de las definiciones que se han elaborado sobre el concepto de calidad de la atención médica, tomadas de Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente (2009):

⁵⁹ Ruelas, Enrique. “Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones”. *Gaceta Médica de México* 130:4, p 223, 1994.

Calidad de la atención médica	1.- Grado en que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se logren los resultados sanitarios deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales del momento. 2.- Grado de conformidad con los principios y prácticas aceptados (normas), grado de adecuación a las necesidades del paciente y grado de consecución de resultados (efectos prácticos) alcanzables, en consonancia con la correcta asignación o uso de los recursos. La expresión calidad de la atención denota el concepto de que la calidad no equivale a «más tecnología», a «tecnología superior» o a mayor coste. El grado de conformidad con las normas se centra en el desempeño del proveedor, mientras que el grado de adecuación a las necesidades del paciente, indica que éste puede presentar trastornos que prevalecen sobre la estricta conformidad con los procedimientos prescritos.
--------------------------------------	---

2.6 Análisis sobre cuál de los conceptos mencionados resulta idóneo para referirse a las deficiencias

Respecto a la terminología que puede utilizarse para referirse a las deficiencias en la atención del parto normal, debe señalarse que se requiere de un concepto que pueda incluir, las deficiencias consistentes en maltrato emocional y físico, las deficiencias que ponen en riesgo a las pacientes de sufrir lesiones y las deficiencias que efectivamente causan daños físicos o muerte. Dicho concepto debe tener también, la característica de poder ser aceptado por la sociedad y el gremio médico, así como de partir de una base de creencias o alguna teoría de aceptación generalizada y ser capaz de dar sustento a acciones de mejora en la atención médica.

De acuerdo a lo anterior, es posible señalar que el concepto de Violencia Obstétrica, no cumple los requisitos mencionados, pues fue creado desde la óptica de los grupos que promueven el parto natural, no medicalizado o “humanizado”, a partir de creencias y teorías que carecen de aceptación generalizada. Se trata de un término que no es aceptado desde el punto de vista de la medicina biológica, y que incluye indistintamente las deficiencias que ocasionan daños y aquéllas que violan los derechos de las pacientes pero sin ocasionar daño emocional o físico. Dicho concepto se apoya en

herramientas jurídicas centradas en la persona del médico o la enfermera, para penalizar las deficiencias que correspondan a su definición, pero no propone acciones de mejora encaminadas a evitarlas, ni toma en cuenta el papel que juegan en la génesis de las mismas las autoridades hospitalarias o las políticas públicas dictadas por la autoridad.

Por su parte, el concepto mala práctica y su especie, la negligencia médica, tampoco resulta de utilidad para el propósito mencionado, pues solamente ve el problema de las deficiencias desde el punto de vista jurídico, por lo que solamente visualiza las acciones que finalmente ocasionan daños a la salud de las pacientes o sus fetos/recién nacidos, pero no las que determinan maltrato emocional o aumento de riesgos sin que ocasionen daños; dicho concepto tampoco incluye posibilidad de acciones de mejora para evitar la presentación de deficiencias.

El concepto de seguridad del paciente es un enfoque promovido por la Organización Mundial de la Salud que tiene como finalidad evitar los errores que provocan eventos adversos; es de aceptación prácticamente generalizada, por lo cual podría resultar de utilidad para englobar a las deficiencias, sin embargo, falla en darle importancia a la falta de respeto a la dignidad de los pacientes que no ocasiona daños objetivos, por ello no sería el concepto que mejor describiría las deficiencias de manera integral.

El concepto de calidad de la atención médica es el que mejor puede acoplarse a los requisitos mencionados, pues fue creado para que los procesos de atención médica correspondan en la mayor medida posible al estándar de atención aplicable, e incluye medidas de vigilancia para identificar fallas y para corregirlas, en aras de lograr mejores resultados (proceso de gestión de calidad). Dicho concepto permite hacer la diferencia entre calidad interpersonal, que se refiere al trato digno y respetuoso de los derechos de las pacientes en función de sus necesidades y expectativas; y la calidad técnica y seguridad del paciente, que se refiere a lograr una atención basada en evidencia científica, tendiente a lograr el máximo beneficio y el menor riesgo para el paciente.

Cuadro comparativo de los conceptos utilizados para referirse a las deficiencias					
	¿Incluye falta de respeto a la dignidad?	¿Incluye deficiencias que aumentan riesgos?	¿Incluye deficiencias que causan lesiones y/o muerte?	¿Tiene aceptación generalizada?	¿Puede sustentar acciones de mejora?
Violencia Obstétrica	Sí	Sí	Sí	No	No
Mala práctica médica y negligencia	No	No	Sí	Sí	No
Seguridad del paciente	No	Sí	Sí	Sí	Sí
Calidad de la atención médica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

Merced a lo anterior, es posible concluir que **el concepto que resulta más adecuado para referirse a las deficiencias que se presentan en la atención del parto normal en los hospitales públicos mexicanos es el de calidad de la atención médica.**

CAPÍTULO 3

CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFICIENCIAS EN LA ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL EN HOSPITALES PÚBLICOS MEXICANOS

3.1 El sistema hospitalario público en México y la atención del trabajo de parto normal

El Sistema Nacional de Salud Mexicano está conformado por diversas instituciones, con diferentes esquemas de atención, entre las que se pueden mencionar los siguientes:

- La Secretaría de Salud (SS) encargada de coordinar el Sector Salud, elaborar planes sexenales y conducir las políticas públicas de salud, entre otras acciones.
- El Consejo de Salubridad General quien funciona como autoridad sanitaria, coadyuva a mejorar la calidad de los servicios de atención médica mediante la emisión de normativas y supervisión, registra los hospitales acreditados y coordina acciones con otros sectores relacionados con la salud.
- El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que proporciona atención en salud a población asegurada, correspondiente a los trabajadores formales y a sus derechohabientes.
- El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), quien hace lo propio con los trabajadores al servicio del Estado y sus familiares.
- El Servicio Médico de Petróleos Mexicanos (PEMEX), los servicios de Sanidad de las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina y los Institutos de Seguridad Social de algunos Estados de la República, que proporcionan atención médica a las personas que trabajan en dichas instituciones.
- Los Institutos Nacionales de Salud, los Hospitales Regionales de Alta Especialidad y los Hospitales Federales de Referencia, como entidades

descentralizadas cuya finalidad es proporcionar atención médica de alta especialidad, a población no asegurada y realizar investigación en salud.

- Treinta y un Sistemas Estatales de Salud (SESA) y uno en el Distrito Federal, con facultades para aplicar la Ley General de Salud, administrar los servicios de salud en la región de su competencia y proporcionar atención médica a la población no asegurada.
- El Programa IMSS Prospera, que proporciona atención médica a la población no asegurada que vive en zonas rurales.
- La Cruz Roja Mexicana que proporciona servicios médicos a población no asegurada.
- Los servicios médicos privados integrados por hospitales y consultorios médicos, que se encargan de la atención médica de la población que puede pagar sus servicios o cuenta con seguros de gastos médicos que cubren el costo de los mismos.

Para tener una panorámica general del Sistema Nacional de Salud Mexicano, debe tomarse en cuenta, que su financiamiento tiene una proporción menor a la que se tiene en otros países, tal y como se señala en el reporte sobre el Sistema de Salud mexicano que emitió en 2016 la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE); en dicho documento se establece que en 2013 se destinó el 6.2% del Producto Interno Bruto (PIB) al Sector Salud, lo cual resulta menor que el promedio de los países pertenecientes a dicha organización (8.9%). Además, el porcentaje de aportación de fondos públicos en la inversión en salud fue particularmente bajo, pues constituyó solamente de 51% del total, o aproximadamente el 3% del PIB; señalándose al respecto que solamente en Chile (46%) y en Estados Unidos de América (48%), la aportación pública al gasto de salud fue menor que en México.

En el informe mencionado se señala que el gasto público tan bajo y el total de inversión en salud que se hace en México, se refleja en la escasez de recursos que prevalece en el país. México tiene 2.2 médicos y 2.6 enfermeras por cada 1,000 personas (lo cual

incluye a los médicos que laboran en el sector privado), proporción marcadamente menor al promedio de la OCDE de 3.2 y 9.7 respectivamente. La densidad de camas también es marcadamente menor (1.6 camas por 1,000 habitantes en 2012, comparada el promedio de 5 camas por 1,000 en los países de la OCDE).⁶⁰ En el citado informe se señala que el gasto público en salud en México no siempre se traduce en mejores resultados en salud; se considera que el gasto es ineficiente y con poca rendición de cuentas; y que ello se debe a la naturaleza fragmentada del Sistema Mexicano de Salud, el cual tiene múltiples subsistemas verticales con poca integración entre ellos.

Ahora bien, operativamente el Sistema Nacional de Salud se encuentra dividido en tres niveles de atención; el primer nivel que se ocupa de la atención del 85% de los problemas de salud a través de unidades médicas tipo consultorio; el segundo nivel está constituido por los hospitales generales que atienden al 12% de los problemas de salud, que requieren atención médico quirúrgica de las especialidades básicas (medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecoobstetricia); el tercer nivel corresponde a los hospitales de alta especialidad e Institutos Nacionales de Salud, los que atienden al 3% de los problemas de salud que requieren atención especializada y compleja.

Al cierre de 2010 en el país había 3,976 hospitales, de los cuales la mayoría (66.4%) eran hospitales privados pequeños y había **1,335 hospitales públicos**, divididos entre los dedicados a atender población derechohabiente o asegurada y los encargados de atender a la población no asegurada o no derechohabiente. En la fecha mencionada los hospitales públicos tenían en su conjunto 74,064 camas (0.7 camas por mil habitantes), con una diferencial marcada por región, pues en el Distrito Federal había 1.3 camas por mil habitantes, mientras que en Chiapas la proporción era de 0.4 por mil.⁶¹

⁶⁰ OECD. *Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. Disponible en: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-mexico-2016_9789264230491-en#page24, consultado el 24 de marzo 2017.

⁶¹ Secretaría de Salud. *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011*. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.

Respecto a las características de los establecimientos, se tiene el dato de que en 2006 había 1,124 hospitales públicos y de que la mayoría (65.6%) eran menores a 60 camas; en efecto, 457 (40.6%) eran menores a 30 camas y 282 (25%) tenían de 30 a 59 camas. Sobre ello, Martínez Narváez (2013)⁶² señala que el desempeño de los hospitales pequeños (de aproximadamente 30 camas), en general es poco eficiente, pues para su operación es necesario crear y mantener sistemas generales que sobrepasan las necesidades del reducido número de camas; mientras que los hospitales generales de grandes dimensiones, tienden a convertirse en hospitales de especialidades y dejan espacios vacíos de segundo nivel.

En el Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud 2013⁶³ se registró la existencia de 212,265 médicos en las Instituciones públicas de salud, de los cuales 194,601 estaban en contacto con paciente; entre ellos había 91,935 médicos especialistas, de los cuales **9,996 eran ginecoobstetras (4,698 para población no asegurada y 5,298 para población asegurada)**. Los ginecoobstetras estaban distribuidos de manera diferenciada en los estados de la república, como se resume a continuación: Chiapas 224 (127 para no asegurados y 97 para asegurados), D.F. 1,523 (653 para no asegurados y 870 para asegurados), Guerrero 229 (125 y 104), Estado de México 1,360 (720 y 640), Nuevo León 394 (144 y 250), Oaxaca 189 (113 y 76).

En el Observatorio de Desempeño Hospitalario 2011 se registró que la distribución de personal médico era muy diferenciada en cada Estado de la República. En Aguascalientes había 1.8 médicos por mil habitantes, mientras que en los estados de México, Baja California, Nuevo León, Oaxaca, Puebla y Chiapas había menos de 0.5 médicos por mil habitantes sin seguridad social. Los datos muestran un desequilibrio en las distintas unidades médicas, pues el nivel general de médicos por cama hospitalaria en la SS y SESA era de 1.2, sin embargo, había 3 hospitales con 0.1

⁶² Martínez Narváez, Gregorio. *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. 2013. Fondo de Cultura Económica. México. p.551 y 252

⁶³ Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud, 2013, No 33, 2013.

médicos por cama y otros donde la relación era 7:1. En el IMSS y el ISSSTE el nivel general era de 1.3 y 1.4 médicos por cama; con variabilidad desde 0.2 hasta 5.1 médicos por cama en el IMSS y desde 0.7 hasta 5.5 en el ISSSTE.

En cuanto a personal de enfermería se contabilizaron 162,834 enfermeras hospitalarias en contacto con paciente, con una relación de 1.5 por mil habitantes (debajo de la recomendación internacional de 4 por mil). En los hospitales del IMSS la relación fue de 1.8 y en el ISSSTE, la SS y los SESA, fue de 1.6. La relación promedio de enfermera por cama hospitalaria en la SS y los SESA fue de 2.0, para el IMSS 2.4 y para el ISSTE 2.3. Con variaciones desde 0.5 a 7.6 en la SS y los SESA y de entre 0.8 a 12.6 en el IMSS y con variaciones en el ISSSTE de entre 0.6 y 10.3 enfermeras por cama. En Aguascalientes había 3.1 enfermeras por mil habitantes sin seguridad social, mientras que en Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí, Nuevo León, Michoacán, Puebla y Chiapas, había menos de una enfermera por mil habitantes sin seguridad social.

Siguiendo el reporte del Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud 2013, se encuentra el registro de que en 2013 el total de población nacional fue de 118,395,053, y de que se atendieron 1,698,419 nacimientos en unidades públicas de salud, **de los cuales 1,008,464 fueron partos eutócicos**, 25,145 distócicos vaginales, 664,580 cesáreas y 230 no especificado. En el primer nivel se atendieron 25,701 nacimientos (1.51%), **en el segundo nivel 1,312,219** (77.2%), en el tercer nivel 346,697 (20.41%) y en 13,342 nacimientos (0.78%), no se especificó el tipo de unidad. El gasto público en salud a nivel nacional en el año mencionado fue de 524,372,612 correspondiente a un 3.3% del PIB. En Chiapas el gasto correspondió al 5.7%, en el D.F. al 3.9%, en Nuevo León el 1.9% y en Oaxaca el 5%.

Otro dato importante es el correspondiente a la morbilidad materna severa, el cual comprende aquellas condiciones de salud causadas o agravadas por el embarazo, parto o puerperio, que ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres. Entre estas condiciones destacan: preeclampsia-eclampsia, hemorragia, placenta previa, sepsis,

desprendimiento prematuro de placenta, complicaciones de la anestesia y embolia obstétrica. **En 2006 los SESA registraron 35,300 casos de las condiciones mencionadas, con una proporción de 4.7 casos por 100 partos.** La mayor parte de la morbilidad severa materna, en los SESA, se concentra en preeclampsia-eclampsia, con 46.4%; siguiéndole hemorragia con 39.8%, y desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa, con 10.7%. Por su parte, el IMSS registró 13,731 casos, para una razón de 2.7 casos por 100 partos atendidos. La distribución de los casos del IMSS se concentra en preeclampsia-eclampsia (81%), así como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta con 16.2%. Por entidad federativa, los SESA con la razón de morbilidad severa materna más alta fueron Tlaxcala (8.8), Tabasco (7.1) y Campeche (6.8). En el IMSS, fueron Yucatán (6.6), Morelos (6.4) y Querétaro (4.5).⁶⁴

En esos términos, **los datos obtenidos en la investigación documental, sobre la atención del trabajo de parto en los hospitales públicos mexicanos pueden resumirse de la siguiente manera:**

El sistema público de salud está conformado por diferentes subsistemas, cada uno con su propio esquema de financiamiento, políticas de funcionamiento, tipos de unidades médicas que lo integran, etc. Resultado de ello es una atención médica diferenciada en las diferentes instituciones, en las distintas regiones del país, y en los contextos urbano o rural; lo cual se hace muy evidente en la principal deficiencia en la atención de las pacientes embarazadas en trabajo de parto en nuestro país, a saber la muerte obstétrica prevenible asociada al parto, la cual es mucho menos frecuente en hospitales grandes de las regiones con mayor nivel económico, con recursos humanos, insumos e infraestructura suficientes para enfrentar las urgencias obstétricas (52.9 por 100,000 nacidos vivos), que en los hospitales pequeños con escasez de recursos, localizados en las regiones de menor nivel económico (97.3 por 100,000 nacidos vivos). Señalándose en las diferentes referencias, que del 70% al 80% de las muertes

⁶⁴ *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2006. Op cit. p 63.*

maternas en nuestro país, se debieron a deficiencias en la atención médica de las complicaciones asociadas al trabajo de parto.

Uno de los factores a tomar en cuenta para entender el funcionamiento del Sistema Público de Salud es la inversión que el gobierno aporta al mismo, el cual según los reportes disponibles es aproximadamente el 3% del Producto Interno Bruto, además, según el reporte de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) dicho gasto es ineficiente y con poca rendición de cuentas, lo cual se debe a la naturaleza fragmentada del Sistema, el cual tiene múltiples subsistemas verticales con poca integración entre ellos.

Otro factor a tomar en cuenta es que el Sistema Público de Salud se atiende aproximadamente un millón setecientos mil nacimientos al año. Reportándose que el sistema tiene 1,335 hospitales públicos que en su conjunto tienen 74,064 camas, lo cual corresponde a 0.7 camas por mil habitantes, una cifra baja si se compara con la cifra de los países que conforman la OCDE de 5 camas por mil habitantes, y con una distribución diferenciada por región y por institución, pues en el Distrito Federal había 1.3 camas por mil habitantes, mientras que en Chiapas la proporción era de 0.4 por mil.

Otro dato importante es que el 77.2% de los nacimientos en establecimientos públicos de salud ocurre en hospitales generales, o de segundo nivel, y 20.41% en hospitales de tercer nivel y solamente el 1.51% ocurre en unidades de primer nivel; lo cual resulta muy importante, pues la gran mayoría de los partos normales podrían atenderse en unidades de primer nivel, siempre y cuando existieran sistemas de traslado eficientes y unidades médicas regionales que permitieran resolver, oportuna y adecuadamente, las urgencias obstétricas que llegaran a presentarse. Aunado a lo anterior, debe señalarse que el 40.6% de los hospitales públicos corresponde a hospitales de 30 camas o menos, elemento que resulta de gran importancia ante los señalamientos de que los hospitales de dichas dimensiones tienen un desempeño poco eficiente y son incapaces de resolver las urgencias obstétricas de manera adecuada.

Los elementos mencionados adquieren dimensión cuando se conoce que la proporción con que se presenta la morbilidad materna severa en los establecimientos a que hacemos referencia es de entre 2.7 a 8.8 casos por 100 partos, de los cuales hasta el 40% se debe a hemorragia obstétrica, diferencial que se asocia con la institución a que pertenece el hospital y la región del país en la que está situado. Dichos datos señalan que entre 27,000 a 88,000 mujeres en trabajo de parto al año presentan complicaciones que requieren atención inmediata hospitalaria eficiente, capaz de responder adecuadamente ante una emergencia obstétrica. La falla en la atención médica adecuada de la morbilidad materna severa puede llevar a la muerte obstétrica directa prevenible.

Por lo que hace a disponibilidad de personal médico se encontró una distribución muy diferenciada por cada estado de la República, con cifras de médico por cama hospitalaria pública, con muchos hospitales con 0.5 médicos por cama y algunos pocos de 7.1 médico por cama. Existiendo una distribución semejante en cuanto a personal de enfermería, con hospitales con 0.5 y algunos otros con hasta 12.1 enfermeras por cama hospitalaria. En cuanto a especialistas en ginecología y obstetricia, se tiene el reporte de que el sistema público de salud tiene contratados aproximadamente 10,000 de ellos, lo cual resulta claramente insuficiente para cubrir los diferentes turnos de los aproximadamente 1,335 hospitales registrados, tomando en cuenta que en cada hospital debería de contarse cuando menos con 5 especialistas para cubrir los turnos matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y los fines de semana, que la distribución de especialistas se concentra en las grandes ciudades y que en la muchos hospitales la cantidad de especialistas se concentra en el turno de la mañana de lunes a viernes, con dificultad para cubrir los demás turnos, especialmente cuando los médicos designados faltan o tienen vacaciones.

3.2 Descripción de las deficiencias

En esta sección se hará una descripción de las deficiencias reportadas en los documentos recolectados en la investigación documental, tratando de profundizar en las características de las mismas (aspecto cualitativo), al mismo tiempo que se buscan datos estadísticos que ayuden a conocer la extensión que tiene la presentación de deficiencias en los hospitales públicos mexicanos (aspecto cuantitativo).

3.2.1 Deficiencias que vulneran la dignidad de las mujeres y les pueden ocasionar daños emocionales.

3.2.1.1 Maltrato

El encuentro entre las pacientes y el personal de salud que tiene lugar en los hospitales públicos, difiere en mucho con la clásica relación médico paciente que se describe en la mayoría de los textos; es decir, una relación de confianza en la que una paciente específica busca a un médico, al que conoce o le ha sido recomendado, y le solicita atención para la solución de un problema de salud; caso en el que ocurre un acuerdo, un contrato tácito, en el que se encuentran claras las obligaciones y los derechos de ambos participantes; un encuentro en que la paciente puede negarse a la atención que el médico le propone o a las condiciones en las que lo hace, y en la que, también el médico puede rehusarse a atenderla; dicha relación, entonces, se lleva a cabo entre personas que se conocen y que aceptaron las condiciones en que el acto médico se encuentra planteado; se trata de una relación personalizada, pero lo más importante, es que en ella, el médico asume plenamente la responsabilidad de la atención de la paciente.

A diferencia de la relación descrita en el párrafo previo, en los hospitales públicos se lleva a cabo un encuentro entre dos partes, a saber: a) los médicos y enfermeras que tienen firmado un contrato con la Institución del Sistema Nacional de Salud de la que forman parte, para proporcionar atención médica a las pacientes que solicitan atención y a las que se encuentran internadas en un determinado hospital, en un horario

específico, y ejerciendo las funciones definidas en su contrato laboral, y b) las pacientes que solicitan consulta en el establecimiento hospitalario del que se trate. Se trata de un acuerdo de voluntades que no se lleva a cabo entre las dos partes que interactúan, sino que fue llevado a cabo en etapas previas e incluye obligaciones y derechos que no fueron definidos entre las mismas. Es un encuentro entre personas, que en la mayoría de las ocasiones no se conocen previamente, y en el que generalmente no existe un momento para ponerse de acuerdo en lo que a cada uno compete, sino que ello se da por sentado.

Una característica fundamental de la relación médico-paciente que se da en los hospitales públicos, es que la responsabilidad por las pacientes se comparte, pues generalmente, no hay un médico responsable principal de la paciente, sino que la misma se encuentra a cargo del médico responsable del piso o sección del hospital donde la paciente está siendo atendida (Urgencias, Tococirugía, Piso...), en cada uno de los diferentes turnos de trabajo (mañana, tarde y noche). Dicha condición determina que la paciente no pueda identificar a algún profesional médico que sea el único responsable de la toma de decisiones en su caso, y que además, se vea expuesta a cambios de manejo médico en cada cambio de médico responsable, ya sea por cambios turno o de sección hospitalaria en la que se encuentre hospitalizada. Igualmente la ausencia de un médico responsable o tratante único, hace que el personal médico considere que las pacientes hospitalizadas no son “sus pacientes”, sino “pacientes del hospital”, lo que propicia un trato poco personalizado.

En dicho encuentro, el personal de salud es el que conoce el lugar, el proceso de atención del trabajo de parto, y sobre todo, las obligaciones y derechos implícitos en el mismo. Mientras que las mujeres que acuden al hospital, en muchas ocasiones tienen carencias económicas, educativas y nutricionales; desconocen sus derechos, las rutinas del hospital, lo que les espera en las próximas horas y el papel que pueden tener sus acciones en el progreso del trabajo de parto; además se encuentran en una etapa de su vida que implica riesgos que pueden ser graves para ellas y para su familia.

En ese contexto, **se trata de mujeres en condición de vulnerabilidad**, pues se encuentran expuestas a que su integridad, dignidad y autonomía sean dañadas.

El término “dignidad” al que se hace referencia en este capítulo se refiere a todos aquellos aspectos que tradicionalmente se consideran propios del respeto debido a los seres humanos; expresa el valor del ser humano en la sociedad, e incluye el respeto que deben tenerse a la capacidad de agencia que cada persona tiene, de su capacidad de decidir de acuerdo a sus preferencias y a su derecho de ser considerada un fin en sí mismo, y no solamente un medio para obtener alguna otra cosa. En todos los casos, la dignidad se refiere al valor intrínseco que tienen los seres humanos, por el sólo hecho de serlo.

