

ANÁLISIS DE GÉNERO EN LA MORTALIDAD MATERNA DE REPÚBLICA DOMINICANA RESUMEN EJECUTIVO

SERIE MORTALIDAD MATERNA #4



Análisis de Género en la Mortalidad Materna de República Dominicana

Resumen Ejecutivo

AUTORA:

Sheila Báez, investigadora principal

EDICIÓN Y SÍNTESIS DE CONTENIDOS:

Lilén Quiroga

REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE CONTENIDOS:

Dra. Lilliam Fondeur,
Coordinadora de la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo, OEGD/MSP
Dra. Liselot A. Batista, Lic. Arkin M. Amador y Lic. Mary I. Reyes
Equipo Técnico OEGD/MSP

Dra. Indiana Barinas,
Asistente técnica de la Dirección de Gestión de la Salud de la Familia, MSP

Lic. Lourdes Contreras,
Coordinadora general del Centro de Estudios de Género, CEG-INTEC

Dra. Dulce Chahín,
Oficial nacional de Programas Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

Dania Batista Peña,
Encargada de Comunicaciones, UNFPA

CUIDADO DE EDICIÓN:

Centro de Estudios de Género, CEG-INTEC
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN:

Karen Cortés H.

ISBN: 978-9945-015-15-7
Santo Domingo, República Dominicana, 2017



Una publicación de:

© **Centro de Estudios de Género**
Instituto Tecnológico de Santo Domingo (CEG/ INTEC)
Av. Los Próceres 49, Santo Domingo
Tel. (809) 567-9271 | <https://www.intec.edu.do/>



© **Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)**
Av. Anacaona No. 9, Mirador Sur, Santo Domingo
Teléfono: 809 537 0909 | Fax: 809 537 2270
<http://www.dominicanrepublic.unfpa.org>
Twitter: @unfpa_rd | Facebook: UNFPA República Dominicana

Análisis de Género en la Mortalidad Materna de República Dominicana

RESUMEN EJECUTIVO

Contenido

SIGLAS	7
PRESENTACIÓN	8
RESUMEN EJECUTIVO	10
1. Hallazgos sobre la calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva del hospital.	10
a. Desconocimiento sobre los derechos de las usuarias y violencia obstétrica	10
b. Baja calidad en la atención	11
c. Tiempo de espera para recibir atención prenatal	11
d. Tiempo insuficiente de interacción personal médico-usuaria	11
e. Incumplimiento de Normas de Atención Prenatal	11
f. Expedientes de mortalidad materna incompletos	11
g. Información, consejería y suministro de métodos anticonceptivos insuficiente	12
h. Falta de medicamentos, insumos y equipos necesarios para la atención obstétrica	12
2. Percepciones, actitudes y prácticas sobre maternidad, paternidad y salud sexual y reproductiva	13
3. Desigualdades de Género y otros determinantes sociales en los casos de muertes maternas	14
3.1 Datos sobre las muertes maternas	14
3.2 Análisis de las determinantes sociales y de género	14
3.3 Hallazgos generales del análisis de demoras	15
3.4 Hallazgos del análisis de eslabones críticos de atención en salud	16
1. MARCO DE REFERENCIA	19
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
2.1 Objetivos de la investigación	23
Objetivo general	23
Objetivos específicos	23
2.2 Métodos y técnicas de recolección de información	24
2.3 Análisis de la información	24
3. HALLAZGOS SOBRE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA BRINDADOS A GESTANTES	27

3.1	Características de los servicios de salud sexual y salud reproductiva.	27
3.2	Percepciones, actitudes y prácticas sobre maternidad, paternidad y salud sexual y salud reproductiva	35
3.2.1	Percepciones sobre la maternidad	35
3.2.2	Percepciones sobre la paternidad	35
3.3	Hallazgos de la revisión de expedientes de muertes maternas	40
4.	ESTUDIOS DE CASO DE MUERTES MATERNAS	45
4.1	Causas básicas de muerte	45
4.2	Descripción y análisis de los casos de muertes maternas	46
	Caso 1: MIRIAM	47
	Caso 2: JOSEFINA	51
	Caso 3: ESTELA	55
	Caso 4: AMELIA	58
	Caso 5. SUSANA	61
	Caso 6. TERESA	64
5.	DESIGUALDADES DE GÉNERO Y OTROS DETERMINANTES SOCIALES EN LOS SEIS CASOS DE MUERTES MATERNAS.	68
5.1	Hallazgos generales del análisis de demoras	68
	Primera demora	69
	Segunda demora	69
	Tercera demora	70
5.2	Análisis de las causas de muerte a partir de determinantes sociales y de género	71
	a. Situación socioeconómica precaria	71
	b. Baja escolaridad y capacitación técnica	72
	c. Falta de seguro de salud	73
	d. Relaciones familiares inestables, violencia y paternidad irresponsable	73
	e. Necesidades insatisfechas de anticoncepción y falta de control de sexualidad	75
	f. Falta de empoderamiento y ejercicio de derechos de las usuarias	76
5.3	Hallazgos del análisis de eslabones críticos de atención en salud	77
6.	CONCLUSIONES	80
7.	RECOMENDACIONES	83
	LISTA DE REFERENCIAS	86

Siglas

ACV	Accidente cerebro-vascular
AMEU	Aspiración manual endouterina
AOEm	Atención Obstétrica de Emergencia
APS	Atención Primaria en Salud
CID	Coagulación Intravascular Diseminada
CIDH	Comisión Interamericana de los Derechos Humanos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
DAS	Dirección de Área de Salud
DIGEMIA	Dirección General Materno-Infantil y Adolescentes (actual DIMIA)
DIMIA	División Materno-Infantil y Adolescentes (antes DIGEMIA)
DIU	Dispositivo intrauterino
DPS	Dirección Provincial de Salud
EAP	Edema Agudo de Pulmón
ENDESA	Encuesta Nacional Demográfica y de Salud
Hb	Hemoglobina
HCPN	Historia clínica perinatal
HTA	Hipertensión arterial
HTO	Hematócrito
INACIF	Instituto Nacional de Ciencias Forenses
ITS	Infección de Transmisión Sexual
MA	Médico Ayudante
MAC	Métodos anticonceptivos
MM	Mortalidad materna
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OEGD	Oficina de Equidad de Género y Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEAS	Programa de Educación Afectivo-Sexual
PF	Planificación Familiar
PVVS	Persona Viviendo con el Virus de Sida
RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey
RMM	Razón de Mortalidad Materna
SENASA	Seguro Nacional de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SINAVE	Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad Social
SVEMM	Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna
SVEMMBW	Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna Basado en la Web
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UNAP	Unidad de Atención Primaria
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



Presentación

Los estudios sobre mortalidad materna en República Dominicana generalmente se han enfocado en los aspectos biológicos o clínicos, alrededor de la gestación y el parto, sin considerar otros determinantes socioculturales –incluido el género–, que también inciden en la ocurrencia de las muertes maternas. Existen condicionantes sociales estructurales que, unidos a factores clínicos, resultan cada año en la muerte evitable de gran cantidad de mujeres durante el embarazo, el parto, el postaborto o el puerperio.

Asimismo, se ha documentado ampliamente que los servicios de salud sexual y reproductiva en el país se encuentran caracterizados por la deshumanización, que afecta la calidad de la atención en salud hacia las mujeres (Barinas, 2012). Esto se manifiesta en prácticas ofensivas y perniciosas por parte del personal de salud, y en la postergación o delegación de la atención, que pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres.

Por todo lo anterior, en el país se hace necesaria la realización de estudios sobre mortalidad materna desde un enfoque cualitativo, que permitan caracterizar otros aspectos no biomédicos que rodean el fenómeno. Por ejemplo, aquellos relativos a las desigualdades de género, que se traducen en escaso poder de decisión y autonomía de las mujeres respecto a su salud sexual y salud reproductiva; sobrecarga de trabajo relacionada al rol que se asigna a la mujer en las tareas domésticas y cuidados de la familia; aceptación social de conductas de violencia contra las mujeres, entre muchas otras.

Los resultados de estos estudios pueden servir de base para el diseño de estrategias y políticas públicas dirigidas a reducir la mortalidad materna y a contribuir en el proceso de humanización de los servicios de salud. Además, es necesario que las políticas de género impacten en la cultura, en particular en el sistema educativo, a fin de desarrollar capacidad de observación sobre las diferentes manifestaciones de las desigualdades e inequidades entre las personas a partir de su condición sexual.

Tomando esto en consideración, en 2014, la Oficina de Equidad de Género y Desarrollo del Ministerio de Salud Pública, el Viceministerio Planificación y Desarrollo, el Centro de Estudios de Género del INTEC y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), coordinaron la realización de una investigación enfocada en el análisis de género de la mortalidad materna en el país, que evidenciara las interconexiones existentes entre los determinantes socioculturales asociados a estas muertes.

El presente informe condensado constituye una síntesis de los principales resultados de esta investigación, realizada por Sheila Báez,¹ investigadora del equipo del Centro de Estudios de Género del INTEC, titulada *Análisis de género de la mortalidad materna en la República Dominicana*.

A partir de los hallazgos de esta investigación –basados en el análisis de seis estudios de caso de muertes maternas, ocurridas entre enero 2013 y octubre 2014, en un hospital regional² de segundo nivel–, se profundiza en el análisis cualitativo de las relaciones desiguales de género, manifestadas de diversas formas en las vidas de mujeres cuyos embarazos o partos terminaron en sus fallecimientos.

Se espera que este documento –dirigido a los actores del sistema de salud y a quienes intervienen en la elaboración de políticas públicas en salud–, sirva de referencia para mejorar los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, que conlleven a prevenir la morbilidad y la mortalidad materna por causas evitables.

Este informe se divide en 7 capítulos, precedidos por un resumen ejecutivo de los principales hallazgos. Los primeros capítulos corresponden a una síntesis de los marcos referencial y metodológico de la investigación.

El capítulo 3 describe los hallazgos relativos a la calidad de los servicios de salud prenatal, del parto y del puerperio dirigidos a las mujeres gestantes del Hospital en estudio.

Los seis casos de muertes maternas seleccionados para el análisis cualitativo y sus hallazgos, se describen en los capítulos 4 y 5, a partir de dos modelos de análisis de los causales sociales que influyen en las muertes maternas. Los mismos fueron documentados a partir de entrevistas a familiares y parejas de las mujeres fallecidas y la revisión de sus historias clínicas. Finalmente, las conclusiones y recomendaciones de esta investigación se detallan en los dos capítulos finales.

- 1 Sheila Báez, es médica sonografista, con maestrías en Sexualidad Humana, en Género y Desarrollo y en Docencia y Gestión Universitaria. Es activista feminista, docente y autora de materiales didácticos en temas tales como violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, sexualidad, género y educación, entre otros.
- 2 Para los fines de este documento, se decidió omitir el nombre y la ubicación del Hospital donde fue realizada la investigación, a fin de proteger la identidad del personal de salud y de los familiares de las mujeres fallecidas que fueron entrevistados.



Resumen ejecutivo

El propósito de esta publicación es ofrecer información a profesionales del área de la salud sobre las características y el peso que tienen las condicionantes sociales y de género, tanto en los comportamientos de las mujeres gestantes, de sus parejas y de sus entornos familiares, como en la atención brindada por el personal de salud. Busca describir la manera en que estos comportamientos –condicionados socialmente–, generan situaciones de riesgo durante los procesos del embarazo, parto y puerperio, que en muchos casos desencadenan en las muertes evitables de estas mujeres.

En el tema de la mortalidad materna, el análisis de género implica considerar el impacto de las normas y roles de género sobre el proceso del embarazo. Es decir, considerar factores como el hecho de que este haya sido deseado o rechazado por la mujer o su pareja; el grado de autonomía y empoderamiento de la mujer; las condiciones de salud de la mujer, y sus posibilidades para superarlas, entre otros.

En este trabajo, el estudio se realiza con base en seis casos de muertes maternas, ocurridas entre enero 2013 y octubre 2014, en un hospital regional de tercer nivel de la República Dominicana, profundizando en el análisis cualitativo de las desigualdades de género, manifestadas de diversas formas en las vidas de mujeres cuyos embarazos o partos terminaron en sus fallecimientos. Pese a las limitantes encontradas –en función de diversas técnicas de recolección y análisis de la información–, se pudo comprobar en cada uno de los casos de mujeres fallecidas analizados, la existencia de determinantes sociales y de género que confluyeron para resultar en dichas muertes.

A continuación, se sintetizan los principales hallazgos de la investigación en tres categorías referidas a: 1) la calidad de los servicios de atención a las gestantes en el Hospital; 2) las percepciones y prácticas de mujeres y hombres en torno a la maternidad, la paternidad y la salud sexual y reproductiva; y 3) el análisis cualitativo de los seis casos de muertes maternas.

1. Hallazgos sobre la calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva del hospital

a. Desconocimiento sobre los derechos de las usuarias y violencia obstétrica

Durante la investigación se observaron diversas manifestaciones de violencia obstétrica³ contra mujeres en labor de parto, postaborto y puerperio, ante las cuales se pudo constatar alto nivel de aceptación y resignación por parte de las gestantes. Esta situación resulta del desconocimiento que –el personal de salud y las usuarias de los servicios– tienen sobre el derecho de las personas a recibir una atención de salud respetuosa y de calidad.

³ Se refiere a la violencia ejercida por el personal en los centros de atención a la salud, que se expresa en trato deshumanizado, negligente, humillante, grosero, discriminatorio o misógino.

También se pudo comprobar que el seguimiento a las gestantes, durante el proceso de labor de parto es insuficiente y muchas veces inadecuado, lo cual impide identificar oportunamente situaciones de riesgo que comprometan la vida de las mujeres. El Hospital no ofrece facilidades de acompañamiento durante este proceso; las mujeres no pueden optar por la libertad de movimientos ni elegir la posición durante la labor de parto. Todas las situaciones anteriores constituyen violaciones a los derechos de las mujeres, en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos, y han sido calificadas como expresiones de violencia obstétrica.

b. Baja calidad en la atención

Se documentaron varios casos de negligencia del personal de enfermería al cumplir las órdenes médicas y de residentes durante el proceso de seguimiento a las gestantes en labor de parto. Algunas usuarias del Hospital manifestaron temor a recibir atención pública, aclarando que era “su única opción”, dadas sus limitaciones económicas para cubrir los servicios de atención privada, que ellas valoraban como mejores a partir de la atención recibida en el Hospital.

c. Tiempo de espera para recibir atención prenatal

La mayoría de las usuarias se quejó por el gran tiempo de espera para ser atendidas en las consultas prenatales; ante lo cual se pudo constatar un alto sentido de resignación de las mujeres. Este reclamo no se fundamenta en la espera en sí misma, sino en el hecho de que hacer antesala implica descuidar otras responsabilidades, que ellas entienden tienen con las tareas domésticas y de cuidado de su familia. Esto refleja el arraigo de los roles tradicionales de género, en tanto siguen siendo las mujeres a quienes la sociedad asigna la responsabilidad de estas tareas.

d. Tiempo insuficiente de interacción personal médico-usuaria

Se pudo constatar que la consulta prenatal no dura más de cinco minutos, por lo cual no se cumple con el tiempo establecido para este tipo de consulta en los protocolos de atención. Esta limitada interacción médico/a-usuaria no permite indagar sobre el contexto social de la mujer ni de otros aspectos de género que podrían afectar el curso de la gestación.

e. Incumplimiento de Normas de Atención Prenatal

La revisión de expedientes de muertes maternas mostró debilidades en el cumplimiento de las normas y protocolos de atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Se pudo constatar que la vigilancia de las condiciones de las gestantes ingresadas fue deficiente, lo que se evidenció en diversas fallas en los protocolos de atención a las gestantes, incluso a aquellas con condiciones de alto riesgo.

f. Expedientes de mortalidad materna incompletos

Ninguna de las historias clínicas perinatales (HC PN) de los expedientes de muertes maternas evaluados fue completada adecuadamente, lo que constituye otra violación de los protocolos de atención a gestantes. Esto obstaculiza la obtención de información relevante acerca de los determinantes de las muertes de las mujeres. Asimismo, pese a que el personal gerencial y médico del Hospital reconociera esta deficiencia, se pudo percibir cierta aceptación de esta violación de las normas, sin cuestionamientos ni medidas correctivas.



g. Información, consejería y suministro de métodos anticonceptivos insuficiente

El consultorio de planificación familiar del Hospital ofrece varias opciones de métodos anticonceptivos (MAC), además de los métodos quirúrgicos. Sin embargo, se verificó que siendo las mujeres las principales usuarias de estos métodos, no siempre hay disponibilidad de todos los MAC, lo cual representa una limitante en las opciones anticonceptivas. También se constató que no se disponía de material informativo y educativo impreso sobre salud sexual y reproductiva para entregar.

h. Falta de medicamentos, insumos y equipos necesarios para la atención obstétrica

El Hospital cuenta con las condiciones obstétricas y neonatales esenciales, además del personal para reconocer inmediatamente y manejar en forma inicial (o estabilizar y referir) complicaciones obstétricas. A pesar de ello, la investigación documentó carencias de medicamentos, insumos y equipos, necesarios para una atención obstétrica de calidad. Estos deben ser comprados por las usuarias o sus familiares, lo que representa una carga económica adicional para las familias.

-*-*-|

Al respecto de los servicios brindados, se puede concluir en que la atención prestada a las usuarias gestantes y parturientas en el Hospital muestra importantes debilidades en aspectos como: la falta de calidad de la atención, que son ignoradas en sus camas; los maltratos y conductas irrespetuosas del personal de salud hacia las usuarias; el incumplimiento cotidiano de las normas de atención a gestantes; la falta de medicamentos, insumos y equipos; el largo tiempo de espera para las consultas; la obligación de asumir el costo de medicamentos, sangre y transporte en ambulancia por parte de los familiares de las usuarias. Todos estos factores, directa o indirectamente, juegan un rol determinante en la morbimortalidad materna.

