



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Szulik, Dalia; Szwarc, Lucila
"Era una bomba de tiempo": el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área
Metropolitana de Buenos Aires
Salud Colectiva, vol. 11, núm. 4, diciembre, 2015, pp. 553-564
Universidad Nacional de Lanús
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73143274008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



“Era una bomba de tiempo”: el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires

“I was like a ticking bomb”: Experiences of severe maternal morbidity in the Metropolitan Area of Buenos Aires

Szulik, Dalia¹; Szwarc, Lucila²

¹Magíster en Ciencia Política. Investigadora, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (CONICET-FLACSO-UBACYT), Argentina. daliaszulik@gmail.com

²Magíster en Género, Política y Sexualidad. Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. Becaria doctoral, Agencia de Promoción Científica y Tecnológica, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina. luli105@hotmail.com

RESUMEN Con el propósito de conocer las vivencias de mujeres que atravesaron eventos de morbilidad materna severa, desde su propia perspectiva, entre febrero y mayo de 2011, se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas a mujeres que padecieron morbilidad materna severa, atendidas en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires. Los testimonios dan cuenta de una serie de demoras, como la dificultad para identificar el problema a tiempo, los obstáculos en el acceso al sistema de salud, e importantes fallas en el manejo de la emergencia obstétrica. El evento es vivido como sorpresivo, angustiante y doloroso por las mujeres, lo cual se ve reforzado por una fuerte vulneración de sus derechos y por problemas significativos en la comunicación. Estos hallazgos constituyen un puntapié para avanzar en la comprensión integral y holística de la morbilidad materna severa, y confirman la necesidad de seguir investigando desde la perspectiva de género y de derechos.

PALABRAS CLAVES Complicaciones del Embarazo; Mortalidad Materna; Calidad de la Atención de Salud; Argentina.

ABSTRACT With the objective of recording and analyzing women's experiences with severe maternal morbidity from their perspective, between February and May 2011, 16 semi-structured interviews with women treated in the public hospitals of the Buenos Aires Metropolitan Area who suffered from severe maternal morbidity were carried out. In their testimonies, women report a number of delays in care, such as difficulties in identifying the problem on time, obstacles in accessing health centers and important faults in the management of obstetric emergencies. They describe the event as surprising, distressing and painful, a perception reinforced by the violation of their rights and significant communication problems. These findings are meant as a step towards the holistic and comprehensive study of severe maternal morbidity, as well as to confirm the urgent need for further research from a gender and humans rights perspective.

KEY WORDS Pregnancy Complications; Maternal Mortality; Quality of Health Care; Argentina.

INTRODUCCIÓN

Los eventos de morbilidad materna severa (*“near miss”*) refieren a aquellas complicaciones que atraviesan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio que las podrían haber llevado a la muerte. El concepto de “casi muerte materna” comprende aquellas situaciones en las que, de no haber actuado de manera oportuna y efectiva, el evento hubiera resultado en la muerte de la mujer. Si bien no existe una definición operativa universalmente aceptada, hemos optado por definir e identificar estos casos a partir de la detección de mujeres que luego de un aborto o un parto reciben el alta con vida en unidades de terapia intensiva (a).

Los casos de morbilidad materna severa comparten muchos de los determinantes de las muertes maternas: causas directas (aborto, hemorragias intensas, infecciones, trastornos hipertensivos del embarazo, generalmente la eclampsia) y causas indirectas (enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como la anemia, el VIH/sida o las enfermedades cardiovasculares). El estudio de estos casos cobra relevancia al proveer información útil para reconocer la morbilidad materna severa como problema de salud pública y, desde el punto de vista clínico, para evitar un desenlace fatal. Una mujer que sobrevive a una complicación grave es testigo directa de la respuesta de los servicios de salud y puede reportar de primera mano algunos de los obstáculos que tuvo que enfrentar. A su vez, estos eventos ocurren con una frecuencia muy superior a la de las muertes maternas, lo cual facilita la indagación de estos procesos. Por cada muerte materna se calcula que hay 135 casos de complicaciones o de enfermedad (1). Sin embargo, esta línea de trabajo ha sido escasamente explorada en nuestro país y en la región y más aún desde el campo de las ciencias sociales (b) (2-4).

Nuestro objetivo fue conocer las perspectivas de mujeres que atravesaron un evento de morbilidad materna severa y que fueron atendidas en hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina (c). En primer lugar, describimos los métodos de abordaje y análisis de los datos. En segundo lugar, abordamos los factores que obstaculizan el acceso de las mujeres al sistema de salud, siguiendo el modelo teórico

de “las tres demoras”, desde la perspectiva de las propias mujeres. Finalmente, presentamos sus vivencias del evento, así como sus percepciones sobre la calidad de la atención recibida.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó sobre la base de un diseño cualitativo, privilegiando el abordaje interpretativo de los procesos sociales desde el significado que la realidad tiene para los individuos (5). Este abordaje permite una comprensión de la concepción cultural y simbólica que implica la vivencia de la salud por parte de los individuos y las sociedades. En este sentido, nos interesa recuperar la perspectiva de los actores implicados y sus discursos. Por eso, nos basamos en el análisis y la interpretación del lenguaje y, desde un enfoque etnográfico, destacamos la mirada de las mujeres, dotadas “de conciencia, voluntad y lenguaje como sujetos activos de las actuaciones sociales y sanitarias” (6 p.148). Estamos convencidas de que esta mirada contribuye a complementar los resultados de estudios cuantitativos, clínicos y epidemiológicos sobre la morbilidad materna severa. En tanto se trata de un análisis cualitativo de la vivencia, no nos centraremos en la respuesta clínica a la emergencia obstétrica, sino en las experiencias subjetivas de las mujeres en el marco del contexto general de atención.

