

Las tres demoras que contribuyen a la mortalidad materna

Objetivo

Analizar la dinámica de los determinantes sociales (demanda) e institucionales (oferta) de las muertes maternas; e identificar los obstáculos que surgieron en el proceso de atención de estas mujeres dentro del sistema de salud, desde el punto de vista de los familiares que las acompañaron durante el proceso.

Diseño

Diseño cualitativo y basado en autopsias verbales (ver cuadro 1) con el objetivo de relevar información que permitiera reconstruir la historia y el camino recorrido por la mujer desde que percibió algún malestar hasta que falleció.

Cuadro 1: principales conceptos sobre las autopsias verbales

Los rasgos distintivos de las autopsias verbales son la entrevista a los miembros de la familia y a los vecinos de la persona fallecida y la revisión de las historias clínicas para poder:

- Reconstruir los eventos que precedieron a la muerte y así poder establecer las causas médicas posibles.
- Reconstruir los factores asociados con los comportamientos de búsqueda de atención y el acceso y la obtención de cuidados de salud.
- Recolectar información sobre los antecedentes de la mujer fallecida referidos a la edad, paridad, educación y otras variables sociales.

Muestra

Veinticuatro casos (cuatro por cada sitio) divididos en dos grupos: a) complicaciones de aborto provocado y b) otras causas de muerte materna. Para garantizar la variabilidad interna de la muestra se seleccionaron los casos según el lugar de residencia (urbano vs. rural) la edad (menor o mayor a 20 años) y la institución donde falleció la mujer (pública vs. privada). Se utilizó una entrevista semi-estructurada con preguntas abiertas y cerradas.

Análisis

Se hizo a través del modelo de las "de las tres demoras" (Maine et al., 1997) que considera tres momentos clave en los cuales se pueden identificar factores que generan una demora en el acceso en tiempo y forma al tratamiento de una emergencia obstétrica, y de ese modo aumentar las probabilidades de una muerte materna: 1) demora en decidir buscar atención, 2) demora en llegar al servicio de salud, 3) demora en recibir el tratamiento adecuado dentro del servicio.

Resultados

Antecedentes reproductivos

Entre las mujeres que murieron a consecuencia de un aborto provocado, se destacan las dificultades para adoptar medidas anticonceptivas de común acuerdo con la pareja, en función de los planes reproductivos. También se observa la divergencia de intenciones reproductivas entre las mujeres fallecidas y sus parejas, conflicto que, dadas las circunstancias -aborto clandestino y precario- aumentó el riesgo de sus vidas. En estas parejas es común la falta de involucramiento del compañero en el cuidado anticonceptivo, lo que deja a las mujeres desprotegidas frente a un embarazo, aun cuando fueran ellos quienes no deseaban tener más hijos. Entre estas mujeres algunas no utilizaban ningún método anticonceptivo porque les producían malestares, otras tenían algún cuidado para no resultar embarazadas -intermitente, con anovulatorios orales, ligadura tubaria (sic)- en tanto que algunas suspendieron los anticonceptivos orales en distintas situaciones: una de ellas a espaldas de su pareja (quien le llevaba las pastillas hasta que el médico exigió verla para seguir entregándoselas), y la otra decidió dejar las píldoras para resultar embarazada con el fin de evitar la pérdida de su vivienda, según versión de pacientes. Los embarazos que resultaron en estas circunstancias encontraron, en varios casos, la oposición de las parejas a su continuidad. Sólo uno de estos embarazos fue deseado por ambos miembros de la pareja. Algunas mujeres comentaron su percepción o seguridad de

estar embarazadas entre sus pares (vecinas, amigas) y familiares mayores (tía, madre). Las únicas dos mujeres que informaron a sus parejas sobre el embarazo, fueron coercionadas para interrumpirlo, en contra de su voluntad. En estos casos, los testimonios recogidos permiten observar la existencia de relaciones asimétricas y violentas.

Y... la llevó él, dice que él la hizo sonar a palos primero porque ella no quiso hacer aborto. Y la llevó a Sylvia a una señora y la hizo abortar (madre de M2 CH R 28).