Todo lo anterior se fundamenta en las relaciones de poder establecidas en el contexto de la atención de salud, donde la mujer –en su rol de “paciente”–, asume la atención como un favor y no como un derecho; mientras que el personal de salud ejerce el dominio de este espacio y trata a la mujer no como sujeta de derechos, sino de forma subordinada como la depositaria de sus órdenes, con lo cual en muchos casos se desvalorizan sus sentimientos, opiniones y deseos. Esto a su vez refleja un débil empoderamiento individual y colectivo que ellas tienen con relación a sus derechos como mujeres y como usuarias de los servicios de salud.

2. Percepciones, actitudes y prácticas sobre maternidad, paternidad y salud sexual y reproductiva

En sentido general, las personas consultadas idealizan la maternidad, considerándola como el rol más importante que una mujer puede cumplir en su vida; sin embargo, no visibilizan las situaciones de conflicto y el nivel de sacrificio que esta conlleva a partir de los roles de género asignados a las mujeres en sus vidas cotidianas. Los hombres conciben la maternidad como un asunto que concierne fundamentalmente a las mujeres, por lo cual se mantienen al margen, incluyendo lo referido a la anticoncepción, el embarazo, el parto (o aborto), el puerperio (o postaborto), e incluso el cuidado de sus propios hijos e hijas.

Para la mayoría de los hombres consultados, predomina la percepción de que la paternidad se limita a la manutención de los hijos e hijas, en coherencia con la construcción social del género, que asigna a la mujer los roles de la reproducción y de los cuidados, mientras norma que los hombres asuman el rol de proveedores. Estos imaginarios sobre maternidad y paternidad reflejan el “deber ser” de hombres y mujeres, se encuentran tan arraigadas en la sociedad, que resultan en actitudes y prácticas cotidianas que repercuten directamente en la salud y la vida de las mujeres:

a. Escaso involucramiento de los hombres durante los procesos relacionados con la maternidad. Los hombres entrevistados demostraron conocer pocos síntomas y signos de riesgo durante el embarazo. Este desconocimiento puede afectar gravemente la salud y la vida de la embarazada, ya que al surgir alguna complicación o emergencia –no identificada oportunamente–, se puede retrasar la búsqueda de la atención requerida y resultar en la muerte de la mujer.

b. Falta de información sobre sexualidad durante el embarazo. Se evidenció una gran falta de información en salud sexual y salud reproductiva entre las gestantes entrevistadas. Mientras para la mayoría, la sexualidad durante el embarazo es rechazada, por temor a hacerle daño al bebé, para otras era indiferente e innecesaria.

c. Escaso uso de métodos anticonceptivos masculinos. En general, la anticoncepción es vista como algo que corresponde a la mujer, y que los hombres no tienen mucha responsabilidad frente al uso de los métodos anticonceptivos, pero sí de la decisión de tener o no hijos/as.

d. Aceptación social del embarazo de adolescentes. La mayoría de los hombres entrevistados, considera que las mujeres muy jóvenes no deben embarazarse, debido a los riesgos que implica para la mujer y para las criaturas. Por su lado, las mujeres reconocen los riesgos y las dificultades que enfrentan las adolescentes al embarazarse; sin embargo, no son consistentes respecto al uso de métodos anticonceptivos. En ambos casos, a pesar de que a nivel de discursos exista conciencia sobre la necesidad de evitar el embarazo a temprana edad, en la práctica, aún se observa un alto nivel de aceptación social de los embarazos entre las mujeres jóvenes y adolescentes.

e. Aceptación social de la violencia contra las mujeres y las adolescentes. En el discurso de los hombres entrevistados, también se pudo observar rechazo ante la violencia contra las mujeres, quienes la percibían como un hecho reprochable y condenable. Sin embargo, por



las respuestas obtenidas, se evidencia que la mayoría no la concibe como una violación a los derechos humanos, sino que la rechazan, en tanto se violenta a un ser idealizado, que simboliza la madre de la humanidad.

Cabe destacar que en los últimos años –a raíz del reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos–, los hombres, especialmente los más jóvenes, han asumido una participación más activa en el proceso de atención al embarazo, parto y el cuidado infantil, lo que constituye un paso de avance en el logro de la igualdad de género. Sin embargo, a nivel general, los temas relativos a la maternidad y la salud sexual y reproductiva siguen siendo vistos como propios de las mujeres, tal como lo establecen los roles diferenciados de género. De esta forma, las reflexiones en torno a los imaginarios de la maternidad, la paternidad, la sexualidad, la corresponsabilidad, la anticoncepción deben ser consideraciones fundamentales en el análisis de género sobre la mortalidad materna, así como en el diseño de estrategias y políticas para su reducción.

3. Desigualdades de Género y otros determinantes sociales en los casos de muertes maternas

Los siguientes hallazgos resultan del análisis cualitativo de los seis casos de muerte materna seleccionados entre los expedientes revisados, que corresponden a mujeres dominicanas, residentes en áreas urbano-marginadas, fallecidas en el Hospital estudiado, entre enero de 2013 y octubre de 2014.

3.1 Datos sobre las muertes maternas

Las causas básicas de muerte de los seis casos analizados se corresponden con las mismas que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) establece como las causas de muertes maternas más frecuentes en el país: sepsis generalizada secundaria a aborto séptico (2 casos), ACV hemorrágico secundario a HTA crónica (1 caso), shock hemorrágico (2 casos) y edema e hipoxia cerebral a consecuencia de meningoencefalitis de P/B origen viral (1 caso).

Al analizar en profundidad las causas de las seis muertes maternas, se concluye que en cinco de los casos se trató de muertes maternas directas, de acuerdo a las causas reportadas en los expedientes del Hospital. De esta manera, si se considera que fueron mujeres que recibieron entre dos y cuatro consultas prenatales, se puede establecer una relación directa de estas muertes con la calidad de los servicios recibidos; mucho más aún, sabiendo que en casi todos los casos las mujeres permanecieron por varios días ingresadas recibiendo atención en el Hospital. De acuerdo al Comité de Mortalidad Materna del Hospital, en tres de los seis casos se estableció la “evitabilidad” de las muertes maternas; y en solo dos se asumió responsabilidad por la misma. Uno de los casos estaba en fase de investigación al momento de finalización del estudio.

3.2 Análisis de las determinantes sociales y de género

A partir de las historias reconstruidas por familiares y parejas de las fallecidas, en los seis casos analizados se identifican determinantes sociales –y particularmente de género– comunes, que incidieron directa o indirectamente en las muertes maternas. Estos determinantes constituyen condiciones de alta vulnerabilidad, entre los que se destacan los siguientes:

- a. La situación socioeconómica precaria en que vivían cuatro de las mujeres fallecidas y sus familiares; y el hecho asociado de vivir en condiciones de hacinamiento (2 casos).
- b. El bajo nivel educativo y de formación técnico-profesional de las mujeres, a excepción de solo una de ellas que cursaba estudios universitarios (quien era la única del grupo que no tenía hijos).
- c. La falta de aseguramiento de salud (5 casos). Esto a pesar de que en dos de los casos, las mujeres trabajaban en empleos formales.
- d. La exposición a situaciones de violencia de sus parejas o exparejas, como resultado de la falta de autonomía de las mujeres.
- e. Las relaciones familiares inestables y paternidad irresponsable. Todos estos factores fundamentados en mitos, creencias y comportamientos estereotipados en lo relativo a la condición sexual: hombre proveedor y mujer encargada de la función reproductiva.
- f. La falta de control sobre su sexualidad, evidenciada en un limitado acceso a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva; y en las necesidades insatisfechas de anticoncepción, que resultan en embarazos no deseados (4 casos), y pueden terminar en abortos practicados en condiciones inseguras (2 casos).
- g. El bajo nivel de empoderamiento de las fallecidas, evidenciado mayormente en la falta de exigibilidad de sus derechos a recibir una atención de salud respetuosa y de calidad.
- h. La discriminación y el estigma asociados a diferentes condiciones, relativas a la salud sexual y reproductiva: mujeres que abortan (2 casos), condición de seropositividad (1 caso), mujeres embarazadas solteras (1 caso).

3.3 Hallazgos generales del análisis de demoras

Estos hallazgos se obtuvieron a partir del modelo de las tres demoras, que identifica cuáles fueron los factores individuales, familiares, comunitarios y del sistema de salud que incidieron en la ocurrencia de las muertes maternas. A través de este modelo, se puede comprobar que la mayor cantidad de fallas ocurre durante la tercera demora, identificada en todos los casos y referida a la atención recibida, a la calidad técnico-científica de la prestación del servicio y, en particular, a la calidad humana en la atención. La primera y la segunda demoras se presentan en algunos de los casos.

a. Primera demora

En tres de los casos analizados se identificó la primera demora. Estas tres mujeres –a pesar de haber reconocido el problema–, no tomaron la decisión de buscar atención médica a tiempo. En dos de estos casos, las mujeres murieron por complicaciones posteriores a abortos –presumiblemente inducidos–, lo cual podría ser la razón por la que no buscaron asistencia médica oportuna. Esto podría deberse a la penalización de la práctica del aborto en el país; así como al maltrato y estigma del que son objeto quienes recurren a esta práctica de forma clandestina e insegura.



Cabe señalar que en el tercero de los casos, el esposo de la fallecida no había aceptado con agrado el último embarazo. Por tal razón, es muy posible que la mujer decidiera negar o minimizar sus síntomas frente a él o su familia, por temor a que su marido se molestara o evitando incurrir en nuevos gastos para su hogar. Además, por la propia construcción social de “lo femenino”, la mujer posterga su atención y relega su malestar, para el cuidado de las demás personas. En este caso en particular, seguramente ella estaba más pendiente a las necesidades de su bebé recién nacido que a las suyas.

b. Segunda demora

Esta demora –que remite a los obstáculos para acceder a los servicios de salud o al retardo en el referimiento a un nivel superior de atención (cuando es requerido)– se evidenció en cuatro de los seis casos. Cabe aclarar que en ninguno de estos casos el retraso ocurrió a causa de las mujeres –ya que ninguna tuvo dificultad para acceder a los servicios de salud–, sino por la demora en ser referidas al nivel superior de atención –ya sea por sus delicadas condiciones de salud o al momento de no disponer de los insumos o equipos necesarios para brindarles una atención adecuada y oportuna a estas mujeres–. Estas fallas se hacen aún más evidentes, tomando en consideración que todas las mujeres tenían historial clínico o condiciones premórbidas que exigían una atención especial. Entre todos, destaca el caso una de las mujeres que no fue referida al nivel superior de atención, permaneciendo ingresada en el Hospital por 17 días antes de su muerte.

c. Tercera demora

Esta demora se evidenció en todos los casos analizados, y se manifestó en fallas en la calidad humana de la atención recibida, la calidad técnico-científica de la prestación del servicio y a la calidad y eficiencia de los aspectos organizativos y administrativos del centro de salud. Al respecto se encontraron una gran cantidad de fallas comunes tales como:

- a.** Falta de suministros y equipos para la atención (ventiladores en la UCI, camas en la UCI, camilla de parto, sangre, medicamentos, etc.).
- b.** Retraso en la administración de medicamentos o procedimientos médicos (oxígeno, medicamentos, determinación de gases, etc.).
- c.** Fallas en el seguimiento adecuado por parte de diferentes especialistas.
- d.** Fallas administrativas y de coordinación entre diferentes departamentos del Hospital.

3.4 Hallazgos del análisis de eslabones críticos de atención en salud

El análisis de los eslabones críticos de atención proporcionó información complementaria al análisis sobre algunas omisiones, incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médicos llevados a cabo en los seis casos de las mujeres fallecidas, durante su atención prenatal, en el parto y el puerperio. El mismo se realizó a partir de la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres fallecidas, enfocado en los seis eslabones críticos para la prevención de muertes maternas, que implica el modelo: 1. Programas preventivos; 2. Control prenatal; 3. Referencia del embarazo de alto riesgo; 4. Atención de segundo o tercer nivel; 5. Parto y urgencias; y 6. Puerperio.

Eslabón 1: Programas preventivos

En la mayoría de los casos analizados se identificaron fallas relacionadas con los servicios de educación y consejería en anticoncepción. Entre ellos destacan las dos mujeres que tenían condiciones premórbidas, tales como HTA crónica y VIH positivo.

Por su parte, destacan los casos de dos mujeres –una de ellas con 35 años, que tenía ya 6 hijos–; con probables abortos inducidos e historial de abortos previos, que claramente mostraba una necesidad insatisfecha de anticoncepción.

Eslabón 2: Control prenatal

Se identificaron fallas en dos casos en que las mujeres presentaron condiciones de salud que no fueron identificadas o tratadas adecuadamente durante el control prenatal. Cabe destacar que en los casos en que se pudo comprobar con sus familias o sus registros, las mujeres tuvieron entre dos y cuatro chequeos prenatales.

Eslabón 3: Referencia del embarazo de alto riesgo

Dos de las muertes maternas analizadas constituían casos de embarazos de alto riesgo: una mujer que tuvo varios episodios de sangrado transvaginal, con anemia subsecuente; y otra paciente del Departamento de VIH del mismo Hospital, y que el personal médico que la atendía no estaba consciente de su condición. Las complicaciones en ambos casos (no manejables por el Hospital), no fueron detectadas a tiempo, y por tanto no fueron referidas oportunamente a un nivel superior de atención, lo cual conllevó a sus fallecimientos.

Eslabón 4: Atención de segundo o tercer nivel

En cuatro de los seis casos analizados, no se realizó el referimiento oportuno ante la deficiencia de insumos y/o equipos para una adecuada atención. El caso más crítico fue el de una mujer que no fue referida al nivel superior de atención a pesar de encontrarse en un estado grave de salud, requerir sangre y otros suministros con los que no contaba el Hospital, y haber permanecido ingresada en el mismo por 17 días antes de su muerte.

Eslabón 5: Parto y urgencias

En todos los casos analizados se identificaron fallas en la atención médica al parto y el manejo apropiado de las urgencias obstétricas. En cada caso se pudieron detectar omisiones, falta de apego a protocolos de salud y atención deficiente, así como falta de medicamentos, insumos y equipos, y errores en el manejo de las complicaciones, estas últimas situaciones identificadas en tres casos.

Eslabón 6: Puerperio

Se constataron fallas en el alta temprana (postaborto) en uno de los casos, y en el seguimiento médico posterior al parto en otros tres casos, quienes luego de dar a luz fallecieron a los 10, 2 y 4 días, respectivamente. En uno de estos casos se infieren fallas en el seguimiento durante el periodo de puerperio por falta de información de su expediente, en el que no se registra si ella y su recién nacido recibieron la visita domiciliar por parte de la UNAP, como lo indica el protocolo de atención a la mujer en el puerperio y al neonato dentro de las 72 horas después del parto.

En los demás casos, no hay informaciones en los resúmenes de los casos que den cuenta de la evolución de las pacientes en las horas subsiguientes al parto, y que mueren mientras se encontraban internas en el Hospital.



Considerando los resultados presentados –tanto con el modelo de las demoras como del análisis de los eslabones de atención–, se hacen visibles problemas en distintas esferas de la calidad de la atención recibida por las mujeres fallecidas. Aunque en tres de los casos hubo demoras en la identificación del problema y en la decisión para buscar atención médica, al observar las causas directas de las muertes, se concluye que la calidad de la atención durante el control prenatal, durante la labor de parto, en el posparto inmediato y durante el control del puerperio fueron las áreas más deficientes en el proceso de atención. Esta situación es aún más crítica, si se consideran los antecedentes de salud de las mujeres fallecidas.

--**--**--

A partir de todos los hallazgos se comprueba que, a pesar de que las mujeres son quienes más demandan los servicios de salud –debido a su asociación con las funciones relativas a la reproducción y a las tareas de cuidado–, un mayor acceso a servicios no es sinónimo de calidad en la atención de salud. Por el contrario, debido a la carga misógina del sistema de salud, muchas veces resulta en que las mujeres embarazadas, en labor de parto o durante el puerperio no reciban las atenciones respetuosas, de calidad y oportunas a las que tienen derecho. Al respecto se pudo comprobar que, en muchos casos, las usuarias de los servicios de salud son víctimas de violencia obstétrica, en sus diversas expresiones: malos tratos, violencia verbal, emocional, negligencia médica, falta de atención oportuna, desvalorización de los sentimientos y necesidades de las mujeres.

En cada uno de los casos de muertes maternas analizados, confluyeron factores relacionados con las desigualdades de género y otros determinantes sociales –que unidas a las demoras en identificar riesgos personales por parte de las mujeres y a la calidad de la atención recibida en todos los eslabones de la atención médica–, conllevaron a las muertes evitables de estas mujeres. Identificar adecuadamente estos factores determinantes de muertes maternas y los nexos que guardan entre sí, constituye el primer paso para la elaboración de las estrategias y políticas encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad materna.

En conclusión, las muertes de estas mujeres pudieron ser evitadas, de haberse detectado de manera oportuna las condiciones de salud subyacentes, y haberse tratado con eficacia. Esto constituye motivo de gran preocupación social, ya que es un reflejo de las condiciones de desventaja de los sectores sociales de donde provienen la mayoría de estas mujeres.

Atender esta realidad requiere pensar en la deconstrucción del paradigma de la sexualidad erotizada o reproductiva, en tanto noción de roles constituidos en barreras para el ejercicio de derechos. El derecho a la maternidad y paternidad responsables, parte del acceso a la información en salud sexual y reproductiva, planificación y acceso a servicios seguros, oportunos y de calidad. Asimismo, es resultado del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, ambos fundamentados en los derechos humanos, como protectores de la dignidad humana.