En ese tenor, las deficiencias que se incluyen en esta sección se refieren al trato que reciben las mujeres en trabajo de parto, específicamente en lo que hace a la forma en que el personal de salud se relaciona con ellas; al trato interpersonal, más allá de la pertinencia de los actos médicos realizados. Se incluyen formas tan evidentes de maltrato como son los golpes e insultos, pero también formas de maltrato disfrazadas de buen trato, como pueden serlo las bromas irrespetuosas, las burlas o el tratar a las pacientes con diminutivos que las infantilizan o les restan dignidad y autonomía.

Un estudio muy demostrativo de las deficiencias que se estudian en esta sección es el que realizó Smith-Oka⁶⁵ en un hospital público de Puebla; en el que se reporta, que el mismo atiende entre 8,500 y 9,000 nacimientos al año y que trabaja al 140% de su capacidad habitualmente, creando condiciones incómodas para las pacientes y gran estrés para los médicos y las enfermeras que trabajan ahí. Señalándose que debido a la falta de espacio en la sala de maternidad, las pacientes son dadas de alta lo más pronto posible. En dicho establecimiento, aproximadamente 25% de los partos ocurren en madres adolescentes y el índice de cesárea es de 45%. El estudio se realizó

⁶⁵ Smith-Oka V. “Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico”. *Social Science & Medicine*. 143 (2015) 9-16.

mediante observación participante y entrevistas semi estructuradas y abiertas a 71 pacientes obstétricas, a 9 enfermeras y 30 médicos. La autora participó en los partos como Doula, tomando la mano de la parturienta durante las contracciones, dándoles masaje en la espalda, y las ayudó con su dolor, miedo e incomodidad, estando cerca de ellas, acompañándolas.

En el estudio en comento puede apreciarse una característica común a la mayoría de los hospitales públicos de nuestro país, a saber, que se trata de encuentros entre personal médico perteneciente a una clase media urbana, con preparación profesional, y pacientes pobres de zonas urbanas, semirurales o rurales, pacientes con pobre nivel educativo y una cultura diferente a la del personal de salud. La investigadora encontró que la mayoría de los médicos entrevistados parecían tener una preocupación genuina por la salud y el bienestar de sus pacientes, a quienes consideraban ignorantes e incapaces de tomar decisiones adecuadas en cuanto a su propia salud; muchos las consideraban problemáticas, no cooperadoras, inmaduras e incapaces de tener autocontrol en su actividad sexual y durante el trabajo de parto. Los médicos refirieron encontrarse frustrados por el interminable número de pacientes a quienes atendían y a quienes repetían, sin éxito, la necesidad de usar métodos anticonceptivos, cuidar su dieta y tener autocuidado en salud. Algunos médicos señalaban que las pacientes a quienes atendían abusaban del sistema, eran problemáticas y no aportaban nada a la sociedad. La investigadora observó que las frustraciones relacionadas con las pacientes, aunadas a las asociadas con las condiciones laborales, se manifestaban de diferentes formas durante el encuentro clínico, ya fuera mostrando enojo o irritación, impaciencia, comentarios hirientes, o bien con burlas o sonrisas condescendientes.

Para ejemplificar los encuentros médico-paciente observados, la autora describe el caso de una mujer de 18 años que acudió al hospital por dolores y cansancio, muy ansiosa y preocupada, pensando que ya estaba en proceso de trabajo de parto; ante lo cual el médico contestó haciendo bromas, diciéndole que sería mejor que se acostumbrara a no dormir, porque cuando el bebé naciera iba a pasar muchas noches

de desvelo, a menos que fuera “*fodonga*” e ignorara su llanto. La paciente pensaba que tenía 43 semanas de embarazo y el médico le dijo que sólo tenía 38, haciendo a continuación algunos comentarios en los que trataba de hacerse el gracioso con el personal de enfermería, incluso guiñándoles el ojo y burlándose de la paciente; mientras ella se veía confundida, angustiada y llena de incertidumbre.

Otra descripción que hace la autora, es una en que vio a una médico decirle a las pacientes: “*ahora están gritando de dolor, pero hace 9 meses estaban gritando de placer*”, ante lo cual las pacientes se molestaban. La autora también describe que el personal de salud clasificaba a las parturientas entre buenas y malas pacientes, siendo las buenas pacientes, aquellas que cooperaban y obedecían las indicaciones, que podían controlarse, sabían que el parto duele y evitaban gritar. Respecto de la cooperación que se esperaba de las pacientes, señala que las mujeres que no cooperaban o seguían las instrucciones, se desesperaban y ocasionaban desesperación entre el personal de salud. Al parecer, las pacientes que no cooperaban o ignoraban las órdenes médicas, se merecían una reprimenda verbal y en ocasiones física, “justificada”.

En otro ejemplo, la investigadora describe el caso de una niña de 16 años quien, estaba en la mesa de partos rodeada de residentes, internos y enfermeras, a quien le fue realizado tacto vaginal en 6 ocasiones en una hora por diferentes médicos; la niña gritaba en cada tacto con desesperación y dolor y preguntaba frecuentemente: ¿ya salió?, ¿ya se acabó?; preguntas que frecuentemente provocaban risas entre los médicos. La autora refiere que una residente le comentó: ¿ya ves?, es una madre sola que no quiere cooperar, está así desde su ingreso. En algún momento le fue dicho a la niña que si quería que le hicieran cesárea, ante lo que ella respondió angustiada que no y los médicos le contestaron: “entonces coopera”. Finalmente la paciente fue operada de cesárea y, cuando ulteriormente la autora se acercó a un grupo de mujeres médicas que platicaban sobre el caso, escuchó que criticaban a la paciente por su falta de

cooperación, y todas estuvieron de acuerdo que así era el tipo de pacientes que se atendían en ese hospital: pacientes problemáticas.

En otros estudios se ha mostrado que el maltrato durante la atención del parto puede estarse presentando con una frecuencia de entre el 29% y el 40% de pacientes que se atienden en los hospitales públicos. Pintado-Cucarella dirigió un equipo que encuestó a 29 médicos de diferentes instituciones y hospitales del Estado de Puebla, encontrando que el 35.7% reportó haber presenciado casos discriminación por edad, raza o nivel socioeconómico y el 40% presenció tratos groseros y ataques verbales a las pacientes.⁶⁶ Mientras que Valdez-Santiago⁶⁷ realizó un estudio en hospitales públicos del estado de Morelos que incluyó a 512 mujeres en el puerperio inmediato, aplicando un cuestionario sobre el trato recibido durante el parto. Encontró que el 29% de las mujeres se sintieron maltratadas durante la atención del parto, con maltrato verbal (no grite, no llore, no se queje, regaños, humillaciones) y maltrato físico (presión en el abdomen, sutura sin anestesia, golpes en las piernas, amenazas, pellizcos).

Otro estudio que resulta revelador de las relaciones entre el personal de salud y las pacientes que se presenta en los hospitales públicos es el que reportó Roberto Castro,⁶⁸ quien realizó una investigación en la que se llevó a cabo observación directa en salas de parto en varios hospitales públicos por 3 estudiantes de antropología capacitadas para ello, durante un total de 256 horas (aproximadamente 130 partos y cesáreas). Cuando el autor describe las salas de partos observadas, señala que un rasgo característico, fue que en las mismas se tocaba música a volúmenes altos, con boleros, baladas o música ranchera. Señala también que el comportamiento de los

⁶⁶ Pintado-Cucarella, S; Penagos-Corzo, JC y Casas-Arellano MA. "Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica". *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83:173-178.

⁶⁷ Valdez-Santiago, R; Hidalgo-Solórzano E y Mojarro-Iñiguez M. "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto". *Revista CONAMED*. vol. 18, num 1, enero-marzo 2013. Pags. 14-20.

⁶⁸ Castro, Roberto. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología*. 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. Disponible en: <file:///C:/Users/fuentes/Downloads/46428-123375-1-PB.pdf>, consultado el 7 de septiembre 2016.

médicos y enfermeras al relacionarse con las pacientes (el *habitus* médico), al parecer ocurría en la **esfera prereflexiva**, manifestándose de diferentes formas, como por ejemplo en interacciones entre el personal de salud que les provocan risa a ellos, pero no a las pacientes; al respecto, describe el caso de una paciente colocada en la cama de expulsión a quien el médico ordenaba: *¡bájese, bájese más!*, de tal suerte que la paciente se bajaba y ya tenía el coxis volando, ante lo cual el médico le dice: no, no tanto, y se ríen él y la enfermera. En otra descripción la enfermera pregunta si le van a hacer episiotomía a una paciente y el médico responde “*¡claro, a todas, ... de castigo!*”, haciéndose el chistoso, pero con cara seria. El autor explica que existe un contexto cognitivo en el que las enfermeras entienden los chistes de los médicos, y que dichos chistes pueden representar amenazas de castigo a otras pacientes, expresadas por el médico sin estar plenamente consciente de ello, pero determinadas por la situación de jerarquía entre las mujeres y el personal de salud, jerarquía que implica la posibilidad de castigar.

Otro ejemplo que pone el autor es el de una mujer con dolores intensos a la que el médico pretendía explorar mediante un tacto vaginal y le decía “*esto no te va a doler, confía en mí*”; sin embargo, la paciente se resistía a la exploración, por lo que el médico le ordenaba que separara las piernas y le decía “*parece que estamos jugando contigo*”; igualmente la enfermera le decía en voz fuerte e imperativa que separara las piernas por favor, mientras que el médico le decía que se trataba de la vida de su hijo, y la enfermera señalaba en forma amenazante, que si el bebé salía mal, ella iba a ser la culpable. Ejemplo en el que el autor se pregunta sobre la lógica prereflexiva que habría podido tener el médico en ese caso, al describir la situación como si estuvieran jugando, misma que denota una profunda descalificación del dolor de la mujer y de sus necesidades.

El autor continúa describiendo ejemplos; en uno de ellos el médico le dice a la paciente:

“esto no es cuestión de que usted llegue, se acueste y nazca el bebé, usted tiene que poner mucho de su parte”, ... “coopere con nosotros”.

Ante lo cual el mencionado autor comenta que obviamente el médico no cree que la paciente se imaginó que solo llegaría y nacería el bebé, sino que actúa descalificando a la mujer, ridiculizándola y llamándola a la norma; además considera que, el que el médico encuentre natural calificar a las pacientes como cooperadoras o no, demuestra el sistema de jerarquías que se presenta en la atención a la paciente. En otro caso describe a una paciente que pide que le apliquen bloqueo (refiriéndose al bloqueo peridural, un tipo de anestesia que disminuye los dolores durante el trabajo de parto) y el médico contesta que no, por lo que ella pide: *“¡no aguanto, por favor, por favor, doctor, por favor!”*, ante lo cual nadie le contesta, ni le dan razones; hecho que el autor explica, señalando que un rasgo central del *habitus* médico, es su carácter desvinculante (la capacidad de los médicos de no involucrarse emocionalmente con las pacientes), que permite al personal de salud ignorar a las mujeres, aún y cuando les solicitan dramáticamente su atención. En el estudio también se describe la capacidad de los médicos para bromear entre ellos, como si la paciente no estuviera presente; y que existen momentos en los que **la mujer que acaba de parir queda reducida a “no persona”**, puesto que lo importante para los médicos es el entrenamiento que están recibiendo. En otro caso, una paciente con dolores intensos le pide a la residente de segundo año que le haga cesárea, ante lo cual, ésta le responde que no, que *“tiene que salir por donde entró”, “¿para que se embarazó?, usted quería, ¡¡ahora, aguántese!!”*.

El autor concluye que la formación de los médicos, incluye un *curriculum* oficial y uno paralelo, oculto, que permite el desarrollo de un *habitus* médico autoritario, que hace posible un conjunto de conductas represivas muy eficaces en cumplir la agenda de la institución médica, porque definen las lógicas naturales y las profesionales. Se trata de un *habitus* que funciona así porque las características del campo lo favorecen, tratándose de hospitales públicos que atienden a mujeres sin posibilidades de pagar por

otro servicio, quienes a la vez son incapaces de asumir plenamente sus derechos y defenderlos.

3.2.1.2 Deshumanización

Otro abordaje que puede darse al maltrato a las pacientes, es el que lo entiende como un proceso de despersonalización o deshumanización. En efecto, existen reportes de que en México existe un marcado deterioro del derecho a la salud, caracterizado por la masificación del servicio en el ámbito público, en el que *“prevalece un modelo alopático guiado por deshumanización, mientras que en el privado prevalece el modelo mercantil”*.⁶⁹ La deshumanización consiste en la negación de la presencia de una mente humana en otras personas; de su capacidad de sentir placer o dolor (experiencia) y de planear y tomar decisiones (agencia); lo cual lleva a tratarlas fríamente, como objetos que no sienten (“cosificación del paciente”), o como animales irracionales incivilizados; pudiendo manifestarse también en forma de discriminación y en ocasiones llegar al maltrato físico o verbal.

Respecto a la frecuencia con que se presenta la deshumanización durante la atención del trabajo de parto en los hospitales públicos mexicanos, puede inferirse que podría ser alta, pues las características de dichos establecimientos, propician su presentación, al tratarse de hospitales con gran afluencia de pacientes, en los que cada una de ellas es atendido por varios prestadores del servicio simultáneamente, quienes a su vez tienen bajo su cargo muchas pacientes que atender, lo que impide una relación médico-paciente, o enfermera-paciente, personalizada; en la que la paciente pierde su individualidad y pasa a ser conocida o etiquetada por la enfermedad que padece o el número de cama en donde está hospitalizada; hospitales en los que, por norma, se trata de uniformar la atención médica relegando la autonomía profesional de los médicos y, en los que no existe un médico responsable del paciente claramente visible,

⁶⁹ Hernández Palacios, R. “Una prospectiva de la salud en México (Algunos aspectos del marco sociojurídico)”. *Alegatos*. núm. 65, México, enero/abril de 2007.

sino que más bien la paciente se encuentra a cargo de todos los médicos, de los diferentes turnos, de manera igualitaria.⁷⁰

En cuanto a los factores que determinan la deshumanización de la atención se reportan los siguientes: a) la desindividuación, mediante la cual el individuo inmerso en un grupo se hace anónimo; b) la disminución de la capacidad de agencia del paciente dada por su propia enfermedad y por estar recluido en el hospital con reglas propias no elegidas por él; c) la asimetría entre el médico y el paciente, en la que éste es el que tiene el poder; d) la mecanización asociada a las practicas rutinarias regidas por procesos que exigen eficiencia y efectividad, en la que los pacientes son vistos en términos despersonalizados e) la reducción de empatía que se requiere para la eficiencia de los sistemas de salud, como por ejemplo, la que se necesita para aplicar una inyección sin sentir compasión por la persona inyectada, y la necesidad de desconectarse de los propios controles morales que indican no dañar, para poder llevar a cabo actos médicos que ocasionan dolor (como las cirugías), lo cual requiere ver a los pacientes como incapaces de sentir dolor o placer.⁷¹

⁷⁰ Algunos autores utilizan indistintamente los términos deshumanización y despersonalización, aunque otros los distinguen utilizando el segundo para referirse a las relaciones de corte impersonal, excluyentes de la individualidad y subjetividad de los protagonistas que se presentan en las relaciones en que intervienen un número elevado de actores, como es el caso de los hospitales en donde el enfermo es atendido casi simultáneamente por un numeroso grupo de médicos, enfermeras y otros profesionales, al mismo que dichos miembros del equipo de salud tienen a su cargo un gran volumen de pacientes. Entre los factores que condicionan la deshumanización de la atención médica se mencionan factores sociológicos como la crisis de la cultura del tener, sobre el ser, en la que los sujetos pasan a ser objetos, instrumentándose mutuamente, la pluralidad de sistemas éticos, las exigencias desproporcionadas al personal de salud y la medicalización de la salud. Los factores secundarios a la organización y funcionamiento del sistema de salud incluyen la falta un médico tratante individual en cada caso, ofreciéndose en vez de ello la atención por múltiples profesionales, lo que disminuye la responsabilidad y compromiso por cada uno de ellos, la concepción gerencial de los hospitales, en los que es más importante la eficiencia que la atención personal que reciben los pacientes, la excesiva burocratización de la atención médica y la tendencia a uniformizarla, que hacen que los médicos se sientan menos comprometidos con la atención, pues su autonomía profesional se encuentra disminuida. Santos Hernández, Miguel; Peña Lage, Margarita. "Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas". *Cuadernos de Bioética*. No. 42. 2003. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/42/421218.pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.

⁷¹ Sultan HO, Waytz A. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions". *Perspectives on Psychological Science*. 7(2) 176–186. 2012.

Un punto importante a tener en cuenta es que la deshumanización en medicina no necesariamente resulta de una voluntad de hacer daño a los pacientes por parte de los prestadores de salud, más bien se trata de un proceso inconsciente e involuntario de adaptación a los requerimientos de los ambientes hospitalarios. Se trata de un proceso semejante al que se refirió Hannah Arendt cuando estudió la deshumanización que ocurrió en la Alemania Nazi durante la segunda guerra mundial y específicamente en los campos de concentración, en los que a los prisioneros se les destruyó su individualidad mediante tres pasos: el primero, aniquilando la persona jurídica, haciéndolas a las personas ilegales y negándoles sus derechos jurídicos; el segundo aniquilando la persona moral (un agente moral es consciente, libre y responsable de sus acciones); y el tercero destruyendo la identidad o humanidad de la víctima. Proceso que podría semejar al trato de los pacientes en los hospitales en los que no se respeta su autonomía (se les niega su capacidad de agencia) y niega su identidad al referirse a ellos con sobrenombres o etiquetas (... *“el de la cama 9”*).

En las reflexiones de Arendt respecto a la deshumanización se señala que los funcionarios estatales de los regímenes totalitarios fueron también víctimas, pues al acabar con la humanidad de los individuos a quienes destruyeron, ellos mismos perdieron su humanidad; se trataba de personas normales aparentemente, que al cumplir las órdenes del Estado, consideraban estar actuando correctamente. Es en ese contexto que Arendt introdujo la teoría de la ***“banalidad del mal”*** para referirse a las acciones de personas que sin reflexionar (irreflexión), sin pensamiento crítico sobre su propia actuación y sin ánimo de maldad, causan daño a las víctimas del Estado totalitario; las personas en ese proceso **siguen las conductas aceptadas en el ámbito social en que se desarrollan, sin reflexionar éticamente sobre las mismas.**

En esos términos el concepto de *“banalidad del mal”* se refiere a la ausencia de pensamiento crítico, en una consciencia sustitutiva originada por el deseo del hombre de conformarse a las reglas sociales predominantes, siguiendo criterios de éxito, obediencia y eficiencia de la organización burocrática. La autora comenta que el

proceso de deshumanización no solamente se llevó a cabo dentro de los campos de concentración sino en la sociedad nazi en general, pues mediante la ideología, el terror y el colapso moral, se legitimó el crimen y las personas normales fueron transformadas en autómatas irreflexivos.⁷² Las reflexiones mencionadas obligan a cuestionarnos, si en los hospitales públicos mexicanos se está presentando algo semejante a lo que describió Hannah Arendt, ya que el personal de salud podría estar actuando de manera maleficente, sin darse cuenta de ello, al considerar que las prácticas aprendidas en el campo hospitalario son adecuadas, sin reflexionar sobre ello (irreflexivamente) y al seguir las reglas que le impone la organización hospitalaria en la que se desempeña.

3.2.2 Deficiencias que ponen en riesgo a las pacientes de sufrir lesiones y les causan molestias injustificadamente, así como aquéllas que ocasionan daños a la salud o la muerte.

3.2.2.1 Maniobras médicas injustificadas

En esta sección se describen las prácticas médicas que se alejan -por acción u omisión- del estándar de atención aplicable internacional y nacionalmente, y que describí con detalle previamente en este trabajo, pero que se utilizan en muchos hospitales de manera rutinaria, a pesar de la existencia de reportes científicamente validados, en que se demuestra que en vez de ser benéficas, causan daño, y de que, desde que se publicó en 1995 la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (ordenamiento vigente hasta principios de abril de 2016) para regular la atención del parto, se hizo obligatorio evitarlas; todas ellas pueden englobarse como acciones que medicalizan innecesariamente la atención del trabajo de parto; mismas que pueden ocasionar daños a la salud de la paciente de diferentes grados, los que pueden ir desde aumento de riesgos, molestias o dolor franco, lesiones leves y hasta daños graves a la

⁷² Jerónimo Botero, Adolfo; Leal Granobles, Yuliana. “El mal radical y la banalidad del mal: las dos caras del horror de los regímenes totalitarios desde la perspectiva de Hannah Arendt”. *Universitas Philosophica* 60. año 30: p 124, enero-junio, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unph/v30n60/v30n60a05.pdf>, consultado el 24 de marzo 2017.

salud o la muerte, de la paciente o de su feto, cuando éste se encuentra dentro del útero, o bien del recién nacido en el periodo neonatal.

En efecto, se trata de maniobras médicas que se aplican de manera rutinaria a las pacientes que ingresan a los hospitales en trabajo de parto, como son la aplicación de oxitocina y la ruptura de membranas para aprontar el parto, la aplicación de soluciones parenterales manteniendo a la paciente en ayuno y en reposo en cama, el impedirles caminar, comer y tener un acompañante de su confianza, la aplicación rutinaria de bloqueo peridural, la realización injustificada de episiotomía durante la expulsión y la revisión manual endouterina después del alumbramiento de la placenta, por mencionar las más frecuentes. En este contexto, merece especial atención la realización injustificada de operación cesárea, pues es específicamente la que tiene el mayor potencial de causar daños a las pacientes.

Entre las maniobras médicas que ocasionan molestias injustificadamente a las pacientes en trabajo de parto, se menciona la realización injustificada de exploraciones vaginales o la realización de las mismas de manera brusca y poco cuidadosa, en las que se hace revisión ginecológica a la mujer por horario y no de acuerdo a sus condiciones clínicas, que como señalamos previamente, son las que deben guiar la decisión de explorar a las pacientes de esa manera. La realización injustificada de tactos vaginales ocasiona dolor a las pacientes, provoca edema de la región genital y aumenta el riesgo de infecciones después del parto. Merced a lo anterior cada exploración ginecológica debe ser personalizada y realizada después de un proceso de deliberación, en la que el médico considere que la exploración es necesaria para la toma de decisiones clínicas. En este rubro es necesario mencionar que muchos hospitales públicos funcionan como centros de adiestramiento de personal de salud, en donde médicos y enfermeras de diferentes niveles aprenden, practicando sus habilidades clínicas directamente sobre las pacientes; es el caso del aprendizaje de la vigilancia del progreso del trabajo de parto, que incluye el aprender a identificar las características del cuello uterino mediante tacto vaginal, lo cual necesariamente

requiere que después de una explicación teórica, el estudiante explore pacientes; sin embargo, dicho aprendizaje no puede ser indiscriminado, permitiendo que los estudiantes hagan tactos injustificados a las pacientes, sino siempre procurando que lo hagan bajo la guía de un médico responsable y que el tacto vaginal que realicen, sustituya en lo posible, el que el médico tendría que realizar de acuerdo a la evolución de la paciente.

Para aclarar el tema, es necesario señalar que cada una de las maniobras médicas mencionadas en esta sección tiene indicaciones precisas en partos complicados, en los que bien utilizadas, ofrecen gran beneficio a las pacientes; sin embargo, su utilización de manera rutinaria, indiscriminada, en las pacientes con embarazo y parto normal, o de bajo riesgo, implican riesgo de graves daños a la salud de las madres o de sus fetos o recién nacidos. Situación que adquiere gran relevancia, pues como mencionamos previamente, una de las características de los hospitales públicos mexicanos es la dificultad de llevar a cabo una medicina personalizada, lo cual determina que se establezcan rutinas de manejo en aras de hacer eficiente la atención.