Yo me enteré que ella estaba embarazada cuando estaba de tres meses más, y yo le dije "No quiero saber nada de eso, te dije que te cuidarás"... y ella llorando me dijo que nunca más la volvería a ver, y efectivamente, la volví a ver casi moribunda en el hospital... nunca sabré por qué hizo eso (pareja de M1 FO U 21).

Estas mujeres recurrieron a sus madres en búsqueda de ayuda económica para realizar el aborto. Sin embargo, de ellas obtuvieron desaprobación debido a la criminalización de esta práctica. En un caso, argumentando temor a verse involucrada por los riesgos que podría correr la salud de su hija, y en otro, culpabilizándola desde una perspectiva religiosa.

Y bueno, y ahí ella vino... después la última vez que ella vino ella me dijo... "Mamá, quiero un remedio". Le digo "¿Para qué hija?". Dice "Yo estoy embarazada -dice- yo quiero sacármelo porque él no quiere que yo tenga". "Pero hija, tuviste cuatro tené cinco, criallo -le digo- vas a hacer un daño a tu cuerpo y a la criatura, vas a matar una criatura". "No -dice- porque él no quiere que yo tenga". "Bueno -le digo- yo no te puedo dar un remedio hija, porque el día de mañana te pasa algo la culpa la tengo yo..." Y bueno y se fue. Y a los catorce días..." (madre de M2 CH R 28).

Estas mujeres fueron "acompañadas" por sus parejas a abortar pero no durante el proceso de atención de las complicaciones del aborto. El caso de extrema coerción está representado por una joven que fue obligada a abortar en silencio por su patrona, única persona al tanto de su embarazo (quien la hacía ejercer la prostitución, además de las tareas domésticas que realizaba públicamente). En otros casos, algunas mujeres estuvieron al tanto de los procedimientos abortivos realizados (tía, amigas) aunque no las acompañaron en la búsqueda de recursos para conseguir el aborto. Otras mujeres parecen no haber comunicado su embarazo a nadie, tampoco a su pareja, dado que los informantes clave refieren haberse enterado del estado de gravidez recién a partir de la internación. En el extremo, están los compañeros de estas mujeres que dicen desconocer la causa de muerte, desvinculándola del aborto e incluso dudando o negando el embarazo informado por los médicos. El estigma, fruto de la criminalización del aborto, podría explicar que familiares y allegados de mujeres que fallecieron por esta causa eviten reconocer la práctica que tuvo lugar, comenzando por "desconocer" el embarazo. Tampoco cuando la complicación y el compromiso de su salud iban en aumento, confesaron las prácticas realizadas.

Dada la clandestinidad social que rodea el aborto, en mujeres que disponen de escasos recursos económicos, las estrategias para interrumpir el embarazo son en su totalidad opciones inseguras. Otra variable que aumenta el riesgo la representa el tiempo de gestación al momento del aborto, que en algunos casos llega hasta el cuarto mes de embarazo. Entre las mujeres que manifestaron su intención de abortar, los métodos utilizados comprenden desde la ingesta de pastillas hasta la atención con practicantes de abortos y parteras "chai" (con uso interno de hierbas). La clandestinidad familiar en la que se encontraron otras mujeres que abortaron, nos impide saber qué medios utilizaron para interrumpir el embarazo, y más importante aún, les impidió a ellas tener un marco de contención y ayuda en esta situación.

Demora en decidir buscar atención

En relación con la percepción de "signos de alarma" entre las mujeres que fallecieron por abortos provocados, se destaca una importante demora -alrededor de tres días- frente a síntomas tales como hemorragia, frío, mareos. Estas señales no fueron percibidas como alarmantes, o al menos no motivaron la consulta, quizá debido a los temores de tener que referir la realización de la maniobra abortiva. También se relata en forma confusa la existencia de ciertas señales que no fueron atendidas en forma inmediata.

Dicen que tenía hemorragia, yo no sabía nada... (pareja de M24 TU R 31).

Una [amiga] de por allá que, cuando murió, se culpaba. Me dijo: "Es mi culpa porque ella me había contado que le salían gotitas de pus y yo como una boluda no le dije que se fuera al médico" (madre de M25 TU U 36).