1. Marco de referencia⁴

La razón de mortalidad materna (RMM)⁵, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), es de 101.8 por cada 100,000 nacidos vivos (2013), que corresponde a un nivel alto, considerando el desarrollo social y económico de la República Dominicana.

En números absolutos, de acuerdo a la misma fuente, el total de muertes maternas registradas⁶ fue de 193 en 2014, 189 en 2015 y 168 en 2016.

Por su lado, la ENDESA 2013 reporta que el 99 % de los partos son institucionalizados y que la cobertura de atención prenatal es de 99.5 %. Sin embargo, el *Informe de Seguimiento de los ODM 2010* establece que “la tasa de mortalidad materna se mantiene elevada, a pesar de que una alta proporción de los partos son atendidos en centros de salud y por personal especializado, al igual que el control prenatal”. Esto quiere decir que, aunque la atención maternoinfantil sea predominantemente clínica y bajo atención médica especializada, esto no garantiza que la mortalidad materna se reduzca.

La principal causa de muerte materna es el síndrome hipertensivo del embarazo, parto y puerperio o toxemia (32 %), responsable de una de cada cuatro defunciones maternas, la que se ha mantenido elevada en los últimos 15 años. Siguen en frecuencia las hemorragias (11 %), las sepsis (10 %), otras infecciones puerperales y las complicaciones producidas por el embarazo terminado en aborto que, de acuerdo con datos de SINAVE al 2013, engloba el 13 % de la causalidad de las muertes maternas, cifra que se asume más elevada por el subregistro derivado de la penalización del aborto en la legislación dominicana. Estas causas en su mayoría son prevenibles, lo que cuestiona la calidad de la atención recibida por las usuarias dominicanas.

Una característica que reiteradamente se ha observado sobre la atención en salud en el país se refiere a la desconsideración en el trato a las mujeres en labor de parto por parte de personal médico y enfermeras. Múltiples estudios han descrito las manifestaciones de desprecio, uso de palabras ultrajantes que se concretizan en prácticas ofensivas, postergación o delegación de la atención, que en ocasiones tienen graves consecuencias sobre la vida de las mujeres.

- 4 Esta sección es una síntesis del marco de referencia original, e incluye información actualizada sobre la situación nacional de mortalidad materna, sobre la normativa relativa a reducción de mortalidad materna, estructura y procedimientos en el sistema nacional de salud, así como algunos aspectos conceptuales referenciados en este informe.
- 5 De acuerdo a CELADE-CEPAL, la Razón de Mortalidad Materna es el “número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100 000 nacidos vivos”. Obtenido del Sitio Oficial de Naciones Unidas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (<http://mdgs.un.org>). La RMM se calcula a partir de la relación entre el número de muertes por causa materna y el número de nacidos vivos en el mismo período de tiempo. Para su cálculo en el numerador se excluyen las muertes maternas tardías (ocurridas después de los 40 días del puerperio pero antes de un año de ocurrido el parto) y las muertes maternas con residencia fuera del país. Se utilizan para el denominador las estimaciones de nacidos vivos realizadas por la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y publicadas al 2014. Con estas estimaciones de nacimientos el Ministerio de Salud y diversas organizaciones reconstruyeron la serie de la RMM entre 2008 al 2016.
- 6 Fuente: Boletín Epidemiológico semanal (semana 52), años 2015-2016. Ministerio de Salud Pública/ SINAVE.



De esta forma, la deshumanización es un lamentable distintivo en los servicios de salud en el país. Se expresa en deterioro de la calidad de la atención, resultado de que los servicios no están siendo pensados ni ofrecidos en función de la condición humana, el compromiso de quienes los ofertan ni las necesidades y el respeto de quienes los demandan. En el examen de las muertes maternas, características que destacan por su reiteración son la desidia, el desinterés e incluso el desprecio por la vida de las mujeres, que aparecen de manera constante como inobservancia de procedimientos y reglamentaciones básicas normadas internacionalmente para reducir muertes maternas evitables.

Es un problema que requiere de estudios y de políticas, porque evidencia actitudes prejuiciadas sobre la sexualidad de las mujeres y relativas a la responsabilidad casi exclusiva –que la sociedad asigna a las mujeres– en torno al embarazo, evitándolos o asumiendo sus consecuencias. Se trata de violencia contra las mujeres, institucionalizada en los servicios de salud. Además, por su expresión particular frente a dominicanas de origen haitiano o haitianas, constituyen comportamientos que refieren a actitudes racistas que requieren de atención, ante una cultura que se enraíza en la deformación de valores y la violación de derechos.

Ciertamente, las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como a las mujeres, pero está suficientemente demostrado que la violencia contra las mujeres tiene un impacto particular en los servicios de salud, en tanto reflejan las tradicionales relaciones desiguales que se establecen entre hombres y mujeres en nuestra sociedad, y que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. En la atención a la salud se expresan diversas formas de agresión y coerción que constituyen factores de riesgo o de exacerbación de las vulnerabilidades derivadas de la condición de ser mujer.

El análisis de género y de otros determinantes sociales de la salud y de la mortalidad materna abarca un amplio marco de consideraciones tales como: las percepciones y actitudes ante la sexualidad –cómo la entienden y la viven de manera diferente mujeres y hombres en cada etapa de su vida–; las diferencias en cómo viven y asumen ambos sexos las consecuencias de una vida sexual activa, acorde con los condicionantes culturales con que se han socializado; los roles de género vinculados a las tareas de cuidado y todas las expresiones de las jerarquías sociales que derivan en control y dominación, incluida la violencia contra las mujeres.

De esta manera, el enfoque de género en la atención en salud constituye una herramienta importante para reconocer y reducir los efectos nocivos de los roles de género para la salud. Permite desarrollar formas prácticas para abordar las desigualdades de género en salud, y en última instancia, mejorar la salud de las mujeres y hombres de todas las edades y grupos sociales.

Para fines de esta investigación, la mortalidad materna (MM), es entendida como el fallecimiento de mujeres por causas asociadas con el embarazo, el parto y el puerperio –que en la mayoría de los casos resultan ser prevenibles–. En este sentido, las muertes maternas constituyen el reflejo de factores clínicos que se unen a determinantes socioculturales condicionantes, tales como la inequidad de género, la marginalidad, el bajo nivel educativo, la falta de acceso a servicios de salud de calidad, que no pueden ser relegados al momento de considerar las causas de los fallecimientos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la causa básica de muerte, “como la enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos que llevaron a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal” (OMS, 2012).

A partir de lo anterior, la violencia –en sus diversas manifestaciones– puede ser considerada como una de las posibles causantes de las muertes, que en el marco de esta investigación se refiere a las muertes maternas. Cabe destacar que la violencia contra la mujer –incluyendo el feminicidio como su más dramática expresión– constituye uno de los elementos más enraizados en la construcción desigual de los géneros en la sociedad dominicana y, por tanto, influye en todos los ámbitos públicos y privados. El sistema de salud no escapa a esta realidad, y estas desigualdades se reflejan en la forma en que las mujeres reciben los servicios y atenciones de salud.

Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.⁷

De manera específica, la violencia obstétrica constituye una de las formas de violación de los derechos humanos de las mujeres; y es definida como el conjunto de violaciones ejercidas por parte del personal de salud en contra de los derechos de las mujeres alrededor del embarazo y el parto (Barinas, 2012).

Este tipo de violencia, ha sido reconocida internacionalmente como aquella ejercida por el personal en los centros de atención a la salud, que se expresa en trato deshumanizado, negligente, humillante, grosero, discriminatorio o misógino, tipificación que ha sido reconocida en legislaciones de varios países de la región (Argentina 2009; República Bolivariana de Venezuela 2007). En el país ha sido propuesta en el proyecto de ley de salud sexual y salud reproductiva, así como en el proyecto de ley orgánica sobre violencia contra la mujer, ambos en debate en el Congreso Nacional.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) enfrenta grandes retos en torno a reducir el número de muertes maternas a nivel nacional. Aunque la mortalidad materna es de reporte obligatorio por cualquier institución de salud, todavía existe morosidad en la entrega de reportes; asimismo, los expedientes de mortalidad materna no siempre se completan adecuadamente. Lo anterior impide disponer de información relevante y de calidad sobre los determinantes de las muertes de las mujeres y así poder elaborar estrategias más efectivas para su reducción. De esta forma, el SNS ha establecido un conjunto de normas y protocolos de control y seguimiento de casos de mujeres durante el embarazo, parto, y puerperio, que deben ser cumplidas por todas las instancias del SNS.

La Gerencia de Área de Salud debe dar seguimiento a las mujeres embarazadas y puerperas, a través de la consulta en las Unidades de Atención Primaria (UNAP). Adicionalmente,

⁷ Artículo 1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993).



existe un protocolo de atención a la mujer en el puerperio y al neonato dentro de las 72 horas después del parto, a cargo de promotores/as de salud de las UNAP (Estándar H.2.4). La Gerencia de Área avisa a la UNAP cuando una mujer fue dada de alta (remitiendo sus respectivos datos), para que se le realice una visita domiciliaria donde se constate el estado de salud de la madre y del recién nacido. La sistematización de estas visitas domiciliarias en las primeras 72 horas del puerperio constituye una estrategia importante –en la prevención y detección de complicaciones maternas y neonatales–, ya que permite reconocer e intervenir precozmente ante posibles signos de alarma, conforme a las normas nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y las normas y guías de atención al recién nacido, vigentes en el país.

Por su parte, la Dirección Provincial de Salud (DPS) monitorea las situaciones de morbilidad extrema, a través de los informes estadísticos (formulario A-67), que tienen que reportar los hospitales públicos y los centros privados con internamiento. Asimismo, la DPS realiza inspecciones al área de consulta –a fin de constatar la correcta aplicación de las normas y protocolos de atención a las mujeres gestantes–; y realiza reuniones con los equipos privados de ginecobstetras, incluyendo los del Seguro Social, el hospital provincial y el regional.

Todos los procesos y protocolos de control antes descritos⁸ buscan garantizar el cumplimiento de las normas de atención obstétrica vigentes y su correcta adopción en de todas las instituciones que conforman el SNS.

⁸ Los protocolos, formularios y estándares citados en este informe corresponden a aquellos que se encontraban vigentes al momento de elaboración de esta investigación (2014).

2. Aspectos metodológicos de la investigación

La investigación realizada correspondió a un estudio descriptivo, de tipo cuantitativo y cualitativo. Para su realización fueron revisadas las estadísticas nacionales y complementadas con un análisis en profundidad de seis estudios de caso de muertes maternas, ocurridas entre enero 2013 y octubre 2014 en un hospital regional de tercer nivel.

El Hospital que sirvió como ámbito de estudio –y donde ocurrieron los casos de muertes maternas analizadas–, corresponde a un centro de salud regional de tercer nivel de atención, que opera como hospital escuela y brinda servicios de salud a los municipios que componen la provincia.

2.1 Objetivos de la investigación

Objetivo general

Realizar el análisis de género y de otros determinantes sociales y culturales en la situación de la mortalidad materna en la República Dominicana.

Objetivos específicos

1. Describir la situación de salud en la República Dominicana, en particular de las brechas de género en la atención en salud, haciendo énfasis en salud sexual y salud reproductiva y en los derechos sexuales y los derechos reproductivos, analizados desde la perspectiva de la autonomía plena de las mujeres.
2. Analizar cómo interactúan género y otros determinantes sociales en las causas y consecuencias de la mortalidad materna a nivel individual, familiar, comunitario y del sistema de salud.
3. Caracterizar las demoras presentes en los casos de muertes maternas analizados en profundidad, y cómo estas interactúan con las fallas, omisiones y falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, mediante el análisis de los eslabones críticos de atención.
4. Analizar cómo las percepciones, creencias y actitudes de mujeres y hombres respecto a la maternidad, la paternidad y la salud sexual y reproductiva configuran sus subjetividades y delimitan formas de actuación alrededor de los eventos relacionados con la reproducción.
5. Describir y analizar las percepciones de las usuarias acerca de la calidad de la atención recibida en el centro de salud.



2.2 Métodos y técnicas de recolección de información

El levantamiento de información incluyó cuatro técnicas descritas a continuación:

Método/ Técnica	Descripción
Revisión de expedientes	Casos de mortalidad materna, ocurridos en el hospital objeto de investigación entre enero de 2013 y noviembre de 2014.
Observación directa	Observación de los servicios de atención al embarazo y parto, y de salud sexual y salud reproductiva del hospital bajo estudio.
Entrevistas a profundidad	Realizadas a usuarias y usuarios de los servicios de salud, familiares y parejas de las mujeres fallecidas; personal del hospital y de la Dirección Provincial de Salud.
Grupos focales	Desarrollados con usuarias adultas y adolescentes de los servicios de salud y personas de la comunidad, incluidos hombres, con el objetivo de conocer las percepciones, actitudes y creencias acerca de la maternidad, la paternidad, la salud sexual y salud reproductiva.

Esta fase de levantamiento de información se vio limitada por la baja calidad en el registro de informaciones acerca del embarazo, el parto y el puerperio en los expedientes de muertes maternas archivados en el Hospital bajo estudio. Esto dificultó analizar las secuencias de hechos que contribuyeron al fallecimiento de las mujeres. Además, algunas informaciones no pudieron confirmarse con el personal de salud, debido a que parte de los expedientes no registraban los nombres de quienes atendieron a las mujeres fallecidas durante su estadía en el Hospital.

Por su lado, los registros de datos familiares de las mujeres fallecidas en edad reproductiva (que no están registradas como muertes maternas) también estaban incompletos. Esto impidió localizar a sus familiares, indagar sobre los acontecimientos alrededor de la muerte, y poder detectar posibles casos de subregistro de mortalidad materna, tal como lo establece la metodología RAMOS modificada⁹.

2.3 Análisis de la información

El análisis e interpretación de las informaciones recabadas se basó en los diferentes factores que podrían resultar en complicaciones obstétricas (edad, historial clínico, condiciones del embarazo, entre otras). En adición, se tomaron en cuenta los riesgos relacionados con aspectos biológicos, económicos, sociales, culturales y de género a partir de las informaciones ofrecidas por informantes clave, familiares de las mujeres fallecidas, en relación a sus actitudes y prácticas cotidianas de salud, autocuidado y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

El análisis de los determinantes sociales asociados a las muertes maternas se realizó desde una perspectiva de género y derechos humanos, en el que se identifican y analizan los con-

⁹ La revisión de expedientes se apoyó en la metodología de la Encuesta RAMOS (Reproductive Age Morality Survey) modificada, instrumento enfocado en la identificación de casos de mortalidad materna a partir de la revisión de expedientes médicos de casos sospechosos de muertes de mujeres en edad fértil.

dicionantes de género en las actitudes individuales y colectivas del entorno de las mujeres fallecidas, y otros determinantes sociales, que coadyuvaron con sus muertes. Para esto se utilizaron tres metodologías principales y complementarias.

Modelo/ Técnica	Descripción
Las tres demoras	Modelo de análisis de la mortalidad materna, desarrollado por la Dra. Deborah Maine en 1992. Ofrece un marco de tres fases para examinar las brechas en el acceso al manejo adecuado de emergencias obstétricas. El modelo consisten en: Demora 1: demora en identificar el problema y tomar la decisión de buscar ayuda. Demora 2: demora en llegar a la institución de atención/logística de referencia. Demora 3: demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.
Análisis de determinantes sociales y de género	Modelo de análisis implementado por el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna Basado en la Web (SVEMMBW), desarrollado en Colombia desde 2008. Analiza la causa de las muertes maternas, examinando la interconexión de cuatro ámbitos: 1) mujer, familia y comunidad; 2) profesionales de la salud; 3) sistema de salud y 4) factores macrosociales (OPS, 2013).
Detección de eslabones críticos de la atención	Enfoque de análisis del desempeño, proporcionando datos complementarios y precisos sobre omisiones, incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, ocurridos en cada uno de los “eslabones” de atención con los que las mujeres tuvieron contacto durante su atención prenatal, del parto y del puerperio.

En los seis casos analizados en profundidad, se aplicó el modelo de “Las tres demoras” y el análisis de los determinantes sociales de salud a fin de identificar cuáles fueron los factores individuales, familiares, comunitarios y del sistema de salud que incidieron en la ocurrencia de las muertes maternas, incorporándose a cada demora el análisis de los condicionantes de género que caracterizaron la vida de cada una de estas mujeres.

El análisis de las tres demoras busca reconstruir la secuencia de hechos alrededor de una muerte materna a través de la autopsia social, donde la subjetividad y la voz de las mujeres fallecidas están ausentes. Por tanto, el análisis en cada caso se realiza a partir de los testimonios ofrecidos por familiares y parejas de las mujeres fallecidas; por lo cual se reconocen las limitaciones que implica partir de las percepciones e interpretaciones de los familiares acerca de la secuencia de hechos que rodearon cada caso. A pesar de ello, no puede obviarse que este tipo de metodología ofrece sensibilidad y especificidad suficientemente altas para justificar su empleo en la investigación de una muerte materna, además de que puede ser utilizada para explorar factores sociales, culturales o de atención a la salud que rodearon el fallecimiento. Más aún en el caso de esta investigación, dado que ciertas informaciones no pudieron ser confirmadas con el personal de salud, ya que algunos de los expedientes estaban incompletos o porque en estos no se asentaron los nombres del personal que brindó atención a las mujeres fallecidas durante su estadía en el Hospital.