Se pone el ejemplo de la utilización de oxitocina, un medicamento que resulta de gran utilidad en trabajos de parto en los que las contracciones uterinas no tienen la frecuencia, la intensidad o la duración suficientes, para lograr un avance normal de la dilatación del cuello uterino o para el descenso del feto por el canal del parto. El medicamento tiene la característica de ser dosis dependiente, es decir, a mayor dosis, mayor contractilidad uterina, por lo que requiere un manejo muy cuidadoso, en el que el médico va decidiendo cada 15 a 30 minutos aumentar o disminuir la dosis, de acuerdo a la respuesta que se presente; por ello se requiere una indicación personalizada y que un médico se encuentre junto a la paciente tocando su abdomen, para darse cuenta de su efecto.

Al respecto Steven Clark⁷³ reporta que la oxitocina es un medicamento muy utilizado en la obstetricia moderna, y es el que se ha asociado con mayor frecuencia a resultados perinatales adversos prevenibles, por lo que se ha calificado como un medicamento cuya utilización se considera riesgosa; de tal suerte que forma parte de la lista de 11 medicamentos que el *Institute of Safe Medication Practices* de los Estados Unidos de América, considera de alto riesgo, debido a que su utilización incorrecta conlleva un riesgo aumentado de daño, razón por la cual dicha organización recomienda que cuando se utilice, deberán implementarse medidas especiales de control que reduzcan el riesgo de error. Se considera de riesgo para el feto, porque puede producir contracciones uterinas de mayor frecuencia a lo normal durante el trabajo de parto y porque se ha demostrado que cuando se presentan más de 5 contracciones en 10 minutos, la oxigenación fetal disminuye progresivamente y se produce asfixia intrauterina.

En efecto, cuando la oxitocina se utiliza de manera rutinaria, se indica a las pacientes que se encuentran en trabajo de parto no complicado, después de una valoración rápida y en un entorno en que no podrá ser vigilada por un médico experto en el manejo del medicamento, pues generalmente el profesional calificado para ello tiene muchas otras pacientes que requieren su atención. En esos casos se indica el medicamento tratando de acortar el proceso del parto, en salas de parto con muchas pacientes pariendo simultáneamente y en un intento de disminuir la duración del parto. Sin embargo, un manejo descuidado de oxitocina puede ocasionar hipertonía o hipercontractilidad uterina (contracciones uterinas muy frecuentes o muy intensas) que pone a la madre en riesgo de sufrir ruptura del útero y al feto de sufrir falta de oxígeno debido a que las contracciones tan intensas, tan largas y con tan cortos intervalos entre ellas, le impiden la recuperación de su oxigenación, que se lleva a cabo normalmente en el trabajo de parto con contracciones de frecuencia normal; dicha situación lo lleva progresivamente a un estado de asfixia que puede culminar en muerte intrauterina. En

⁷³ Clark, Steven; Rice Kathleen; Knox Eric. "Oxytocin: new perspectives on an old drug". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. January 2009. 35.e1-35.e6

los casos en que se detecta asfixia intrauterina, la paciente será sometida a una operación cesárea en el intento de salvar la vida del feto, quien puede verse gravemente afectado, con riesgo de muerte o de secuelas neurológicas diversas. Además de los inconvenientes descritos, muchas pacientes aseguran que las contracciones causadas por la oxitocina son más dolorosas que las naturales.

Por su parte, la ruptura artificial de las membranas ovulares (amniotomía), es otra de las prácticas que cuando se utilizan de manera rutinaria puede causar daño a las pacientes; consiste en puncionar las membranas que envuelven al feto mediante el uso de un instrumento puntiagudo, como un amniotomo o una aguja, durante un tacto vaginal, cuando el cuello uterino se encuentra dilatado, para provocar de manera artificial la expulsión del líquido amniótico, con la intención de que las contracciones uterinas adquieran un ritmo, intensidad y frecuencia que permitan un parto más corto. Dicha maniobra implica riesgo de que el cordón umbilical se vea arrastrado al exterior por el líquido, ocasionando una condición clínica conocida como prolapso de cordón umbilical, que amerita la realización de una cesárea urgente para salvar la vida fetal.

Otro de las maniobras médicas que se utilizan de manera rutinaria y a veces innecesaria es la revisión del interior del útero después de que se ha expulsado la placenta. Se trata de una maniobra realizada comúnmente en los hospitales para tratar de asegurarse que no queden dentro del útero tejidos placentarios o membranas. Consiste en introducir una mano enguantada a través de la vagina y el cuello uterino abierto para “limpiar” el útero por dentro; se realiza en muchas ocasiones sin anestesia, argumentando que la paciente en el momento del postparto inmediato tiene tan dilatado el canal del parto, que no le resulta tan doloroso. Los estudios científicos han demostrado que la maniobra descrita causa molestias injustificadas a las pacientes y les aumenta el riesgo de presentación de complicaciones infecciosas y hemorrágicas; el estándar médico señala que es suficiente con una revisión cuidadosa de la placenta, para tener certeza de que ha sido expulsada en su totalidad, y solamente se justifica realizarla en los casos en que exista la sospecha de retención de algún fragmento de la

placenta, o cuando existe hemorragia anormal. En esos casos deberá anesthesiarse adecuadamente a la paciente y tomar todas las precauciones de asepsia y antisepsia para evitar complicaciones infecciosas, así como administrar medicamentos que favorezcan la contracción del útero después del procedimiento, para evitar complicaciones hemorrágicas.

Al respecto resulta ilustrativo el estudio reportado por Zacher Dixon⁷⁴ quien llevó a cabo una investigación etnográfica durante 17 meses (entre 2009 y 2012) en 3 diferentes centros de entrenamiento para parteras en México. Se observó y entrevistó a estudiantes, parteras, administradores y médicos involucrados en las actividades de las instituciones. Las entrevistas se dirigieron a conocer las experiencias de las estudiantes de partería durante su entrenamiento en hospitales públicos. La autora describe que las prácticas que las estudiantes apreciaron con más frecuencia en los hospitales fueron el uso “compulsivo” de oxitocina y la práctica de episiotomías; sin embargo, la práctica que la estudiantes refirieron haber observado todavía con mayor frecuencia, fue la de revisión manual de la cavidad uterina, misma que también consideraron la más violenta, debido al intenso dolor que causaba a las pacientes; señalando que la Organización Mundial de la Salud ha declarado a dicha práctica dañina y no efectiva, por lo que debe ser evitada.

Una alumna de partería le platicó el caso de un estudiante de medicina que decidió no realizar la revisión manual, pero que cuando el médico encargado se presentó, le ordenó hacerla, pues era un asunto de “protocolo”. En su discusión la investigadora comenta que las parteras argumentan que la forma en que las pacientes son tratadas en su trabajo de parto, refleja cómo son tratadas en la sociedad en general, y que las pacientes son tratadas “pobremente” en los hospitales públicos, porque son indígenas o de clases sociales bajas. Un administrador le dijo que no es que el sistema deje a las

⁷⁴ Zacher Dixon, Lydia. “Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices”. *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 00, Issue 0, pp. 1–18. 2014 by the American Anthropological Association.

mujeres morir, sino que éste está construido de una manera en que las mujeres están más propensas a morir. Igualmente, señala que las parteras consideran que la violencia obstétrica no es producto de malvados médicos individuales, sino más bien una falla sistémica que refuerza prácticas que han dejado de ser vigentes. En sus conclusiones señala que no todas las mujeres son tratadas así en los hospitales públicos, que muchos médicos tratan de cambiar las formas de atención, sin embargo, se encuentran atrapados en un sistema que ha heredado protocolos que dictan como deben ser tratadas las pacientes y lo que los médicos deben de hacer.

Entre los estudios encontrados en que se reporta la frecuencia con que se realizan maniobras médicas como las descritas en los párrafos previos, se encuentra el de Sachse-Aguilera,⁷⁵ quien reportó un estudio realizado en centros de salud y hospitales públicos de Oaxaca en 2011-2012 para valorar la calidad de la atención brindada a las mujeres en el parto normal, mediante un cuestionario semicerrado, utilizando como parámetro para definir la calidad de la atención lo señalado en la NOM-007-SSA2-1993. Se encuestaron 323 mujeres (se calculó el tamaño de la muestra para que fuera representativa), 65% de las cuales tuvieron su parto en un hospital público (60.7% fue fisiológico). Se encontró que en muchos casos la atención del parto se llevó a cabo sin apego a los estándares nacionales. En los hospitales el 95% de las pacientes recibió administración de soluciones parenterales, y el 43% se le aplicaron medicamentos (presumiblemente oxitocina); solo el 53% de las mujeres tuvo libertad de movimiento durante el parto, al 16% se le permitió acompañamiento y 26% tuvo libre posición al nacimiento. Se efectuó episiotomía en el 53%. Se revisó la cavidad uterina en un porcentaje mayor al 80%.

Otro reporte revelador, lo constituyen las Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica, emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico

⁷⁵ Sachse-Aguilera M, Sesia P, García-Rojas M. "Calidad de la atención durante el parto normal en el estado de Oaxaca". *Avances en ciencia, Salud y Medicina*. Num.1, Vol 1, abril-junio 2013.

(CONAMED) en 2003⁷⁶ en el que menciona que en el 59.5% de las quejas recibidas en CONAMED, relacionadas con atención obstétrica, se identificó mala práctica y en 76% se identificó “comunicación deficiente”; en el 62.3% de los casos ocurrieron en hospitales de 2º nivel de atención, las desviaciones identificadas en los expedientes analizados fueron, por orden de frecuencia: vigilancia deficiente del trabajo de parto en 22.3%, equipo o instalaciones inadecuados en 14%, diagnóstico erróneo en 12.4%, expediente clínico incompleto 9%, y técnica quirúrgica deficiente en 10.7%. Se describieron deficiencias institucionales en 40.5% de los expedientes analizados, de las cuales la más frecuente fue la falta de equipo especializado, seguida de falta de disposición oportuna de hemoderivados, insuficiencia en ginecoobstetras y otro personal especializado, así como falta de supervisión a médicos en formación.

3.2.2.2 Negativa de atención

Otra deficiencia a mencionar, es la que se refiere al rechazo de las pacientes que solicitan atención médica en hospitales públicos, lo que las obliga a buscar atención en otros hospitales y las expone a cursar su trabajo de parto durante los desplazamientos en diferentes hospitales y a que su hijo nazca fuera del hospital, ya sea en la calle o en el vehículo que la transporta. Se trata de casos en que los hospitales se niegan a recibir pacientes debido a carencia de camas o de personal de salud adecuado para atenderlas; pero también puede deberse a que el procedimiento de admisión hospitalaria vigente, recomienda hospitalización tardía, señalando que las pacientes deberán hospitalizarse hasta que se encuentren en fase activa del trabajo de parto, lo que determina que las que consultan en fase latente del mismo, no sean hospitalizadas.

La posibilidad de que una paciente tenga su parto fuera del hospital de manera no planificada, sin atención médica apropiada después de haber sido valorada por trabajo de parto en fase latente y recomendarle regresar más tarde, se encuentra descrita en muchas ocasiones, indebidamente, como “parto fortuito”; termino que se refiere a partos

⁷⁶ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. 2003.

que ocurren de manera imprevista fuera de las condiciones óptimas para la atención de la madre y el recién nacido. En este grupo quedarían los casos de pacientes en las que ocurre el nacimiento en la sala de espera o en las inmediaciones del hospital durante del periodo de espera para revaloración, que frecuentemente se conocen por los medios de información.

En esos términos, las pacientes que consultan por embarazo de término y contracciones uterinas porque suponen que se encuentran en trabajo de parto, frecuentemente son valoradas en los servicios de urgencias, en donde se les hace tacto vaginal y si el cuello del útero aún no se encuentra dilatado con 4 cm o más, se les indica regresar más tarde; de tal suerte que deben decidir si regresar a su casa, permanecer en la sala de espera del Servicio de Urgencias, salir a deambular a los alrededores del Hospital o alguna otra opción que se les ocurra; para regresar al cabo de 2 o 3 horas, según les haya sido indicado; periodo en el cual tienen contracciones uterinas, muchas veces dolorosas y se encuentran sin cuidado médico; ello determina que dichas pacientes tengan que pasar varias horas en trabajo de parto sin supervisión médica; periodo en el que pueden ocurrir complicaciones graves y puede presentarse el parto de manera inesperada.

El criterio de evitar la hospitalización temprana de las pacientes en trabajo de parto utilizado en los hospitales públicos de México, se sustenta en la evidencia de que, entre más temprano se hospitalicen las pacientes, tendrán mayor riesgo de ser sometidas a la conducción del trabajo de parto con oxitocina, se les realizarán múltiples tactos vaginales y tendrán mayores posibilidades de terminar en operación cesárea; es decir, se deriva de la evolución intrahospitalaria de las paciente cuando se hospitalizan tempranamente. Sin embargo, dicho criterio deberá ser contrastado con lo que ocurre a las pacientes fuera del hospital en el periodo transcurrido entre esa primera valoración y el momento en que finalmente son hospitalizadas. En efecto deberán valorarse de manera individual los inconvenientes de no hospitalizar a cada paciente, como lo serían, la posibilidad de que se presenten complicaciones o que ocurra el parto durante

el periodo en que están esperando a regresar a revaloración médica; sin dejar de mencionar la angustia que puedan sufrir las pacientes ante la incertidumbre sobre el progreso de su parto y el que, en muchas ocasiones, la negativa de hospitalización podría percibirse como un rechazo a ser atendidas. Existen estudios internacionales que señalan la existencia de opciones alternativas a la hospitalización tardía durante el trabajo de parto, como lo sería el implementar cuartos de prehospitización en los que puedan estar cómodamente las pacientes mientras son ingresadas, en los que puedan estar vigiladas por personal capacitado para detectar complicaciones oportunamente, durante dicho periodo.⁷⁷

Como ejemplo de los daños que puede sufrir la paciente o su feto en el periodo de espera para ser revalorada se menciona el estudio realizado a partir 66 dictámenes médico periciales emitidos por la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz entre 1999 y 2005, en los que se estudiaron casos médicos contenidos en denuncias penales por daños a la salud derivados de atención obstétrica. En 18 casos las pacientes tuvieron muerte fetal transparto, de las cuales 14 consultaron con trabajo de parto con feto vivo y fueron enviadas a su casa (7 consultaron una vez, 3 dos veces y 4 más de dos veces). En dicha serie 8 de las pacientes regresaron a su revaloración con feto muerto y 5 con sufrimiento fetal agudo que culminó en muerte neonatal; 1 de las pacientes regresó con feto vivo y presentó muerte fetal intrauterina ya estando hospitalizada.⁷⁸

Por lo que hace al rechazo de pacientes a ser recibidas en unidades médicas a pesar de tener indicación médica de hospitalización, se trata de una deficiencia en la que se aduce la falta de disponibilidad de camas de hospitalización o de médicos; lo que obliga a las pacientes a tener que buscar lugar en otros hospitales con los riesgos que implica el desplazamiento que hemos mencionado previamente. En la revisión bibliográfica no

⁷⁷ L, Hodnett ED. "Labour assessment programs to delay admission to labour wards, Review". *The Cochrane Collaboration*. 2009.

⁷⁸ Pérez Fuentes, Jorge. "Eventos adversos en Obstetricia". *Revista Codamed.Ver.* Órgano de difusión de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz. Vol7, Número 3, julio-septiembre 2005.

se encontraron documentos que muestren la frecuencia con la que ocurre esta deficiencia. Sin embargo, a continuación se presenta un estudio en el que se hace evidente que la negativa de atención fue la causa más frecuente de quejas ante la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal por deficiencias en la atención del parto.

En efecto, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal⁷⁹ emitió un informe sobre Salud materna y violencia obstétrica, en el que define esta última como: *“cualquier acto u omisión intencional de las autoridades de salud que vulnere o limite el derecho de las mujeres a una maternidad libre, elegida y segura y, en general, sus derechos reproductivos”*. En dicho informe se estableció que durante 2012 más de 52.47% de los nacimientos se llevaron a cabo por cesárea y que la mayoría de las muertes ocurridas (76.8%), fueron obstétricas directas y prevenibles con un acceso oportuno y de calidad a la atención obstétrica. Se señala que si bien las quejas recibidas por dicha Comisión no son una muestra estadísticamente representativa de la realidad, constituyen un indicador de las reclamaciones que se interponen en relación con la atención obstétrica en la Ciudad de México. Durante el periodo de análisis, el organismo recibió un total de 52 quejas en agravio de mujeres por presuntas violaciones al derecho a la salud materna, en las que se describieron las siguientes condiciones: negativa de acceso a servicios de atención médica, mala práctica o negligencia médica y trato discriminatorio de las mujeres durante la etapa del embarazo, parto o puerperio, que en ocasiones implican secuelas graves e incluso la muerte de la mujer o del producto. Las 18 quejas relacionadas con la atención médica durante el embarazo, se refirieron mayoritariamente (76.2%) a que las mujeres agraviadas fueron víctimas de la negativa a acceder a los servicios de atención médica.

⁷⁹ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *Informe Mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*. 2014.

3.2.2.3 Operación Cesárea

En esta sección también se incluye la realización de operación cesárea sin la debida justificación médica, lo cual ocasiona a la paciente daños directos y las expone a sufrir consecuencias mayores. La operación cesárea es una intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto mediante una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina; se encuentra indicada en casos específicos en los que, atendiendo a la valoración cuidadosa de los riesgos y beneficios implícitos en el procedimiento, el trabajo de parto implica mayores riesgos para la paciente y el feto, que los riesgos asociados a la cesárea. En muchas ocasiones la operación se indica por complicaciones del embarazo presentes antes del trabajo de parto o desde el principio del mismo, y en algunas otras, por complicaciones que aparecen durante el desarrollo del trabajo de parto en pacientes con embarazo no complicado hasta ese momento, casos estos últimos, en los que el progreso del trabajo de parto muestra que el feto no puede nacer por vía vaginal (distocia o desproporción céfalo pélvica) o en los que existe urgencia para que el feto nazca (sospecha de asfixia fetal). Los riesgos de la intervención incluyen lesiones a órganos maternos o al feto, complicaciones hemorrágicas o infecciosas y el aumento de posibilidad de que se presenten complicaciones en los siguientes embarazos de la mujer; la realización de cesárea también implica aumento de riesgo de muerte materna y de muerte neonatal. En los casos de realización de cesárea de manera injustificada las incisiones y las complicaciones que pudieran presentarse, deberán considerarse como lesiones derivadas de mala práctica médica. Para calcular la frecuencia con la que se realiza operación cesárea injustificada, habrá que tomar en cuenta los elementos que se mencionan en los siguientes párrafos.

Según la Norma Oficial Mexicana para atención del parto vigente hasta el 5 de abril 2016 el índice recomendable de cesárea se definió en los siguientes términos: *“5.4.1.6 Toda unidad médica con atención obstétrica debe contar con lineamientos para la indicación de cesárea, cuyo índice idealmente se recomienda de 15% en los hospitales de segundo nivel y del 20% en los del tercer nivel en relación con el total de*

nacimientos, por lo que las unidades de atención médica deben aproximarse a estos valores". Ordenamiento que ha dejado de ser vigente, pues en la NOM del parto publicada el 7 de abril 2016, si bien se enfatiza la necesidad de tratar de disminuir la incidencia con que se realiza la operación cesárea, ya no se menciona una frecuencia de cesárea recomendada; como tampoco ocurre en la Guía de práctica clínica "reducción de la frecuencia de la Operación Cesárea" emitida en 2014. Es decir, en el momento actual, no existe un índice de cesárea normado oficialmente en nuestro país.

Sin menoscabo de lo expuesto es necesario tomar en cuenta que en un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2010,⁸⁰ se clasifica a los países en 3 grupos 1) los que tienen índices de cesárea menor a 10%, que se consideran que hacen menos cesáreas que las necesarias, para evitar complicaciones maternas y fetales, 2) países con adecuado índice de cesárea, que son los que tienen índices de entre 10% y 15% y 3) países que sobreutilizan la operación cesárea, con índices mayores a 15%; señalando sin embargo que en un análisis más conservador, se podrían considerar como índices adecuado entre el 5% al 20%. Los autores reconocen que establecer un índice adecuado de cesárea es un asunto que ocasiona debate, sin embargo, mencionan que el límite de 15% establecido en 1985 basado en elementos teóricos, ha demostrado ser adecuado, de acuerdo a los estudios que se han hecho al respecto, en los que se demuestra que arriba de ese índice no aumentan los beneficios para la madre ni para el feto; considerando que los conocimientos actuales muestran un índice mayor al 15% ofrece más daños que beneficios. En su revisión encontraron cerca de 40% de los países en el mundo tienen índices de cesárea de menos del 10%, un 10% de los países lo tienen entre 10% y 15% y un 50% de los países tienen índices mayores a 15%. Los índices de cesárea por país del 2008, se reportan como sigue: Brasil 45.9%, Estados Unidos 30.3%, México 37.8%, Irán 41.9%, Italia 38.2%, Colombia 26.7%, Alemania 27.8%, España 25.9%, Rusia 18%, Australia 30.3%, Francia 18.8%, Japón 17.4%, Cuba 35.6%, el Salvador 25%, Austria 27.1%, Finlandia 16.3%, etc. Por

⁸⁰ Gibbons Luz, Belizán José M, Lauer Jeremy. "The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage". *World Health Report*. 2010. Background Paper, No 30.

otra parte, Dickens⁸¹ reporta en las ciudades de Nueva York, Chicago y Filadelfia, en los Estados Unidos de América, el índice de cesárea llega al 40%.

Los índices de cesárea recomendados por la OMS y la antigua NOM del parto, hacen referencia a cesáreas plenamente justificadas desde el punto de vista médico, sin embargo, podrían estar dejando de lado algunos otros aspectos en la práctica clínica diaria, que pudieran participar en la toma de decisión de realizar la intervención, tales como la libertad prescriptiva del médico, en la que su leal saber y entender, le estuviera indicando que es mejor realizar la intervención, atendiendo al cuadro clínico de la paciente y las circunstancias de modo, tiempo y lugar en donde ocurre la atención médica; así como las preferencias de las pacientes.

En esos términos, sería conveniente considerar un índice de cesárea recomendado del 20% cuando se presentaran solamente a consideración aspectos puramente médicos, pero también habría que abrir la posibilidad a considerar índices más altos, de hasta 30%, como aceptables, pues en este grupo se toman en cuenta muchos otros factores y es el margen habitual que tienen los hospitales públicos que tienen programas para contener el número de cesáreas que se realizan en los mismos.

Otro elemento importante para valorar la frecuencia con que realizan cesáreas injustificadas, a pacientes con embarazo y trabajo de parto normales, el cual es el tema de este trabajo de investigación, es que en la mayoría de los reportes no se encuentran desagregados los datos correspondientes a dicha condición; de tal suerte que en los reportes se incluyen conjuntamente las pacientes con embarazo y parto normal a quien se indica cesárea y con otras mujeres que fueron sometidas a cesárea por presentar embarazos complicados o con antecedente de una o dos operaciones cesárea previas.

⁸¹ Dickens Bernard; Cook Rebecca. "The legal effects of fetal monitoring guidelines". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 108. 2010. 170–173.

Al respecto, Vélez-Pérez⁸² reportó un estudio en el que se revisaron los nacimientos ocurridos en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS entre 1997 y 2006, encontrando que la proporción de cesáreas realizadas en dicho establecimiento durante 10 años de seguimiento fue de 37% en 1997, con evolución progresiva en aumento hasta 46.2% en 2006; siendo las causas más frecuentes, la cesárea previa (antecedente de una cesárea) en 35.78%, la cesárea iterativa (dos o más cesáreas) en el 11.62%, el sufrimiento fetal agudo en 11.62%, preeclampsia severa en 7.03%, la desproporción feto pélvica en 7.95%, la ruptura de membranas en 4.89%, la distocia dinámica en 4.28%, oligohiraminios en 3.98%, la presentación pélvica en 3.98% y otras 8.9%. Datos de los que puede desprenderse, que las indicaciones de cesárea en su mayoría fueron debidas a complicaciones del embarazo y que, las que podrían aplicarse a pacientes con embarazo no complicado con trabajo de parto normal que es el tema de esta investigación, constituirían aproximadamente el 24% de las indicaciones de cesárea en la serie reportada, ya que el sufrimiento fetal agudo, la desproporción feto pélvica y la distocia dinámica, son las condiciones que pueden ser las causantes de que se indique cesárea en las pacientes con las características mencionadas.