En otros casos, si bien la decisión de buscar atención fue más próxima al momento de percepción del malestar (en el transcurso del mismo día) inicialmente los síntomas presentados fueron asociados a distintas causas y se intentó paliarlos en forma casera. Por otro lado, los obstáculos que enfrentaron estas mujeres para buscar atención oportuna frente a las alarmas percibidas se asocian con la falta de "otros" para delegar el cuidado de los hijos, la ausencia de acompañamiento por parte de la pareja, y el ocultamiento del aborto realizado en situación de explotación sexual. Algunas mujeres llegaron solas al servicio, al menos en el primer contacto, por haber sido abandonadas por su pareja o bien porque las condiciones laborales dificultaban el acercamiento con los familiares.

¡Y ella no me mandaba a avisar!, ni la patrona tampoco... Eso es lo que yo decía, ¿Por qué será que la patrona, si tiene una empleada, por qué no me manda a avisar que ella está enferma? ¡Y ella no me mandaba a avisar! Dice que ella no sabía... ¿Cómo no va a saber, le digo, si ella le decía que iba al doctor porque se encontraba mal...? (madre de M1 CH U 19).

En otros casos se destacan las estrategias que las propias mujeres desplegaron, armando una especie de red que les facilitara el acceso al servicio de salud. En esta instancia desempeñaron un importante rol "otros" que colaboraron en el proceso de búsqueda de atención -vecinos, niños y familiares-, encargándose de conseguir la ambulancia, llamando a otros familiares que luego hicieron de acompañantes, generalmente otras mujeres. Entre las mujeres que fallecieron por otras causas se observa una más rápida reacción en el entorno familiar frente a las señales de alarma, ya que se decidió buscar atención médica en forma inmediata. No obstante, también aparecen algunos obstáculos, entre ellos, la limitada oferta de los servicios públicos durante los fines de semana, la falta de medios de transporte, y el cuidado de los hijos (en ausencia de otro adulto protector). En otro caso, las dificultades de la mujer para acceder al tratamiento que se le indicó son atribuidas a su pareja, con quien tenía una relación marcada por la desigualdad. En situaciones particulares las señales de alarma percibidas no fueron leídas con mayor urgencia, demorando la salida en búsqueda de atención.

Demora en llegar al servicio de salud

Una vez tomada la decisión, por parte de las mujeres que se realizaron un aborto, de buscar atención médica, el traslado hacia el centro sanitario se efectuó en forma particular o por medio del transporte del sistema de salud. En estas situaciones, el servicio prestado por las ambulancias no presentó demoras. Cuando el transporte estuvo a cargo de la mujer y/o de su grupo de allegados, aunque no fueran los medios más adecuados -automóvil, bicicleta- no encontraron demoras en el trayecto. En la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro de salud u hospital se

destacan los diagnósticos incorrectos, con tratamiento ambulatorio. En algunos casos, las mujeres o sus acompañantes reaccionaron exigiendo una atención más exhaustiva o la internación frente a los síntomas que padecían.

Viene el doctor [del centro de salud local] le mira nomás así, así le mira, me dice: "¡Ah!, Ésta del viernes lo que anda jodiendo, no sé lo que quiere -dice- pónganle un calmante y que la lleve a la casa", dice. "¡No! -le digo- ¡Mire, yo quiero ver que lo... ¡Mire cómo está ella!, ¡Yo a la casa no la voy a llevar! Yo lo que quiero que me le internen y le pongan algo para contra la infección, ¡Si ella tiene infección! ¿Cómo la voy a llevar a la casa así como está? -le digo- ¡Mire como está ella muy agitada, cómo la voy a llevar a la casa, yo quiero que le interne y le cure", le digo. (madre de M20 SL U 29).

El último fragmento da cuenta de la ventaja de contar con soporte familiar en la gestión de la atención ya que, superando el maltrato y el abandono, esta mujer logra la internación de su hija, quien se había presentado sola en tres oportunidades anteriores sin obtener una atención adecuada.