Por último, este análisis cualitativo fue enriquecido con resultados del análisis de los eslabones críticos de atención en salud, que proporciona información adicional sobre incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médico-científicos, ocurridos en cada uno de los eslabones de atención prenatal, del parto y del puerperio.



Luego de analizar cada caso de manera individual, se describieron los elementos comunes a todos ellos. A partir de los hallazgos se realizó la triangulación de las informaciones recabadas en los distintos estamentos de la investigación, para centrar el análisis de género en dichos elementos y observar cómo estos interactúan con otros determinantes sociales y culturales y resultan en las causas y consecuencias de las muertes maternas.

En este informe condensado, la presentación de los resultados de la investigación se divide en dos partes: Por un lado, los hallazgos relativos a la calidad de la atención y los servicios de salud sexual y salud reproductiva ofrecidos a mujeres gestantes, descritos en el capítulo 4. Por otro lado, los hallazgos cualitativos de los seis estudios de caso analizados a profundidad, descritos en el capítulo 6.

3. Hallazgos sobre la calidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva brindados a gestantes

A continuación se describen los hallazgos generales, encontrados en los servicios de salud para la atención prenatal, del parto y el puerperio, dirigidos a las mujeres gestantes en el Hospital regional en el que fue realizada la investigación. Los mismos fueron documentados a través de: a) observación directa; b) entrevistas a personal de salud del Hospital, usuarias de los servicios y sus familiares; y c) grupos focales realizados con mujeres, hombres y usuarias del hospital y de una UNAP de la misma provincia.

3.1 Características de los servicios de salud sexual y salud reproductiva

a. Desconocimiento sobre los derechos de las usuarias y violencia obstétrica

Un hecho común observado en la atención de salud en hospitales públicos es el trato rudo e irrespetuoso hacia los y las usuarias, frente al que hay cierto nivel de aceptación y resignación. Esto se vincula al desconocimiento que tienen las personas sobre su derecho a recibir una atención respetuosa y digna; y además, a la falta de alternativas para recibir la atención de salud que requieren.

Ahí no había nadie, yo di a luz en la cama sola, porque yo llamé a la doctora, le dije que mi bebé estaba saliendo, ella fue y na' má' me miró por abajo y me dijo que no, que la bebé no 'taba afuera, entonces cuando ella voltió la espalda, volvió y me dio otro dolor, yo pujé la niña en la cama. Yo la pujé ahí sola, y después que la niña estaba llorando, entonces una de las que limpian llamó al doctor. Yo no sé a dónde estaba el doctor, eso 'taba limpio por ahí. Parece que 'taban acosta'ó. (Usuaría entrevistada en sala de postparto).

La situación antes descrita tiene sus raíces en las relaciones de poder que se establecen en el contexto de la atención de salud donde la mujer, en su rol de “paciente”, asume la atención como un favor y no como un derecho; mientras que el personal de salud ejerce el dominio de este espacio y trata a la mujer no como sujeta de derechos, sino de forma subordinada como la depositaria de sus órdenes (*tómese esto, hágase esto, eso no es nada, eso no puede dolerle*), las cuales en muchos casos desvalorizan los sentimientos, opiniones y deseos de las mujeres.

El respeto de los derechos de las usuarias de los servicios de salud constituye un aspecto fundamental de una atención en salud de calidad. Para Checa (2000), en una relación médico/a-usuaría de calidad, debe existir una comunicación fluida y comprensible y un trato humano, en el que el personal de salud respete y reconozca a la usuaria como sujeto pleno de derechos, que esté abierto a escuchar sus inquietudes, lo cual es indispensable para la apropiación de comportamientos preventivos por parte de las mujeres. Es mediante información oportuna y adecuada y educación que las mujeres pueden aumentar y mejorar su conocimiento sobre sus cuerpos y su salud, reduciéndose así la aparición de complicaciones prevenibles y/o evitables.



También se pudo observar que durante las consultas prenatales, los consultorios permanecían con la puerta abierta. Así, mientras una mujer recibía atención médica, otras podían escuchar y mirar la interacción entre ella y el profesional de la salud, violando el derecho a la privacidad y confidencialidad de las usuarias.

Por otro lado, se constató que durante el proceso de labor de parto no se proveía de consejería y apoyo psicológico a las mujeres embarazadas, quienes permanecían solas en sus camas y solo se acercaba algún personal de salud (enfermera o residente), cuando era necesario ponerles o cambiarles una solución endovenosa, medicarlas o dar seguimiento al proceso de dilatación cervical.

El Hospital no ofrece facilidades para que una persona (elegida por la usuaria), pueda acompañarla durante dicho proceso. Las mujeres tampoco pueden optar por la libertad de movimientos ni elegir la posición durante la labor de parto, ya que se les instruye y obliga a permanecer en la cama. Este tipo de situaciones constituyen violaciones a los derechos de las mujeres en el ámbito de los servicios de atención al embarazo y el parto, y han sido calificadas como expresiones de violencia obstétrica.

Durante la investigación se observaron malos tratos a las mujeres gestantes por parte de residentes y enfermeras en el área de emergencia y por parte de enfermeras en sala de parto y consulta prenatal. Este trato irrespetuoso se manifestó principalmente en la forma y el tono al dirigirse a las usuarias, que es otra de las formas en que se manifiesta la violencia obstétrica.

Cuando yo le hablaba a la enfermera que me pusiera el suero, ella dijo: 'Ah no, ya mi turno se acabó'. Después le mandé a decir a la otra, y dijo lo mismo que ya su turno se acabó, que esperara que entrara el otro turno. Y yo mala del dolor de estómago, grave. Duraron 12 horas para volver a ponerme medicina. Algunos tratan bien y otros no. (Usuaria entrevistada en sala de postparto).

Los malos tratos hacia las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva no contribuyen a potenciar el empoderamiento y autodeterminación sexual y reproductiva de las mismas (Matamala, 2001), en la medida en que socavan su autoestima y reducen su capacidad de reconocerse como sujetos de derechos, en un contexto donde se naturaliza el autoritarismo y la agresión, como es el ámbito de la salud pública. El trato vejatorio hacia las mujeres gestantes y parturientas es una realidad que ocurre con frecuencia en las maternidades y hospitales de la República Dominicana, tal como lo reportan varios estudios realizados sobre la materia.

La violencia obstétrica se encuentra enraizada en la construcción desigual de los géneros en la sociedad dominicana, y se agudiza ante la presencia de otras variables que también son motivo de discriminación, tales como la edad, la etnia, la procedencia o la condición socioeconómica.

Ella, cuando yo subí que le entregaron mi record, que ella vio que era de otra provincia, lo primero que dijo que la tienen jarta la gente de (...) [refiriéndose a su provincia de origen] y nosotros

no tenemos la culpa de que el hospital 'te deshabilitado. Simplemente 'tamo buscando donde nos atiendan. (Usuaría entrevistada en sala de parto).

Lamentablemente, se pudo comprobar que algunas mujeres aceptaban el maltrato recibido por parte del personal de salud, justificándolo a partir de los extenuantes horarios y pesada carga laboral asignada a residentes y enfermeras. Esta percepción refleja un total desconocimiento de sus derechos como mujeres y como usuarias de los servicios de salud.

b. Baja calidad en la atención

Es sabido que la atención de calidad constituye todavía un reto para el sistema de salud dominicano, lo cual afecta a toda la población; pero que tiene mayor impacto en las mujeres, ya que en ellas recaen las principales responsabilidades de los cuidados de salud sobre sí mismas, sus parejas y sus familias. El trato diferenciado en la atención, según quien solicita el servicio, sea un hombre o una mujer, ha sido documentado en el país, y responde a las desigualdades de género y a la carga misógina de la atención en salud, que discrimina a las mujeres a través de prácticas negligentes y violentas que afectan su salud y sus vidas. Testimonios de usuarias entrevistadas permitieron constatar que no siempre reciben un trato digno o respetuoso durante las consultas prenatales ni durante la atención al parto y al parto, lo cual es reflejo del proceso de deshumanización de la atención médica, en la que las gestantes no se ven como personas vulnerables con necesidades, miedos y emociones reales, muy específicas a los complejos de procesos como el embarazo, el parto y el puerperio.

Durante las entrevistas, algunas usuarias del Hospital manifestaron su temor a recibir atención de Salud Pública aclarando, que era su única opción debido a sus limitaciones económicas que no pueden cubrir los costos de la atención médica privada. Así lo expresaron dos mujeres:

Yo supe del caso de una muchacha que me dio mucho pique, porque ella vino botando el líquido, dizque no tenía centímetro para dar a luz, la mandaron a su casa, y ya cuando ella volvió tuvieron que hacerle una cesárea de emergencia, pero el niño se lo sacaron muerto, ya ella taba pasa de tiempo. Pero la culpa no fue de ella, sino de los médicos, porque ella vino, ellos la vieron botando el líquido, y lo que hicieron fue que la mandaron pa' su casa, cosa que no se debe de hacer en un hospital. Si usté' viene por una emergencia, obvio que emergencia significa atención rápida. Esas son cosas que a veces uno coge hasta miedo de vení a parí aquí. (Usuaría entrevistada en sala de espera de consulta prenatal).

Ya yo le tengo miedo hasta a los doctores, no los doctores, sino los aprendices, los que 'tan en emergencia aprendiendo, que dizque son doctores, y no son doctores ná'. A veces le hablan malísimo a uno, lo que hacen es que te chequean, comienzan con una metedera de de'ó, como si uno 'ta falta de que le entren el de'ó, a veces no saben nada. (Usuaría entrevistada en sala de espera de consulta prenatal).

Por su parte, desde la Dirección del Servicio de Ginecología del Hospital se informó que se cuenta con personal capacitado para reconocer inmediatamente y manejar en forma inicial (estabilizar y referir) complicaciones obstétricas. Sin embargo, se reconoció la existencia de algunas debilidades en el proceso de integración del personal médico residente al hospital.



Comenzando que no hay una residencia de obstetricia, la residencia de medicina familiar, es la que tiene que cargar con todo el trabajo del hospital, número 1. Número 2, el estilo, la forma de la adquisición para los nuevos médicos entrar a la residencia variaron y ahora resulta ser que muchos médicos ni concursaron para residencias médicas de Medicina Familiar y otros no calificaron para continuar. Eso hizo que en el hospital ahora no existan prácticamente residentes de primer año. Los R2 están hasta aquí. Los R3 también, y los R4 no están en el hospital (Director del Servicio de Ginecología).

Asimismo, desde la Dirección Regional de Salud se expresó que la falta de calidad en la atención a las mujeres gestantes constituye el problema fundamental en la atención a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio:

Yo creo realmente que la mortalidad materna no viene porque las pacientes llegan tarde, es por la calidad de atención. Es importante saber que la mayoría de las muertes maternas que ocurrieron no fueron propias del Hospital, sino que fueron referimientos, en algunos casos del sector externo, es decir de la consulta privada, que fueron a parar a hospitales provinciales y de los hospitales provinciales, al hospital regional (Director de la Dirección Regional de Salud).

Cabe destacar que es una práctica recurrente de pequeñas clínicas referir a los hospitales provinciales y regionales cuando los casos se complican bajo alegatos de insuficiencia de equipos, con lo cual pueden estar encubriendo incapacidades o irresponsabilidades.

c. Tiempo de espera para recibir atención prenatal

Una de las quejas más frecuentes de las usuarias, entrevistadas acerca de los servicios de salud, se refirió al gran tiempo de espera para ser atendidas en las consultas prenatales. Sin embargo, algunas de ellas lo percibían como algo “normal”, lo cual refleja el proceso de naturalización de las distintas formas de violencia a las que las mujeres están expuestas.

Según se pudo constatar, dos factores principales incidían en que el tiempo de espera fuera prolongado: la llegada tarde del personal médico a las consultas y la cantidad de usuarias que asisten a los servicios, en comparación con el limitado personal asignado a los mismos.

Los doctores la mayoría vienen tarde, todos. Algunos vienen a las 8, 9, 10, y el que más tarde viene es el mío. (Usuaría entrevistada en sala de espera de consulta prenatal).

Cabe destacar que esta queja –expresada por la mayoría de las mujeres entrevistadas–, se fundamenta no solo en la espera en sí misma, sino en el hecho de que hacer antesala implica descuidar las responsabilidades propias de sus roles asignados de género, como son las tareas domésticas y el cuidado de otras personas. El hecho de que la responsabilidad de estas tareas sea socialmente asignado a las mujeres, y que ellas lo asuman y le otorgan prioridad en sus vidas, es parte consustancial de la construcción social de género.

Por la espera que tenemos aquí, a veces tenemos que desayunarnos tarde. Uno no puede estar esperando tanto aquí, cuando uno tiene cosas que hacer en su casa. El tiempo de espera es un poquito complicado con los doctores, con los mismos médicos, porque ellos son los que llegan tarde. (Usuaría entrevistada en sala de espera de consulta prenatal).

d. Tiempo insuficiente de interacción personal médico-usuaria

Se pudo constatar que la consulta prenatal no duraba más de 5 minutos, lo cual incumple con el tiempo establecido para este tipo de consulta en los protocolos de atención.

La limitada interacción médico/a-usuaria no permite indagar sobre el contexto social de la mujer: sus relaciones familiares y de pareja, los roles que le toca cumplir dentro del hogar, y otros aspectos de género que podrían influir en el curso de la gestación. Esto constituye una especie de despersonalización del proceso del embarazo, donde solo importan los datos y mediciones que el personal de salud pueda obtener durante la consulta, como son el peso, la altura uterina, la presión arterial, datos que se anotan en el carnet perinatal y que muchas usuarias no saben interpretar.

Por otro lado, este limitado tiempo no ofrece oportunidad a las usuarias de expresar sus sentimientos, inquietudes, dudas u opiniones en relación a su estado. En este sentido, llama la atención el hecho de que no se les pregunte por su estado emocional, sus expectativas frente al embarazo y, mucho menos, si el embarazo en curso fue o no deseado. Tampoco permite ofrecer a las mujeres embarazadas orientación y consejería de manera sistemática para prevenir complicaciones con condiciones de salud que podrían agravarse durante el embarazo.

En la primera consulta nos hace preguntas sobre el embarazo, las vitaminas que tomamos. Nos pide que le enseñemos lo que tomamos, pero ya en el transcurso del embarazo no nos preguntan nada más. (Usuaria entrevistada en sala de espera de consulta prenatal).

Sin embargo, para algunas usuarias, la rápida atención fue valorada positivamente, lo que puede guardar relación con la necesidad sentida por estas mujeres de regresar temprano a sus casas, para continuar con sus labores cotidianas, después de varias horas de espera para ser atendidas.

e. Incumplimiento de normas y protocolos

Se verificó que con frecuencia, el personal de salud no aplicaba las normativas técnicas y protocolos de salud. La más clara evidencia de esto fue que la mayoría de las historias clínicas perinatales (HCPN) de los expedientes de mortalidad materna evaluados no fueron completadas adecuadamente. Al respecto, personal gerencial y médico del Hospital expresó lo siguiente:

Este es un hospital escuela. Como ustedes saben, los residentes son médicos en formación, pero también están sobrecargados de trabajo, médicos que entran en rebeldía, nosotros también hemos visto que los expedientes están incompletos, y hemos tratado eso. (Coordinadora de zona de la Gerencia de Área)

Este siempre ha sido uno de los problemas recurrentes del hospital, razón por la cual se han sancionado los médicos, los residentes, y aun a los especialistas, pero no ha habido mejoría en ese sentido. (Epidemióloga de la DPS).

A partir de lo expresado por las entrevistadas, a pesar de reconocerse la deficiencia en el llenado de las HCPN –y de haber recibido, recomendaciones específicas para su correcto llenado desde la DPS–, de alguna manera se justificaba esta mala práctica, tanto del personal



de planta como del que se encuentra en formación. Además, se pudo percibir aceptación de esta violación de las normas, sin cuestionamientos ni medidas correctivas. Al respecto, la Dirección de Servicios de Ginecobstetricia del Hospital justificó la irregularidad con la que se realizaba el monitoreo de las gestantes y el llenado de las HCPN, al expresar lo siguiente:

Nosotros tenemos un instrumento, que lo utilizamos, tenemos mucho que no lo utilizamos, que lo estábamos utilizando cada tres meses, en donde monitoreábamos eso sobre el llenado de los carnets perinatales, la labor de parto y la consulta prenatal.

Te diría que es parte del día a día, de mañana, de la semana que viene, prorrogar, prorrogar, y déjame decirte, que el instrumento desde mi óptica no es funcional, porque es muy amplio. A mí me dijeron, (...) de que nosotros íbamos a aplicar, y lo íbamos a hacer porque nosotros somos unos peones de un sistema, y que tenemos que cumplir, pero yo entendía que como es posible que en mente de quien está, que un médico se va a lavar las manos cada vez que vaya a ver un paciente, dos veces, antes de verlo, y después de verlo. Entonces, vamos a hacer cosas que sean más funcionales, importantes, que nos dé un resultado igual o parecido. De todos modos, esos instrumentos los aplicábamos, fruto de lo que le estoy señalando no se ha ido aplicando, y se ha ido postergando cada vez más. Pero sí, hay instrumentos de aplicación para ver cómo se comportan algunos indicadores. (Director de Servicios de Ginecobstetricia)

Estos testimonios evidencian el cuestionamiento que se hace desde la Dirección de Obstetricia del Hospital a la funcionalidad de las normas de atención, de lo que se infiere que el incumplimiento por parte del personal residente no es objeto de seguimiento ni de sanción. En referencia al lavado de manos, antes y después de asistir a una gestante, –o el uso de guantes– deja claro que las normas de asepsia y antisepsia no se cumplen a cabalidad, lo que pone a las usuarias en riesgo de adquirir una infección intrahospitalaria.