En la serie que estamos comentando, se presentó desgarró de las comisuras en la histerotomía, formación de hematomas o sangrado de várices segmentarias, que ocasionaron hemorragia anormal durante la cesárea en el 5.1% de los casos e histerectomía obstétrica en el 0.92%. En el estudio se comenta que las razones para explicar el incremento en número de cesáreas podrían ser: temor del obstetra a las demandas (obstetricia defensiva), el sobrediagnóstico de sufrimiento fetal transportado asociado al uso de cardiotocografía y *“la aplicación de los principios de la bioética actual”*; haciendo referencia en este último punto, a artículos en las que se menciona la indicación de cesárea electiva por solicitud por la paciente, en los que el procedimiento se lleva a cabo por esa razón, respetando su decisión de conformidad con el principio de autonomía, pero también se menciona en la discusión que muchas pacientes no

⁸² Vélez-Pérez, E; Tovar-Guzmán, V; Méndez-Velarde, F. “Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora”. *Bol Clin Hosp Infant Edo Son.* 2012. 29(2); 58-64.

aceptaron de manera autónoma, el riesgo que implica el intento de parto vaginal cuando hay antecedente de una cesárea, lo que impidió el intento de parto por vía vaginal.

En un documento elaborado por la Secretaría de Salud derivado de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012,⁸³ se señala que actualmente se realizan al año 18.5 millones de cesáreas a nivel mundial, **la mitad de las cuales se consideran innecesarias** y ocasionan costos excesivos, en una proporción aproximadamente mayor en 5.4 veces que para un nacimiento por vía natural. En el documento se menciona que entre las principales razones para el aumento de cesárea, se encuentran el mal uso de intervenciones médicas, como lo es por ejemplo la utilización de oxitocina en la primera etapa del parto, monitorización electrónica fetal de rutina, la ruptura artificial de las membranas, la información sesgada que se proporciona a las pacientes que las condiciona a solicitar cesárea en lugar de parto normal y la falta de habilidades de los obstetras para realizar partos operatorios (aplicación de fórceps o *vaccum* obstétrico). Al analizar la evolución con la que la cesárea se ha indicado en México, se encontró que ha habido un incremento del 50.3% de dicha intervención en 12 años, al pasar de 30% en 2000 a 45.1% en 2012; **incrementándose en el sector público de 30.6% a 40.9%** y en el privado de 43.4% a 69.6%. Se observó una tendencia mayor a realizar cesárea cuando el parto es el primero o el segundo (50.5% y 51.2% respectivamente), existiendo relación con la edad materna, de tal suerte que las mujeres de 35 o más años de edad en primer nacimiento tuvieron un índice de 90.7%.

Muñoz-Enciso⁸⁴ realizó un estudio descriptivo transversal sobre la atención obstétrica proporcionada en los 4 principales hospitales de segundo nivel del sector salud del Estado de Aguascalientes entre el 1 de septiembre y el 31 de octubre de 2008, en los

⁸³ Secretaría de Salud. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, evidencia para la política pública en salud. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto". Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>, consultado el 4 de septiembre 2016.

⁸⁴ Muñoz-Enciso, J; Rosales-Aujang, E; Domínguez-Ponce, G. "Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?" *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(2):67-74.

que en conjunto se atendió al 81% de las pacientes embarazadas en la entidad. Se describe que los hospitales estudiados tienen diferencias en cuanto al personal de salud que atiende a las pacientes, lo cual puede influir en la toma de decisiones, mencionando que dos de ellos cuentan con personal de estudiantes de pregrado de medicina, uno tiene residentes de primer año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia y otro hospital cuenta con estudiantes de los 4 años de la residencia de la especialidad. Se encontró una tasa global de cesárea de 40.3%, encontrando diferencias marcadas entre las diversas instituciones, con la mayor frecuencia en el Hospital del ISSSTE con una frecuencia de 55% aproximadamente. Encontraron 45 diferentes indicaciones para realizar la intervención, siendo la principal de desproporción céfalo-pélvica y a continuación la cesárea previa. Por lo que hace a la indicación de cesárea por sufrimiento fetal, los autores señalan que existen dos opciones, o que se interviene muy oportunamente, o que se abusa del diagnóstico, pues los resultados perinatales en dichos casos no fueron congruentes con el diagnóstico mencionado, ya que las calificaciones de los recién nacidos los reportaron sin evidencia de asfixia. Los autores mencionan que la gran gama de diagnósticos que indican la operación cesárea, reflejan una gran diversidad de criterios del personal médico dentro de las instituciones, lo cual concuerda con lo reportado por otras instituciones a nivel nacional, señalando que por ejemplo, en el IMSS existen 57 indicaciones agrupadas en 13 grupos, en la Secretaría de Salud se mencionan 21 causas agrupadas en 5 grupos y en el Instituto Nacional de Perinatología se mencionan 31 causas. Dicha diversidad, que facilita la justificación de la intervención, aunada a lo benévolo de la técnica quirúrgica, hacen muy atractivo para el personal de salud preferir la intervención sobre el parto vaginal. Los autores recomiendan no establecer una tasa de cesárea determinada, sino proponer una, de acuerdo con las indicaciones y tratamientos adecuados y señalados por los comités evaluadores que deben implementarse en los hospitales.

De los estudios mencionados es posible concluir que existen múltiples indicaciones de cesárea, no todas ellas aplicables a las pacientes con embarazo no complicado el cual

es el tema de esta investigación, pues solamente el 25% aproximadamente del total de cesáreas, correspondería a las indicaciones aplicables a dicho tipo de mujeres, a saber sufrimiento fetal agudo, desproporción feto pélvica y distocia; se trata de condiciones que pueden presentarse durante un trabajo de parto normal, pero que ocurren con mayor frecuencia en partos que se medicalizan injustificadamente, como sería el caso de un sufrimiento fetal causado por hipertensión uterina por mal uso de oxitocina.

En esos términos, si consideramos aceptable un índice de cesárea de 20% y sabemos que en México el índice de cesárea a nivel nacional es de 37.8%, como lo reportó la OMS en 2016, tendremos que el 18% de las 670,000 cesáreas habría sido injustificada (120,600), de las cuales el 25% podría corresponder a mujeres con trabajo de parto no complicado que llegaron a requerir cesárea; por lo que nos quedarían **aproximadamente 30,150 pacientes** en dicha condición. Ahora bien, si hacemos el cálculo con un índice aceptable de cesárea de 30%, nos quedarían el 7.8% de cesáreas injustificadas (52,260), de las cuales el 25% podría corresponder a las pacientes sobre las que estamos estudiando, **es decir 13,065**.

Ahora bien, si calculamos con el índice de cesárea en hospitales públicos en 2012 que reportó la Secretaría de Salud de 40.9%, con índice aceptable de 20%, el número de cesáreas injustificadas en las pacientes del estudio ascenderían a 35,007 y si lo calculamos a partir del índice de 30%, nos quedaría 18,257.

En esos términos, dependiendo de la forma en que calculemos y el índice de cesárea que consideremos aceptable, **el número de cesáreas injustificadas que se realiza a las pacientes con embarazo de término no complicado en trabajo de parto, en los hospitales públicos mexicanos, podría encontrarse entre 13,065 y 35,007 al año.**

3.2.2.4 Muerte Materna

Por lo que hace a los casos de muerte materna en las pacientes que se hospitalizan por trabajo de parto no complicado, debe señalarse que dicha complicación en la mayoría

de las ocasiones se debe a hemorragia obstétrica, condición en la cual, generalmente en la siguiente hora después del parto, la paciente sufre un sangrado vaginal muy abundante que requiere manejo intensivo, por diferentes especialistas, aplicación de transfusiones sanguíneas y diversos medicamentos para poder controlar el sangrado y salvarle la vida. Se trata de una complicación que puede ocurrir en mujeres que tuvieron un parto normal, aún y con un manejo médico apegado al estándar de atención, pero que se presenta con mayor frecuencia en pacientes que fueron sometidas a maniobras médicas como aplicación de oxitocina o realización de operación cesárea.

Debido a la naturaleza de la hemorragia obstétrica -hemorragia intensa, imprevisible en muchas ocasiones- que requiere un abordaje interdisciplinario, muy eficiente y complejo, en los hospitales se han creado grupos de respuesta inmediata de la emergencia obstétrica, especialmente diseñados para enfrentar las condiciones que ponen en riesgo la vida de las pacientes embarazadas. Estos grupos generalmente se encuentran disponibles en los hospitales generales grandes, pero difícilmente pueden constituirse en hospitales pequeños que tienen deficiencias en personal capacitado, en disponibilidad de componentes sanguíneos para transfundir, o que incluso carecen de medicamentos y unidades de cuidados intensivos. En esos términos, la alta frecuencia reportada de muertes maternas que podrían haberse evitado, pero que ocurrieron debido a deficiencias en la atención, que detallaremos más adelante, se debe en algunos casos a riesgos propios imprevisibles del trabajo de parto normal, pero en otros, se trata de complicaciones ocasionadas por deficiente atención médica que ocasiona la hemorragia obstétrica; existiendo en ambas posibilidades frecuentemente, una deficiente atención médica al enfrentar la hemorragia.

Lazcano-Ponce⁸⁵ reportó un estudio que resulta muy revelador de lo que ocurre en nuestro país, en cuanto a atención de las complicaciones graves del embarazo, que pueden llevar a las pacientes a la muerte; en su investigación se analizaron dos fuentes de información: a) la primera correspondió a la revisión de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 analizando la persona y el lugar donde se atendió el parto de mujeres de 20 a 49 años que informaron haber tenido su parto los 5 años previos, b) la segunda fue la base de datos que monitorea las defunciones maternas a nivel nacional; es decir contrastaron el lugar en donde se atendió el parto y la persona que lo hizo, con el resultado de la atención en cuanto a mortalidad materna. Se encontró que el promedio de cobertura de atención del parto en unidades médicas del Sistema Nacional de Salud a nivel nacional fue de 94.5%, mientras que en Chiapas fue de 60.5%, en Nayarit de 87.8%, en Guerrero de 91.2%; reportándose del 100% en el Distrito Federal, Nuevo León y Yucatán. En 2012 la Razón de Mortalidad Materna nacional fue de 47.0 muertes por 100,000 nacidos vivos, con disparidades notorias (88.1 en Guerrero y 10.1 en Baja California Sur). En 2011 el 71.91% de las 971 muertes maternas reportadas ocurrieron en unidades médicas públicas (el 44.5% ocurrió en unidades médicas de la Secretaría de Salud, el 17.6% en unidades del IMSS, el 9.81% en otras instituciones públicas, el 7% en servicios médicos privados y el 21% restante en otros sitios, como el hogar, vía pública u otros).

En el estudio en comento, no se pudo documentar una correlación entre cobertura médica de atención del parto y razón de mortalidad materna por entidad federativa, como habría sido esperado, si la muerte dependiera solamente de que la mujer en trabajo de parto fuera atendida por personal médico; en cuyo caso, se habría encontrado una menor razón de mortalidad en los casos en que la paciente fue atendida en una unidad médica y una mayor en las que se atendieron en su domicilio o con una partera, por ejemplo. Ante los datos mencionados, las autoras comentan que la

⁸⁵ Lazcano-Ponce, Eduardo; Schiavon, Raffaella; Uribe-Zúñiga, Patricia. "Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna". *Salud Pública de México*. vol. 55, suplemento 2 de 2013. P. S214-S224.

cobertura en sí no es suficiente para disminuir la mortalidad materna, sino que se requiere “urgentemente” garantizar que esa atención sea calificada, lo cual incluye personal con conocimientos y habilidades adecuadas, pero también recursos e infraestructura, que garanticen la atención obstétrica oportuna y de calidad en cualquier institución, la cual incluye no solamente una atención apropiada del trabajo de parto, sino la capacidad de responder eficientemente ante la presentación de emergencias obstétricas, como sería el caso de una hemorragia, por ejemplo.

En el reporte se señala que en las zonas con mayores índices de marginación aún existe menor disponibilidad de unidades médicas y personal calificado para la atención de partos y de emergencias obstétricas. Las autoras emiten la hipótesis de que la falta de correlación entre la razón de muerte materna y la proporción de partos atendidos en unidades médicas públicas, podría estar relacionada con insuficiente competencia de los profesionales de la salud (particularmente los médicos de 1° y 2° nivel de atención) para ofrecer atención de calidad a emergencias obstétricas, con deficiente calidad de atención prenatal, carencia de insumos e infraestructura básica, particularmente en el nivel primario de atención. Señalan que en las áreas marginales y rurales del país existen muchas unidades médicas sin capacidad estabilizadora, ni resolutive, ante la emergencia obstétrica.

Otro hallazgo del estudio es que el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud requiere mayor articulación e integración para garantizar redes de servicios eficientes y de calidad las 24 horas de todos los días; pues encontraron que el sistema se encuentra segmentado, las unidades médicas están desarticuladas y no funcionan como redes de servicios de salud; no se tiene garantizado el traslado de pacientes a unidades con capacidad resolutive suficiente y existen plantillas incompletas en las unidades médicas, que impiden tener cobertura médica completa (obstetra, anestesiólogo, cirujano, y pediatra) las 24 horas del día, incluso en las unidades establecidas como referencia para emergencias obstétricas. A lo anterior, agregan que

en las zonas marginadas las plazas de salud se cubren con personal en entrenamiento, existiendo pocos incentivos para que los médicos formados las cubran.

Las autoras señalan que para mejorar la atención de las pacientes y lograr igualdad de género, se requiere impactar en los determinantes sociales y aplicar un enfoque basado en derechos humanos; considerando que para que haya un cambio real y permanente se requiere cambiar no sólo las estructuras, el personal, el equipamiento o presupuesto, sino que se requiere un cambio en la cultura organizacional, entendida como el conjunto de percepciones, sentimientos, actitudes, hábitos, creencias, valores, tradiciones, formas de interacción y las formas de comunicación de la mayoría de los integrantes de la unidad médica, hospital, área directiva o jurisdicción.

Por su parte, Paola Sesia⁸⁶ reportó que los monitoreos en las redes de salud materna que han realizado en los estados de Oaxaca, Chiapas y Guerrero entre 2008 y 2011 han mostrado que los servicios obstétricos públicos no tienen capacidad resolutive en la gran mayoría de los casos; que la muerte materna afecta en manera desproporcionada a las mujeres pobres, de minorías étnicas o raciales, de clases sociales bajas, que viven en zonas rurales aisladas o urbanas marginadas (violación del principio de derecho a la no discriminación). Señala también que se dan comúnmente situaciones de maltrato y abuso, de menosprecio a las lenguas y culturas diferentes a las de la mayoría, con un trato discriminatorio a las mujeres indígenas o de clase social baja.

Peralta Sánchez, médico coordinador del Comité de Mortalidad Materna de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología,⁸⁷ señala que las muertes maternas son un reflejo la pobreza, desigualdad y abandono, pues la mayoría ocurre en regiones con esas características y resultarían evitables con buenas prácticas

⁸⁶ Sesia, Paola. "Derechos humanos, salud y muerte materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México". *Revista Andaluza de Antropología*. Número 5: aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. Septiembre 2013. p 66-90.

⁸⁷ Peralta Sánchez, Antonio. "Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud". *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82:394-396.

clínicas. Reporta que en un estudio pendiente de publicación, relacionado con las muertes maternas en hospitales públicos de Tehuacán, Puebla, se encontró que la frecuencia de muertes maternas se aumenta en diciembre y en los turnos nocturnos y los fines de semana, lo cual implica que la responsabilidad no es sólo de los médicos ginecoobstetras, sino de un sistema administrativo sobrecargado, cuyos jefes tienen una actitud de indiferencia que genera impunidad ante las muertes maternas y perinatales.

Anaya-Prado⁸⁸ señala que la intervención cesárea no es inocua y puede presentar complicaciones hasta en el 12% a 15% de los casos, encontrándose entre las más frecuentes las infecciones, las hemorragias y los fenómenos tromboembólicos; señalando que la mortalidad materna en pacientes sometidas a cesárea es 6 veces mayor a la reportada en pacientes que tuvieron un parto vaginal. El autor mencionado reportó un estudio descriptivo transversal realizado en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS de enero a diciembre de 2006, en el que se determinó la morbilidad presentada en las pacientes sometidas a operación cesárea. Se realizaron 2,827 intervenciones, presentándose hemorragia en el 19.1%, infección en el 1.34%, laceración cervical o cervicouterina en 1.13%, lesión vascular en 0.39% y fenómeno tromboembólico en 0.21% de las pacientes. En sus serie se presentaron 12 muertes maternas (0.42% de las pacientes operadas), 4 de las cuales se consideraron una complicación directa de la cesárea.

Hernández Peñafiel⁸⁹ reportó un estudio descriptivo, transversal, en el que se analizaron las muertes maternas ocurridas en un periodo de 10 años en el Hospital General de Puebla No. 36. En el periodo mencionado se presentaron 74 muertes maternas (tasa de 63.4 por 100,000 nacidos vivos), el 82.5% de las cuales se debieron a causas obstétricas directas. La principal causa de muerte fue preeclampsia-eclampsia

⁸⁸ Anaya-Prado, R; Madrigal-Flores, S; Reveles-Vázquez, J. "Morbilidad materna asociada a operación cesárea". *Cir Ciruj*. 2008;76:467-472.

⁸⁹ Hernández Peñafiel, José; López Farfán, José y Ramos Álvarez, G. "Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años". *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:61-67

(31.8%), la cual fue coincidente con lo ocurrido en las diferentes delegaciones del IMSS. En el reporte se menciona que el 64% de los casos de muerte, el embarazo se resolvió por cesárea, señalando que dicha incidencia elevada de cesárea puede incrementar el índice de muerte materna con respecto al parto vaginal (duplica el riesgo en cesárea electiva y lo cuadriplica cuando es de urgencia). En la serie reportada la tromboembolia pulmonar se presentó en 8 casos, lo que correspondió a la cuarta causa de muerte materna, hecho que pudo deberse al alto índice de cesáreas, ya que el 85% de los casos mencionados tuvo ese antecedente.

Juárez F.⁹⁰ reportó que en 2008 la razón de mortalidad materna promedio nacional fue de 57.2; la de la región 1 (la de mayor nivel socioeconómico) fue de 52.9 y la de la región 6 (la de menor nivel), fue de 97.3 por cada 100,000 nacidos vivos; señalando que la disponibilidad de infraestructura (número de unidades de salud, camas de hospital, personal médico), está claramente asociada con el alto nivel de mortalidad materna. La región 6 incluye los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca, en donde la población es principalmente indígena y muy pobre; la proporción de mortalidad materna promedio en esta región es casi del doble de la de las Regiones 1 a la 4.

En la Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México emitida por la Secretaría de Salud (2009)⁹¹ se señaló que en cuanto a la mortalidad materna, se aprecian diferencias importantes entre los estados; así, en Nuevo León no ocurrieron muertes maternas evitables, a diferencia de lo sucedido en Oaxaca (75.9%), Chiapas (79.3%) y Guerrero (82.7%), considerando que el deceso prematuro de las mujeres está muy ligado a la calidad de la atención y relacionado también estrechamente con inequidades étnicas, de género o de clase. Por su parte, Pérez-Castro⁹² reportó el resultado de la investigación realizada en la Comisión Nacional de

⁹⁰ Juárez F; Palma J; Singh S. *Barreras para la Maternidad Segura en México*. Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.

⁹¹ Secretaría de Salud. *Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2009. México.

⁹² Pérez-Castro y Vázquez, Jorge; Castillo-Vázquez Carlos. "Análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la CONAMED". *Revista CONAMED*. vol 17, suplemento 1, 2012, pp S32-S36.

Arbitraje Médico, por un grupo interinstitucional conformado para revisar los casos de muerte materna acaecida en 2011, con fines estadísticos y para emitir recomendaciones generales para reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. Se analizaron los expedientes de 129 casos. En 43% de los casos se determinó mala práctica y se consideró que el 70% de las muertes fueron prevenibles (es decir, que una atención médica efectiva y oportuna habría impedido la defunción). En el artículo se reporta que el 92.3% de las muertes ocurrió en instituciones públicas de salud, el 3.1% en el sector privado, 3.1% en el hogar y 1.5% durante el traslado.

En esos términos es posible señalar, en síntesis, que para calcular el número de muertes maternas anuales derivadas en deficiencias de la atención médica en México, habría que calcular cuántas muertes de ese tipo ocurren, y calcular el 70% de las mismas, pues ese es el porcentaje que las diversas fuentes coinciden en señalar que corresponde a las muertes que podrían haberse evitado mediante una atención apegada al estándar de cuidado.

Si recordamos que anualmente se presentan alrededor de 1,700,000 nacimientos en unidades médicas del sector público y que las tasas de mortalidad materna van desde 60 como promedio nacional aproximadamente, hasta 90 por 100,000 nacimientos en zonas marginadas, puede establecerse que el número de muertes al año podría estar entre 1,020 a 1,530; por lo que si pretendemos conocer cuántas de ellas se podrían haber evitado mediante una atención adecuada, habría que calcular el 70% de las mismas, lo que nos da como resultado que **en México mueren al año aproximadamente entre 714 y 1071 mujeres embarazadas por deficiencias** en su atención médica durante el nacimiento de su hijo o durante la atención de complicaciones obstétricas graves.

3.2.2.5 Asfixia Perinatal

Otra de las consecuencias que puede presentarse debido a una deficiente atención de las mujeres con embarazo normal en trabajo de parto es la asfixia perinatal y sus consecuencias principales, la muerte fetal intrauterina, la muerte neonatal temprana o las secuelas cerebrales en los niños que sobreviven a la asfixia.

La asfixia perinatal constituye el resultado final de una falta de oxigenación fetal progresiva, que ocasiona acidosis, depresión al nacimiento, diversos grados de encefalopatía hipóxico isquémica o falla orgánica múltiple y que puede llegar hasta la muerte intrauterina o del recién nacido. Se presenta en muchas ocasiones como consecuencia de complicaciones graves del embarazo, pero también puede presentarse en mujeres con embarazo no complicado con trabajo de parto, ya sea como complicación propia del proceso o derivada de acciones médicas injustificadas.

Cuando la hipoxia/asfixia se produce espontáneamente durante el trabajo de parto puede detectarse oportunamente mediante la vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal apegada al estándar que se describió previamente en este trabajo, y de esa manera, se pueden tomar acciones para evitar que el problema progrese a daños permanentes fetales o muerte, ya sea mediante el manejo médico del sufrimiento fetal agudo o realizando una operación cesárea urgente. En estos casos, una vigilancia de la frecuencia cardíaca fetal deficiente, es decir, con menor frecuencia a lo recomendado en el estándar aplicable, impide identificar oportunamente el problema y tomar las acciones descritas; casos en los que es posible afirmar que la deficiente atención ocasiona daños o muerte fetal o neonatal.

En otros casos, la asfixia puede presentarse como consecuencia de acciones médicas, como es el caso de la utilización de oxitocina sin justificación médica suficiente o sin una vigilancia cuidadosa en su administración, casos en los que puede presentarse una sobreestimulación del útero con la consecuente hipertoniá, que determina que el feto

sufra hipoxia progresiva y asfixia; la cual si no se detecta y maneja oportunamente, puede ocasionar los daños comentados en el párrafo previo.

Para tratar de entender la frecuencia con que se presentan daños derivados de asfixia perinatal, debe señalarse que las muertes ocasionadas por dicha condición en su mayoría quedan englobadas en el concepto de muerte perinatal 1, que incluye la mortalidad fetal tardía (muerte fetal intrauterina de fetos mayores de 28 semanas) y la mortalidad neonatal temprana (muerte de recién nacidos en los primeros 7 días de vida). El término muerte perinatal 2 se refiere a los fetos que mueren con edad gestacional de entre 22 y 28 semanas.

Respecto a la posible frecuencia con que ocurre la muerte por asfixia en México, y debido a que no todas las series se reportan como mortalidad perinatal 1, es necesario revisar fuentes que reporten las muertes neonatales, las que reporten muertes fetales intrauterinas y las que lo hagan registrando la propia tasa de muerte perinatal 1 (la que incluye ambas). A continuación se mencionan los estudios que pueden dar luz al respecto:

Fernández Cantón⁹³ reportó un análisis de las estadísticas nacionales, señalando que en 2011 se registraron 28,772 defunciones infantiles en México, 60% de las cuales (17,360) ocurrieron en el periodo neonatal, con una tasa de mortalidad neonatal de 9 por 1,000 nacimientos; las causas más frecuentes fueron asfixia, trauma al nacimiento, la prematuridad, el bajo peso al nacer y las malformaciones congénitas severas.