En cuanto al acceso a centros de mayor nivel de complejidad, se observan demoras en la derivación. Esto podría obedecer a un error en el diagnóstico -no percibiendo la emergencia- o al intento de continuar el embarazo, postergando el legrado que complete el aborto. En otros casos la orden de derivación parece haber sido oportuna, aunque no fue efectivizada en tiempo y forma, llegando a las cinco horas la espera por una ambulancia. En otros casos, el traslado fue realizado eficientemente en un medio de transporte particular.

Entre las mujeres que fallecieron por otras causas, se destacan las dificultades de transporte para acceder al sistema de salud frente a una señal de alarma. Estos obstáculos significaron importantes demoras entre la población rural, que también carece de medios de comunicación: en un caso, el compañero de la mujer debe salir a caballo en búsqueda de la ambulancia, a una legua de distancia. En otra situación, el transporte hacia el primer centro sanitario es resuelto con ayuda del agente de salud de la comunidad que presta su bicicleta. En otros casos, las necesidades de transporte fueron resueltas a través de vehículos particulares o remises -sin demoras- y ambulancias (con demora de tres horas en una oportunidad). Tal como sucede en las situaciones de aborto, en la búsqueda de la atención se movilizan "otros" -familiares, vecinos y allegados- que colaboran de distintas formas: llamando a la ambulancia, prestando un vehículo, acompañando, etc.

En cuanto a la recepción y el tratamiento de la emergencia en el centro sanitario se observan varias dificultades que implican demoras en recibir atención adecuada. Entre ellas surgen: el diagnóstico errado y tratamiento ambulatorio con calmantes (por un período de hasta dos días y sin observar mejoría) y la escasa oferta de servicios de los centros sanitarios próximos -cerrados durante feriados y fines de semana, con escasez de profesionales/horas de atención, que demora la realización de la consulta. En el siguiente fragmento se observa la combinación de estas demoras, el sufrimiento de la joven embarazada y de sus padres, y la movilización de éstos en busca de atención:

P: Estuvo la niña más de media hora dentro la guardia y resulta que yo la sentía que se quejaba, que gritaba... y me entré a desesperar... Estuvimos una hora y le dan como de alta y preguntamos qué tenía y supuestamente era un ataque al hígado. Y uno que no sabe, que no entiende, sale con el mismo dolor. Entonces cuando volvimos acá, no la veíamos bien. Yo me voy a trabajar... y no sé por qué casualidad pego la vuelta a las 10 de la mañana y mi hija está nuevamente en la salita y estaba allá a los gritos y me dicen, ¿por qué no te buscás algún pibe para traerla acá a la casa? Y fui con un chico amigo.

En otros casos se observa la negligencia por no internar a la mujer

que había sido derivada -con orden escrita- y por derivar desde la guardia hacia el consultorio externo (postergando la atención de la emergencia). Frente a estas dificultades, algunas mujeres y/o sus familiares buscaron atención en otra institución.

Demora en recibir tratamiento en el servicio de salud donde fallece

El ingreso de las mujeres que fallecieron a consecuencia de un aborto provocado en este servicio se concentra en el fin de semana. Algunas mujeres llegaron directamente desde su domicilio y en transporte particular. En estos casos se presentó una demora en la recepción en el servicio, que retrasó el ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI), por ejemplo, hasta que se contactó a un profesional conocido, como muestra el siguiente fragmento:

[...] y recién a las 21, y gracias a que pasó por la sala de espera el médico que la conocía porque había atendido los partos anteriores, recibe atención. A las 21.30 es trasladada a la sala de terapia intensiva del mismo hospital (reconstrucción del relato del marido de M15 SJ U 25).

El tiempo de estadía de estas mujeres hasta el momento en que fallecieron fue inferior a las cuarenta y ocho horas. Pese a este corto período de internación que culminó con la muerte, hay que resaltar que, en un caso, pocas horas antes de este ingreso, la mujer había consultado en el mismo servicio y había sido enviada a su casa con prescripción de calmantes, pero no de estudios. Las mujeres que llegaron por una derivación al servicio donde fallecieron, es decir, que ya habían ingresado al sistema de salud, tuvieron una estadía de duración muy variable, desde unas pocas horas hasta trece días, habiendo pasado por la UTI e intervenciones de diverso tipo.