En la República Dominicana la educación superior aún se enfrenta a fuertes desafíos relacionados con el modelo de formación. Las facultades de medicina de las diferentes universidades tienen grandes déficits en considerar la unidad mente-cuerpo como punto de partida para apuntar a un estado de bienestar físico y emocional. Tampoco se enseña a examinar los condicionantes sociales y culturales que afectan la salud –como resultado de relaciones sociales jerarquizadas en los hogares, las empresas, las instituciones o las comunidades, donde la propiedad, el color de piel, y la condición sexual determinan el trato a recibir– y de donde derivan intolerancia y violencia naturalizada en el sistema de salud.

f. Información, consejería y suministro insuficiente de métodos anticonceptivos

El consultorio de planificación familiar del Hospital ofrece varias opciones de métodos anticonceptivos (MAC). Entre ellos: la píldora, la minipíldora, el Norplant, el DIU, la inyección, y el preservativo masculino, además de los métodos quirúrgicos. Sin embargo, se pudo comprobar que no siempre había disponibilidad de todos los métodos, representando una limitante a las opciones anticonceptivas para algunas mujeres. Tampoco se disponía de material informativo y educativo impreso sobre salud sexual y salud reproductiva para entregar a quienes visitan este servicio.

Esta situación constituye uno de los determinantes de la necesidad insatisfecha de anticoncepción y de embarazos no planificados, que en algunos casos puede conllevar a la práctica de abortos clandestinos, con las consecuencias que ello implica para la salud y la vida de las mujeres.

Yo vine a ponerme el aparatito (Norplant), y siempre tienen una vaina que no la ponen, que se yo que, que patatín, esperando que una vuelva y para, eso lo tienen que cambiar, yo todavía no me lo he puesto. (Usuaría de Consultorio de Planificación Familiar)

Según los registros mensuales de los MAC ofrecidos a la población, se verificó que las mujeres seguían siendo las principales usuarias de estos métodos. Asimismo, aunque se oferta el preservativo masculino, estos son muy poco demandados por los hombres –en comparación con la demanda que tienen los métodos femeninos–, y con frecuencia se les ofrecen a las mujeres, para que ellas los usen con sus parejas. Tampoco es práctica común hablarles a los hombres acerca de la vasectomía como una opción, que hasta ahora es el único método, adicional al preservativo masculino, específicamente dirigido a la población masculina.

Esta es una información reveladora sobre cómo se asigna a las mujeres la responsabilidad de la anticoncepción, al no desarrollarse mecanismos para captar a la población masculina a los servicios públicos de salud sexual y salud reproductiva. Sin embargo, es paradójico constatar, que cuando la mujer opta por un método anticonceptivo permanente como la esterilización, el personal médico generalmente solicita la autorización de su pareja; lo cual refleja la concepción patriarcal que se tiene de la mujer como propiedad del hombre, invalidando la autonomía que ella tiene sobre su cuerpo.

Tal como se establece en las normativas y protocolos de salud, desde el Hospital se informó que al dar de alta a las parturientas, en los casos que corresponde las mujeres salen planificadas. Sin embargo, se ha documentado que a las mujeres no siempre se les informa que pueden optar por algún método anticonceptivo posterior al parto. Esto constituye una oportunidad perdida para suplir las necesidades de anticoncepción de las mujeres, dado que esos son los más adecuados para la orientación en prevención, consejería y suministro de métodos anticonceptivos antes del alta hospitalaria por parte de prestadores de servicios de salud.

g. Falta de medicamentos, insumos y equipos necesarios para la atención obstétrica

La investigación constató que el Hospital en estudio no disponía de todos los medicamentos, insumos y equipos necesarios para la atención obstétrica. En algunas circunstancias, se pudo comprobar falta de guantes, soluciones, lubricante, surfactante (para estimular la madurez pulmonar fetal en caso de amenaza de parto prematuro) y medicamentos, entre ellos el Epamin (anticonvulsivante utilizado en casos de eclampsia). En estos casos, los suministros faltantes deben ser comprados por las usuarias o sus familiares, lo que representa una carga económica adicional para las familias.

Nosotros tenemos una UCI que le faltan sus ventiladores. Entonces, médicos intensivistas 24/7 hacen falta. (Jefe de Servicio de Ginecología)



Cuando es necesario llevar a una usuaria a UCI, y no hay camas disponibles, no se puede hacer nada, se deja en la misma cama donde se encuentra. Y ahí se le dan los tratamientos hasta donde uno pueda. (Residente de segundo año de Medicina Familiar)

Aunque algunos hospitales de segundo y tercer nivel cuentan con servicio de ambulancia, las personas deben pagar una cuota para combustible a fin de poder utilizar dicho servicio, tal como lo expresa la madre de una mujer parturienta entrevistada:

La esposa de mi cuñado estaba en el hospital de otra provincia y estaba dando a luz, y la desgarraron y cuando yo fui a la cama a verla estaba en un charco de sangre en la cama, y cuando yo voy y le digo a la doctora: Ven acá, ¿y en qué es que ustedes están?, atendiendo a los pacientes o haciendo cuentos en los pasillos (...) Ella me dijo “esas no son cuentas tuyas”. Luego la transfirieron para acá porque ya se estaba muriendo, tuvimos que pagar mil pesos para la ambulancia y coger mucha lucha para poder traerla aquí. La trajimos como a las 10 pm y gracias a Dios aquí la atendieron bien. (Madre de una mujer parturienta).

Este testimonio evidencia que las familias deben disponer de dinero para trasladar un paciente en situación delicada desde un centro de salud a otro; así como para poder cubrir cualquier otro gasto requerido para su atención, debido a las carencias de medicamentos y equipos en el Hospital.

h. Incumplimiento de órdenes médicas por parte del personal de enfermería

Durante la investigación se documentaron varios casos de negligencia del personal de enfermería al cumplir las órdenes médicas. Uno de los casos más críticos fue observado por la investigadora al visitar a una mujer ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), que a pesar de tener una solución endovenosa, tenía la mucosa labial y la lengua secas. Además, el personal de enfermería de turno no había leído las órdenes médicas que indicaban poner potasio en la solución de esta mujer, quien murió dos días después de su ingreso a la UCI.

En general, la vigilancia de las condiciones de las ingresadas es deficiente, lo que se evidencia en la frecuencia con que se observaron soluciones terminadas sin cambiar, usuarias preeclámpticas a las que en más de 12 horas no se les había tomado la presión arterial, usuarias en labor de parto deshidratadas, entre otras.

Muchos otros casos de negligencia del personal de enfermería y de residentes fueron observados durante el transcurso de la investigación. Por ejemplo, una joven en labor de parto, deshidratada, agotada por el esfuerzo, totalmente desnuda, en una cama sin sábanas, en sala de parto; tenía una solución endovenosa puesta sin el “pie de suero”, pues se lo habían quitado para ponérselo a otra paciente. En otro ejemplo, una mujer avisó a un residente que se le había terminado la transfusión a su hermana, y cuando este llegó, le retiró el catéter a la usuaria, sin guantes, y no había algodón para hacerle presión en el área y evitar el sangrado.

A partir de todos los hallazgos antes descritos, se puede concluir en que, a pesar de que son las mujeres las que más demandan los servicios de salud –en especial los servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva–, un mayor acceso a servicios no es sinónimo de calidad en la atención de salud.

Todo lo anterior es reflejo de una sociedad patriarcal, que reproduce los estereotipos y las desigualdades de género en el sistema de salud y en el imaginario social, entendiendo que las mujeres sexualmente activas son las únicas responsables de todas las consecuencias de su sexualidad, incluido el embarazo. Esta percepción se expresa en actitudes y prácticas nocivas hacia las mujeres embarazadas o hacia aquellas que han tenido un aborto, ya que se considera la anticoncepción, el embarazo, el parto, el puerperio e incluso el cuidado de los hijos e hijas, como responsabilidad exclusiva de la mujer.

3.2 Percepciones, actitudes y prácticas sobre maternidad, paternidad y salud sexual y salud reproductiva

3.2.1 Percepciones sobre la maternidad

Para muchas mujeres consultadas, llegar a ser madre forma parte de su subjetividad. Se idealiza la maternidad al considerarlo el rol más importante que pueden cumplir en sus vidas. En nuestra cultura, ha llegado a considerarse como el hecho que las convierte en “verdaderas mujeres”. Sin embargo, pocas veces se visibilizan las situaciones de conflicto y el nivel de sacrificio que conlleva la maternidad, a partir de los roles de género asignados a las mujeres en sus vidas cotidianas.

Por su lado, la mayoría de hombres entrevistados conciben la maternidad como un asunto relacionado con el ámbito de la salud y los cuidados –ajeno a ellos– y no como una experiencia de vida en la que ellos también tienen un rol preponderante. No visualizan la reproducción como un proceso relacional, que involucra a mujeres y a hombres. Por esta razón, en general han ignorado sus necesidades en este ámbito de la salud, pero a la vez, se han mantenido al margen de los eventos relacionados con la maternidad y con la planificación familiar.

Para mí maternidad es todo lo básico y referente a la salud de las personas, lo materno, lo básico de la salud de las personas (hombre joven).

Lo que considero como maternidad es el trato materno con relación a la madre a su atención, cuidados (hombre joven).

Solo uno de los entrevistados expresó que la maternidad es algo que hay que valorar, por los sacrificios que implica la gestación para las mujeres. Esta valoración de la figura materna guarda relación con la idealización cultural de la madre, lo que no necesariamente implica asumir responsabilidades junto a las mujeres en las tareas de cuidado de los hijos e hijas. Esta manera diferencial en que hombres y mujeres asumen la maternidad, y las consecuencias que tiene este hecho en unos y otras, refuerza las diferencias e inequidades de género, de acuerdo a lo que plantean García Jordá y Díaz Bernal (2010). Desde los servicios de salud también es reforzada la subordinación de las mujeres, asumiendo comportamientos y actitudes que no contribuyen a fortalecer su empoderamiento ni su autonomía.

3.2.2 Percepciones sobre la paternidad

La paternidad no siempre es vista de la misma manera por los hombres. Para algunos tiene un significado fundamental de trascendencia, de sentido de la existencia, de proyecto y



compromiso, mientras que otros lo viven como restricciones, obligación y carga económica, pérdida de libertad (Torres y Sequeira, 2003). Al respecto, algunas gestantes adolescentes expresaron cómo entienden que sus parejas perciben la paternidad:

Es su primer bebé. Al principio fue difícil, porque él no estaba trabajando, no me iban a dar empleo embarazada, pero después que él consiguió empleo y ha sabido sobrellevarlo.

En una ocasión yo me sentí mal, porque él me decía: cónchale, uno sin trabajo con ese muchacho ahora, tu sabes los gastos de ese niño.

En estos testimonios se evidencia que a pesar de que los hombres no deseaban el embarazo en el momento que ocurrió, no tomaron las debidas medidas anticonceptivas para evitarlo –adjudicando esta responsabilidad a las mujeres–, y luego les reprocharon la noticia del mismo. Para muchas mujeres, el rechazo de sus parejas al embarazo es fuente de tristeza y malestar, pues ellas, generalmente asumen la llegada de un hijo o hija como lo más importante que les puede pasar en sus vidas. Esto es coherente con la construcción social del género, que asigna a la mujer los roles de la reproducción y de los cuidados, mientras norma para que los hombres no participen ni se responsabilicen de estas tareas.

Reflexiones en torno a la sexualidad, la anticoncepción y la paternidad deben ser consideraciones fundamentales en el análisis de género sobre la mortalidad materna. En este estudio se ha observado que, para la mayoría de los hombres consultados, predomina la percepción de que la paternidad se limita a la manutención de los hijos e hijas, idea que se correlaciona con la idea que se tiene de la maternidad como un asunto de mujeres, en el que los hombres no se involucran.

Sin embargo, cabe destacar que en los últimos años –a raíz del reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos–, los hombres, especialmente los más jóvenes, han asumido una participación más activa en el proceso de atención al embarazo, parto y el cuidado infantil, lo que constituye un paso de avance en el logro de la igualdad de género. El mayor involucramiento de los hombres en asuntos relacionados con la salud reproductiva demanda que ellos adquieran conocimientos sobre necesidades, riesgos y signos de peligro durante el embarazo, el parto y el puerperio, de modo que puedan servir de apoyo a las mujeres de su familia y de su comunidad.

Los imaginarios antes descritos sobre maternidad y paternidad, y que reflejan el “deber ser” de hombres y mujeres, de acuerdo a los roles de género, se encuentran tan arraigadas en la sociedad que resultan en actitudes y prácticas cotidianas que repercuten directamente en la salud y la vida de las mujeres. Algunas de ellas, se detallan a continuación como parte de los hallazgos de esta investigación.

a. Escaso involucramiento de los hombres durante los procesos relacionados con la maternidad

Se observó que las usuarias que asistían a consulta prenatal lo hacían sin sus parejas; en algunos casos se acompañaban de otras mujeres de la familia, especialmente en el caso de las adolescentes embarazadas.

Algunas usuarias adultas expusieron que preferían asistir solas a las consultas prenatales, debido al largo tiempo de espera para ser atendidas, situación que desesperaba a sus parejas y generaba mayor ansiedad para ellas. Otras dijeron que sus parejas no pudieron acompañarlas, porque estaban trabajando. Ambas justificaciones reflejan patrones y roles estereotipados de género, que designan a la mujer como responsable de los procesos relativos al rol reproductivo.

Asimismo, y como consecuencia de su bajo nivel de involucramiento en el proceso de la reproducción, los hombres entrevistados demostraron conocer pocos síntomas y signos de riesgo durante el embarazo. Como se verá más adelante, este desconocimiento puede afectar gravemente la salud y la vida de la embarazada; ya que al surgir alguna complicación o emergencia –que no sea identificada oportunamente–, puede retrasarse la búsqueda de la atención médica requerida y resultar en la muerte de la mujer. Por tanto, es vital que las parejas de las gestantes pongan atención a lo que ellas describan como síntomas, ya sea durante el embarazo, el parto o el puerperio.

En contraste, en la sala de espera del área de parto, fue frecuente observar hombres, jóvenes y adultos, esperando obtener información sobre sus parejas en labor de parto, o en espera de sus traslados a las salas de postparto. De estas observaciones se puede inferir que, aunque muchos hombres no acompañan a sus parejas a las consultas ni se involucran a profundidad en los cuidados prenatales, en el momento del parto suelen estar atentos a lo que sucede alrededor de la madre y del bebé recién nacido. Lo anterior responde a la forma en que, desde la antigüedad, se construye y se reproduce la masculinidad hegemónica que obliga a los hombres a asumir fundamentalmente el rol de proveedores y protectores de la familia.

b. Falta de información sobre sexualidad durante el embarazo

Entre las mujeres gestantes entrevistadas se evidenció una gran falta de información sobre la sexualidad durante el embarazo. En algunos casos, las relaciones sexuales fueron evitadas, por temor a “hacerle daño al bebé”; en otros casos fue un tema indiferente, como lo expresaron los siguientes testimonios.

Bueno, a mí me han dicho que cuando uno está embarazada es bueno tener relaciones, pero yo con esta y con la segunda, yo normalmente, yo no fuño mucho con eso.

A mí no, yo después que salí embarazada no me llamó mucho la atención.

Bueno, yo duré los 9 meses, sin tener relaciones.

Yo sé que él es hombre y le da deseo, porque a mí en realidad me da lo mismo, y yo en ocasiones lo he intentado y yo le decía óyeme y él me decía, no es mejor que no hagamos na', porque tú siempre tiene un miedo y una cosa.

c. Escaso uso de métodos anticonceptivos masculinos

Para la mayoría de los hombres entrevistados, el uso de métodos anticonceptivos fue visto como un asunto propio de la mujer. Otros opinaron que esta debe ser una responsabilidad compartida por la pareja.



Es importante destacar que aunque tradicionalmente los hombres no han asumido un rol activo en el uso de métodos anticonceptivos –responsabilidad delegada a las mujeres–, ellos sí se interesan y toman decisiones relativas a cuándo y cuántos hijos tener. El hecho que los hombres se autoexcluyan de la práctica cotidiana de uso de métodos –sea condones o vasectomía– constituye una decisión que, en coherencia con el patriarcado, responsabiliza a las mujeres de esta tarea enmarcada en el ámbito del “cuidado de la familia”. Asimismo, muchas veces ellos son quienes deciden el tipo de anticonceptivo que ellas usan, transgrediendo los derechos y la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos.

d. Aceptación social del embarazo en adolescentes

En general, los hombres consultados expresaron que las mujeres muy jóvenes no deben embarazarse debido a los riesgos que implica para ellas y las criaturas. Al respecto, cada vez hay mayor conciencia –a nivel de discurso– sobre la necesidad de evitar el embarazo a temprana edad. Sin embargo, en la práctica, aún se observa un alto nivel de aceptación social de los embarazos entre las mujeres jóvenes y adolescentes.

Las más pequeñas, de menor edad, tienden a no estar bien preparadas genéticamente para dar a luz, mientras una mayor sus genes están preparados, se dice que desde los 21 años se puede comenzar a tener hijos. (Hombre adulto).

Yo pienso que lo primero que hay que hacer es concienciar a las niñas que muchas están saliendo embarazadas, y también jovencitos adolescentes, que entonces serían dos niños criando un niño, así no puede sobrevivir, por eso hay tantos niños muriendo y desnutridos por ahí, porque algunos de ellos caen en vicio, y dejan a la mamá sola con el niño, a veces tienen los niños que caer en manos de los padres de uno de los dos. Y ahí vienen entonces muchísimos inconvenientes. (Hombre adulto).