La técnica empleada fue la entrevista semiestructurada, realizada a 16 mujeres que atravesaron un evento de morbilidad materna severa. La muestra incluyó a mujeres que fueron dadas de alta con vida en unidades de terapia intensiva luego de atravesar un evento obstétrico (parto, aborto o complicación de embarazo ectópico), en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) o el Gran Buenos Aires (GBA). Quedaron excluidas de la muestra las mujeres con producto del embarazo muerto y los casos judicializados.

El trabajo de campo se realizó entre febrero y mayo de 2011. Las mujeres fueron contactadas por medio de informantes claves, referentes locales de cada establecimiento. Luego de haber sido invitadas a participar del estudio e informadas de los objetivos, se les solicitó el consentimiento informado. Las entrevistas se realizaron dentro de

los hospitales durante la internación de las mujeres, luego de abandonar la terapia intensiva y ser trasladadas a una habitación común. Tuvieron una duración promedio de 50 minutos y fueron grabadas y luego transcritas, respetando la confidencialidad de la información y el anonimato de las mujeres. Ninguna de las mujeres contactadas se negó a participar del estudio; por el contrario, mostraron mucho interés en colaborar.

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Durand, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a través de la disposición autorizante N° 0538/2009 del Director del Hospital. Se aseguró el respeto a todos los requisitos éticos, legales y jurídicos, establecidos en las normas bioéticas nacionales (Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud) e internacionales (*Código de Núremberg*, *Declaración de Helsinki* y sus modificaciones); así como también la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* aprobada por la Conferencia General de la Unesco.

El modelo de “autopsia verbal”, utilizado por los científicos sociales en casos de mortalidad materna, ha mostrado ser sensible para la obtención de la historia de la enfermedad o los sucesos que, desde la perspectiva de los familiares o amigos cercanos, llevaron a la muerte de la mujer (7-9). En este estudio, las entrevistas a mujeres se plantearon como un modelo de “biopsia verbal”, que remite a un procedimiento diagnóstico que permite examinar “microscópicamente” una “muestra de tejido social” (10). Este procedimiento indagó sobre aquellos aspectos y factores que se conjugaron en los eventos de morbilidad materna severa, muchas veces invisibilizados, asociados a la provisión de servicios de salud, así como sobre la experiencia subjetiva de las protagonistas.

De las 16 mujeres entrevistadas, 10 eran residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el resto del Gran Buenos Aires. El promedio de edad fue de 27 años (rango 17-37). La mayoría de las entrevistadas (12 casos), había cursado el secundario incompleto; ninguna disponía de obra social (entidad encargada de la prestación médica de los trabajadores en Argentina, cuyo funcionamiento se sustenta a través del aporte salarial) o medicina prepaga al momento de realizarse las entrevistas; 11 mujeres manifestaron ser amas de casa y cinco de ellas trabajaban fuera del hogar.

La gran mayoría de las mujeres tuvo embarazos anteriores al del evento de morbilidad materna severa. En cuanto a las causas, hubo seis casos de hipertensión, tres de aborto, dos de hígado graso, un embarazo ectópico, un caso de sepsis por infección urinaria, una hemorragia y dos casos de acretismo placentario. Si bien entendemos que se trata de mujeres que atravesaron situaciones disímiles –un aborto en el primer trimestre no puede compararse con la complicación de un embarazo a término, ni una infección urinaria con el acretismo placentario– elegimos analizar las experiencias de las mujeres sobre la base de aquello que tienen en común: la morbilidad materna severa.

En el análisis de los datos, se utilizan seudónimos y no se mencionan los nombres de los hospitales en los que fueron internadas las mujeres para respetar el anonimato y la confidencialidad.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La bibliografía y los antecedentes en investigación han considerado las barreras –sanitarias, subjetivas, culturales, geográficas y económicas– que frenan o demoran el acceso de las mujeres a la posibilidad de obtener una respuesta adecuada a su demanda en salud como una de las dimensiones de mayor relevancia para analizar las muertes maternas (7,11). En este sentido, retomamos algunas cuestiones planteadas en “el modelo de las tres demoras” para avanzar en la comprensión de lo vivido por las mujeres que atravesaron eventos de morbilidad materna severa (11).

La primera demora del modelo refiere a la decisión de buscar atención: ante una complicación obstétrica las mujeres no siempre reconocen los síntomas como señales de alarma. Los sentidos otorgados a los procesos de salud-enfermedad-atención condicionan y se ven reflejados en la utilización de los servicios de salud, e influyen a su vez en este reconocimiento y en la decisión de solicitar atención ante un síntoma inusual (12).