Castañeda-Casale⁹⁴ reportó un estudio longitudinal retrospectivo en el que se revisaron los expedientes clínicos de los casos en que se reportó muerte perinatal 1, entre

⁹³ Fernández Cantón, Sonia; Hernández Martínez, Ana María, Viguri Uribe, Ricardo. "Evolución reciente de la mortalidad neonatal y postneonatal en México, 1990-2011". *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70(3):265-267.

⁹⁴ Castañeda-Casale, Graciela; Márquez-González, Horacio y Rodríguez-Reyes, Esperanza. "Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010; 48 (3): 237-242.

enero 2004 a diciembre 2007 en el Hospital General de Zona No 46 del IMSS en Gómez Palacio, Durango. En el periodo de estudio hubo 15,137 nacimientos, entre los cuales se reportaron 117 defunciones. El 59.8% correspondió a muerte fetal tardía y el 41.2% a muerte neonatal temprana, con una tasa de mortalidad perinatal 1 en 2007 de 15.46 por 1,000 nacimientos. En 2007 se diagnosticó sufrimiento fetal agudo en 27% de los casos en tococirugía y el diagnóstico final fue de asfixia en el 10%, enfermedad de membrana hialina en 20%, prematurez en 13%, hemorragia pulmonar en 6%, sepsis en 3% hemorragia intracraneana en 3% e interrupción de la circulación materno fetal en 55%.

En la Guía de Práctica Clínica emitida por la Secretaría de Salud al respecto, se señala que la mayoría de los eventos de hipoxia se presentan en la etapa fetal; aproximadamente 5% ocurren antes del inicio del trabajo de parto, 85% ocurren durante el parto y el 10% en el periodo neonatal; los factores de riesgo para presentación de asfixia en las mujeres con embarazos no complicados son uso de oxitocina, trabajo de parto prolongado o precipitado, parto instrumentado o cesárea, alteraciones de la contractilidad uterina (hipertonía uterina), alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal.⁹⁵

Por su parte, Murguía-de la Sierra⁹⁶ reportó que la asfixia perinatal es un problema importante de salud pública en el Mundo y que en México es responsable de la mayoría de las muertes neonatales. A nivel mundial cada año nacen muertos casi 3.3 millones de niños y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida; siendo las malformaciones congénitas y la prematuridad las causantes de una tercera parte de las muertes neonatales, y la asfixia la responsable del 25% aproximadamente. En 2003 se presentaron en México 2,271,700 nacimientos y 20,806 muertes neonatales, cuya principal causa fue la asfixia al nacimiento con 10,277 casos (49.4% de las muertes

⁹⁵ Secretaría de Salud. *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal*. México. 2011.

⁹⁶ Murguía-de la Sierra, María; Lozano, Rafael y Santos, José Ignacio. "Mortalidad perinatal por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver". *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 62, septiembre-octubre 2005.

neonatales). El 63% de las muertes ocurrieron en unidades de la Secretaría de Salud y 36% en hospitales del IMSS. Señalándose que la asfixia se podría prevenir mediante controles de embarazo que detecten y traten oportunamente las complicaciones que puedan afectar a la madre y al feto; pero también mediante una monitorización fetal durante el parto y con una buena atención del mismo

Gloria Alvarado⁹⁷ reportó las causas de mortalidad perinatal hospitalaria en un hospital del IMSS en Monterrey, Nuevo León, mediante una investigación en la que analizó la causa de muerte registrada en los certificados de defunción de 2,244 casos de muerte perinatal, ocurridos entre el 1 enero 2000 y el 31 de diciembre de 2005. Las principales causas de muerte fetal fueron interrupción de la circulación materno-fetal, trastornos del cordón umbilical, desprendimiento de placenta, trastornos hipertensivos y malformaciones múltiples.

De los reportes mencionados puede concluirse que el 60% de las muertes infantiles se registran en el periodo neonatal y el diagnóstico final de las mismas es asfixia entre el 10% al 25% de los casos. De tal suerte que de las 28,772 muertes infantiles que se presentaron en 2011 a nivel nacional, 17,360 fueron muertes neonatales y fueron causadas por asfixia neonatal entre 1,736 y 4,340. Por lo que, si recordamos que el 85% de los eventos de asfixia ocurren durante el parto, es posible concluir que entre **1,475 y 3,698 casos de muerte neonatal se debieron a asfixia intraparto**, la cual no se detectó oportunamente, o incluso se pudo haber provocado con el uso de oxitocina.

Por otra parte si calculamos el dato a partir del estudio en el que se reportó la muerte perinatal 1 con una tasa en ese hospital de 15.46 por 1,000 nacimientos y que la proporción de muertes intraparto y muerte neonatal fue de aproximadamente 60% y 40% respectivamente, del total de las muertes perinatales, se puede establecer lo

⁹⁷ Alvarado, Gloria. "Análisis de la tendencia de la mortalidad perinatal, en Trabajos Libres del 57 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia". *Ginecol Obstet Mex.* 2006;74(Supl):S1-S72 Pag S67 y S68.

siguiente: si calculamos considerando que en nuestro país ocurren aproximadamente 1,700,000 nacimientos en hospitales públicos al año y calculamos la tasa de mortalidad perinatal 1 con la tasa mencionada, tendríamos que 26,282 niños morirían al año en la etapa perinatal 1, de los cuales en 15,769 la muerte ocurren dentro del útero y 10,512 en el periodo neonatal. Ahora bien si recordamos que del 10% al 25% de esas muertes se debieron a asfixia, podemos establecer que **en los hospitales públicos mexicanos mueren aproximadamente entre 2,682 y 6,570 niños debido a asfixia, el 60% de ellos muere dentro del útero y el 40% en la primera semana de vida.**

CAPÍTULO 4

Reflexión bioética sobre los posibles factores determinantes de las deficiencias en la atención del parto normal en los hospitales públicos mexicanos.

4.1 Bioética y derechos humanos

La Bioética es un área de conocimiento relativamente nueva, originada por la preocupación que ha ocasionado el desarrollo de los conocimientos científicos y tecnológicos en las últimas décadas, a los que se ha acompañado un poder cada vez mayor para influir sobre la vida en general y, específicamente, sobre la vida humana. En efecto, desde diferentes tribunas se ha externado la necesidad de controlar el desarrollo de las capacidades humanas; la necesidad de un conocimiento sobre cómo controlar el conocimiento; uno que profundice en los descubrimientos actuales y a partir de ellos, alerte a la sociedad sobre los riesgos y beneficios de su aplicación.

Tanto el origen de la Bioética, como el de los Derechos Humanos, como disciplinas formales, se puede rastrear hasta las reflexiones que se hicieron sobre los abusos cometidos durante la segunda guerra mundial; la cual se caracterizó por una falta generalizada de respeto a la dignidad de las personas, que se hizo muy notoria durante las investigaciones médicas realizadas en seres humanos. Violaciones graves que evidenciaron la necesidad de nuevas reglas capaces de permitir la convivencia entre los países, mismas que se plasmaron en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Igualmente, en ese periodo se desarrollaron consideraciones éticas para guiar la investigación médica sobre seres humanos, que quedaron detalladas en el Código de Nuremberg.

El concepto de Bioética se empezó a utilizar en los años 70s del siglo pasado, y a lo largo de su corta historia ha tenido diferentes definiciones. Originalmente, fue planteado

por Van Rensselaer Potter, quien imaginó a la Bioética como una disciplina que pudiera servir de puente entre las ciencias y las humanidades, y la definió como una disciplina científica construida a partir de la de la investigación biológica de punta y su consideración crítica basada en valores éticos. Más adelante Warren Reich la definió en la 2ª edición de su *Encyclopedia of Bioethics* en 1995, como: el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluyendo visión moral, decisiones, conductas y políticas- de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un escenario interdisciplinario.⁹⁸

Por su parte, la Comisión Nacional de Bioética define la bioética, de la siguiente manera:

*“es la rama de la ética aplicada que reflexiona, delibera y hace planteamientos normativos y de políticas públicas para regular y resolver conflictos en la vida social, especialmente en las ciencias de la vida, así como en la práctica y en la investigación médica que afectan la vida en el planeta, tanto en la actualidad como en futuras generaciones”.*⁹⁹

Como puede verse en las definiciones mencionadas como ejemplo, las mismas son diversas, pero coinciden en la necesidad de reflexionar éticamente sobre los efectos, que la aplicación de los conocimientos científico-tecnológicos pudieran tener sobre la humanidad y el ambiente, a corto y largo plazo, sobre la necesidad de regular su desarrollo y sobre la necesidad de abordar los problemas morales, originados como consecuencia de las nuevas capacidades adquiridas por la humanidad para intervenir sobre la vida humana, animal y vegetal. Cabe mencionar también que, si bien la bioética se ha dirigido en mayor medida, a la reflexión sobre los aspectos éticos de la

⁹⁸ Viesca Treviño, Carlos. “Bioética, concepto y métodos”. En González Valenzuela, Juliana (Coordinadora). *Perspectivas de Bioética*. Primera Reimpresión 2013, de la Primera Edición 2008. México, D.F. Fondo de Cultura Económica/UNAM/CNDH. p 60.

⁹⁹ Definición de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética. México. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>. Consultada el 18 de septiembre 2016.

atención e investigación médicas, su campo de atención va mucho más allá de dichos ámbitos, incluyendo, como se mencionó previamente, todos los aspectos en los que el desarrollo científico tecnológico afecta la vida, en todas sus facetas.

Por lo que hace específicamente a este trabajo de investigación, y entendiendo que el problema de presentación de deficiencias en la atención del trabajo de parto normal en hospitales públicos, no es un asunto que dependa únicamente de ética médica, es decir de los aspectos éticos de la relación médico paciente, sino que existen otros factores que determinan la manera en que se proporciona la atención, la Bioética es la rama del conocimiento que puede permitirnos ver el problema, desde diferentes disciplinas (conocimientos médico-biológicos, ética médica, ciencia jurídica, sociología) y desde dos ángulos principales: a) desde un panorama general, en el que se reflexione sobre las acciones gubernamentales y de las autoridades hospitalarias que influyen en la forma en que se prestan los servicios de atención médica y b) desde un nivel particular, en el que se reflexione sobre la interacción de las pacientes con el personal de salud.

Ahora bien, existen múltiples acercamientos a la ética, en los que se puede fundamentar la reflexión bioética, por lo que surge el cuestionamiento sobre **¿cuál de ellos es el idóneo para realizar el análisis bioético de la atención médica hospitalaria?**

Si se escoge realizarlo mediante las éticas deontológicas, habrá que identificar los deberes en cada caso y considerar correctas o incorrectas las acciones dependiendo si los mismos fueron cumplidos o no, respectivamente. Si escogiéramos fundamentar el análisis en las éticas consecuencialistas, el centro del análisis debería estar las consecuencias previsibles de las acciones, sin tomar en cuenta cuáles eran los deberes a cumplir en cada caso. Por otra parte, si el análisis se realizara mediante las éticas de la responsabilidad, deberían tomarse en cuenta simultáneamente los deberes y las consecuencias previsibles. Si la teoría ética rectora fuera la ética de la virtud, o el

principalismo, se valorarían las acciones de conformidad con el apego a las virtudes, o los principios específicos.

En respuesta al cuestionamiento previo, debe señalarse que no existe una aproximación ética que tenga aceptación universal para guiar los actos humanos en general, ni para guiar los actos médicos en particular, y por tanto, para utilizarla como base única para reflexionar bioéticamente sobre la atención médica proporcionada en los hospitales. En efecto, en las sociedades occidentales modernas existen diferentes formas de pensar sobre lo bueno y lo malo, sobre lo correcto o incorrecto, mismas que pueden ser muy diferentes, incluso en los diferentes sectores de la sociedad de un mismo país.

En la búsqueda de una ética capaz de ser universalizable, es decir de lograr aceptación por la mayoría de la población, se ha encontrado que el abordaje desde los derechos humanos es el que puede lograr mayor consenso; ello quedó evidenciado con la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, pues la misma fue firmada por la mayoría de los países del mundo, quienes se comprometieron a tomar las medidas necesarias para favorecer el respeto de los derechos contenidos en la misma. Compromiso que ha progresado en México hasta positivizar diversos derechos humanos como normas de cumplimiento obligatorio.

La mencionada *Declaración Universal de los Derechos Humanos* tiene como fundamento el reconocimiento irrestricto de la dignidad humana, es decir, aquella cualidad inherente a cada individuo de nuestra especie, quien merece respeto, por el sólo hecho de ser un Ser humano. Siendo necesario señalar que aunque el conjunto de Derechos Humanos no puede considerarse una teoría ética completa, sí define una serie de derechos, entre los cuales se encuentran los *derechos a la vida y a la salud*, mismos que pueden interpretarse operativamente para los fines de este trabajo, señalando que las mujeres que acuden solicitando atención a un hospital, tienen derecho a ser tratadas dignamente y a que se les ayude a mantener y recuperar su

salud y a preservar su vida, mediante una adecuada atención médica, que cumpla los estándares científicos, éticos y normativos, aplicables a su condición clínica.

La relación formal entre bioética y derechos humanos quedó plasmada en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* emitida por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura en 2005. Dicha Declaración aborda las cuestiones éticas relacionadas con la medicina y las ciencias de la vida y se dirige a los Estados, pero también puede ser de utilidad para las decisiones individuales o grupales, cuando ello sea procedente. Tiene como objetivo proporcionar a los Estados un marco universal de principios y procedimientos para la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética. En la Declaración se recomienda, en síntesis, respetar los siguientes principios: la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales; la beneficencia; la autonomía y responsabilidad individual; el consentimiento; la vulnerabilidad humana y la integridad personal; la privacidad y confidencialidad; la igualdad, justicia y equidad; la no discriminación y la no estigmatización.

De acuerdo a los planteamientos previos, en este trabajo se utilizaron los derechos humanos como marco ético para la reflexión bioética, considerando que se respetan los derechos de las mujeres atendidas en los hospitales, sólo cuando en la atención que se les proporcione, se respete su dignidad y se cumplan, sin deficiencias, los estándares técnicos, éticos y normativos, a los que obliga una atención médica correcta.

Ahora bien, atendiendo a los resultados de la investigación documental descrita en los capítulos previos, considero conveniente catalogar las deficiencias con que se atiende a las pacientes en trabajo de parto en los hospitales públicos, de manera diferente a la que se planteó inicialmente, haciéndolo ahora, como sigue: 1) factores socio-culturales que incluyen las características y acciones de las pacientes y del personal de salud y, 2) factores estructurales o sistémicos, que contemplan las acciones de los gobiernos,

nacional y estatales y las características de los hospitales públicos, como entidades con cultura y mecanismos de funcionamiento propios.

4.2 Factores socio-culturales

4.2.1 Las pacientes

En este trabajo denomino pacientes a las mujeres que ingresan a un hospital. Como se mostró en el capítulo previo, las pacientes que se atienden en los hospitales públicos, tienen en común, en mayor o menor medida, cierto grado de pobreza económica, que les impide atenderse para el nacimiento de su hijo en un hospital privado. En ese contexto, se trata también de mujeres que en muchas ocasiones tienen bajo nivel educativo, malos hábitos higiénicos y alimenticios y, principalmente, como señala Roberto Castro, tienen un bajo nivel de ciudadanía, es decir, una pobre capacidad de “*ejerger los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente*”, o hablando específicamente de la “ciudadanía reproductiva”, una pobre “*capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva*”.¹⁰⁰

Otro elemento importante es que muchas mujeres mexicanas han desarrollado una forma de ver la vida, en la que para ellas resulta normal ser obligadas a realizar acciones contra su voluntad; pues se encuentran inmersas en una sociedad en la que, según diversos estudios sobre relaciones de género, la mujer ocupa un lugar de sumisión a la autoridad masculina y un papel tradicional, en el que, lo apropiado para ella es ser sumisa y dedicarse a cuidar a sus hijos o a los enfermos en su grupo

¹⁰⁰ Castro, Roberto. “*Habitus* profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”. En: Castro, Roberto y López Gómez Alejandra (editores). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Universidad de la República, Uruguay/Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo Uruguay. 2010.

familiar. Esa aceptación de la dominación masculina, como algo normal, ha sido descrita por el sociólogo Pierre Bourdieu, denominándola “*violencia simbólica*”.¹⁰¹

El autor mencionado señala que la violencia simbólica se instituye, mediante la adhesión que el dominado -en este caso las mujeres- se siente obligado a conceder al dominador, cuando no puede imaginar otra cosa, pues no tiene referencia de ello (la situación le parece natural). No se trata de una dominación por fuerza o por razones (convencimiento), sino de una sumisión voluntaria; señalando que el efecto de la dominación simbólica no se produce a nivel consciente, sino mediante esquemas de percepción, de apreciación y acción que constituyen los *hábitos*. Igualmente se explica que la “*fuerza simbólica*” es una forma de poder que se ejerce sin coacción física. Los dominados cooperan con el dominador, porque hay unas disposiciones registradas operando como resortes en lo más profundo del cuerpo (aceptan los límites impuestos, adoptan emociones corporales, como vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad, o pasiones como amor, admiración o respeto; o bien otras, como rubor, temblor o ira). En efecto, se señala que la violencia simbólica no reside en consciencias engañadas, que bastaría con iluminar, sino en inclinaciones modeladas por la estructura de dominación que las produce; por ello, la ruptura de la relación de complicidad entre víctimas y demandados sólo puede venir de una radical transformación de las condiciones sociales, que favorecen que los dominados vean las cosas igual que sus dominadores, como algo “normal”.

La violencia simbólica se manifiesta en la atención médica de las mujeres en los hospitales públicos, en la aceptación de las órdenes del personal de salud sin cuestionarlas; en la aceptación del maltrato como algo natural, al provenir de una figura de autoridad, como lo son los médicos y enfermeras, quienes, desde su punto de vista, tendrían mayor conocimiento y mayor nivel socio económico.

¹⁰¹ Bourdieu, Pierre. *La Dominación Masculina*. Traducción de Jordá, Joaquín, del original 1998. Editorial Anagrama. Barcelona, España. 2000.

Otro punto a considerar es que las mujeres que se atienden en hospitales públicos tienen una cultura y cosmovisión diferente al personal de salud, un saber heredado de manera tradicional, en el que la visión biológica del cuerpo y del nacimiento juega un papel menor; alrededor del embarazo y el nacimiento existen múltiples y diversos conceptos que van mucho más allá; para ellas el nacimiento es la oportunidad de tener un hijo, al que van a criar y amar, el que las va a acompañar durante su vida, al que han tenido dentro de su cuerpo y cuyos movimientos han percibido durante varios meses. El nacimiento tiene también otras implicaciones, incluso de tipo espiritual, que pueden variar de conformidad con las múltiples culturas que existen en las diversas regiones del país. Visiones del parto que resultan muy diferentes a las que tiene el personal de salud, especialmente los médicos, quienes después de muchos años de estudio, han aprendido a ver al parto como un evento biológico, que puede implicar riesgos incluso mortales y han llegado a excluir de su pensamiento, otras concepciones culturales del embarazo y nacimiento.

4.2.2 El personal de salud

En este trabajo denomino personal de salud a los médicos y enfermeras y otros profesionales que atienden a las pacientes en los hospitales públicos. Siendo pertinente aclarar al respecto, que el equipo de salud que atiende a las pacientes en trabajo de parto en dichos establecimientos, generalmente se encuentra dirigido en cada turno, por un médico especialista en ginecología y obstetricia, sobre quien recae la responsabilidad ética y legal de las decisiones médicas que se tomen; dicho profesional, dependiendo del nivel hospitalario de que se trate, puede tener a su cargo médicos estudiantes de la especialidad, denominados “residentes” y estudiantes del último año de la carrera de medicina denominados “internos”; los estudiantes descritos tienen la función de proporcionar atención médica quirúrgica, bajo la supervisión del médico especialista mencionado previamente.

En este grupo de trabajo las enfermeras tienen la función de cuidar directamente a las pacientes, con funciones autónomas propias de su profesión (medir y registrar los signos vitales, hacer diagnósticos de enfermería y establecer un plan de cuidados específico, etc.) y tienen también la función de implementar las indicaciones médicas (aplicar medicamentos, apoyar al médico en la realización de procedimientos, etc.). Funciones que no incluyen en la mayoría de los hospitales públicos, la de ejercer funciones de enfermería obstétrica, como sería lo ideal, es decir, las de acompañar y cuidar respetuosamente a la paciente, la de informarle sobre el proceso del trabajo de parto y hacerla sentir segura, así como las de valorar la evolución del trabajo de parto, mediante tactos vaginales y vigilancia de las características de las contracciones uterinas y de la frecuencia cardíaca fetal, aunadas a la de atender la expulsión del recién nacido; esto, a pesar de que muchas de ellas fueron capacitadas específicamente y se encuentran acreditadas legalmente para hacerlo, pues están tituladas como enfermeras obstetras.

Otro personal de salud que ha demostrado ser muy importante en la atención de las pacientes en trabajo de parto normal, son las acompañantes o Doulas; quienes se encargan de acompañar a las pacientes, de cuidarlas, consolarlas, de darles masajes que les ayudan a soportar los dolores que acompañan al trabajo de parto; quienes no toman decisiones clínicas directamente, ni ejercen funciones médicas ni de enfermería, pero que resultan de gran importancia para el proceso del parto, pues dan tranquilidad a las pacientes comunicándose directa e íntimamente con ellas, dándoles confianza e informándoles sobre los procedimientos que se llevarán a cabo, a la par que realizan maniobras no médicas para ayudarlas, como pueden ser la aromaterapia, los masajes y otros. Es importante mencionar que en la mayoría de los hospitales públicos del país no se cuenta con Doulas, lo que hace que las pacientes no tengan acompañamiento personalizado profesional durante el trabajo de parto, lo cual se suple en algunos establecimientos, permitiendo el acompañamiento de la paciente por su esposo o un familiar de confianza; sin embargo, dicha acción no es capaz de suplir la función de la acompañante profesional, por lo que lo ideal sería que cada mujer que tuviera su parto

en el sistema público de salud fuera acompañada por la Doula y por su esposo o su familiar de confianza, pues en ese supuesto, la Doula dirigiría de manera personalizada el acompañamiento del familiar, haciéndolo más efectivo.

Los integrantes del equipo de salud de los hospitales públicos, como comenté previamente, tienen una relación laboral con la institución a que pertenecen; relación laboral que resulta muy diversa, pues cada uno de los subsistemas del sistema público de salud, tiene relaciones contractuales específicas; de tal suerte que los sueldos y las prestaciones laborales, resultan muy diversas, por ejemplo, entre un médico que trabaja en un hospital del IMSS, y uno que trabaja en un hospital de la Secretaría de Salud de un estado de la república; más aún, las diferencias en sueldos y prestaciones, pueden resultar muy notorias entre médicos que trabajen para un mismo hospital, dependiendo de, si tienen una “plaza” con afiliación a un sindicato, o si tienen una relación laboral “por contrato”, sin prestaciones laborales, ni derechos de antigüedad. Lo anteriormente mencionado provoca que los médicos y enfermeras, tengan un mayor o menor sentido de pertenencia a la institución con la cual están contratados y, consecuentemente, un mayor o menor compromiso con el hospital, donde trabajan.

El contrato laboral que hemos mencionado, exige a los profesionales que atiendan a las pacientes que se les asignan durante su turno de trabajo y en el área de su responsabilidad; así los médicos especialistas en ginecología y obstetricia que trabajan en hospitales grandes, con áreas separadas de Hospitalización, de Tococirugía y Urgencias, pueden llegar a tener a su cargo una sola de dichas áreas durante su turno, pero en los hospitales pequeños, generalmente es uno sólo el médico que tiene a su cargo las diferentes áreas, es decir, el área de Urgencias, donde las pacientes llegan a solicitar atención, el área de Tococirugía, donde las pacientes se atienden durante su trabajo de parto en fase activa y expulsiva y se realizan las intervenciones quirúrgicas necesarias y el área de Hospitalización, donde las pacientes se recuperan del nacimiento y permanecen hasta que son dadas de alta, condición que implica dificultad para proporcionar atención continua y personalizada a cada paciente.