Este es un discurso que se contradice con la práctica común de las relaciones afectivo-sexuales entre hombres adultos y mujeres adolescentes, legitimada por algunos sectores sociales. Cabe destacar que en muchos casos, estos embarazos resultan de una situación de violencia sexual, en la que una niña o adolescente menor de edad es seducida, coaccionada o violentada a tener relaciones sexuales con una persona mayor. Al respecto, el artículo 14 de la Ley 136-03 indica que los profesionales y funcionarios de salud que “tuvieren conocimiento o sospecha de una situación de abuso o de violación de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, están obligados a denunciarla ante las autoridades competentes”¹⁰.

En comparación con los discursos masculinos, las mujeres consultadas tendieron a favorecer más la maternidad entre mujeres jóvenes, postura que también se promueve desde las familias y las comunidades, ejerciendo presión sobre las adolescentes y mujeres jóvenes para que se casen y tengan hijos temprano. Normas y creencias culturales intervienen en la ocurrencia del embarazo temprano, generando patrones familiares de repetición de la maternidad adolescente (Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales, 2012).

¹⁰ Ley 136-03, que crea el Código para el Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes.

Por otro lado, es un hecho ampliamente documentado que la pobreza constituye un factor que es causa y consecuencia del embarazo en adolescentes. Así, las presiones de índole económica también inciden en su alta ocurrencia. De esta manera y por la forma en que las niñas han sido socializadas –apegadas a los estereotipos y roles de género– ven el matrimonio o la unión como un medio para escapar de la situación de pobreza en la que podrían encontrarse viviendo con sus familias de origen, particularmente aquellas que residen en zonas rurales o sectores urbano-marginados. Esta percepción contribuye a que exista una gran tolerancia social hacia las uniones tempranas, los embarazos en la adolescencia, así como a la violencia contra las niñas y las adolescentes, que en muchos de los casos resulta en dichos embarazos.

e. Violencia contra las mujeres

Respecto a la violencia contra las mujeres, también se observó un rechazo en el discurso de los hombres entrevistados, quienes la percibían como un hecho reprochable y condenable. Sin embargo, a partir de las respuestas obtenidas, se evidenció que la mayoría no entendía la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos, sino que la rechazaban, en tanto se violentaba a un ser idealizado, que simboliza la madre de la humanidad. Este es un discurso común en las culturas en las que los patrones de género hacen enaltecer la maternidad y a las mujeres en tanto madres, a pesar de que se violenten de múltiples formas –abiertas y soterradas– sus derechos humanos.

Eso es malo porque una mujer es madre de todos los hombres.

Bueno, para uno prevenir eso hay que hacer como hice yo, que me convertí a Cristo. Ese es el mejor camino. Cuando usted es cristiano, y se mete de fe y de corazón, usted no llega a eso de agarrar una mujer y matarla, como muchos hombres la matan.

Por otra parte, en las entrevistas a hombres adultos y jóvenes no se mostró ningún caso de control sobre las decisiones de las mujeres para buscar atención médica al ellas requerirlo. Esto fue corroborado por las mujeres entrevistadas (tanto adultas como adolescentes), quienes expresaron tener la libertad de decidir cuándo buscar atención médica. Sin embargo, sí hubo evidencia de ejercicio de control o de evasión de responsabilidad cuando se refirieron al uso de anticonceptivos, y las consecuencias de una relación no protegida.

No tienen que esperar autorización de nadie para buscar un médico, pueden llamarme a mi trabajo para informarme y yo le digo que voy más atrás, que busque dinero si no lo tiene en ese momento.

La reflexión final en este apartado es que, a pesar de los cambios de actitud ocurridos en los últimos años entre los hombres, particularmente en los más jóvenes, respecto a la salud sexual y la salud reproductiva, estos temas siguen siendo vistos como propios de las mujeres, tal como lo establecen los roles diferenciados de género.

En el análisis de la maternidad tiene particular relevancia el examen de los comportamientos humanos ante la sexualidad. La consideración diferenciada y jerarquizada de la sexualidad según biología y composición hormonal, así como la marca cultural que norma los cuerpos para homogenizar identidades –en el plano binario de lo femenino y lo mas-



culino-, tiene implicaciones importantes en la manera en que se asumen la atención y el cuidado de un embarazo, y como se evaden o delegan responsabilidades.

Los imaginarios de género, referidos a los momentos y las circunstancias en que las diferencias se concretizan en desigualdades, tienden a ocultar evidencias sobre la medida y la forma de las mismas. También sobre cómo se asumen y cuáles son sus repercusiones económicas y políticas, ya que se “naturalizan” por vía de los comportamientos y roles culturalmente asignados, acorde con el mandato de género. Así, a las mujeres, sujetas del embarazo, se les asigna el vínculo con la prevención, mientras hace evasores a los hombres. Asimismo, no importando los riesgos, a las mujeres se les imponen las consecuencias del parto y su tratamiento, reforzando la histórica división sexual del trabajo, sin importar el momento histórico y al margen del carácter de las fuerzas productivas.

3.3 Hallazgos de la revisión de expedientes de muertes maternas

Durante la investigación se revisaron 12 expedientes de muertes maternas ocurridas en un hospital público del país, entre enero de 2013 y octubre de 2014. El cuadro 1 resume los datos de las mujeres fallecidas,¹¹ la fecha y diagnóstico clínico de ingreso y la fecha y diagnóstico de muerte, reportado por el Instituto Nacional de Ciencias Forenses (INACIF).

¹¹ Para los casos, se utilizan pseudónimos para preservar el anonimato y la privacidad de las familias de las mujeres fallecidas.

CUADRO 1.
Casos de muertes maternas ocurridos en el hospital (enero 2013-octubre 2014)

Nombre/ (edad)	Nacionalidad	Dx clínico de ingreso	Fecha de ingreso	Fecha de defunción	Dx de muerte por el INACIF
Miriam (35)	Dominicana	Restos ovulares retenidos, anemia microcítica hipocrómica, P/B CID	20/2/2013	22/2/2013	Sepsis generalizada, secundaria a aborto séptico
Carmen (29)	Dominicana	Puerperio quirúrgico de 15 horas, shock hipovolémico	21/3/2013	21/3/2013	Neoplasia hepática
Elisa (35)	Dominicana	Embarazo de 14 semanas, sangrado gastrointestinal alto	9/8/2013	12/8/2013	Hepatitis crónica activa con necrosis, fibrosis y esteatosis microvascular difusa
Rosa (29)	Dominicana	Embarazo de 39 semanas, cesáreas anteriores	9/9/2013	13/9/2013	Shock hipovolémico
Luisa (27)	Haitiana	Puerperio patológico, endometritis, preeclampsia severa	30/9/2013	12/10/2013	P/B Meningitis tuberculosa (TB miliar)
Josefina (43)	Dominicana	Eclampsia postparto	3/11/2013	3/11/2013	HTA crónica, ACV hemorrágico
Estela (24)	Dominicana	Embarazo de 36 semanas, sangrado del 3er trimestre, P/B DPPNI, D/C placenta previa	24/10/2013	11/11/2013	Shock hemorrágico por CID secundario a procedimiento quirúrgico
Amelia (30)	Dominicana	Embarazo de 36-37 semanas, preeclampsia	19/11/2014	20/11/2013	Ruptura del útero y de la arteria uterina
Belkis (27)	Dominicana	Embarazo de 25-26 semanas, parto inmaduro en evolución	7/12/2013	8/12/2013	Insuficiencia respiratoria por trombo embolismo pulmonar
Dilcia (25)	Dominicana (haitiana según cert. INACIF)	Puerperio de 4 horas, enfermedad febril aguda	2/3/2014	8/3/2014	Distrés respiratorio, edema agudo de pulmón, neumonía
Susana (23)	Dominicana	Embarazo de 35-36 semanas (sonografía), anemia normocítica hipocrómica, hiperémesis gravídica	6/5/2014	13/5/2014	Edema e hipoxia cerebral consecuencia de meningoencefalitis de P/B origen viral (PVVS)
Teresa (23)	Dominicana	Sepsis generalizada secundario a aborto	1/10/2014	4/10/2014	Pendiente al momento de cierre de la investigación

Fuente: Expedientes de mortalidad materna del Hospital, 2013-2014.

Las historias clínicas perinatales

Durante la revisión de los expedientes, el primer hallazgo fue comprobar que todos estaban incompletos, unos en mayor medida que otros. Esto impide disponer de información relevante y de calidad acerca de los determinantes de las muertes de las mujeres.



El cuadro 2 presenta los detalles de cada uno de los expedientes analizados. De estos 12 casos de muertes maternas revisados fueron seleccionados 6 para el análisis a profundidad, correspondientes a los casos de: Miriam, Josefina, Estela, Amelia y Susana y Teresa.

CUADRO 2. Resultados de la revisión de expedientes de mortalidad materna, enero 2013-octubre 2014

Caso	Hallazgos (x=inexistente/ no disponible, ù= existente, i=incompleto)						
	Formularios Svemm ¹²				HC PN	Cert. de defunción	Otras observaciones
	01	02	03	04			
Miriam	X	X	X	✓	X	i	
Josefina	✓	X	✓	✓	i		<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoja de admisión-egreso incompleta. No hay datos sobre el parto, el RN ni del egreso. No hay registro de antecedentes familiares ni personales, siendo una paciente hipertensa crónica. ▶ Inconsistencias en el resumen del caso, que reporta solo 2 consultas prenatales, pero su esposo dice que se atendió todo el embarazo en el hospital y no faltó a citas.
Estela	X	X	X	✓	i	i	▶ Inconsistencias graves en el resumen del caso.
Amelia		i			X	X	
Susana					i	i	▶ Tiene dos historias clínicas incompletas.
Teresa	X	X	X	X	X	X	▶ Expediente incompleto, debido a que estaba en fase de investigación. No se disponía de HCPN, de certificado de defunción, resumen del caso, formularios Svemm ni reporte de INACIF hasta el momento del levantamiento de información de la investigación.
Rosa	✓	X	X	✓	i	i	<ul style="list-style-type: none"> ▶ HCPN casi vacía, solo con datos generales y datos sobre aplicación de corticoides durante el embarazo y forma de terminación del mismo. ▶ El reporte del INACIF establece como causa de muerte shock hipovolémico por rotura de la arteria uterina; mientras el certificado de defunción certifica tromboembolismo pulmonar.
Belkis	I	X	✓	✓	I	ilegible	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoja de admisión-egreso incompleta ▶ Certificado de defunción completo, pero ilegible.
Carmen	✓	X	X	✓	X	i	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoja de admisión-egreso incompleta ▶ Incongruencia en Svemm 04: reporta que la fallecida solicitó atención oportuna y luego dice que llegó tarde al hospital.
Elisa	✓	X	X	✓	X	i	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hoja de admisión-egreso incompleta ▶ Incongruencia en Svemm 04: reporta que la fallecida reconoció el problema a tiempo, y luego dice que no lo reconoció. ▶ El Svemm 01 reporta que no estaba embarazada, pero la hoja de admisión-egreso y el reporte de necropsia reportan embarazo de 14 semanas.
Luisa	X	X	X	✓	X		
Dilcia	✓	X	X	✓	X	I	

Fuente: Expedientes de muertes maternas del hospital, enero 2013-octubre 2014

12 Formularios del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna (Svemm): 01: Ficha de notificación de muerte de mujer en edad reproductiva [10-49 años]/ 02: Formulario de identificación de la causa de muerte intrahospitalaria/ 03: Formulario de identificación de los factores que contribuyeron con la muerte [autopsia social]/ 04: Ficha de investigación de muerte materna.

La historia clínica perinatal (HCPN) es una fuente de información de gran valor, donde se realiza el registro del estado de salud, los actos médicos y los procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en la atención de la gestante. A través de esta, se puede evaluar la calidad de la prestación de los servicios, de acuerdo a los protocolos y guías diseñados para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. Además, es donde se puede verificar el cumplimiento de la normatividad de la atención en salud.

Una historia clínica bien elaborada permite identificar factores de riesgo materno-fetal, cuya detección temprana y manejo adecuado son determinantes para prevenir un pobre resultado perinatal y materno. Una información sobre el estado de salud de la gestante, sobre antecedentes familiares de patologías, o sobre el embarazo, que no se indaga en la historia clínica, constituye una oportunidad perdida para implementar medidas que prevengan la muerte materna y/o perinatal. Al mismo tiempo, una historia clínica incompleta o mal elaborada puede conllevar al subregistro de las muertes maternas, en la medida en que no se ofrece información fidedigna y cualitativa que permita hacer un diagnóstico preciso y verídico.

De la revisión de las HCPN disponibles, se concluye que el nivel de cumplimiento de la *Norma Técnica para la Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo en la Historia Clínica Perinatal* fue insuficiente en los expedientes de muertes maternas revisados. Al respecto se pudo constatar que de los 12 casos revisados, 5 no tenían HCPN disponibles y las 7 restantes estaban incompletas.

La revisión de los expedientes demostró que las HCPN no se completaron adecuadamente, a pesar de la existencia de una serie de controles y protocolos dispuestos por el sistema nacional de salud. Por un lado e internamente, la Gerencia de Área del Hospital realiza visitas de supervisión, tanto en sala de parto como en postparto, para dar seguimiento a la implementación de los reglamentos y protocolos de atención a las embarazadas, parturientas y puérperas. La coordinadora de Zona de la Gerencia de Área evalúa los expedientes, incluidas las órdenes médicas; y también se evalúa la calidad de la atención a usuarias, para determinar cuál es el trato y la atención dada a las pacientes. Cuando se detectan situaciones indebidas, se reportan a la Gerencia de Área, que hace un reporte a la Dirección Regional de Salud, instancia encargada de decidir sobre las medidas a implementar. Asimismo, el Comité de Morbilidad Extrema debe hacer un reporte semanal de los casos existentes en el Hospital con dicha condición.

Por otra parte, y externamente, la Dirección Provincial de Salud (DPS) realiza inspecciones al área de consulta, a fin de constatar la correcta utilización de las normas y protocolos de atención a las mujeres gestantes, lo cual “sigue siendo para el hospital una debilidad”, de acuerdo a lo expresado por la dirección de la DPS: “Se ha identificado muchas normas sin cumplir cuando van, lo que han notificado a la Dirección y a la Subdirección, a cargo de los recursos médicos de la institución”. Con respecto a la rigurosidad en la aplicación de las sanciones al personal médico que ha cometido faltas que han llevado a la muerte a una paciente, y la supervisión de que las sanciones definidas se cumplan realmente, la dirección de la DPS expresó “*la verdad es que esto [las sanciones] todavía sigue en el plano de las debilidades*”.



A partir de lo anterior, queda claro que tanto la Dirección Regional de Salud, como la DPS y la Gerencia de Área en Salud están conscientes de las debilidades observadas en el Hospital, respecto a la calidad de la atención brindada a las gestantes, a pesar de lo cual las acciones correctivas implementadas no han tenido impacto significativo en la calidad de la atención.

4. Estudios de caso de muertes maternas

Este capítulo describe el análisis a profundidad de los seis casos de muerte materna seleccionados entre los expedientes revisados. Todos corresponden a mujeres dominicanas, residentes en áreas urbano-marginadas de la provincia, fallecidas en el Hospital en estudio, durante el periodo comprendido entre enero de 2013 y octubre de 2014.

4.1 Causas básicas de muerte

Las causas básicas de muerte¹³ de los seis casos analizados a profundidad se corresponden con las más frecuentes causas de mortalidad materna del país, de acuerdo al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Estas son: sepsis generalizada, secundaria a aborto séptico (2 casos), ACV hemorrágico secundario a HTA crónica (1 caso), shock hemorrágico (2 casos) y edema e hipoxia cerebral a consecuencia de meningoencefalitis de P/B origen viral (1 caso). El cuadro 3 detalla los diagnósticos de ingreso y de muerte de los seis casos analizados.

CUADRO 3. Casos seleccionados de muertes maternas

Nombre/ (edad)	Fecha de ingreso/ Dx clínico de ingreso	Fecha de defunción/ Dx de muerte por el INACIF
Miriam (35)	20/02/2013 Restos ovulares retenidos, anemia microcítica hipocrómica, P/B CID	22/02/2013 Sepsis generalizada, secundaria a aborto séptico
Josefina (43)	3/11/2013 Eclampsia postparto	3/11/2013 HTA crónica, ACV hemorrágico
Estela (24)	24/10/2013 Embarazo de 36 semanas, sangrado del 3er trimestre, P/B DPPNI, D/C placenta previa	11/11/2013 Shock hemorrágico por CID secundario a procedimiento quirúrgico
Amelia (30)	19/11/2014 Embarazo 36-37 semanas, preeclampsia	20/11/2013 Ruptura del útero y de la arteria uterina
Susana (23)	6/05/2014 Embarazo de 35-36 semanas (sonografía), anemia normocítica hipocrómica, hiperemesis gravídica	13/05/2014 Edema e hipoxia cerebral consecuencia de meningoencefalitis de P/B origen viral (PVVS)
Teresa (23)	1/10/2014 Sepsis generalizada secundaria a aborto	4/10/2014 Pendiente al momento de cierre de la investigación

Fuente: Expedientes de mortalidad materna del hospital, 2013-2014.

Al analizar a profundidad las causas de las seis muertes maternas antes descritas, se concluye que en cinco de los casos se trató de muertes maternas directas, de acuerdo a las causas reportadas en los expedientes del Hospital.

¹³ Enfermedad o afección que dio inicio a la cadena de eventos mórbidos, que llevaron a la muerte o las circunstancias del accidente o del episodio de violencia que produjeron una lesión fatal (WHO, 2012).



Si se considera que fueron mujeres que recibieron entre dos y cuatro consultas prenatales, se puede establecer una relación directa de estas muertes con la calidad de los servicios recibidos, mucho más aún si se toma en cuenta que en casi todos los casos las mujeres permanecieron por varios días ingresadas en el Hospital, recibiendo atención médica.