La mayoría de las mujeres indica acudir a centros sanitarios solamente ante un dolor o malestar físico. Si bien otorgan importancia a los controles médicos periódicos para sus hijos/as, no ocurre lo mismo cuando se trata de ellas mismas:

Nosotros, no, pero las nenas sí, siempre estamos haciéndolas controlar [...] No sé, por el tiempo debe ser, estoy más pendiente de ellas que de mí. (Maribel, internada por aborto espontáneo, 34 años, CABA)

Si el primer paso es percibir el problema, esto no es suficiente por sí mismo. Algunas entrevistadas asocian los síntomas a otras posibles causas, sin otorgarle carácter de urgencia. En algunos casos, las mujeres ni siquiera sabían que estaban embarazadas:

En sí, no pensé que por un dolor de cabeza iba a pasar todo lo que pasó después [...] A mí me empezó a doler la cabeza el sábado y yo me tomé un tafirol. Y no me dolió más. Y el domingo a la madrugada empecé con dolor de cabeza, de cuello y con vómitos. Y mi pareja me trajo acá. (Débora, internada por preeclampsia, desprendimiento de placenta, 17 años, GBA)

No, no estaba enterada [de que estaba embarazada], solamente sentía que había algo raro conmigo, pero después me empezó a doler y me sentí mal y fui al hospital y estaba lleno, no había caso de que me atiendan [...] y me volví a mi casa y ahí me vino una hemorragia fuerte y ya no sabía qué hacer, me desmayé al volver al hospital. (Rosa, internada por hemorragia por aborto espontáneo, 33 años, CABA)

Una vez que detectan el problema y consideran su importancia, las mujeres acuden al centro de salud más cercano a sus domicilios que, generalmente, no dispone de capacidad suficiente para tratar la emergencia, lo que retrasará la llegada al servicio de salud que pueda responder a su demanda (segunda demora del modelo). Las mujeres se acercan en primera instancia a la “salita de salud” (d) o a un consultorio privado; en segundo lugar, a un hospital zonal cercano a su domicilio y, en un tercer momento, al hospital de mayor complejidad. De acuerdo a los relatos de las mujeres, ni la distancia ni el desplazamiento fueron un problema (la mayoría se desplazó en remis o vehículo propio o de un familiar).

La elección del lugar de atención responde a la cercanía con el domicilio de la mujer pero,

sobre todo, a la valoración de las instituciones de salud y a la importancia del problema. En esta línea, la mayoría de las mujeres acude a consultorios comunitarios o a la “salita”, por motivos de control o ante un síntoma que consideran leve, mientras que se acercan a un hospital público cuando hay problemas percibidos como “urgentes”. Existe una escala de referencia dentro de la cual la gravedad del cuadro acorta las distancias al hospital público de mayor complejidad, alejado de sus hogares, y justifica los tiempos de viaje y de espera. Asimismo, se eligen estos hospitales cuando se considera que el caso amerita una atención de mayor calidad. Los obstáculos ante una emergencia o una situación de importancia se vuelven relativos:

Generalmente, si él se siente mal o yo, vamos a la salita. Por ejemplo, él había ido este año [...] porque le dolían mucho los riñones [...] Y yo por el embarazo, quise sacarme análisis de sangre para saber si estaba embarazada y fui ahí [...] Porque es cerca y porque te atienden bien, te miden, te toman la presión, mucho más ahí no hay. Para otras cosas tengo que venir al hospital [...] Vamos cuando hay problemas. (Kathy, internada por hipertensión, 28 años, CABA)

No, no, que esté cerca depende de cómo me sienta yo y de lo que me esté pasando, pero voy acá, al Castex o al Thompson, no me molesta ir. (Débora, internada por preeclampsia, desprendimiento de placenta, 17 años, GBA)

Esta situación coincide con lo planteado por Maine (11) en cuanto al funcionamiento general de los diferentes niveles de atención: en tanto los centros de salud de menor complejidad, más cercanos a las mujeres, no pueden resolver sus demandas, aquellos de mayor complejidad se vuelven más “lejanos” para ellas. Sin embargo, la percepción de una situación atípica y urgente acorta las distancias y las justifica.

Asimismo, las mujeres llegan a los servicios de salud siguiendo los consejos de sus parejas, una vecina o un familiar y, en menor medida, por una decisión aparentemente azarosa:

Me tiré un lance. Yo ya había ido, mi mamá se hace atender en el [Hospital X, de CABA] porque tiene cáncer de útero, entonces me dice: “atendete ahí”. Entonces me mandaron con un especialista en genética, el [Dr. G.], me mandó un montón de estudios. Me daba dos meses para hacerme los estudios y no me daba la plata para hacérmelos. Después dejé, no me hice los estudios y no volví más. Después del último aborto que tuve, espontáneo, me fui al [Hospital Y de CABA]. (Claudia, internada por embarazo ectópico, 29 años, GBA)

La demora en llegar al servicio de salud de mayor complejidad se relaciona con la tercera demora del modelo, relativa a la dificultad de recibir tratamiento adecuado, en tiempo y forma en el servicio de salud. Ambas demoras se superponen y posponen el acceso a la atención, ya sea por dificultades en el diagnóstico o en la derivación, lo que genera un “derrotero” entre diversos centros.