Por otra parte, cabe señalar que el personal médico que trabaja en los hospitales públicos, ha sido instruido durante su carrera profesional para desempeñarse en un modelo médico positivista biológico, que no toma en cuenta elementos subjetivos, como serían la sensibilidad y los sentimientos, creencias o expectativas de las pacientes, pues lo importante son los elementos objetivos del trabajo de parto, esto es, los síntomas y signos de la paciente y la valoración medible del proceso del parto, mediante la valoración de los signos vitales, de las características de las contracciones uterinas, de los progresos en la dilatación del cuello uterino y del descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto. Ello determina que el personal desestime los conceptos culturales de las pacientes o que se atreva a calificar el grado de dolor que puede tener una paciente. En efecto, la experiencia diaria en los hospitales expone al personal médico a personas con enfermedades de muy diverso grado de gravedad y con muy diferentes umbrales al dolor, es decir, a pacientes con condiciones muy graves de salud que se quejan poco y a pacientes con condiciones que no las ponen en riesgo, pero que gritan y se quejan diciendo que tienen un gran sufrimiento. Ello se ejemplifica en el caso obstétrico, en que algunas pacientes con fases avanzadas o con complicaciones graves del trabajo de parto no manifiestan gran sufrimiento, y en que algunas, con fases iniciales de la dilatación, se quejan y griten refiriendo que tienen un dolor insoportable. Es ahí cuando ocurre una incongruencia en la mente del médico positivista, en el encuentro de una paciente sin manifestaciones objetivas de enfermedad grave, pero con una sensación subjetiva de gran sufrimiento, la cual los lleva a desestimar sus emociones y a concentrarse en los aspectos biológicos del proceso.

Otro elemento a tomar en cuenta al hablar del personal de salud, es el que señala el investigador Roberto Castro, cuando dice que el personal médico de los hospitales públicos actúa de una manera determinada por su *habitus* médico autoritario, el cual ha sido forjado mediante relaciones de poder durante su formación profesional. En efecto, el investigador mencionado señala que durante la carrera de medicina y durante la

formación como especialistas, los médicos sufren una serie de abusos de poder a los que tienen que acostumbrarse, y que así aprenden a comportarse de manera autoritaria, con el personal que tienen como subalternos, pero también con las pacientes. Lo cual, aunado a las investigaciones que comentamos en el capítulo previo, en las que se ha encontrado que los médicos consideran a las pacientes incapaces de tomar decisiones adecuadas sobre su propio bienestar, determina una forma de actuar paternalista, es decir, una en la que el médico toma decisiones pensando en que él es el único capacitado para tomar decisiones adecuadas, pues las pacientes son ignorantes e incapaces de saber lo que les conviene. Por ejemplo, en el caso de una paciente con 5 hijos que acaba de tener al sexto, a la que se le ofrece la posibilidad de realizarse una intervención quirúrgica para evitar el embarazo de manera definitiva y ella se niega, el médico lo único que puede ver, es una paciente pobre, que apenas puede alimentar a sus hijos y que quiere seguir expuesta al embarazo, sin importarle los riesgos que implica un nuevo embarazo y la posibilidad de tener más hijos, como son riesgo de complicarse y morir y dejar huérfanos a sus hijos o la incapacidad económica de mantener más niños, por lo que la cataloga como una desconsiderada, ignorante e incapaz de saber lo que le conviene; caso en el que el médico se encuentra incapacitado para entender las razones por las que la mujer no quiere ser esterilizada, como el pensar que evitar tener hijos es un pecado, que su esposo ya no la va a querer si no le puede dar más hijos, el temor a las consecuencias de una intervención quirúrgica, o muchas otras razones que los médicos enfocados en los aspectos biológicos, no alcanzamos a comprender y a valorar en su totalidad.

Es en ese contexto que resulta importante la valoración que hace el personal de salud sobre las pacientes como “cooperadoras” o no, que describimos en el capítulo previo. Concepto muy profundo, pues hace diferencia entre las pacientes que obedecen las indicaciones médicas y permiten la realización de maniobras médicas, sin protestar (cooperadoras); y entre las que no permiten que se les explore, que gritan, que se quejan mucho, que no se acomodan como se les indica o que no siguen fielmente las indicaciones médicas (no cooperadoras). Concepto que resulta muy importante porque

muestra fehacientemente que el modelo de atención médica con que se atiende a las pacientes en el hospital público es de tipo paternalista, es decir, uno en el que el médico trata de beneficiar a las pacientes sin tomar en consideración sus preferencias, sin respetar su autonomía.

En efecto, en el modelo paternalista de atención médica el principio ético de beneficencia tiene mayor peso que el de autonomía. En dicho modelo, el médico considera que sabe lo que es bueno para la paciente; por ejemplo, sabe que es bueno realizar un tacto, aplicar oxitocina, realizar cesárea o alguna otra maniobra médica, y que la paciente es incapaz, debido a su condición sociocultural, de tomar decisiones correctas, por lo que resulta inútil darle explicaciones y explorar cuáles serían sus preferencias en un caso específico. Modelo en el que no se respeta la autonomía de las pacientes, es decir, su derecho a ser informadas exhaustivamente de su condición clínica y de las alternativas de manejo, con sus correspondientes riesgos y beneficios; así como su derecho a tomar decisiones sobre los procedimientos médicos a los que va a ser sometida.

De la misma manera resulta pertinente señalar, que en el modelo gerencial prevaleciente en los hospitales públicos, el personal de salud tiene como objetivo principal el entregar su turno de trabajo, de la mejor manera, con el menor número de complicaciones y con mayor porcentaje de tratamientos exitosos; por lo que las pacientes resultan un medio para lograrlo, es decir son los medios para lograr su objetivo principal. En esos términos, se espera que las pacientes “cooperen” para lograr el objetivo, pues se supone que el mismo, implica que a cada una de ellas le vaya bien. Lo mencionado puede explicar en parte, aunque no lo justifica, que el personal médico se irrite con las pacientes que no “cooperan” y se considere con derecho a tratar de obligarlas a hacer lo que él quiere, pues le parece que “es por su bien”.

Otro elemento importante a tomar en cuenta, es la falta de un médico responsable, encargado de cada una de las pacientes durante toda su estancia hospitalaria, que ya

hemos mencionado. En efecto, en este caso el ginecólogo responsable de todas las pacientes de un turno, solamente adquiere responsabilidad de las acciones tomadas por él ese día y durante ese turno, pero no por la evolución completa del caso clínico de la paciente. Ello resulta importante también, porque en los hospitales pueden estar contratados médicos provenientes de diferentes instituciones y que tengan criterios clínicos diferentes, lo que ocasiona que frecuentemente se cambien las indicaciones médicas de un turno para otro. En esos términos, no existe generalmente un médico comprometido personalmente con la paciente, con el que ella pueda comunicarse y consultarle sus dudas o inquietudes; un médico que vea el caso clínico de manera integral y que dirija las acciones de los otros médicos.

Por último debe mencionarse que en diferentes estudios se ha reportado que los médicos de los hospitales públicos tienen frecuentemente problemas emocionales, ocasionados por insatisfacción profesional determinada por la falta de autonomía en sus decisiones médicas, por el exceso de pacientes y por la obligación de ser responsable de varias pacientes de manera simultánea sin poder atenderlas de manera personalizada, estando siempre obligados a dar una atención apresurada y de baja calidad. Condición que hace que se muestren más irritables y predispuestos a maltratar a las pacientes.

Sin menoscabo de lo expuesto, es necesario señalar que las adversas condiciones de trabajo que se presentan en los hospitales públicos, aún y cuando propicien un trato deshumanizado, basado en rutinas, paternalista, con gran carga de angustia, poca autonomía médica y con responsabilidad compartida, **no pueden justificar** que un profesional médico que escogió su profesión para atender correctamente a las pacientes, las trate de manera maleficente, maltratándolas, discriminándolas y sin respetar sus derechos; pues precisamente el conocimiento obtenido por la preparación médica y la consciencia de la responsabilidad ética que implica el que una paciente ponga su vida y su salud en sus manos, deben obligarlo a actuar de manera diferente a lo que el sistema les impone; no se justifica, por esas razones, que el personal de salud

actúe de manera prereflexiva, como según he demostrado previamente, ocurre en los hospitales públicos.

4.3 Factores estructurales o sistémicos

4.3.1 El Gobierno

El gobierno, entendido como el conjunto de poderes públicos encargados de definir y hacer cumplir las leyes y políticas públicas que permiten la convivencia de los diferentes actores sociales, en lo que corresponde a esta investigación, tiene las funciones específicas de definir los mínimos requisitos que debe cumplir la atención de las mujeres en trabajo de parto en todo el país, tanto en sector privado, como en el público; siendo además en este último sector, responsable de establecer políticas públicas que garanticen que la atención del trabajo de parto en unidades públicas de salud se apege al estándar de atención vigente internacionalmente, las que incluyan la legislación apropiada y la inversión suficiente para que exista la infraestructura necesaria y se disponga de personal, recursos e insumos para implementar sus directivas; de la misma manera el gobierno debe establecer medidas para supervisar que se cumplan las políticas públicas dictadas y para imponer sanciones a quienes las incumplan.

Como comentamos en el capítulo previo, el gobierno mexicano invierte una fracción menor del Producto Interno Bruto (PIB) en los sistemas públicos de atención médica hospitalaria que otros países, PIB que de por sí es muy bajo comparativamente. Dicha inversión se ve afectada negativamente por estar destinada a diferentes instituciones con duplicidad de funciones y falta de supervisión en el ejercicio del gasto. La pobre inversión se ve reflejada en falta de unidades médicas capaces de resolver eficientemente las emergencias obstétricas y en la carencia de personal e insumos médicos que comentamos en el capítulo previo.

A la pobre inversión en salud se agrega una deficiente implementación de las políticas públicas de salud, pues como se hace evidente en las investigaciones mencionadas en este trabajo, las prácticas rutinarias en los hospitales que medicalizan injustificadamente el trabajo de parto siguen siendo una constante en la mayoría de los hospitales públicos, a pesar de que la Norma Oficial Mexicana de atención del parto, publicada en 1995 ordenaba evitarlas. En efecto, si la publicación de la norma mencionada se hubiera acompañado de una política pública integral, se habrían implementado acciones en los hospitales, que habrían cambiado la forma de atender el parto, misma que no han cambiado a 20 años de su publicación. Ello resulta importante en este momento, pues la emisión de nueva NOM del parto en abril de 2016 que ya he comentado previamente, debería de acompañarse de una política pública integral con emisión de procesos administrativos y presupuestos que permitieran que fuera conocida e implementada en todas las unidades médicas del país que atienden a mujeres embarazadas.

Lo anterior indica que el gobierno mexicano no está cumpliendo adecuadamente con sus obligaciones, pues está obligado a garantizar una atención médica apegada al estándar en todas las unidades del sistema público del país, sin distinción de su entorno, ya sea urbano o rural, así en zonas de alta marginación o en zonas de alto nivel económico; dicho incumplimiento determina diferencias injustas en la atención médica, pues las personas de mayor nivel socioeconómico reciben mejor atención que las de zonas marginadas, debido a su clase social, sus condiciones económicas o por cuestiones étnicas; diferencias, que como hemos visto, pueden llevar a que miles de mujeres mueran por complicaciones, en las que la muerte podría haberse evitado mediante una adecuada atención médica.

De lo anterior se desprende que **el gobierno mexicano ejerce una violencia estructural o institucional en la atención médica de las pacientes en los hospitales públicos**, pues dicho tipo de violencia, es aquella que provoca daños

físicos y psicológicos a las personas, como consecuencia de condiciones inadecuadas en instituciones y sistemas públicos

“Por violencia institucional se entienden los actos u omisiones de los hombres y mujeres que trabajan como servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que impliquen discriminación o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia según se establece en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”.¹⁰²

En ese tenor, habría que valorar las políticas públicas que se han implementado para mejorar la atención médica, como la cruzada nacional por la calidad de la atención médica, en la que se propugnaba proporcionar atención médica con calidad y calidez, lo cual no implicaba una atención respetuosa de los derechos de las pacientes, pues la calidez por sí misma no implica que se respete la autonomía, ni que se actúe con beneficencia o con no maleficencia, ya que se puede ser muy amable o “cálido” con las pacientes, y aún así no respetar sus derechos. En efecto, un médico puede ser muy amable con una paciente, al mismo tiempo que omite actuar con apego a los principios éticos que deben guiar su actuación, es decir, respetando su intimidad, su derecho a la confidencialidad, su autonomía, y actuando con beneficencia, no maleficencia y justicia. En esos términos, el médico podría decirle a la paciente muy amable o cálidamente que la va a operar de cesárea, sin explicarle suficientemente las razones por las que considera necesario el procedimiento, y exagerando los riesgos, para que ella acepte una cesárea injustificada.

¹⁰² Evangelista-García, Angélica Aremy; Tinoco-Ojanguren, Rolando; Tuñón-Pablos, Esperanza. “Violencia institucional hacia las mujeres en la región sur de México”. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. vol. XIV, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 57 -69. Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas, México.

4.3.2 El Hospital

Los hospitales públicos fueron creados para atender a personas enfermas, es decir pacientes que han perdido su estado de salud y por ello se encuentran en riesgo de tener daños permanentes o de llegar a morir; en los hospitales se conjugan los elementos necesarios para ayudar a las personas a resolver esas enfermedades; se encuentran médicos de diferentes especialidades y se tiene la infraestructura, equipo e insumos necesarios para ello, como son camas de hospitalización, quirófanos, equipos de laboratorio clínico, gabinetes de rayos X, etcétera. Si bien los hospitales fueron creados para atender de la mejor manera a los enfermos, el encarecimiento de los insumos médicos y la complejidad creciente de la administración hospitalaria, ha ocasionado que cada vez se dé mayor importancia a las evidencias objetivas biológicas, a la eficiencia y a la productividad, que a los aspectos subjetivos de la atención médica, lo que ha llevado, como comentamos previamente a una atención despersonalizada o deshumanizada, en la mayoría de ellos. En los hospitales se han implementado sistemas gerenciales que favorecen prácticas rutinarias y despersonalizadas.

Los hospitales públicos son entidades con una cultura o ética institucional propia, en los que se establece un *campo médico*, una forma de atender a las pacientes, en la que, como hemos visto, en la mayoría de ellos lo importante para la organización es el aspecto biológico, el tener el menor número de eventos adversos y muertes, el tener los mejores índices de ocupación, etcétera; dando menor importancia al respeto a la dignidad de los pacientes o a la humanización del trato a los mismos, pues dichos rubros no son medibles en la mayoría de las ocasiones y, generalmente sólo se hacen evidentes cuando los pacientes se quejan por la atención médica recibida, reclamaciones que en muchas ocasiones se catalogan como quejas por falla en la relación médico-paciente.

En esos términos, es procedente preguntarse si la política pública mexicana, de favorecer que los partos se atiendan preferentemente en hospitales es correcta. En

efecto, como establecimos en el capítulo previo, las estadísticas muestran que solamente el 1.51% de las pacientes tuvieron el nacimiento de su hijo en una unidad de primer nivel, mientras que el 77.2% lo tuvieron en un hospital de segundo y un 20.41% en uno de tercer nivel. Es decir, el 97.61% de los nacimientos ocurrió en los hospitales, los que, como señalamos tienen la función de atender enfermos.

Lo anterior adquiere relevancia ante la afirmación de que el parto es un proceso natural que no requiere en la mayoría de los casos de intervención médica alguna. Afirmación, que de ser cierta, haría totalmente incongruente que se atendiera a personas sanas con un proceso natural, como lo sería el embarazo de bajo riesgo y su trabajo de parto, en establecimientos hospitalarios diseñados para solucionar problemas médico biológicos que ponen en riesgo la vida de las personas.

4.3.3 ¿El parto debe atenderse en hospitales?

Para contestar la pregunta que encabeza este párrafo, es necesario reconocer que la mujer embarazada se encuentra en una situación corporal, que dista mucho de la que tenía antes de embarazarse. Durante la gestación la mujer tiene cambios anatómicos y fisiológicos en la mayoría de sus sistemas, siendo los más importantes los aumentos en el tamaño uterino, en el volumen sanguíneo y en la irrigación pélvica necesaria para permitir el desarrollo fetal; aunado a ello, su sistema inmune debe adaptarse para permitir el desarrollo de un individuo antigénicamente diferente dentro de su cuerpo, sin que se produzca rechazo inmune al mismo. Lo anterior ocasiona que la mujer embarazada se encuentre en un estado de vulnerabilidad, en un estado fisiológico que la expone a sufrir daños a la salud, que no tendría si no estuviera en dicha condición. Daños que como vimos, pueden presentarse hasta en 8% de las pacientes en forma de morbilidad materna severa y que, en algunos casos, llegan a ocasionar la muerte.

En esos términos, el embarazo y el trabajo de parto, no pueden considerarse una condición fisiológica en la que las mujeres están completamente sanas y sin riesgo, es decir, iguales a como estaban antes de embarazarse; si bien se trata de una condición

natural, ello no implica necesariamente que sea completamente saludable. Tampoco puede asegurarse que las embarazadas de bajo riesgo están enfermas y deben “aliviarse”. Más bien considero que el embarazo y el trabajo de parto de bajo riesgo, deben considerarse una condición especial, que si bien no es patológica, sí implica riesgo de morir. Riesgo que, como vimos se ha cuantificado en forma de Razón de Mortalidad Materna, la cual en México puede llegar a ser de entre 57.2 a 97.3 muertes por 100,000 nacidos vivos, dependiendo de la región donde ocurra el nacimiento; proporción que, si comparamos con las tasas de mortalidad por otras enfermedades, podría equivaler a las enfermedades isquémicas del corazón, que en nuestro país tuvieron una tasa de 82.1 por 100,000 personas mayores de 15 años en 2009, o con enfermedades del hígado que tuvieron una tasa de 40.9 por 100,000 personas mayores de 15 años en el mismo periodo.¹⁰³

Así, las embarazadas no complicadas son mujeres sanas cursando una situación especial de riesgo de daño a su salud; quienes en una pequeña proporción de casos, pueden requerir la aplicación de tratamientos médicos para salvar su vida.

Sin menoscabo de lo expuesto, el hecho de que el embarazo y el trabajo de parto aumenten la vulnerabilidad de las mujeres, no implica que el nacimiento de los embarazos de bajo riesgo deba atenderse en hospitales, pues como se estableció al hablar del estándar de atención, se ha comprobado que no se requieren maniobras médicas para favorecer el parto, sino que más bien, dicho tipo de acciones puede entorpecer y complicar el desarrollo de un parto normal; de tal suerte que como demostré previamente, el conocimiento médico biológico recomienda un acompañamiento respetuoso de la parturienta, que le proporcione confianza y tranquilidad y una vigilancia cuidadosa del proceso, para detectar oportunamente la presentación de complicaciones; en cuyo caso habría que actuar con celeridad para

¹⁰³ Secretaría de Salud. *Estimación de tasa de mortalidad, de vida y AVP por causas de muerte, 2010-2020*. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/4rnis-is-05.pdf>, consultado el 26 de septiembre 2016.

aplicar todos los tratamientos médicos que sean necesarios, pues ante la presentación de una complicación, la mujer adquiere sin lugar a dudas, la condición de enferma que amerita tratamiento hospitalario.

Merced a lo anterior, las mujeres embarazadas no complicadas con trabajo de parto, no deberían atenderse en hospitales de segundo nivel, y menos aún en hospitales de tercer nivel. Más bien, deberían atenderse en unidades médicas de primer nivel, por lo siguiente:

Las unidades de primer nivel generalmente son cercanas a los domicilios de las mujeres, no como los hospitales, que en muchas ocasiones les quedan lejos y ello les obliga a tener que desplazarse hasta los mismos, con los gastos e inconvenientes que eso implica.

En las unidades de primer nivel es más probable que el personal de salud conozca a la mujer en trabajo de parto, por haberla estado atendiendo durante su embarazo, durante la atención prenatal, por lo que sería más fácil que la mujer se sintiera confiada y tranquila, en un sitio más amigable y con personas conocidas. En esta posibilidad, la mujer identificaría al personal de salud responsable de su atención, mismo que no cambiaría durante todo el proceso. Todo ello permitiría una atención personalizada, a diferencia que lo que ocurre en los hospitales.

La atención en unidades de primer nivel también favorecería un mayor entendimiento cultural entre personal de salud y de las mujeres, pues se trataría de médicos o enfermeras asentados en la localidad a la que pertenece la mujer, con mayor probabilidad de conocer las condiciones de vida y la cultura de las personas de dicha comunidad. Entendimiento que difícilmente puede lograrse en los hospitales, en los que el personal de salud pertenece a entornos urbanos y tiene una forma de ver la vida muy diferente a la de las mujeres que atienden, como se hizo evidente en las investigaciones comentadas en el capítulo previo.

Otro elemento a favor de las unidades de primer nivel es que, en las mismas, las mujeres serían atendidas por personal de salud calificado, ya fuera médicos generales o enfermeras parteras, pero no por médicos especialistas en ginecología y obstetricia, lo cual disminuiría la posibilidad de medicalizar el proceso y de realizar operaciones cesáreas injustificadas; pues a diferencia de lo que ocurre en los hospitales, en los que los médicos especialistas se encuentran entrenados para realizar cesáreas y tienen quirófanos disponibles para ello, el personal de salud que atendiera a las mujeres en las unidades de primer nivel, tendría una visión menos medicalizada del proceso y estaría imposibilitado para realizar maniobras médicas especializadas.

Si bien, sería preferible que los partos se atendieran en unidades de primer nivel, el poder hacerlo dependería de la capacidad del gobierno de poder equiparlas con los requerimientos mínimos para atender el parto y de asignarles personal de salud capacitado en la atención de partos normales, en detección oportuna de complicaciones y en atención inicial de emergencias obstétricas; de igual manera, dependería de la existencia de una red funcional para la evacuación oportuna de las pacientes complicadas, a unidades médicas capaces de resolver las emergencias obstétricas adecuadamente, misma que en la actualidad no existe.

Es necesario comentar que la atención del parto normal en hospitales satura los servicios, les resta capacidad para atender pacientes complicadas y expone a las mujeres a recibir una atención deficiente, con medicalización injustificada y falta de respeto a su dignidad; por lo que **es muy necesario cambiar la política pública que favorece la atención hospitalaria del parto**, por una que lleve a la atención segura del mismo en unidades de primer nivel, apoyadas por una red eficiente de evacuación y atención de emergencias obstétricas.

Otra opción que existe es el implementar la atención del parto en unidades de maternidad anexas a los hospitales, dirigidas por enfermeras parteras o parteras

profesionales, en las que las mujeres se atiendan con un modelo no medicalizado y respetuoso de sus derechos reproductivos; unidades en las que los médicos especialistas no tengan injerencia, y en los que solamente participen en caso de que el personal capacitado y responsable de las mujeres, identifique alguna complicación meritoria de la atención médica especializada, pues como comenté previamente, en esos momentos la mujer en trabajo de parto se convertiría en una enferma, que requiere todo el armamentario terapéutico, para ayudarla a restablecer su salud.

Finalmente, debe mencionarse que en nuestro país existen hospitales públicos que atienden a las mujeres en trabajo de parto con un modelo no medicalizado y respetuoso de los derechos reproductivos, en los que las pacientes se encuentran a cargo de enfermeras obstetras y parteras, con buenos resultados clínicos; los cuales también pueden servir como ejemplo para implementar unidades semejantes en otros lugares de la república.

4.4 Factores determinantes de las deficiencias

Como he mostrado hasta este momento, existen diversos factores que se relacionan con la presentación en las deficiencias en la atención en los hospitales públicos, cada uno de los cuales puede determinar en mayor o menor medida la presentación de algunas de ellas. Para analizar dicha condición considero conveniente clasificar las deficiencias, de una manera diferente a la planteada inicialmente en este trabajo de investigación, agrupándolas ahora de la siguiente manera:

1. Modelo equivocado de atención del parto
2. Maltrato a las pacientes
3. Medicalización del trabajo de parto
4. Deficiente vigilancia del trabajo de parto
5. Falla en la atención de emergencias obstétricas

4.4.1 Modelo equivocado de atención del parto

Las evidencias documentales descritas en este trabajo, me permiten establecer que la atención de las mujeres embarazadas de bajo riesgo con trabajo de parto normal en México, se lleva a cabo mediante un modelo hospitalario que favorece el trato despersonalizado y en muchas ocasiones abusivo, en el que las pacientes se encuentran bajo la responsabilidad de médicos especialistas en ginecología y obstetricia, lo que favorece la aplicación rutinaria de maniobras médicas. Las mujeres de las que estamos hablando deberían ser atendidas en las unidades de primer nivel, pues el trabajo de parto normal es un proceso que no requiere intervención médica alguna, a menos de que se presenten complicaciones, las cuales pueden aparecer entre un 3% a 8% de los casos con mayor o menor nivel de gravedad. No deben atenderse en hospitales como se hace actualmente, pues dichos establecimientos están diseñados para atender personas enfermas aplicándoles maniobras médicas; de tal suerte que internar en un hospital a una mujer en trabajo de parto normal, esperando que no reciba maniobras médicas resulta incongruente.