En tres de los seis casos, el Comité de Mortalidad Materna del Hospital estableció la evitabilidad de la muerte materna; sin embargo, en solo dos de los casos se asumió responsabilidad por la misma. Cabe aclarar, que uno de los casos se encontraba en fase de investigación al momento de la realización de este estudio.

4.2 Descripción y análisis de los casos de muertes maternas

Como se explicó en la sección metodológica, el análisis cualitativo de los 6 casos seleccionados de muertes maternas fue realizado con base en distintas técnicas. Una de ellas corresponde al modelo de análisis de Las Tres Demoras, descrito por la Dra. Deborah Maine (1992), que se resume en el siguiente esquema:

Primera demora Demora en identificar el problema y tomar la decisión de buscar ayuda.	Evalúa los conocimientos, prácticas y creencias de las mujeres, las familias y las comunidades que puedan influir en el reconocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar ayuda.
Segunda demora Demora en llegar a la institución de atención/ logística de referencia.	Indaga sobre los factores que pudieron obstaculizar la accesibilidad a los servicios de salud/logística de referencia.
Tercera demora Demora en recibir el tratamiento adecuado en la institución.	Indaga sobre la oportunidad de la atención recibida y la calidad en la organización o la dimensión administrativa y sobre la calidad técnica/ científica de la prestación del servicio.

Los resultados obtenidos a partir del modelo de las tres demoras fue complementado con análisis de género –aplicado desde los ámbitos individual, familiar, del sistema de salud y macrosocial–, a fin de profundizar en las causas de estas muertes, que subyacen a nivel social y cultural, y que pueden estar determinadas por la forma en que hombres y mujeres de una sociedad y cultura determinadas conforman sus identidades de género.

A continuación se presentan en detalle los 6 casos de muertes maternas seleccionados, en cada uno de los cuales se describe una síntesis de su historia personal, clínica, familiar y un análisis de las tres demoras y de otros determinantes sociales y de género, que pudieron ser determinantes en cada una de estas muertes. En el capítulo siguiente se describen los hallazgos generales de este análisis cualitativo de manera común a todos los casos

Caso 1: MIRIAM

Datos personales y familiares

Miriam era una mujer de 35 años de edad. Era madre soltera de seis hijos e hijas. Su hijo mayor tenía 12 años de edad al momento de su muerte.

Datos médicos/ atención medica

(Fuente: información suministrada por su hermana y por el resumen del caso)

Miriam tuvo seis partos y un aborto previos. Ingresó al Hospital el 20 de febrero de 2013 referida desde una clínica, tras un legrado con complicaciones que no podían ser atendidas por falta de UCI. Su fallecimiento ocurrió el 22 de febrero, debido a un shock séptico a consecuencia de un aborto, del que no se tiene información si fue inducido o no.

- Miriam presentó sangrado transvaginal de tres días de evolución, acompañado de fiebre, dolor en fosa iliaca derecha de dos días de evolución, náuseas y vómitos, que se había tratado con Diclofenac.
- El 19 de febrero, Miriam buscó atención médica en una clínica donde se le realizó un legrado, del que no fue dada de alta de inmediato. El día 20 de febrero presentó dificultad respiratoria, aún estando ingresada, por lo que fue referida al Hospital, debido a que dicha clínica no contaba con Unidad de Cuidados Intensivos.
- En el Hospital se le realizó un nuevo legrado mediante la técnica AMEU (aspiración manual endouterina). El hemograma antes del procedimiento reporta 37.5 GB/mm³, Hb de 4 mg y Hto de 9. En el resumen del caso se reporta salida de gran cantidad de restos placentarios y ovulares, y sangrado de 200 cc. Se diagnosticó aborto de 13 semanas. Luego del legrado se ordenó suministrarle Oxitocina (20 Uds.) y Ergonovina (0.2 mg IM c/8 horas); además de una transfusión de 1,000 cc de sangre.
- El 21 de febrero se pidió interconsulta con servicio de Nefrología, encontrándose paciente disneica, con palidez marcada de piel y mucosas, abdomen globoso, doloroso, azoados elevados, tensión de 120/60 mm Hg. Se diagnostica insuficiencia renal aguda, secundaria a hipovolemia y proceso séptico. Se ordenó transfundir nuevamente e interconsulta con departamento de Cirugía.
- Es evaluada por el departamento de Cirugía, que reporta que la paciente se encuentra consciente, orientada, con dificultad respiratoria marcada, tinte icterico de piel y mucosas, que luce severamente deshidratada, orina colúrica, abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo. El departamento de Cirugía considera que la paciente debe ser seguida por el departamento de Nefrología. En este punto se observa cómo el caso es rebotado entre especialistas, sin que ninguno asuma la responsabilidad en el manejo del mismo. El resumen del caso no dispone de más informaciones sobre el seguimiento dado a la paciente.



- El día 22 de febrero su hermana pide el alta para trasladar a Miriam a Santo Domingo. Muere al llegar a una clínica en Santo Domingo.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida

Miriam era madre soltera y vivía en casa de su padre, ubicada en un sector muy empobrecido de la provincia. Por las condiciones de la vivienda, se infiere que vivía en condiciones de hacinamiento junto a sus seis hijos e hijas, sin posibilidades de vivir de manera independiente, debido a limitaciones económicas.

Los hijos e hijas son de dos padres distintos, quienes han cumplido de manera muy irregular con su manutención. Por esto, ella tuvo que asumir sola la responsabilidad de sostener a su familia. Miriam tenía una relación en unión libre sin convivencia.

Tras la muerte de Miriam, varios familiares dieron acogida a sus hijos e hijas. Sin embargo, debido a que estos familiares también viven en condiciones de pobreza, estos niños y niñas posiblemente queden expuestos a muchas precariedades y falta de oportunidades.

Educación, empleo y seguridad social

Miriam cursó hasta el primer año de bachillerato. No pudo continuar sus estudios porque tuvo que emplearse desde muy joven para poder sostenerse a sí misma y luego a sus hijos e hijas. Era empleada de zona franca, contaba con un sueldo mensual de RD\$8,000.00. Sin embargo, a pesar de tener un trabajo formal no disponía de seguro de salud.

Cuidado de su salud

Con tan solo 35 años, Miriam ya tenía 6 hijos, además de un aborto previo. A partir de esto se infiere que sus periodos intergenésicos eran cortos, y que no utilizaba métodos anticonceptivos, al menos de una manera regular. Esto hace suponer que Miriam no tuvo acceso a información sexual y reproductiva ni tampoco consejería en anticoncepción, por parte de los servicios de salud, durante cada uno de sus seis embarazos previos y que fueron atendidos institucionalmente.

El hecho de que Miriam fuera madre soltera con seis hijos e hijas; de no contar con el apoyo económico de su pareja, que estaba desempleado en ese momento, ni del apoyo de los sistemas de protección social a los cuales ella y sus hijos/as tienen derecho, conformaron el conjunto de causas que probablemente la hizo recurrir a inducirse el aborto.

En este caso se evidencia que fracasaron todos los procedimientos establecidos en los protocolos de salud materna. No tuvo ningún tipo de consejería ni orientación sobre planificación familiar y se evadió el mandato de consideración de género y de derechos en la implementación de la política pública, por parte del conjunto de actores con responsabilidad en el sistema de protección social.

Análisis de las demoras

Primera demora: Miriam no buscó asistencia médica durante tres días.

Aunque la hermana de Miriam no sabía si el aborto fue inducido o no, se podría inferir que sí lo fue, y que por miedo –a pesar del sangrado y el malestar físico–, no buscó asistencia médica durante tres días. Es evidente que sus necesidades sobre anticoncepción estaban insatisfechas, y que tanto el sistema de salud como su pareja y familia transfieren esa responsabilidad casi de manera exclusiva a las mujeres.

Ante la demora de tres días para buscar atención médica se plantean varias posibilidades:

- a. No podía faltar a su trabajo por temor a ser amonestada o despedida, o le negaron el permiso. Muchas empresas ponen obstáculos a sus empleadas/os para permisos de salud, por lo que se tiende a retrasar la búsqueda de atención médica, en interés de cuidar sus empleos.
- b. Es posible que no deseara hacerse el legrado en el Hospital y estuviera esperando reunir el dinero, o que la pareja se lo facilitara, para realizárselo en una clínica privada, ya que el Hospital no fue su primera opción.
- c. Pensó que podría abortar de manera clandestina, sin necesidad de realizarse el legrado, y al ver que empezó a tener síntomas de fiebre y dolor, decidió buscar atención médica.

Determinantes sociales están presentes en cada uno de estos posibles escenarios, que no pueden ser obviados al analizar las causas posibles de la primera demora en el caso de la muerte de Miriam. Algunos de estos son: a) tener una condición de vida precaria, donde la conservación del empleo se convierte en una necesidad imperiosa para mantener a sus hijos e hijas; b) la falta de apoyo de la pareja en el proceso; y c) el hecho de tener que recurrir al aborto de manera clandestina, debido a la ilegalidad de su práctica en el país, aunque ello constituya una violación de los derechos de las mujeres.

Durante su estadía en la clínica donde se realizó el legrado y luego en el Hospital, fue su hermana quien estuvo pendiente del estado de su salud, y quien se preocupó por comprar los medicamentos, evidenciando la ausencia de las figuras masculinas (pareja y padre con quien vivía), en la tarea del cuidado de Miriam. De esta manera se comprueba que las tareas de cuidado generalmente son asumidas por las mujeres de la familia.

La hermana de Miriam informó que, al trabajar de manera informal, se vio en la obligación de tomar dinero prestado para poder pagar los gastos de medicinas, y del traslado en ambulancia hacia y desde el Hospital. Este hecho constituye una de las múltiples dificultades a las que se enfrenta una familia cuando uno de sus miembros enferma y hace pensar en la posibilidad de que si la hermana hubiese tenido los recursos para trasladarla a tiempo en búsqueda de atención médica de calidad, el resultado podría haber sido otro.



Segunda demora: retardo en dos referimientos a niveles superiores de atención.

En el caso de Miriam hubo demora en el referimiento al nivel superior de atención en dos ocasiones: desde la clínica privada donde se realizó el primer legrado al Hospital; y desde el Hospital hacia otro centro de salud que contara con los insumos y equipos necesarios para brindar la atención necesaria dada su grave situación de salud.

Tercera demora: se evidencian deficiencias en la atención médica en varios hechos:

- a. Miriam permaneció dos días ingresada en la UCI del Hospital, a pesar de lo cual, el resumen del caso reporta que al ser evaluada por el servicio de cirugía, la paciente se encontraba severamente deshidratada. ¿Por qué está deshidratada una paciente que está bajo estrecha vigilancia médica, en una UCI?
- b. La evaluación del cirujano reporta un abdomen doloroso en hipocondrio derecho, con signos de ictericia y orina colúrica, indicios de probable falla hepática asociada a colecistitis, y sugiere que la paciente debe ser seguida por Nefrología, cuando en situaciones como estas corresponde evaluar al departamento de Gastroenterología y/o Cirugía. ¿Pudo realizársele una laparotomía exploratoria para evaluar la cavidad abdominal, y no se hizo?
- c. Ante la ausencia de ventiladores en la UCI –referida por la Dirección del Servicio de Ginecología del hospital, así como por una familiar médica de otra de las mujeres fallecidas–, la paciente no fue referida a tiempo al siguiente nivel de atención en salud.

Miriam era una mujer en condición de alta vulnerabilidad, ya que en ella confluían varias situaciones: multípara, jefa de familia, con 6 hijos, en unión informal, viviendo en condiciones de hacinamiento con su padre y toda su prole, baja escolaridad, bajos ingresos, sin seguro de salud y empleo precario, sin apoyo económico de parte de su pareja ni de los padres de sus hijos e hijas y, probablemente, con experiencias de violencia no confirmadas. El caso de Miriam es paradigmático, y ejemplifica los vacíos existentes en materia de promoción e implementación de los programas de planificación familiar, y en el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres. Además, es un caso que evidencia múltiples retrasos y descuidos en la atención médica especializada, ya que Miriam empeora estando ingresada en la UCI, mientras su caso es rebotado entre especialistas, sin que ninguno asuma la responsabilidad por su manejo.

Caso 2: JOSEFINA

Datos personales y familiares

Josefina tenía 43 años de edad. Estaba casada y era madre de un hijo de 14 años, una hija de 10 años y una niña recién nacida (10 días) al momento de su muerte.

Datos médicos/ atención médica

(Fuente: información suministrada por su pareja, su madre y por el resumen del caso)

Josefina era una mujer con historia de hipertensión crónica tratada, condición de salud que, por su edad (43 años), podía complicar el embarazo. Tuvo seis embarazos, dos partos vaginales previos y tres abortos espontáneos, adjudicados –según su pareja– al hecho que después de su segundo parto se le había diagnosticado toxoplasmosis.

Ingresó al hospital el 3 de noviembre de 2013, con 10 días de puerperio por parto fisiológico y diagnóstico de eclampsia. Fallece horas después de su ingreso con diagnóstico de accidente cerebrovascular (ACV) hemorrágico.

- Josefina presentó dolor de cabeza varias veces luego del parto, sin buscar atención médica. El décimo día del puerperio, el dolor de cabeza era insoportable, por lo que es llevada al Hospital, a donde llega en estado inconsciente.
- En el Hospital se le diagnosticó (ACV) hemorrágico, secundario a eclampsia. Es evaluada por un MA de ginecobstetricia, y presentada vía telefónica a MA de Medicina Interna, quien recomienda su traslado a UCI, y pide interconsulta con MA de Neurología, quien nunca respondió al llamado.
- Se decide su ingreso a UCI, pero no había camas disponibles, por lo que es llevada a una sala.
- Josefina falleció dos horas después de su ingreso.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida y dinámica familiar

Josefina, estaba casada y vivía en casa alquilada con el padre de sus hijos, un niño de 14 y una niña de 10 años de edad. El padre no había aceptado con agrado el último embarazo, ya que tenía un trabajo en el que ganaba muy poco dinero (RD\$10,000).

El esposo refiere que él usaba preservativo regularmente como método anticonceptivo, porque Josefina no quería usar anticonceptivos hormonales, debido a que le causaban malestar y le alteraban el ciclo menstrual. En este caso se evidencia un rol activo del hombre en la anticoncepción, aunque no como una primera opción, sino porque Josefina no utilizaba los anticonceptivos orales.



Su hermana explica que ellos conformaban una familia unida y amorosa, “con valores religiosos”, donde cada quien se preocupaba por el bienestar de los demás; aunque, por otro lado, refirió que su esposo era un hombre autoritario y que no quería ese embarazo. Lo anterior muestra la forma en que la religiosidad refuerza los mandatos de género, referidos a la subordinación de la mujer, condicionando actitudes para la protección de la salud, especialmente cuando la sexualidad de las mujeres está de por medio.

Cuando Josefina fue dada de alta después del parto, ella decidió pasarse unos días en casa de su madre, donde podría recibir cuidados durante su recuperación, ya que el marido trabajaba, y ella estaría sola en la casa con sus hijos. Pasar el periodo de riesgo con la madre es una costumbre arraigada en el país, reflejo de la división sexual de roles, en la que el trabajo de cuidado es asumido por las mujeres de la familia. En coherencia con esto, a su muerte, sus hijos quedaron al cuidado de su abuela materna, aunque mantienen una relación cercana con su padre, ya que –como forma de justificarlo– él trabaja durante el día y no puede atenderlos.

Educación, empleo y seguridad social

Josefina había completado la secundaria y decidió no continuar con estudios superiores, sino que completó dos cursos de secretariado y de cajera, que le permitieran obtener ingresos para aportar al presupuesto familiar.

En el momento de su muerte Josefina no tenía empleo, aunque antes estuvo empleada en una panadería. No contaba con seguro médico. Su esposo trabaja en el sector informal, y por tanto, tampoco tenía seguro médico, ni su hijo e hija.

Sobre el cuidado de su salud y la atención de salud recibida

Josefina sufría de hipertensión crónica, la cual trataba. El esposo informó que debido a la precaria situación económica familiar hubo momentos en que le faltaron algunos medicamentos, pero nunca el ácido fólico ni el antihipertensivo.

Sobre la atención recibida por Josefina en el Hospital, el esposo refirió que a Josefina nunca le agradó el trato del personal médico, pero tuvo que aceptarlo, ya que no había condiciones para atenderse en una clínica privada. No sentía confianza respecto a la calidad de la atención y cada vez que consultaba, posteriormente confirmaba los procedimientos seguidos con un médico ginecobstetra amigo, con lo que se iba tranquila a su casa.

Cuando se ingresa a Josefina en la sala –al no poder ingresarla a la UCI, porque no había camas disponibles–, su hermana refirió que escuchó a alguien (doctora o enfermera) gritar: “¡No la quiero aquí!” Este hecho ejemplifica una de las tantas manifestaciones de violencia obstétrica que se registran en los hospitales del país. Asimismo, refleja el estado de impotencia de muchas mujeres, en particular las más pobres, al no sentirse con el derecho de reclamar un trato digno y de calidad en los servicios de salud. Esto es muestra de las limitaciones existentes en el empoderamiento ciudadano, así como la falta de mecanismos hospitalarios para medirlos.

Análisis de las demoras

Primera demora: no buscó asistencia médica durante tres días.