La superposición de factores desencadenantes fue una constante en los casos analizados: al llegar al centro de salud de mayor complejidad encontramos, por un lado, la demora en atender a la mujer (por falta de personal o espacio) y, por otro, la demora en brindarle la atención adecuada. En este último caso, ocurre que los profesionales desconocen la historia clínica de las mujeres con eventos anteriores de morbilidad materna severa, por ejemplo, hipertensión, lo cual redundaba en la falta de previsión del evento. Los testimonios dan cuenta de diversas fallas del sistema de salud en esta línea:

Vine acá y me dijeron que tenía infección urinaria. [Me dieron] Amoxidal 500 durante un tiempo, después se me fue y en la salita misma me dieron óvulos [...] Se me había ido supuestamente. Cuando vine acá me dijeron que tenía la infección tan grande que me agarró los riñones. (Giselle, sepsis por infección urinaria, 20 años, GBA)

Vine 15 minutos tarde, entonces no me querían atender porque dicen “la hora es la hora” [...] pero le digo “Lo que pasa es que me estoy sintiendo mal”. “Sí, pero todas las

embarazadas dicen lo mismo”, me dicen. Mi marido me dice “¿Sabes qué? Entrá por guardia porque te está doliendo” [...] Entro, y la doctora me dice: “Tienes seis de dilatación, ya quedate y a internarte”. (Kathy, internada por hipertensión, 28 años, CABA)

Y acá llegué porque el jueves me empezó doler acá, toda la zona de ovarios. Y después el dolor se pasó todo hasta acá arriba, era un dolor horrible. Y con ese dolor llegué a la sala, ellos creían que era, viste cuando uno está intoxicado, el hígado, bueno. Me pusieron buscapina, nada, no me calmaba, y bueno, después a las 12 de la noche me trajeron para acá, del jueves [...] estuve toda la noche en la guardia, me revisó el cirujano, porque él pensaba que era por la úlcera o la vesícula, entonces me mandó a hacer ecografía [...] Cuando me hice la ecografía, me dice que no aparece tu embarazo, no parecés embarazada, y de ahí, de guardia, me trajeron acá [...] Y habré llegado a la sala como muy tarde a las 7 de la tarde, y de la sala acá me habrán derivado a eso de las 12.20 de la noche en ambulancia. (Claudia, internada por embarazo ectópico, 29 años, GBA)

Los relatos de las mujeres coinciden con los resultados de otras investigaciones que documentan retrasos y fallas en la atención de la emergencia obstétrica en América Latina (13,14). Un estudio llevado a cabo en el nordeste de Brasil determinó que la tercera demora, aquella en recibir atención adecuada y oportuna en el centro de salud, aumenta considerablemente el riesgo de morbilidad materna severa en las mujeres (15). Como sugieren las entrevistas, las demoras también abarcan dificultades en brindar a las mujeres una respuesta adecuada en la situación de emergencia. A pesar de la amplia evidencia sobre las intervenciones efectivas para reducir la morbilidad materna severa y la mortalidad materna (16,17), tanto en el país como en la región persiste un bajo uso de buenas prácticas clínicas en el manejo de la emergencia (13,14,18-20).

El modelo de las tres demoras permite reconstruir el circuito que recorrieron las mujeres, pudiendo ordenar e identificar con claridad los factores que retrasaron el acceso a una respuesta

oportuna y de calidad. Sin embargo, al indagar sobre las complicaciones y sobre el momento de la internación, los relatos de las mujeres se tornan confusos y opacos. A la dificultad de atravesar una experiencia física y psíquicamente “explosiva”, se suman la falta de información sobre su salud y sobre los tratamientos, la falta de contención por parte de los equipos y una fuerte vulneración de sus derechos como usuarias de los servicios.

“Era una bomba de tiempo”: percepción y vivencia del evento de la morbilidad materna severa

Algunas mujeres pudieron expresar lo que sintieron y el modo en que procesaron lo que les pasó, registrando el peligro al que estuvieron expuestas; mientras que otras parecían no tener conciencia de haber estado al borde de la muerte. Entre las sensaciones expresadas predominaban el miedo, la culpa, la preocupación por los hijos y el dolor:

En el momento, sí [tuve miedo], durante el embarazo no. Serán 5 minutos, pero es muy horrible. Te sentís culpable también en un momento. Pensás “¿Qué hice mal para que pase todo esto?”. Por momentos lindo y por momentos feo. Lindo por la bebé, tengo a mi hija. Y feo por lo que pasé, no se lo recomiendo a nadie. (Débora, internada por preeclampsia, desprendimiento de placenta, 17 años, GBA)

Fue re feo [...] No recuerdo nada porque estaba en coma. (Patricia, internada por eclampsia, 24 años, GBA)

El evento es percibido como algo que sucede repentinamente, es intempestivo, explosivo. Fueron recurrentes las referencias a una “bomba”, al sentido del “choque” que tiene la definición de “near miss” y de “casi muerte”. En concordancia con otros estudios, encontramos diferencias en el modo de percibir el evento en aquellas mujeres que tuvieron problemas en embarazos anteriores: se relata como la confirmación de un miedo que las hizo estar en estado de alerta durante todo el embarazo y de tener mayor conciencia de la

posibilidad de morir (21,22). En sintonía con otras investigaciones, las mujeres daban cuenta de la sensación de pérdida de control y de una entrega a la situación a pesar del miedo (22,23).