Dicho modelo de atención está determinado por las políticas públicas prevalecientes y por la incapacidad de las autoridades para implementar efectivamente las medidas necesarias para propiciar el cumplimiento de la Norma Oficial para la atención del parto emitida hace aproximadamente 20 años, con la que se pretendía específicamente actuar contra la medicalización del parto. Se trata de un modelo que ha demostrado su incapacidad, por lo que debe ser cambiado, hacia un modelo que favorezca la atención del parto de manera respetuosa y apegada a la *lex artis* médica en las unidades de primer nivel y por personal calificado, que incluya parteras profesionales o enfermeras obstetras.

Sin menoscabo de lo expuesto, la condición inexcusable para que se pudiera migrar a un modelo de atención del parto en unidades de primer nivel, es que existiera un sistema de evacuación y atención oportuna de las emergencias obstétricas que se pudieran presentar, el cual no existe en la actualidad, lo que determina que se prefiera

enviar a las pacientes a los hospitales, que atenderlas en la unidad de primer nivel, pues ante la presentación de complicaciones, la paciente podría morir.

El actual modelo de atención se encuentra determinado por factores estructurales y sistémicos, en el que no influyen los responsables de los establecimientos hospitalarios, ni el personal de salud adscrito a los mismos; **está determinado por las políticas públicas de salud y la falta de un adecuado sistema de evacuación de pacientes y de atención de emergencias obstétricas**, por lo que para poder cambiarlo es necesaria la emisión de una política pública integral, que acompañe a la NOM del parto emitida en 2016 y permita el cambio del modelo actual.

4.4.2 Maltrato a las pacientes

En la presentación del maltrato a las pacientes influyen principalmente los factores socioculturales, pues los factores estructurales y sistémicos del tipo de inversión en salud, infraestructura y equipamiento médico tienen una influencia mínima. En efecto, la presentación del maltrato es consecuencia de los factores sociales y culturales vigentes en la sociedad en general y, específicamente, en el *campo médico* que se presenta en los hospitales públicos; mismos que determinan el tipo de relación interpersonal que se presenta entre el personal de salud y las mujeres en trabajo de parto.

En efecto, las relaciones de género vigentes en la sociedad, la discriminación existente hacia las mujeres pobres, con baja educación y pertenecientes a grupos indígenas, las diferentes culturas del personal de salud y de las pacientes y la cultura organizacional que se da en los hospitales públicos, favorecen el trato despersonalizado y deshumanizado, todo ello propiciado por la pobre capacidad de las propias mujeres para exigir el respeto a sus derechos, que he descrito previamente. Dichos factores determinan una relación interpersonal de poder, en la que el médico y las enfermeras, discriminan y desprecian en muchos casos a las pacientes en trabajo de parto y las atienden sin respetar sus derechos; sin respetar su dignidad y discriminándolas;

negándoles así, una atención respetuosa de su autonomías y la oportunidad de poder expresar sus preferencias sobre los procedimientos que se les propongan.

En este rubro, son los médicos y las enfermeras como personas, quienes determinan la forma de tratar a las pacientes, pues si bien, como vimos previamente, podrían ejercer el maltrato de una manera prereflexiva o sin darse cuenta plenamente de ello (teoría de la banalidad del mal); ello no justificaría su actuación, pues son personas profesionales, legal y éticamente responsables de sus acciones, que deben actuar conscientemente en todo momento durante su actividad profesional. Al maltratar a las pacientes, el personal de salud de un hospital público incumple sus obligaciones legales como servidor público y como profesional de la medicina, pues ambas incluyen tratar a las mujeres en trabajo de parto de manera respetuosa, sin dañar su dignidad. Igualmente incumplen sus obligaciones éticas al actuar sin respetar la autonomía de las pacientes, sin compasión y sin considerar a las pacientes como un fin en sí mismas, tratándolas más bien, como un medio para terminar su turno de trabajo de manera exitosa.

En esos términos es posible establecer que el maltrato a las pacientes está determinado por factores socioculturales (ambiente socio cultural vigente en la sociedad en general, y específicamente, en la cultura organizacional del hospital) que conforman el *habitus* médico hospitalario y la pobre ciudadanía de las pacientes; los que se manifiestan en el incumplimiento de los deberes éticos y legales del personal de salud, mismo que **no puede justificarse** por las influencias mencionadas, pues el personal de salud tiene una mentalidad propia, que debería impedir que se dejara llevar por ellas. Aunado a lo anterior, en los hospitales públicos no existen mecanismos para prevenir, evitar y castigar el abuso, lo que permite que se produzca sin restricción alguna.

4.4.3 Medicalización del trabajo de parto

La aplicación de maniobras médicas injustificadas, se encuentra determinada por las decisiones de los médicos especialistas en ginecología y obstetricia responsables de la atención de pacientes en trabajo de parto en los hospitales públicos. Dicha deficiencia

tampoco se encuentra determinada por la limitada inversión en salud, o por carencias en infraestructura, equipo o insumos médicos; se trata únicamente de la forma en que se toman las decisiones en los establecimientos mencionados. Si bien, en la presentación de esta deficiencia también influyen factores propios de la cultura organizacional hospitalaria, consistentes en una forma de trabajo basada de rutinas de atención aplicables a la mayoría de las pacientes, que contraviene el estándar de atención del parto, **ello no justifica que los médicos indiquen maniobras médicas innecesarias y potencialmente dañinas.**

En efecto, como vimos previamente, la atención que se proporciona a las pacientes en trabajo de parto, incluye indebidamente, la frecuente utilización de procedimientos rutinarios, como son la aplicación de oxitocina, la aplicación indiscriminada de bloqueo peridural y la revisión manual de la cavidad uterina postparto, sin una deliberación racional y ética sobre los riesgos y beneficios de su utilización. Actuación médica que incumple deliberadamente con el estándar de atención que el personal médico especializado se encuentra obligado a conocer y cumplir, por lo que no es posible, repito, justificar su incumplimiento aduciendo que se trata de rutinas hospitalarias establecidas.

Aunado al incumplimiento de las obligaciones éticas y legales del personal médico especialista, en la mayoría de los hospitales se carece de un sistema eficiente de supervisión y de sanción a los médicos por incumplir el estándar de cuidado. De tal suerte que los médicos actúan con mala práctica médica y el sistema hospitalario cobija su actuación.

En esos términos, la aplicación de maniobras médicas, incluyendo la operación cesárea, sin una adecuada justificación médica, es atribuible directamente a los médicos especialista en ginecología y obstetricia, quienes no pueden justificar su actuación por la existencia de procedimientos hospitalarios rutinarios de atención, alejados de lo recomendado por la *lex artis* médica. Los responsables de los

establecimientos en este caso, incumplen su obligación de supervisar que la atención médica proporcionada en los establecimientos hospitalarios, se apegue al estándar de cuidado vigente.

4.4.4 Deficiente vigilancia del trabajo de parto

La deficiente vigilancia del trabajo de parto puede ocasionar que no se detecten oportunamente complicaciones como puede ser la asfixia fetal y que no se tomen las acciones para tratarla, omisión que podría estar determinada por falta de cuidado del personal médico responsable de las pacientes o por un exceso de pacientes que impidiera al personal cumplir con su obligación, por estar atendiendo a otra persona; en este caso la deficiencia puede estar determinada entonces, por omisiones del personal de salud o por factores estructurales consistentes en falta de personal suficiente para cubrir los requerimientos hospitalarios.

4.4.5 Falla en la atención de emergencias obstétricas

Esta deficiencia permite que fallezcan mujeres, cuya muerte podría haberse evitado con una adecuada atención médica; se encuentra determinada por factores estructurales o sistémicos, consistentes en falta de personal capacitado y de infraestructura, material, equipo e insumos, que permitan una atención especializada oportuna y adecuada de las mujeres en trabajo de parto que presentan morbilidad materna severa.

A diferencia de las deficiencias analizadas previamente, en este caso sí influyen las fallas estructurales del sistema público de salud, pues se requiere personal capacitado en resolución de emergencias obstétricas, pero también de instalaciones material y equipo para hacerlo. En este caso las pacientes sí están gravemente enfermas y requieren todas las maniobras médicas que sean necesarias.

Resumen de los factores determinantes

Es posible concluir esta sección, señalando que la mayoría de las deficiencias que afectan a las mujeres en trabajo de parto no complicado, en los hospitales públicos, consisten en maltrato y en medicalización injustificada del proceso, y se encuentran determinadas por acciones individuales de médicos y enfermeras, quienes actúan irreflexivamente, siguiendo la forma de actuación propiciada por el *campo* y el *habitus* médico prevalentes; atendiendo a las pacientes de manera rutinaria y despersonalizada, en vez de cumplir su obligación de darles un trato personalizado, no rutinario, no medicalizado y apegado al estándar vigente; lo cual se presenta en mujeres incapaces de exigir sus derechos. Deficiencias que pueden ocasionar a las pacientes daños emocionales, molestias y complicaciones médicas de diferente gravedad, que en la mayoría de los casos son leves, pero que en una pequeña proporción pueden ocasionar lesiones graves o muerte de las mujeres o de sus fetos o recién nacidos. Mientras que en una proporción mínima de pacientes, las deficiencias, se deben a fallas estructurales que impiden la vigilancia cuidadosa del trabajo de parto o el manejo adecuado de la emergencia obstétrica, con consecuencias desastrosas, pues ocasionan la muerte injustificada de las mujeres o sus hijos.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

5.1 Listado de Conclusiones

La revisión documental y la reflexión bioética correspondiente permiten establecer las siguientes conclusiones:

1. La *lex artis* aplicable en nuestro país, propone un modelo de atención del trabajo de parto, que limite el número de maniobras médicas, evite las maniobras rutinarias y favorezca el trato digno y respetuoso de la mujer en trabajo de parto normal, así como el acompañamiento psicoafectivo durante el proceso.

2. La atención que propone la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, no concuerda con los principios científicos descritos en la literatura médica en dos aspectos principales, a saber, en la periodicidad recomendada para la auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal y en la frecuencia ordenada para la realización de exploraciones vaginales para evaluar el progreso del parto. Pues ordena una periodicidad que no toma en cuenta las condiciones clínicas de la mujer.

3. La normativa jurídica aplicable a la atención hospitalaria del trabajo de parto normal señala que todos los servidores públicos se encuentran obligados a desempeñar su empleo con honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia, cumpliendo con la máxima diligencia su servicio y tratando a los usuarios con respeto, imparcialidad y rectitud. Señalando específicamente que la atención médica debe proporcionarse de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica; que debe tener la calidad idónea y que el personal de salud debe tratar a los usuarios de manera respetuosa, digna y éticamente responsable. Igualmente, establece que los profesionales, deberán poner al alcance de los usuarios todos sus conocimientos

científicos y recursos técnicos, procediendo correctamente dentro de los principios científicos y técnicos aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión médica, tomando todas las medidas indicadas para obtener buen éxito y dedicando el tiempo necesario para desempeñar correctamente su servicio.

4. Las obligaciones éticas de los médicos que atienden a las pacientes en trabajo de parto en hospitales públicos incluyen las siguientes: conocer a profundidad la información científica y los ordenamientos jurídicos relacionados con la atención del parto; realizar una valoración clínica integral, que deberá ser complementada, según el caso, mediante los estudios de laboratorio y de gabinete correspondientes, estableciendo un diagnóstico del caso, un pronóstico sobre la evolución esperada de la paciente, y emitiendo un juicio médico ético, que tome en cuenta las condiciones de la paciente, las circunstancias en las que ocurre el evento médico y las consecuencias previsibles de las diferentes opciones terapéuticas; respetar la confidencialidad, la intimidad y la dignidad de la paciente, considerándola siempre un fin en sí misma y no un medio; evitar prácticas paternalistas balanceando el respeto de los principios de autonomía del paciente y el de beneficencia; evitar hacer daño; tratar a todas las pacientes de manera semejante, sin importar su condición socio-económica o cultural, tratándolas a todas como personas que merecen el mismo respeto y consideración, evitando darles menos de lo que merecen, y evitando el desperdicio de recursos derivado de maniobras médicas o procedimientos quirúrgicos injustificados.

5. El concepto de calidad de la atención médica es el que resulta más adecuado para referirse a las deficiencias que pueden presentarse durante la atención médica de las pacientes en trabajo de parto normal en los hospitales públicos, pues fue creado para que los procesos de atención médica correspondan en la mayor medida posible al estándar de atención aplicable, e incluye medidas de vigilancia para identificar fallas y para corregirlas en aras de lograr mejores resultados (proceso de gestión de calidad). Dicho concepto permite hacer la diferencia entre calidad interpersonal, que se refiere al trato digno y respetuoso de los derechos de las pacientes en función de sus

necesidades y expectativas; y la calidad técnica y seguridad del paciente, que se refiere a lograr una atención basada en evidencia científica, tendiente a lograr el máximo beneficio y el menor riesgo para el paciente.

6. El Sistema Público de Salud mexicano está conformado por diferentes subsistemas, cada uno con su propio esquema de financiamiento, políticas de funcionamiento, tipos de unidades médicas que lo integran, etcétera. Resultado de ello es una atención médica diferenciada en las diferentes instituciones, en las distintas regiones del país, y en los contextos urbano o rural; lo cual se hace muy evidente en la principal deficiencia en la atención de las pacientes embarazadas en trabajo de parto en nuestro país, a saber la muerte obstétrica prevenible, la cual es mucho menos frecuente en hospitales grandes de las regiones con mayor nivel económico, con recursos humanos, insumos e infraestructura suficientes para enfrentar las urgencias obstétricas (52.9 por 100,000 nacidos vivos), que en los hospitales pequeños con escasez de recursos, localizados en las regiones de menor nivel económico (97.3 por 100,000 nacidos vivos). Señalándose en las diferentes referencias, que del 70% al 80% de las muertes maternas en nuestro país, se debieron a deficiencias en la atención médica de las complicaciones asociadas al trabajo de parto.

En el Sistema Público de Salud se atendieron en 2013 aproximadamente un millón setecientos mil nacimientos. Reportándose que el sistema tiene 1,335 hospitales públicos que en su conjunto tienen 74,064 camas, lo cual corresponde a 0.7 camas por mil habitantes, una cifra baja si se compara con la cifra de los países que conforman la OCDE de 5 camas por mil habitantes; así como una distribución diferenciada por región y por institución, pues en el Distrito Federal había 1.3 camas por mil habitantes, mientras que en Chiapas la proporción era de 0.4 por mil.

En cuanto a especialistas en ginecología y obstetricia, se tiene el reporte de que el sistema público de salud tiene contratados aproximadamente 10,000 de ellos, lo cual resulta claramente insuficiente para cubrir los diferentes turnos de los aproximadamente

1,335 hospitales registrados, tomando en cuenta que en cada hospital debería de contarse cuando menos con 5 especialistas para cubrir los turnos matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y los fines de semana, que la distribución de especialistas se concentra en las grandes ciudades y que en la muchos hospitales la cantidad de especialistas se concentra en el turno de la mañana de lunes a viernes, con dificultad para cubrir los demás turnos, especialmente cuando los médicos designados faltan o tienen vacaciones.

El 77.2% de los nacimientos en establecimientos públicos de salud ocurre en hospitales generales, o de segundo nivel, y 20.41% en hospitales de tercer nivel y **solamente el 1.51% ocurre en unidades de primer nivel**; lo cual resulta muy importante, pues la gran mayoría de los partos normales deberían atenderse en unidades de primer nivel, siempre y cuando fueran atendidas por personal calificado (médicos generales titulados, enfermeras obstetras o parteras profesionales) y existieran sistemas de traslado eficientes y unidades médicas regionales que permitieran resolver, oportuna y adecuadamente, las urgencias obstétricas que llegaran a presentarse. Aunado a lo anterior, debe señalarse que el 40.6% de los hospitales públicos corresponde a hospitales de 30 camas o menos, elemento que resulta de gran importancia ante los señalamientos de que los hospitales de dichas dimensiones tienen un desempeño poco eficiente y son incapaces de resolver las urgencias obstétricas de manera adecuada.

7. El maltrato durante la atención del parto se presenta con una frecuencia de entre el 29% y el 40% de las pacientes atendidas en los hospitales públicos. Mientras que el trato despersonalizado o deshumanizado puede tener una frecuencia de presentación aún mayor, pues en los hospitales públicos se conjugan los factores que propician dicha condición. Las investigaciones reportadas muestran que en los hospitales públicos se proporciona una atención medicalizada del parto, en contravención de los conocimientos científicos y los ordenamientos jurídicos vigentes, con porcentajes que pueden llegar en aplicación de oxitocina injustificada, hasta en el 40% de las pacientes y la realización de revisión manual endouterina, hasta en el 80% de las mismas.

Dependiendo de la forma en que se calcule, y del índice de cesáreas se considere aceptable, el número de **cesáreas injustificadas** que se realiza a las pacientes con embarazo de término no complicado, en trabajo de parto, en los hospitales públicos de nuestro país, podría encontrarse entre 13,065 y 35,007 al año.

En México **mueren al año aproximadamente entre 714 y 1,071 mujeres embarazadas por deficiencias en la atención médica** durante el nacimiento de su hijo o durante la atención de complicaciones obstétricas graves. Mientras que en los hospitales públicos mexicanos **mueren aproximadamente entre 2,682 y 6,570 niños debido a asfixia**, el 60% de ellos muere dentro del útero y el 40% en la primera semana de vida, muertes que podrían haberse evitado si se hubiera detectado y tratado oportunamente el problema.

8. Las mujeres que se atienden en los hospitales públicos, tienen en común, en mayor o menor medida, cierto grado de pobreza económica, y en muchas ocasiones tienen bajo nivel educativo, malos hábitos higiénicos y alimenticios y un bajo nivel de ciudadanía; también han desarrollado una condición denominada violencia simbólica, mediante la cual se encuentran dispuestas a aceptar la dominación por las figuras de autoridad como algo natural, la cual se manifiesta en la atención médica de las mujeres en los hospitales públicos, en la aceptación de las órdenes del personal de salud sin cuestionarlas; en la aceptación del maltrato como algo natural, al provenir de una figura de autoridad, como lo son los médicos y enfermeras, quienes, desde su punto de vista, tendrían mayor conocimiento y mayor nivel socio económico.

9. El personal médico que trabaja en los hospitales públicos, ha sido instruido durante su carrera profesional para desempeñarse en un modelo médico positivista biológico, que no toma en cuenta elementos subjetivos, como serían la sensibilidad y los sentimientos, creencias o expectativas de las pacientes, pues lo importante son los elementos objetivos del trabajo de parto, esto es, los síntomas y signos de la paciente y

la valoración del progreso del parto, mediante la medición de los signos vitales, de las características de las contracciones uterinas, de los progresos en la dilatación del cuello uterino y del descenso de la cabeza fetal a través del canal del parto. Ello determina que el personal desestime los conceptos culturales de las pacientes o que se atreva a calificar el grado de dolor que pudieran tener.

10. El modelo de atención médica con que se atiende a las pacientes en el hospital público es de tipo paternalista, es decir, uno en el que el médico trata de beneficiar a las pacientes sin tomar en consideración sus preferencias y sin respetar su autonomía.

11. El gobierno mexicano no está cumpliendo adecuadamente con sus obligaciones, pues está obligado a garantizar una atención médica apegada al estándar en todas las unidades del sistema público del país, sin distinción de su entorno, ya sea urbano o rural, así en zonas de alta marginación o en zonas de alto nivel económico; dicho incumplimiento permite diferencias injustas en la atención médica, pues las personas de mayor nivel socioeconómico reciben mejor atención que las de zonas marginadas, debido a su clase social, sus condiciones económicas o por cuestiones étnicas; diferencias, que como hemos visto, pueden llevar a que miles de mujeres mueran por complicaciones, en las que la muerte podría haberse evitado mediante una adecuada atención médica. Lo anterior permite establecer que el gobierno mexicano ejerce una violencia estructural o institucional en la atención médica de las pacientes en los hospitales públicos, pues provoca daños físicos y psicológicos a las personas, como consecuencia de condiciones inadecuadas en instituciones y sistemas públicos.

12. El hecho de que el embarazo y el trabajo de parto aumenten la vulnerabilidad de las mujeres, no implica que el nacimiento de los embarazos de bajo riesgo deba atenderse en hospitales, pues durante el parto normal no se requieren maniobras médicas para favorecerlo, sino que más bien, dicho tipo de acciones puede entorpecer y complicar su desarrollo; el conocimiento médico biológico recomienda un acompañamiento respetuoso de la parturienta, que le dé confianza y tranquilidad, y una vigilancia

cuidadosa del proceso, para detectar oportunamente la presentación de complicaciones; en cuyo caso habrá que actuar con celeridad para aplicar todos los tratamientos médicos que sean necesarios; pues ante la presentación de complicaciones, la mujer adquiere sin lugar a dudas, la condición de enferma, que amerita tratamiento hospitalario. Merced a lo anterior, las mujeres embarazadas no complicadas con trabajo de parto, no deberían atenderse en hospitales de segundo nivel, y menos aún en hospitales de tercer nivel, pues dichos establecimientos están diseñados para atender personas enfermas aplicándoles maniobras médicas; de tal suerte que internar en un hospital a una mujer en trabajo de parto normal, esperando que no reciba maniobras médicas resulta incongruente.

13. Lo adecuado sería que las pacientes en trabajo de parto no complicado se atendieran en unidades de primer nivel, siempre y cuando se cumpliera la condición inexcusable, de la existencia de un sistema eficiente de evacuación y atención oportuna de las emergencias obstétricas que se pudieran presentar, el cual no existe en la actualidad.

14. El maltrato a las pacientes está determinado por incumplimiento de los deberes éticos y legales del personal de salud, propiciado por el ambiente socio cultural vigente en la sociedad en general, y específicamente, en la cultura organizacional del hospital. Incumplimiento de deberes que no puede justificarse por las influencias mencionadas, pues el personal de salud tiene una mentalidad propia, que debería impedir que se dejara llevar por ellas. Aunado a lo anterior, en los hospitales públicos no existen mecanismos para prevenir, evitar y castigar el abuso, lo que permite que éste se produzca sin restricción alguna.

15. La aplicación de maniobras médicas, incluyendo la operación cesárea, sin una adecuada justificación médica, es atribuible directamente a los médicos especialistas en ginecología y obstetricia, quienes no pueden justificar su actuación, por la existencia de procedimientos hospitalarios rutinarios de atención, alejados de lo recomendado por la

lex artis médica. Los responsables de los establecimientos incumplen su obligación de supervisar que la atención médica que se proporciona en los establecimientos hospitalarios se apegue al estándar de cuidado vigente.

16. En México existe una incapacidad de atender adecuadamente las emergencias obstétricas, lo cual permite que fallezcan mujeres, cuya muerte podría haberse evitado con una adecuada atención médica; dicha condición está determinada por factores estructurales o sistémicos, consistentes en falta de personal capacitado y de infraestructura, material, equipo e insumos, distribuidos de manera estratégica por el país, por lo que el responsable de ello es el gobierno.

5.2 Propuestas de abordaje del problema

Como ha quedado planteado a lo largo de este trabajo de investigación, la atención médica que se proporciona a las pacientes en trabajo de parto normal en los hospitales públicos mexicanos, frecuentemente incumple el estándar de atención definido por los principios científicos y éticos y la normativa aplicables; siendo frecuente observar un trato deshumanizado, maltrato verbal o físico hacia las pacientes y una atención medicalizada y paternalista, con altos índices de maniobras médicas injustificadas, especialmente por lo que hace a la operación cesárea y con números elevados de muertes maternas, fetales y neonatales evitables.