En la recepción y el tratamiento de la emergencia se presentaron demoras en varios aspectos. Algunas mujeres tuvieron demoras en ser atendidas, sumándose a esto el maltrato de parte de algunos médicos. Frente a situaciones de este tipo resulta determinante la presencia de familiares que exigen mejor atención, como se observa en el fragmento que sigue:

Hasta las 8.15 no bajó el médico de guardia, la caba lo llamó cuatro veces... "Doctora, hace casi una hora tengo a mi mamá tirada en una cama y el médico no ha venido". La doctora le tomó la presión... [médico de guardia] "¿Qué le pasa a la señora?". Le levantó la frazada y la miró y le dice "¡Súbala al primer piso. Estas viejas dicen que se están muriendo y no les pasa nada!". Entonces yo lo agarré y le dije "Mirá macho, ya, quiero que te devolvás y la revisés como corresponde porque ella es mi madre". Entonces volvió, la revisó y le tomó la presión... (hijo de M10 ME U 48).

Entre las dificultades de atención también surgen las vinculadas al desarrollo de un paro entre el personal de la institución y la demora en presentarse en el servicio de un especialista crucial para la atención de una mujer con una patología preexistente conocida

(lupus e hipertensión pulmonar). En este caso, también se observa una demora en la realización de un estudio (electrocardiograma) vinculado a esa patología y que causa luego la muerte, según refiere la entrevistada. Otra importante demora en recibir atención en el lugar donde fallecieron estas mujeres se observa en relación con la falta de insumos (medicamentos, sangre, instrumentos, técnicos especialistas). Un profesional entrevistado detalló las dificultades vinculadas a la escasez de insumos que comprometieron -irreversiblemente- la vida de una mujer

Percepción de la calidad de la atención recibida

Los entrevistados por mujeres fallecidas a causa de aborto mencionan la falta de agilidad en la recepción de la emergencia -demora en el ingreso a la UTI- y la atención inadecuada en la consulta anterior, en la que el diagnóstico había sido erróneo y no se habían indicado estudios que hubieran permitido arribar al diagnóstico acertado. Entre los entrevistados por las mujeres fallecidas por otras causas, se observa una percepción altamente negativa de la calidad de la atención recibida en los distintos momentos de este proceso, siempre vinculada a la capacidad resolutoria de los profesionales tratantes. Incluso cuando se reconoce el esfuerzo de los profesionales en la atención de la mujer, se señalan deficiencias en cuanto a la atención del niño por nacer y el contexto de carencia de insumos.

Yo opino que trabajaron mucho con mi mujer y no trabajaron nada con su hijo, y se murió porque no tenían remedios para operar, ni sangre para curarla (pareja de M6 FO R 32).

También se señalan irregularidades en la atención previa al desencadenamiento de la emergencia: práctica de biopsia sin indicación de medicamentos y luego el alta, a pesar de presentar hemorragias, mal examen y atención demorada en la guardia, y falta de detección de problemas durante el embarazo. Es posible que la falta de comunicación o el modo en que los profesionales de la salud se comunican con los familiares alimente sospechas y malos entendidos acerca de las prácticas realizadas, así como también puede dar lugar a una visión negativa del desempeño de los médicos.

Nunca me dijeron nada ni la pude ver a mi mujer hasta que salió el doctor el 20 de febrero a la madrugada y me dijo "Tu mujer se murió... encargate de tu hijo porque tu mujer fue"... Mejor no quiero seguir hablando de eso, porque tendría que hacerle un juicio a los doctores X y N y al ministro responsable de los dos hospitales. Me mataron a mi mujer (pareja de M8 FO U 20).

Fuente de financiamiento: CONAPRIS/Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (Becas "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia") y Fondo de Población de Naciones Unidas.

Las tres demoras que contribuyen a la mortalidad materna. Evid pract ambul. 2005;8:143-145. Disponible en URL: www.evidencia.org y resumido por Nanci Girau de: La dinámica de los factores familiares, personales y comunitarios en las muertes maternas. En Ramos S, Romero M, Karolinski A, Mercer R, Insua I, del Río Fortuna C editores. Para que cada muerte materna importe. Pag. 81-101. 2004, CEDES. ISBN: 950-9572-25-X.