Me decían: “mirá que tu embarazo ya está en riesgo, tenés la presión alta, sos vos o la bebé o ninguna de las dos” [...] Sí, me dijeron que fue por la presión alta y que lo que había pasado era que se había soltado la placenta. Que por la misma presión es como un horno que vos tenés adentro de la panza y vas quemando todo, y yo llegué a soltar la placenta, decí que no llegué a quemar todo porque me lo sacaron. (Débora, internada por preeclampsia, desprendimiento de placenta, 17 años, GBA)

...pero allá era todos los días, ver que pasaban los días y los turnos para una tomografía o una resonancia, hasta para un análisis de sangre tardaban un montón de tiempo, yo veía que los días pasaban y yo era una bomba de tiempo [...] Y con respecto a lo que yo tuve, para mí fue terrible, saber que tenía acretismo, los riesgos a los que me enfrentaba y saber que ya entraba en ese quirófano y que me dormían y que no sabía si me iba a despertar. Eso fue lo más feo. (Elizabeth, internada por placenta previa e histerectomía, 37 años, CABA)

Esta percepción es reforzada por vivencias de situaciones de violencia institucional y vulneración de derechos, en las que las mujeres no participan de las decisiones o no son informadas sobre los diagnósticos y los procedimientos en los momentos correspondientes. Las críticas hacia la atención surgen con relación al evento de morbilidad materna severa propiamente dicho, el momento de la urgencia y de la intervención:

Me hicieron ese análisis y vi a la médica y me dijeron que iba a quedarme internada por lo menos cinco días, que me trajeran mis cosas, me pusieron suero, todo, y me dejaron ese jueves. El viernes a la mañana vino todo el grupo ese que viene y ahí una chica que vi dijo que tiene infección, que no sé qué, y estaban ahí y no sé en qué momento

decidieron que me tenían que operar de urgencia [...] No [me habían dicho nada de operarme], incluso cuando decían que era una situación de urgencia tampoco entendí. No caía, no entendía nada. Me prepararon enseguida y a las 10 y media nació mi bebé. (Giselle, internada por sepsis por infección urinaria, 20 años, GBA)

La falta de información se conjuga con deficiencias en el manejo del dolor y con la culpabilización de las mujeres por lo que les sucede:

De la guardia me pasaron acá, para bajarme yo de la camilla era un dolor insoportable, inmenso, entonces no podía ni sentarme, entonces me bajé de la camilla como pude, me acosté en aquella cama y me dicen: “vamos de nuevo a la camilla” [...] No me podía mover y me mandaban de un lado a otro. Entonces agarré, me esforcé, me subí a la camilla y ahí me llevaron a quirófano. Y ahí, en quirófano, me explicaron lo que me iban a hacer. Y, pero igual era como que estaba sedada, así que no entendía mucho [...] En un momento le digo: “¿Qué me van a hacer?”, y me dice: “Bueno, te vamos a abrir y te vamos a sacar todo el líquido que tenés –dice– porque es por el embarazo”, pero así como muy al pasar. Y después, cuando me estaban limpiando, que me estaban drenando toda la sangre, yo la escucho a la ginecóloga que le pregunta: “¿El embarazo ya está? ¿El bebé ya le sacaste?”, “Sí –dice– y también la trompa”. Y yo me quería morir, le digo: “¿Cómo la trompa?”. Dice: “No te preocupes, porque una trompa sola también podés quedar embarazada”. Pero, imaginate, no es lo mismo. (Claudia, internada por embarazo ectópico, 29 años, GBA)

En realidad cuando a mí me atiende esa doctora yo lo sentí como que me estaba... como si yo hubiese sido la culpable en ese momento de mi problema y después, bueno, pregunté a otros médicos y me dijeron que no, que una placenta se alojó ahí y se alojó ahí y ya está. En ese momento me sentí mal por cómo me lo dijo ella. Menos disfruté el embarazo, porque tenía mis otros cuatro hijos

afuera y ella, por lo que me dijo, era como que me iba a morir, así nomás. Y bueno, así que no pude disfrutarlo bien. Después, bueno, me vieron otros doctores, pero no sé si ella justo se fue de vacaciones o qué, y bueno ahí me empezaron a tratar, me hablaban, es más, me querían hacer ver con un psicólogo. (Elizabeth, internada por placenta previa, histerectomía, 37 años, CABA)

Al ser consultadas, las mujeres manifestaron haber recibido la información necesaria, haber comprendido esa información y haber tenido la posibilidad de preguntar y consultar por sus dudas, sobre todo en los controles de sus embarazos y en la internación, en relación con el cuidado de sus bebés. Sin embargo, no se percibe de igual manera la información recibida en lo relativo al evento de morbilidad materna severa y a cuestiones vinculadas a su alta. Fue frecuente la falta de conocimiento sobre las causas del evento, la gravedad de la situación que atravesaron y la cercanía con la muerte. En muchos de los casos, la situación que transitaron fue asimilada como uno de los modos posibles en que puede desencadenarse el parto, no el esperado ni el conocido, pero como una posibilidad más.

Diversas investigaciones que han abordado la experiencia de la morbilidad materna severa sostienen que se trata de un evento angustiante para las mujeres, tanto física como psíquicamente, y destacan la importancia de brindar información completa y clara, tanto con relación al parto y a la situación que atravesaron, como a la maternidad y al vínculo con el recién nacido, más allá de las explicaciones que fomentan específicamente la lactancia materna (22,24,25). En los casos que presentamos, sin embargo, la comunicación con las mujeres dista mucho de lo esperado.