Si bien, en cada una de las deficiencias descritas influyen diferentes factores para su presentación, es posible afirmar que existe una razón común para todas ellas, la cual es la política pública con que se ha dirigido la atención del parto normal en el sistema de salud público del país, favoreciendo la atención en hospitales, lo que medicaliza el proceso, sin ofrecer seguridad completa, pues en muchas ocasiones, dichos establecimientos son incapaces de resolver adecuadamente las emergencias obstétricas; es decir se ha preferido atender a las mujeres en hospitales, en lugar de promover una atención en unidades médicas de primer nivel, respaldada por una red

hospitalaria capaz de resolver las emergencias obstétricas y apoyada por un sistema eficiente de evacuación de pacientes con enfermedades que pongan en riesgo su vida.

Considero que la principal consecuencia de la política pública equivocada mencionada en el párrafo previo, es esa incapacidad para evitar muertes maternas prevenibles, la cual se deriva de la falta de una red de hospitales que puedan solucionar las emergencias obstétricas efectivamente. Por ello puede establecerse que lo primero que debe atenderse es dicho problema. En efecto, es urgente que se lleven a cabo investigaciones para encontrar la razón, por la que la red hospitalaria como está conformada en este momento, es incapaz de evitar las muertes maternas y a partir de ahí establecer medidas que corrijan dicha condición.

Una vez que existan las condiciones para atender las emergencias obstétricas, y que al mismo tiempo, haya un sistema eficiente de evacuación de pacientes graves hacia las mismas, podrá proponerse un cambio en el modelo de atención del parto vigente hasta hoy, migrando a un modelo, en el que las pacientes se pudieran atender de manera segura en unidades de primer nivel, estando a cargo de médicos generales, enfermeras parteras o parteras profesionales; cambio que favorecería una atención personalizada, sin maltrato, no medicalizada y respetuosa de la autonomía. Favoreciendo que en los hospitales solamente se atiendan las pacientes con embarazos o partos complicados.

Mientras ocurren los cambios mencionados, considero conveniente proponer que se emita una política pública integral de atención del parto normal, que acompañe a la Norma Oficial de atención del parto publicada en abril 2016, en la que se contemplen acciones que favorezcan cambios en la cultura organizacional de los establecimientos hospitalarios, suficientes para garantizar el cumplimiento de los preceptos contenidos en dicha normativa. La política pública a que hago referencia también deberá contemplar acciones para que se haga evidente y se evite el maltrato y la despersonalización de las pacientes, mediante procesos educativos que muestren al personal de salud cómo funcionan los mecanismos prereflexivos y le hagan tomar

consciencia de la responsabilidad ética y legal que tienen al tratar a las pacientes de manera irrespetuosa y medicalizando el parto; igualmente la política deberá contemplar medidas que favorezcan la supervisión del cumplimiento de la Norma Oficial mencionada y establezcan las sanciones correspondientes ante su inobservancia.

Otra manera de abordar el problema es promoviendo cambios culturales en la sociedad en general, para lograr cambios en la forma en que se atiende a las mujeres en la misma, tratando con ello de evitar el fenómeno de la violencia simbólica, así como programas educativos que permitan a las ciudadanas, aumentar su capacidad de exigir que se respeten los derechos otorgados por el orden normativo vigente.

5.3 Reflexiones finales

Para que una sociedad se considere justa, atendiendo al *principio de la diferencia* enunciado por John Rawls, todos los miembros del grupo social deberían tener las mismas oportunidades y beneficios, pero en caso de que existieran diferencias económicas o sociales, la única manera en que podrían considerarse justificadas, sería que las mismas equilibraran la balanza social, dándole mayores beneficios a los miembros menos favorecidos de la sociedad.¹⁰⁴ Por ello es posible afirmar que una sociedad como la mexicana, en donde los grupos sociales que habitan en las regiones más pobres del país, tienen mayores tasas de muerte materna, por el sólo hecho de ser pobres, **es una sociedad injusta**, pues ésta no ha hecho lo necesario, para llevar hasta dichas regiones, servicios de salud iguales e incluso mejores, que los de las regiones ricas, con la intención de equilibrar la balanza social.

La tasa diferenciada de muerte materna que he descrito, corresponde también a una falta de equidad en servicios de salud, pues dicha condición se ha definido como la presencia sistemática de diferencias potencialmente remediabiles, en uno o más

¹⁰⁴ Rawls, John. *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. 2ª ed. en español. Fondo de Cultura Económica. México. 1995. p. 75.

aspectos de salud entre grupos definidos, social, económica, demográfica o geográficamente,¹⁰⁵ tal y como ocurre en nuestro país.

Aunado a ello, el recorrido documental que hemos realizado **ha demostrado la existencia de una violencia institucional**, en la cual las principales víctimas son las mujeres en trabajo de parto y sus hijos; sin embargo, también el personal de salud resulta víctima del sistema, pues los profesionales que se han preparado académicamente durante varios años, llegan a trabajar a un sistema con una cultura institucional que promueve el incumplimiento de los principios éticos a que están obligados; ello ocasiona a los médicos y a las enfermeras angustia, frustración y en muchos caos síndrome de desgaste profesional.

Ante la injusticia social, la violencia institucional y la falta de equidad en servicios de salud que prevalece en la atención hospitalaria de las mujeres en trabajo de parto normal, no queda más que indignarse. Pero para poder hacerlo, habría que entender la dimensión de lo que está pasando, habría que pensar en el sufrimiento que ha pasado cada una de las víctimas y sus familiares, en el dolor físico y emocional que causan las acciones y omisiones gubernamentales. Habría que ponerse en la piel de la niña de 16 años a la que le hicieron 6 tactos vaginales en una hora y que se encontraba en una gran incertidumbre, sin entender qué le estaba pasando, ni cuándo iba a terminar su sufrimiento. Habría también que imaginar lo que sufre un médico que trata de cumplir adecuadamente sus obligaciones, pero que al presentarse a su turno se encuentra que tiene pendiente de realizar dos operaciones cesáreas, que hay 4 pacientes en trabajo de parto y que tiene una paciente grave en el piso de obstetricia, debiendo de responder por la evolución de cada una de ellas.

¹⁰⁵ Riutort, Mónica. "Decentralization And Equity: A Review of the Latin America Literature". En González Pérez Guillermo Julián; Vega López María Guadalupe y Cabrera Pivaral Carlos Enrique (coordinadores). *Desigualdad Social y Equidad en Salud: Perspectivas Internacionales*. Guadalajara, Jalisco, México. Púrpura ediciones. 2010. p. 11-12. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/DESIGUALDAD_SOCIAL_Y_EQUIDAD_EN_SALUD.pdf, consultado el 21 de septiembre 2016.

Habría que profundizar en la narrativa de las víctimas para poder entenderlas, y con ello, lograr que nuestro corazón se estruje, que nos compadezcamos realmente y que tomemos la decisión de empezar a actuar contra esa violencia institucional, con las armas que tengamos a nuestro alcance.

La manera en que están funcionando al día de hoy los servicios mencionados resulta una afrenta nacional; la gran cantidad de muertes prevenibles y el maltrato que ocurre en los hospitales, resulta una dolorosa evidencia de la injusticia social que seguimos padeciendo.

Ahora bien, surge la pregunta: ¿cómo lograr que el Gobierno decida cambiar las políticas públicas de salud, que han permitido que la situación descrita haya persistido así desde hace muchos años?, ¿se tratará solamente de un asunto de ineficiencia en el servicio, o de falta de capacidad para hacer las cosas correctamente?, o ¿se tratará de una política deliberada de abandono de las personas más pobres del país, de los “nadie”, de los que no importan? De las respuestas que demos a las preguntas mencionadas previamente dependerá la mejor propuesta para lograr un cambio.

En todo caso, será necesario que la sociedad tome consciencia del problema y que, de manera organizada, empiece a presionar al Gobierno para que vuelva su mirada al grave problema bioético que constituye la muerte materna evitable y la mala calidad de la atención de las pacientes en trabajo de parto en los hospitales públicos.

Desde el mundo académico deberán hacerse investigaciones exhaustivas de tipo cualitativo hermenéutico, capaces de narrar e interpretar el sufrimiento de las víctimas, para darle rostro a las mismas y para darlo a conocer a la sociedad.

Las organizaciones defensoras de los Derechos Humanos, especialmente las que se dedican a defender los Derechos de las Mujeres, deberán levantar la voz para que toda la sociedad mexicana conozca lo que está pasando, se indigne y exija al Gobierno un cambio de rumbo.

En efecto, me parece que la única manera en que se pudiera lograr el cambio necesario de los servicios de salud para disminuir la muerte materna evitable, es la organización social, por lo que esa es mi propuesta: tomemos consciencia del problema, indignémonos, organicémonos y exijamos un cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado, Gloria. "Análisis de la tendencia de la mortalidad perinatal, en Trabajos Libres del 57 Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia". *Ginecol Obstet Mex*. 2006;74(Supl):S1-S72 Pag S67 y S68.
2. American College of Nurse-Midwives. "Intermittent Auscultation for Intrapartum Fetal Heart Rate Surveillance". *Journal of Midwifery & Women's Health*. Number 60, September/October 2015. Pag. 626-632.
3. Amparo en revisión 117/2012. Agustín Pérez García y otros. 28 de noviembre de 2012. Cinco votos. Ponente: Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. Secretario: Javier Mijangos y González. 2002531. 1a. XXVI/2013 (10a.). Primera Sala. Décima Época. Semanario Judicial.
4. Anaya-Prado, R; Madrigal-Flores, S; Reveles-Vázquez, J. "Morbilidad materna asociada a operación cesárea". *Cir Ciruj*. 2008;76:467-472.
5. Beauchamp, Tom; Childress James. *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth edition. Oxford University Press. 2009.
6. Bingham, D. "Applying the generic error modeling system to obstetric hemorrhage quality improvement efforts". *JOGNN*, 41, 540-550; 2012.
7. Bourdieu, Pierre. *La Dominación Masculina*. Traducción de Jordá, Joaquín del original 1998. Editorial Anagrama. Barcelona, España. 2000.
8. Branch, William. "Is Rorty's Neopragmatism the Real Foundation of Medical Ethics: a Search for Foundational Principles". *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2006; 117: 257-271.
9. Casamadrid Mata, Octavio. *La atención médica y el derecho sanitario*. JGH editores. 2009.
10. Castañeda-Casale, Graciela; Márquez-González, Horacio y Rodríguez-Reyes, Esperanza. "Mortalidad perinatal en un hospital de segundo nivel de atención". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010; 48 (3): 237-242.

11. Castro, Roberto. "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Sociales. *Revista Mexicana de Sociología*. 76, núm. 2 (abril-junio, 2014): 167-197. Disponible en: <file:///C:/Users/fuentes/Downloads/46428-123375-1-PB.pdf>, consultado el 7 de septiembre 2016.
12. Castro, Roberto. "Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México". En: Castro, Roberto y López Gómez Alejandra (editores). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Universidad de la República, Uruguay/Universidad Nacional Autónoma de México. Montevideo Uruguay. 2010.
13. Castro, Roberto; Erviti Joaquina. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Rev CONAMED* 2014;19(1):37-42.
14. Chalmers, Beverley; Mangiaterra, Viviana y Porter Richard. "WHO principles of perinatal care: the essential antenatal perinatal, and postpartum care course". *Birth* 2001;28:202-207. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.4620&rep=rep1&type=pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.
15. Clark, Steven; Rice Kathleen; Knox Eric. "Oxytocin: new perspectives on an old drug". *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. January 2009. 35.e1-35.e6
16. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *Informe Mujeres 2013*. Volumen II. 2014.
17. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. *Informe Mujeres 2013. Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal*. 2014.
18. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica*. 2003.
19. Comisión Nacional de Bioética. *Código de Bioética para el Personal de Salud*. 2002

20. Comisión Nacional de Bioética. Definición de Bioética. México. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/queeslabioetica.html>. Consultada el 18 de septiembre 2016.
21. Committee on Quality of Health Care in America. "Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century" *Institute of Medicine*. Washington, D.C.: National Academy Press, 2001.
22. Consejo Directivo, de la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A.C. *Pronunciamiento*. Junio 2015. Disponible en: <http://www.femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>, consultado el 24 marzo 2017.
23. Cunningham G.F, Kenneth Leveno. *Williams Obstetrics*. 23rd edition, Editorial McGraw Hill Medical. 2010.
24. Davis-Floyd, Robbie; Barclay, Lesley; Daviss Betty-Anne. *Birth Models That Works*. University of California Press. 2009.
25. Dickens Bernard; Cook Rebecca. "The legal effects of fetal monitoring guidelines". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 108. 2010. 170–173.
26. Evangelista-García, Angélica Aremy; Tinoco-Ojanguren, Rolando; Tuñón-Pablos, Esperanza. "Violencia institucional hacia las mujeres en la región sur de México". *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*. vol. XIV, núm. 2, julio-diciembre, 2016, pp. 57 -69. Centro de Estudios Superiores de México y Centro América San Cristóbal de las Casas, México.
27. Fernández Cantón, Sonia; Hernández Martínez Ana María y Viguri Uribe, Ricardo. "Evolución reciente de la mortalidad neonatal y postneonatal en México, 1990-2011". *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2013;70(3):265-267.
28. Fernández I. "Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica". *C. Med. Psicosom*, N° 111 – 2014. (Versión en castellano del artículo original en inglés "PTSD and obstetric violence" de la autora, que fue publicado en *Midwifery Today*, issue 105, Spring 2013.

29. Gibbons Luz, Belizán José M, Lauer Jeremy. "The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage". *World Health Report*. 2010. Background Paper, No 30.
30. Gillon, Raanan. "Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics". *J Med Ethics*, 2015;41:111–116.
31. Gluck, PA. "Medical error theory". *Obstet Gynecol Clin N Am* 35 (2008) 11-17.
32. Gómezpedroso Rea, Javier. "Propuesta del Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia para eliminar el término de *violencia obstétrica*". Sin fecha. Disponible en <http://www.comego.org.mx/index.php/component/content/article/19-comego/379-propuesta-del-comego-para-eliminar-el-termino-de-violencia-obstetrica>, consultado el 24 marzo 2017.
33. González ML, Gallardo DL. "Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte". *Revista Digital Universitaria*. Agosto 2012, Volumen 13, Número 8. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/index.html>, consultada el 24 de marzo 2017.
34. Gracia, Diego. "Ética y Responsabilidad Profesional", en: *La Responsabilidad de los Médicos y Centros Hospitalarios frente a Usuarios de la Sanidad Pública y Privada*. 1994. Fundación Ciencias de la Salud. Ediciones Doce Calles, D.L. Madrid, España.
35. Hernández Palacios, R. "Una prospectiva de la salud en México (Algunos aspectos del marco sociojurídico)". *Alegatos*. núm. 65, México, enero/abril de 2007.
36. Hernández Peñafiel, José; López Farfán, José y Ramos Álvarez, G. "Análisis de casos de muerte materna ocurridos en un periodo de 10 años". *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75:61-67

37. Hernández Sampieri, R; Fernández Collado, C; Baptista Lucio, M. *Metodología de la Investigación*. Sexta edición. McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 2014.
38. Instituto Mexicano de Seguro social. "Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México". 2014.
39. Jerónimo Botero, Adolfo; Leal Granobles, Yuliana. "El mal radical y la banalidad del mal: las dos caras del horror de los regímenes totalitarios desde la perspectiva de Hannah Arendt". *Universitas Philosophica* 60. año 30: 99-126, enero-junio, 2013. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/unph/v30n60/v30n60a05.pdf>, consultado el 24 de marzo 2017.
40. Juárez F; Palma J; Singh S. *Barreras para la Maternidad Segura en México*. Nueva York: Guttmacher Institute, 2010.
41. L, Hodnett ED. "Labour assessment programs to delay admission to labour wards, Review". *The Cochrane Collaboration*. 2009.
42. Lachman, VD. "Patient safety: the ethical imperative". *Dermatology nursing*. 2008, Vol 20, No.2 134.
43. Lazcano-Ponce, Eduardo; Schiavon, Raffaella; Uribe-Zúñiga, Patricia. "Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna". *Salud Pública de México*. vol. 55, suplemento 2 de 2013. P. S214-S224.
44. *Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas*, publicada en el Periódico Oficial del Estado el 23 de marzo de 2009, última reforma publicada el 14 de septiembre de 2011.
45. Martin JN. "Urgencias obstétricas intraparto y postparto: parte II". *Clínicas de Ginecología y Obstetricia, Temas Actuales*, Vol 2, 1995.
46. Martínez Bullé-Goyri, Víctor Manuel; Olmos Pérez, Alexandra. "De la autonomía personal al consentimiento informado y las voluntades anticipadas". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, vol. XLIX, núm. 145, 2016, pp. 1/31-31/31.

47. Martínez Narváez, Gregorio. *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. 2013. Fondo de Cultura Económica. México.
48. Muñoz-Enciso, J; Rosales-Aujang, E; Domínguez-Ponce, G. "Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada?" *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(2):67-74.
49. Murguía-de Sierra, María; Lozano, Rafael y Santos, José Ignacio. "Mortalidad perinatal por asfixia en México: problema prioritario de salud pública por resolver". *Bol Med Hosp Infant Mex*. Vol. 62, septiembre-octubre 2005.
50. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de abril de 2016.
51. Norma Oficial Mexicana, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, publicada en el Diario oficial de la Federación el 15 de octubre de 2012.
52. Ocampo Martínez, Joaquín. "Bioética y ética médica: Un análisis indispensable". *Rev Fac Med UNAM* Vol.50 No.1 Enero-Febrero, 2007.
53. OECD. *Reviews of Health Systems: Mexico 2016*.
54. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. WHO/RHR/14.23. 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1, consultado el 23 de marzo 2017.
55. Peralta Sánchez, Antonio. "Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud". *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82:394-396.
56. Pérez Fuentes, Jorge. "Eventos adversos en Obstetricia". *Revista Codamed*. Ver. Órgano oficial de difusión de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Veracruz. Vol 7, Número 3, julio-septiembre 2005.
57. Pérez Tamayo, Ruy. "Ética Médica". En: Juliana González Valenzuela (Coordinadora). *Perspectivas de Bioética*. 2008. Reimpresión 2013. Editorial Fondo de Cultura Económica.

58. Pérez-Castro y Vázquez, Jorge; Castillo-Vázquez Carlos. "Análisis de 129 casos de mortalidad materna 2011 en la CONAMED". *Revista CONAMED*. vol 17, suplemento 1, 2012, pp S32-S36.
59. Pintado-Cucarella, S; Penagos-Corzo, JC y Casas-Arellano MA. "Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica". *Ginecol Obstet Mex* 2015;83:173-178.
60. Rawls, John. *Teoría de la justicia*. Trad. María Dolores González. 2ª ed. en español. Fondo de Cultura Económica. México. 1995. p. 75.
61. Ricoeur, Paul. *Lo Justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Traducido por Moratalla, Tomás Domingo. España. Editorial Trotta. 2008.
62. Riutort, Mónica. "Decentralization And Equity: A Review of the Latin America Literature". En González Pérez Guillermo Julián; Vega López María Guadalupe y Cabrera Pivaral Carlos Enrique (coordinadores). *Desigualdad Social y Equidad en Salud: Perspectivas Internacionales*. Guadalajara, Jalisco, México. Púrpura ediciones. 2010. p. 11-12. Disponible en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/DESIGUALDAD_SOCIAL_Y_EQUIDAD_EN_SALUD.pdf, consultado el 21 de septiembre 2016.
63. Ruelas, Enrique. "Sobre la garantía de la calidad: conceptos, acciones y reflexiones". *Gaceta Médica de México* 130:4, 218-230, 1994.
64. Sachse-Aguilera M, Sesia P, García-Rojas M. "Calidad de la atención durante el parto normal en el estado de Oaxaca". *Avances en ciencia, Salud y Medicina*. Num.1, Vol 1, abril-junio 2013.
65. Sánchez Cordero, Olga María. "La responsabilidad profesional de los prestadores del servicio médico. Marco jurídico para la solución de controversias en la legislación mexicana". *Medicina Universitaria*. Órgano Oficial de la Facultad de Medicina de la UANL. Vol. 3, número 11. Abril junio, 2001.
66. Santos Hernández, Miguel; Peña Lage, Margarita. "Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas". *Cuadernos de Bioética*. No. 42. 2003. Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/42/421218.pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.

67. Secretaría de Salud. "Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Sistema Integral de Calidad en Salud, para el ejercicio fiscal 2014". Publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 29 de diciembre de 2013.
68. Secretaría de Salud. "Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, evidencia para la política pública en salud. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto". Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Cesareas.pdf>, consultado el 4 de septiembre 2016.
69. Secretaría de Salud. "Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en embarazo de bajo riesgo". 2014.
70. Secretaría de Salud. "Seguridad del paciente". En *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2006*. Capítulo 2. 2007.
71. Secretaría de Salud. *Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud*, 2013, No 33, 2013.
72. Secretaría de Salud. Dirección General de Evaluación del Desempeño. *Síntesis Ejecutiva 13*. "Seguridad del paciente". Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/sintesis/sintesis13.pdf>, consultada el 24 de marzo 2017.
73. Secretaría de Salud. *Estimación de tasa de mortalidad, de vida y AVP por causas de muerte, 2010-2020*. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/4rnis-is-05.pdf>, consultado el 26 de septiembre 2016.
74. Secretaría de Salud. *Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. 2009. México.
75. Secretaría de Salud. *Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y tratamiento de la asfixia neonatal*. México. 2011.
76. Secretaría de Salud. *Observatorio del Desempeño Hospitalario 2011*. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud. México, 2012.

77. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Décima Época 2004785 10 de 28 Tribunales Colegiados de Circuito Libro XXV, Octubre de 2013, Tomo 3 Pág. 1890.
78. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Décima Época 2002570 6 de 10 Primera Sala Libro XVI, Enero de 2013. Tomo 1. p 638.
79. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época 174860 15 de 28 Tribunales Colegiados de Circuito Tomo XXIII. Junio de 2006. p 1200.
80. Sesia, Paola. "Derechos humanos, salud y muerte materna: características, potencial y retos de un nuevo enfoque para lograr la maternidad segura en México". *Revista Andaluza de Antropología*. Número 5: aportaciones y potencialidades de la antropología de la salud. Septiembre 2013. p 66-90.
81. Smith-Oka V. "Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico". *Social Science & Medicine*. 143 (2015) 9-16.
82. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). "Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline". *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. Volume 29, Number 9, September 2007 Supplement 4.
83. Sultan HO, Waytz A. "Dehumanization in Medicine: Causes, Solutions, and Functions". *Perspectives on Psychological Science*. 7(2) 176–186. 2012.
84. Tamés, Regina. "Violencia obstétrica. Un fenómeno común, pero olvidado". *Foreign Affairs Latinoamérica*, Vol 14, número 1, enero-marzo 2014. Pag. 23-28.
85. The Hastings Center. "The goals of medicine. Setting new priorities". *The Hastings Center Report* 0093-0334. 1996 Nov-Dec, Vol. 26, Fascículo 6.
86. Tinoco-Zamudio, M. "La subjetividad del médico y mortalidad materna". *Rev CONAMED* 2013; 18(4): 157-164.
87. Valdez-Santiago, R; Hidalgo-Solórzano E y Mojarro-Iñiguez M. "Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto". *Revista CONAMED*. vol. 18, num 1, enero-marzo 2013. Pags. 14-20.

88. Vélez-Pérez, E; Tovar-Guzmán, V; Méndez-Velarde, F. "Incidencia, Indicaciones y Complicaciones de la Operación Cesárea en el Hospital de Ginecopediatría del IMSS de Hermosillo, Sonora". *Bol Clin Hosp Infant Edo Son*. 2012. 29(2); 58-64.
89. Viesca Treviño, Carlos. "Bioética, concepto y métodos". En González Valenzuela, Juliana (Coordinadora). *Perspectivas de Bioética*. Primera Reimpresión 2013, de la Primera Edición 2008. México, D.F. Fondo de Cultura Económica/UNAM/CNDH. pp.53-89.
90. World Health Organization. A World Alliance for Safer Health Care. *Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente*. Informe Técnico Definitivo. WHO/IER/PSP/2010.2 Enero de 2009.
91. World Health Organization. "Care in normal Birth: a practical Guide. Report of a technical Working Group". 1996. WHO/FRH/MSM/96.24. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf consultado el 24 de marzo 2017.
92. World Medical Association. *Medical Ethics Manual*. 3rd edition, 2015.
93. Zacher Dixon, Lydia. "Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices". *Medical Anthropology Quarterly*. Vol. 00, Issue 0, pp. 1–18. 2014 by the American Anthropological Association.