Los relatos no se condicen con el modo en que las mujeres percibieron la calidad de la atención recibida, dado que la mayoría la consideró buena (e). Esta valoración, por lo general, se basa en que recibieron la atención que necesitaban. Se privilegia el estado de salud propio pero, sobre todo, en los casos en los que corresponde, la salud de la o el bebé. Las mujeres destacan la calidad de la atención médica, la capacidad técnica y profesional y la contención que recibieron:

Estaba muy cómoda. Había una médica conmigo todo el tiempo, me dijo que le avise si me dolía la cabeza, todo el tiempo hubo alguien al lado mío [...] Todo el tiempo cuidándome, si necesitaba algo, las dudas que tenía... el médico, las enfermeras. (Sandra, internada por Síndrome HELLP, 33 años, CABA)

Todo bien. Me atienden bien. [La relación fue] buena, se preocuparon de que yo estaba mal. (Alicia, internada por hemorragia por aborto espontáneo, 31 años, CABA)

En las mujeres que experimentan por primera vez un embarazo o un parto de riesgo, al miedo y al dolor generados por la experiencia se suma el factor sorpresa. La mayoría de las entrevistadas no esperaba un desenlace como el que tuvo. En esta línea, encontramos expresiones de desorientación y confusión; las mujeres, en general, no distinguen si el problema tuvo que ver con ellas o con sus bebés y no identifican las causas de lo ocurrido. Les resulta costoso ordenar el relato y la secuencia de lo que fue pasando y el evento muchas veces es descripto casi como si hubieran estado “suspendidas”, como en un estado de semiconciencia. Una vez que pasó todo, para algunas mujeres es posible reconocer y asumir la gravedad, mientras que otras minimizan la situación por la que pasaron. Aquellas que reconocen la cercanía con la muerte, mencionan el miedo a volver a pasar por lo mismo. Más de una mujer comentó que haría cualquier cosa para no volver a vivir una situación semejante, al punto de pensar seriamente en no volver a quedar embarazada (“esta vez me pongo un DIU”).

Sí, [estaba asustada] no había caído, para mí yo la tenía adentro de la panza, no había entendido el porqué me tuvo que pasar eso [...] Yo esperaba contracciones, dolores, pero no esto [...] Sí, yo le decía al doctor que me hacía la cesárea que tenía miedo y me decía: “no va a pasar nada”. Le dije que a mí no me importa, me importa la bebé y quiero la bebé, yo no. Y me decía: “no, no digas así”. Entonces me explicaba todo, lo de las ampollas, no es que te dejaban tirada ahí [...] Y ahora, antes de quedar embarazada, lo voy a pensar mucho. (Débora, internada por preeclampsia, desprendimiento de placenta, 17 años, GBA)

Yo estaba tranquila pero, sin embargo, la doctora me dijo que estaba mal. Después de todo eso me empezó a doler la cabeza. Me dijeron que tenía hemorragia, porque yo estaba bien, no me revisaba ni nada, y ahí ya vi que sí, que tenían razón, todos se preocupaban. [...] después me asusté, porque primero no venían preocupados los doctores, y después empezaron a decir que querían plaquetas. Yo quería ir a ver al bebé [...] Yo pensaba que el bebé era el que tenía el problema, aparte de su peso. No pensé que el problema era yo. [...] Me dijeron la presión, estaba consciente de que era la presión... Pero como yo no me sentía mal, me sentía mal por dar a luz, la pérdida, pero no mal, no sentía la hemorragia. Primero no me di cuenta, pero hasta mi marido se asustó. (Kathy, internada por hipertensión, 28 años, CABA)

No todas las mujeres logran poner el evento en perspectiva y reconocer la gravedad de la situación por la que pasaron. Algunas minimizan el hecho o lo invisibilizan, como si se tratara de un acontecimiento menor, otras no lo recuerdan. En este sentido, sorprende el testimonio de una mujer que, al ser consultada sobre la calidad de la atención, omite el momento del evento que comprometió su vida, colocándolo en un segundo plano. Esta omisión puede interpretarse como una negación o falta de conciencia:

Ahora estoy acá, y en el momento que estuve mal no me acuerdo de nada [...] Lo que me acuerdo es que recibí muy buena atención [...] Salvo lo que me pasó. Pero con los médicos y los doctores, no tengo nada para quejarme, todo lo contrario. (Lorena, internada por acretismo placentario y malformación fetal, 33 años, CABA)

La evaluación positiva de la atención, así como la minimización de la situación que atravesaron pueden entenderse desde el valor supremo que se otorga a “salvar una vida”. El concepto de biolegitimidad hecha luz sobre un modelo de salud-enfermedad-atención que reduce el proceso a lo meramente biológico (28). La legitimidad que otorga “salvar una vida” pone en jaque cualquier otro argumento, tanto desde la perspectiva de las

mujeres como desde el abordaje del sistema, olvidando que la angustia, la desorientación y la culpa no pueden interpretarse por fuera de la atención recibida. Ingresar a un quirófano sin comprender la intervención a la que será sometida, el miedo a la pérdida de un hijo, despertar del efecto de la anestesia sin saber si su bebé está bien, son circunstancias que marcan profundamente la experiencia subjetiva de una mujer. El trato ofrecido puede tanto minimizar como profundizar los efectos negativos de la experiencia (25).

PALABRAS FINALES

Miles de mujeres llegan a los hospitales de la red asistencial pública del Área Metropolitana de Buenos Aires para atravesar una de las experiencias más importantes de sus vidas: parir. Previamente, algunas habrán tomado contacto con los servicios de salud en relación con el cuidado de su embarazo, otras quedarán en contacto con estos servicios durante el puerperio y, tal vez, más adelante, por el cuidado de su salud y la de sus hijos e hijas. Así, el evento reproductivo conformado por el embarazo-parto-puerperio cobra relevancia en sí mismo y por las posibilidades que brinda a muchas mujeres de acceder a cuidados y servicios y al conocimiento de sus derechos como usuarias. Este momento es para muchas mujeres, sobre todo para las de sectores menos privilegiados, el primer contacto con la atención de su salud reproductiva y, en ocasiones, de su salud en general. Es un momento en el que se evidencia el protagonismo de los servicios de salud en la transmisión de información para que las mujeres logren asumir comportamientos preventivos, cruciales para su bienestar.

Sin embargo, este momento, para las mujeres que participaron en nuestro estudio, y para muchas otras, es diferente. Representa un suceso traumático, conflictivo, que, sin lugar a dudas, genera un antes y un después en sus vidas, en la relación con su cuerpo, en la interpretación de

sus señales, en la atención de su salud, y, sobre todo, en la demanda, la confianza y los miedos hacia los profesionales y hacia el sistema de salud en general.

En nuestro estudio, este momento pone de manifiesto el derrotero por el que tienen que pasar las mujeres antes de recibir atención oportuna, las fallas en los sistemas de referencia-contrareferencia y en la tardanza para diagnosticar el problema a tiempo en los centros de atención de menor complejidad. Asimismo, encontramos que las mujeres viven de modo traumático el evento de morbilidad materna severa, con una sensación de pérdida de control. A la angustia se suma la confusión generada por la falta de comunicación desde el sistema de salud: las mujeres indican no tener claro cuál fue la causa de su internación, en ocasiones no identifican si se trató de un problema de ellas o de sus bebés, y en varios casos no fueron informadas sobre las intervenciones médicas realizadas.

La reconstrucción del modo en que estas mujeres vivieron su “casi muerte” permite abordar las dimensiones físicas, subjetivas, institucionales y sociales de los procesos de salud-enfermedad-atención y desnuda una trama de múltiples desigualdades y desventajas de las que son parte.

Nuestra intención fue dar visibilidad a un proceso particular que involucra la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Encontramos diversos puntos en común con otras investigaciones de este campo (29-32), como el modo en que se encaran las decisiones sobre las intervenciones y tratamientos; la falta de información a las mujeres sobre las complicaciones, el riesgo que atraviesan y las opciones disponibles; circunstancias en las que las mujeres ven debilitado el respeto por sus derechos y su autonomía.

Estos hallazgos constituyen un puntapié para avanzar en la comprensión integral y holística de la morbilidad materna severa, y confirman la necesidad de seguir investigando, incorporando la perspectiva de género y de derechos, en un campo aún poco explorado.

NOTAS FINALES

a. La definición de “*near miss*” puede centrarse en complejidades en el manejo asistencial, disfunciones orgánicas, la presencia de ciertos síntomas o combinar más de un criterio (2).

b. En América Latina, la morbilidad materna severa es un tema escasamente estudiado. Solo ha sido abordado por Souza *et al.* en Brasil, quienes llevaron a cabo una revisión sistemática y un estudio caso-control en los que concluyen sobre la necesidad de una definición operativa común de morbilidad materna severa para poder reportar incidencias comparables entre los distintos estudios. Enfatizan asimismo la necesidad de realizar estudios prospectivos que sean posteriormente validados en otras regiones del mundo.

c. Las autoras fuimos las encargadas de llevar adelante un componente cualitativo sobre morbilidad materna severa en el estudio “Diseño de políticas en salud pública basadas en la evidencia para mejorar la calidad de la atención materno-perinatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La

morbilidad materna severa como nuevo campo de intervención”. Este trabajo de investigación fue realizado con el apoyo de la Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia” de Proyectos Institucionales Convocatoria 2010, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación a través de la Comisión Nacional Salud Investiga. El proyecto fue dirigido por el Dr. Ariel Karolinski.

d. En el AMBA, los centros de salud del primer nivel de atención que brindan atención pública y gratuita en los barrios son conocidos como “*salitas de salud*”.

e. Al hablar de calidad de la atención en salud, resulta habitual el predominio de un enfoque gerencial y eficientista que oculta la complejidad y multidimensionalidad de este concepto. La calidad de los servicios de salud va más allá de los resultados operativos de la oferta, por eso incluimos en la definición de la noción de calidad la llamada “calidad percibida” por los usuarios y usuarias de un servicio, destacando la importancia de tomar en cuenta indicadores subjetivos de calidad (26,27).

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los integrantes del equipo de investigación del proyecto, especialmente a Ariel Karolinski, Raúl Mercer y Silvina Ramos, por su compromiso y su apoyo al componente cualitativo. A la Comisión Nacional Salud Investiga, por la Beca “Ramón Carrillo-Arturo Oñativia”. Agradecemos también a los profesionales que nos recibieron en los hospitales durante el trabajo de campo, que colaboraron en las entrevistas y nos permitieron entrevistar a las mujeres. Agradecemos especialmente a las mujeres que brindaron sus valiosos testimonios en momentos difíciles de sus vidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud; The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad materna y neonatal en ALC y estrategias de reducción: Síntesis de situación y enfoque estratégico [Internet]. OPS [citado 15 dic 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/16PLHm>.

2. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, Souza M, Seruya S. Revisão sistemática sobre morbidade materna near miss. Cadernos de Saúde Pública. 2006;22(2):255-264.

3. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M. Fatores associados à gravidade da morbidade materna na caracterização do near miss. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005;27(4):197-203.

4. Souza J, Cecatti J, Parpinelli M, Krupa F, Osis M. An emerging “maternal near-miss syndrome”: narratives of women who almost died during pregnancy and childbirth. Birth. 2009;36(2):149-158.

5. Sautu R, Boniolo P, Dalle P, Elbert R. Manual de metodología. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2005.

6. Conde F, Pérez Andrés, C. La investigación cualitativa en salud pública. *Revista Española de Salud Pública*. 1995;69(2):145-149.
7. Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer RG, Insua ID, del Río Fortuna CA. Para que cada muerte materna importe. Buenos Aires: CEDES; 2004.
8. Sloan NL, Langer A, Hernandez B, Romero M, Winikoff B. The etiology of maternal mortality in developing countries: what do verbal autopsies tell us? *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;79(9):805-810.
9. Ronsmans C, Vanneste AM, Chakraborty J, Van Ginneken J. Comparison of three verbal autopsy methods to ascertain levels and causes of maternal deaths in Matlab, Bangladesh. *International Journal of Epidemiology*. 1998;27(4):660-666.
10. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. Madrid: 2014. Biopsia [citado 15 dic 2014]. Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=biopsia>.
11. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia; 1997.
12. Menéndez EL. El punto de vista del actor: Homogeneidad, diferencia e historicidad. México DF: Miscelanea-CIESAS; 1994.
13. González Ortiz LD, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;35(1):15-22.
14. Vasco Ramírez M. Management strategies using non-technical skills to reduce maternal and perinatal morbidity and mortality. *Revista Colombiana de Anestesiología*. 2013;41(1):20-23.
15. Pacheco AJC, Katz L, Souza ASR, Amorim MMR. Factors associated with severe maternal morbidity and near miss in the São Francisco Valley, Brazil: a retrospective, cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014;14(1):91.
16. Campbell OM, Graham WJ; Lancet Maternal Survival Series steering group. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet*. 2006;368:1284-1299.
17. Abalos E, Ramos S, Romero M, Chapman E. Intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna. *Hoja Informativa OSSyR*. 2010;(2):1-15.
18. Gil González I, Díaz Sanchez Y, Rodríguez López JF. Morbilidad materna extremadamente grave y calidad de los cuidados maternos en Villa Clara. *Medicentro Electrónica*. 2014;18(2):47-56.
19. Karolinski A, Mazzoni M, Belizán JM, Althabe F, Bergel E, Buekens P. Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2010;110(2):175-180.
20. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Mazzoni A, Fontana O, et al. The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;120(13):1685-1695.
21. De Godoy SR, Gualda DMR, Bazilli Bergamasco R, Tsunehiro MA. Percepção da causalidade e dos sinais de near miss atribuídos por mulheres sobreviventes. *Texto & Contexto - Enfermagem*. 2008;17(3):536-543.
22. Carvalheira AP, Tonete VL, Parada CM. Feelings and perceptions of women in the pregnancy-puerperal cycle who survived severe maternal morbidity. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2010;18(6):1187-1194.
23. Meaney S, O'Connor L, Lutonski JE, O'Donoghue K, Greene RA. PP32 qualitative analysis of maternal morbidities: the patient's experience. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014;68(Suppl1):A60.
24. Furuta M, Sandall J, Bick, D. Women's perceptions and experiences of severe maternal morbidity – A synthesis of qualitative studies using a meta-ethnographic approach. *Midwifery*. 2014;30(2):158-169.
25. Furuta M, Sandall J, Cooper D, Bick D. The relationship between severe maternal morbidity and psychological health symptoms at 6–8 weeks postpartum: a prospective cohort study in one English maternity unit. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2014;14(1):133.
26. Castro Vásquez MC. La cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *Región y Sociedad*. 2004;XVI(30):43-83.
27. Consorcio Mujer. Calidad de atención en la salud reproductiva: una mirada desde la ciudadanía femenina. Lima: Consorcio Mujer; 1998.
28. Fassin D. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. *Anthropologie et Sociétés*. 2000;24(1):95-116.

29. Checa S, Erbaro C, Schwartzman E. Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires. En: Checa S, comp. Realidades y coyunturas del aborto: Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós; 2006.

30. Pecheny M, director. Anticoncepción después de...: barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina. Buenos Aires: Teseo; 2010.

31. Del Río Fortuna C. Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su]gestión en un servicio de obstetricia. En: Tarducci M, org. Maternidades en el siglo XXI. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2008. p. 137-168.

32. Chiarotti S. Con todo al aire 2. Rosario: Ins- genar; 2008.

FORMA DE CITAR

Szulik D, Szwarc L. "Era una bomba de tiempo": el derrotero de la morbilidad materna severa en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Salud Colectiva. 2015;11(4):553-564.

Recibido: 17 de diciembre de 2014 | Versión final: 3 de junio de 2015 | Aprobado: 10 de junio de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.795>