La hermana informó que un día antes de la muerte de Josefina, notó que no podía girar su cuello, y que tenía que voltear la parte superior del cuerpo para poder conversar con ella. Cuando la hermana le miró a la cara, observó que tenía los ojos enrojecidos. Le preguntó si se sentía bien, a lo que Josefina respondió que no tenía nada. A partir de este relato, se infiere que la familia estuvo al tanto de los síntomas de Josefina en los días previos a su fallecimiento, sin embargo, no los identificaron como señales de alerta para buscar atención médica inmediata. Es decir, a pesar de ser una puérpera de alto riesgo, su familia no fue informada sobre los síntomas o señales de alarma a tener en cuenta en su estado de salud. Varias posibilidades se plantean en este caso:

- a. Josefina no quería volver al Hospital a recibir atención médica, y no contaba con los recursos para asistir a una clínica privada;
- b. Es posible que ella negara o minimizara los síntomas a la familia, para no recibir dinero de ellos, o tal vez por temor a que el marido se molestara.
- c. Es posible que el marido le dijera que esperara a que él consiguiera el dinero para que ella pudiera ir a recibir atención médica. Algunos hombres no quieren evidenciar ante la familia de la mujer que no tienen dinero para resolver las situaciones que se presentan, ya que –en coherencia con el mandato social de género–, los hombres deben ser los proveedores fundamentales.
- d. Existe la posibilidad de que este hecho pudiera estar ocultando situaciones de violencia por parte del marido, debido a que él era “un hombre autoritario” y además, no deseaba el embarazo. Quizás Josefina pudo haberle ocultado su malestar para evitar reclamos. Esta situación podría reflejar las desigualdades de poder al interior de la pareja.

Segunda demora: no fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.

Josefina no fue referida oportunamente al nivel superior de atención, al momento de percatarse de que no había disponibilidad de camas en la UCI del Hospital.

Tercera demora: demoras y fallas en la atención de salud

La hermana y el esposo de Josefina refirieron que hubo muchas demoras para que Josefina recibiera la atención que requería por su delicado estado de salud:

- a. Al ingresar al Hospital por la emergencia, se perdió tiempo en suministrarle oxígeno y medicamentos, a pesar de que llegó en estado de inconsciencia.
- b. No tuvo acceso a la UCI, ya que no había camas disponibles en dicha unidad.



- c. No había neurólogo disponible en el Hospital en el momento de su llegada. Pero, este nunca respondió cuando se le llamó vía telefónica. Esto evidencia la irresponsabilidad del personal de salud ante un llamado de emergencia; además de la necesidad de que el Hospital disponga de personal especialista de servicio en el área de Emergencia durante las 24 horas.

Josefina, puérpera de alto riesgo por hipertensión crónica, con historia de medicación descuidada por falta de recursos. Embarazo no deseado por su pareja, viviendo en relaciones de dependencia económica y emocional y posible violencia de pareja. Se evidencia un fuerte control masculino sobre su sexualidad y sus derechos reproductivos –con manifestación particular en el caso de este embarazo–, que condiciona a Josefina en la demanda de atención médica requerida. Recibe maltrato por parte del personal hospitalario a su ingreso, lo que posiblemente la convence para no querer volver. En su caso confluyen múltiples retrasos y descuidos en la atención médica especializada, desinterés de su marido en las consecuencias de un embarazo que él entiende que ella asumió; y de manera especial insuficiente orientación por parte del personal de salud sobre sus necesidades en el postparto.

Caso 3: ESTELA

Datos personales y familiares

Estela era una joven mujer de 24 años de edad. Era madre de dos hijos: su hijo mayor tenía 3 años y el recién nacido 2 días, al momento de su muerte.

Datos médicos/ atención medica

(Fuente: información suministrada por su pareja, su cuñada y por el resumen del caso)

Estela tenía historia de tres embarazos, un parto y un aborto previos. Había recibido atención prenatal en la UNAP de su comunidad, y había estado ingresada en dos ocasiones en el hospital perteneciente a la seguridad social (SS) de su provincia, por sangrado transvaginal presentado durante este embarazo.

- Ingresó por primera vez al Hospital regional, el 24 de octubre de 2013, referida desde el hospital de la SS, al presentar dolor abdominal de 4 horas de evolución y sangrado transvaginal, con 4 cms de dilatación cervical. Fue referida debido a que la institución de referencia no contaba con incubadora y se trataba de un embarazo pretérmino.
- Según la pareja de Estela, ella permaneció en el Hospital ingresada desde el 24 de octubre, a fines de corregir la anemia que presentaba, y para útero-inhibirla hasta el día en que murió, el 11 de noviembre. Sin embargo, esta información no corresponde con el reporte del INACIF, que registra su ingreso el 9 de noviembre.
- De acuerdo con su pareja, el día 9 de noviembre se le realiza la cesárea (después de 16 días de ingreso), tras la cual se presenta sangrado transvaginal profuso que amerita transfusión sanguínea. El sangrado no cede, y la paciente es reintervenida quirúrgicamente, y se le realiza una histerectomía.
- El sangrado continúa y Estela es intervenida quirúrgicamente por tercera vez, según el relato de su esposo. En el expediente no hay evidencia de que este último procedimiento haya sido realizado.
- Estela muere el día 11 de noviembre, con diagnóstico de shock hipovolémico por hemorragia postparto.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida y dinámica familiar

Estela tenía una relación de unión libre con el padre de sus hijos. Su cuñada refirió que Estela “amaba profundamente a su pareja”, pero que tenía una relación conflictiva con él, matizada por episodios de violencia. Una de las causas de los conflictos fue el hecho de que su pareja había embarazado a otra mujer casi al mismo tiempo que a Estela. La cuñada relató que durante el velatorio, su madre decía: *¡Ella sabía que no podía embarazarse, tanto que se lo dije!*



En la actualidad, sus hijos están siendo criados por la familia materna de Estela. Una vez más, el padre de la familia no asume la responsabilidad en el cuidado de sus hijos, que quedan en manos de la familia de la fallecida.

Según las informaciones suministradas por la familia, Estela era víctima de una relación de violencia, agudizada por una dependencia emocional y económica respecto a su pareja. La sumisión de algunas mujeres a los deseos de los hombres es interpretado muchas veces por las personas allegadas a la pareja como expresiones de “amor profundo”, y no como signos de dependencia emocional y consecuencia de la violencia. Esto impide a las mujeres detectar el maltrato soterrado, quienes tienden a justificar los actos violentos de sus parejas, ante los que muchas veces ellas se auto-culpabilizan. Esto constituye uno de los recursos de perpetuación de la masculinidad dominante.

De acuerdo con su pareja, Estela quedó embarazada a pesar de estar usando anticonceptivos. Al respecto se pueden inferir algunas posibles explicaciones: una es que Estela decidiera suspender el uso de anticonceptivos para quedar embarazada sin consultarlo con la pareja, como forma de competir con la otra mujer que su pareja había embarazado. Más que cuestionar al marido por la infidelidad o hacer un corte en la relación, muchas mujeres utilizan este recurso frente a la infidelidad, con lo cual se refuerza la dependencia emocional y económica de sus parejas. Otra posibilidad puede ser que los continuos episodios de sangrado transvaginal que hizo Estela pudieran estar relacionados con violencia física por parte de su pareja.

Educación, empleo y seguridad social

Estela había completado la secundaria y un curso de estilismo. Se encontraba desempleada y estaba afiliada al SENASA subsidiado. Se repite la historia de Josefina y de muchas otras mujeres, que una vez terminan el bachillerato, realizan una capacitación corta que si bien les permite ganar dinero para mantener a su familia, les impide continuar con estudios avanzados y así optar por un trabajo más calificado y de mayor remuneración.

Sobre el cuidado de su salud

Estela presentó varios episodios de sangrado transvaginal, con anemia subsecuente, a lo largo de todo su embarazo. Sin embargo, su pareja y hermana confirmaron que ella no se descuidaba con su atención prenatal.

Análisis de las demoras

Primera demora: No hubo primera demora, ya que –aunque no fue identificada la situación de riesgo– ella buscó atención médica inmediata al presentar dolor y sangrado.

Segunda demora: No fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención, a pesar de requerirlo, permaneciendo ingresada 17 días antes de su muerte en el Hospital.

Tercera demora: Demoras y fallas en la atención de salud.

Con 17 días de ingreso hospitalario, sin haber llegado en condiciones críticas, las complicaciones se produjeron y agravaron bajo vigilancia médica, incluso considerando las incoherencias dadas entre el relato de la pareja y la historia clínica. Hubo tardanza en la transfusión, al no haber unidades de sangre disponibles en el hospital; y tardanza en el suministro de los medicamentos necesarios.

El caso de **Estela** expone con claridad la falta de calidad en los servicios hospitalarios, con evidentes muestras de desatención por parte del personal involucrado. Estela no ingresó en condiciones críticas al Hospital, ya que las complicaciones se produjeron y agravaron bajo vigilancia médica durante 17 días de ingreso. Además, este caso evidencia evasión por parte de su pareja –que se infiere estaba más interesada en su otra relación–, enviándole a Estela un claro mensaje de su decisión de desresponsabilizarse de una nueva carga familiar. Este caso ejemplifica el peso que tiene en la cultura patriarcal la idea de que el embarazo y sus consecuencias son principalmente responsabilidades de las mujeres.



Caso 4: AMELIA

Datos personales y familiares

Amelia era una mujer jefa de hogar de 30 años de edad. Era madre soltera de tres hijos e hijas. Amelia muere una hora después del parto de su última hija.

Datos médicos/ atención medica

(Fuente: información suministrada por su familia y por el resumen del caso)

Amelia era una mujer con historia de 3 embarazos y dos partos vaginales previos, que cursaba con embarazo de 37-38 semanas. Fue referida al Hospital regional desde un hospital municipal de la provincia, ya que Amelia estaba diagnosticada de preeclampsia, y este hospital no contaba con laboratorio ni servicio de anestesiología.

Amelia fue ingresada el día 19 de noviembre de 2013, a las 4:15 pm en preparto, para dejar evolucionar el parto, y a las 4:00 am del día siguiente la paciente fallece por shock hipovolémico, debido a ruptura uterina durante la labor de parto, de acuerdo al resumen del caso.

El expediente de esta mujer no ofrece información suficiente que permita tener una idea clara de los procedimientos médicos realizados en las horas previas a su muerte ni cuáles fueron los eventos que llevaron a tal desenlace. Dicho expediente reporta lo siguiente:

- A las 6:00 pm es valorada por MA de Medicina Interna, R3 y R2 de Medicina Familiar, que no encuentran hallazgos físicos patológicos. Tensión de 140/90 mm Hg.
- A las 8:00 pm es evaluada por MA de Obstetricia, de Medicina Interna y R4 de Medicina Familiar, encontrándose niveles tensionales de 140/80 mm Hg, cérvix borrado en 70%, con 3 cm de dilatación. No se reportan más evaluaciones durante el periodo de labor de parto.
- A las 3:00 am del 20 de noviembre, R3 de Medicina Familiar asistió el parto en cama, “porque no había camilla disponible en ese momento”, recibíéndose producto femenino de 6 1/2 libras, con puntuación Apgar de 6.5 y asfixia severa, por lo que se ingresa en área de neonatología. Estos dos últimos datos son incongruentes, ya que la asfixia neonatal severa se corresponde con puntuación Apgar igual o menor de 4.
- A las 4:00 am, un MA de Obstetricia acudió a llamado de enfermera, porque la paciente está sangrando y probablemente convulsionando, con marcada palidez de piel y mucosas, sin tensión arterial, que responde a estímulos dolorosos profundos. Se administró Dopamina y se avisó a anestesiología para canalizar vía yugular y transfundir. Se revisó cavidad uterina encontrándose sangrado moderado a severo, sin evidencia de desgarros cervicales. Se ordenó administrar Oxitocina. En el segundo intento de canalización, la paciente hizo paro cardíaco por lo cual se le realizó masaje cardíaco y transfusión, pero la paciente no respondió y se le declaró muerta.

Esta información registrada en el resumen del caso llama la atención, ya que el diagnóstico de muerte dado por el INACIF es de shock hipovolémico por ruptura uterina, lo que debió haberse constatado al realizar la revisión de la cavidad uterina.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida y dinámica familiar

Amelia era madre soltera, y vivía sola con sus dos hijos pequeños, aunque se pasaba el día en casa de su abuela materna, quien la había criado, ya que su madre había muerto cuando ella era una niña. Esta situación representó un elemento de alta vulnerabilidad en su vida, al crecer y desarrollarse en ausencia de madre y padre. Luego, en su condición de madre también quedó evidenciada la ausencia de las figuras paternas de sus propios hijos e hijas.

Al igual que en los otros casos de este análisis, Amelia no continuó los estudios universitarios, por la necesidad de trabajar para mantener a sus hijos, ante la ausencia del padre. No se pudo determinar la razón por la que la familia de Amelia no conociera al padre de la última criatura. Las posibilidades que pudieran plantearse son varias, entre ellas, que el embarazo no fuera deseado por el hombre, y que ella decidiera tener a su hija sola.

Muchas mujeres que deciden continuar con embarazos de los cuales los padres no quieren responsabilizarse, se convierten en víctimas de depresión, violencia y amenazas por parte de la pareja. Llevar a costas una gestación que no es deseada por la pareja, además de la carga económica y de cuidado de otros hijos, implica una sobrecarga emocional, que repercute en el estado de salud de las mujeres, y puede explicar el desarrollo de hipertensión durante el embarazo en el caso de Amelia.

Su tía materna relató que Amelia, durante su embarazo, le dijo que le regalaría su hija. Esto hace pensar en la posibilidad de que no deseaba el embarazo, o que considerara que, ante la ausencia del padre, sería difícil para ella cuidar y mantener otra niña.

Educación, empleo y seguridad social

Amelia había completado el bachillerato, era estilista, y tenía un salón de belleza, de lo que se infiere que tenía autonomía económica. Al ser un trabajo informal, no tenía aseguramiento en salud.

Los familiares entrevistados expresaron que ella suplía sin dificultades las necesidades básicas de ella y las de sus hijos, y posiblemente también las de su abuela y de la tía política, que eran quienes le ayudaban con el cuidado de su hijo e hija. Es decir, era una mujer proveedora, jefa de familia.

Sobre el cuidado de su salud y la atención de salud recibida

La familia refirió que Amelia prefería trasladarse a recibir atención médica en el hospital del municipio, ya que no le agradaba la calidad de la atención en el Hospital regional. Ella prefería una atención más personalizada, donde también el tiempo de espera fuera menor.



Lo anterior es muy importante para mujeres que necesitan producir dinero para el sustento de su familia, más aún para quienes son dueñas de su propio negocio, como era el caso de Amelia, para quien cualquier tiempo perdido se traducían en menores recursos económicos percibidos.

Análisis de las demoras

Primera y segunda demora: No fueron identificadas.

Amelia no tuvo signos o síntomas que justificaran la búsqueda inmediata de atención médica. Fue referida desde el hospital de su municipio, al llegar al término del embarazo, preparada para dar a luz en el Hospital, sin que existiera una situación de emergencia que justificara el referimiento. El mismo se hizo por la falta de anesitiólogo en el hospital que la refirió. Sus niveles tensionales estuvieron estabilizados durante todo el embarazo, según refirieron sus familiares.

Tercera demora: Falta de seguimiento cercano de su labor de parto.

- a. Se detectaron fallas de seguimiento adecuado a la paciente durante la labor de parto, tratándose de una paciente preecláptica, tal como se consignó en el diagnóstico de ingreso al Hospital. En el resumen del caso, solo se reportaron dos tomas de signos vitales, a las 6:00 pm y a las 8:00 pm del día de su ingreso.
- b. No se dispone de más información que permita conocer cuál fue el seguimiento que se dio a Amelia entre las 8:00 pm de la noche y las 3:00 am del día siguiente, hora en la que se reportó que el residente de tercer año asistió el parto en cama, “porque no había camilla de parto disponible”, sin que se informara sobre el estado de la paciente.
- c. Solo se reportaron datos sobre la recién nacida, a la que se diagnosticó asfixia severa. Una tía de Amelia refiere que una conocida, que estuvo ingresada en la misma sala con Amelia, dijo que “la dejaron morir sola”. De estas palabras se infiere que la fallecida no tuvo un seguimiento cercano en su labor de parto, ya que de haberse utilizado el partograma, se hubiesen podido detectar signos de alarma durante el proceso, que orientaran sobre la evolución del mismo.

En el caso de Amelia, es muy posible que se haya recurrido al uso combinado de oxitocina y de prostaglandina vaginal, práctica no recomendable, para acelerar la dilatación cervical, ya que es muy difícil, de acuerdo con los ginecobstetras, que ocurra una ruptura uterina espontánea.

Ignorar a las mujeres durante su labor de parto, en el seguimiento al proceso de dilatación y en su necesidad de acompañamiento y orientación constituyen formas de violencia obstétrica –en la que las mujeres son abandonadas a su suerte–, durante esta fase de la maternidad. El caso de Amelia mostró claras evidencias de negligencia médica, al reportarse siete horas en labor de parto con internamiento y sin reconocimiento por parte del personal a cargo. Las complicaciones pudieron ser múltiples, pero lo concreto es que una mujer hospitalizada tiene su parto en una cama de sala y se desangra, lo cual constituye una expresión de negligencia extrema, trato deshumanizado de los servicios y la más alta expresión de violencia obstétrica.

Caso 5. SUSANA

Datos personales y familiares

Susana era una joven mujer de 23 años de edad. Madre soltera de dos hijos y una hija recién nacida (4 días) al momento de su muerte.

Datos médicos/ atención medica

(Fuente: información suministrada por su madre y por el resumen del caso)

Susana era una joven con historia de cuatro embarazos, dos cesáreas y un aborto previos. Había tenido cuatro chequeos prenatales dentro de la normalidad, cursando con embarazo de 35-36 semanas por sonografía. Era VIH positiva, paciente del programa de VIH del mismo Hospital, condición que era desconocida por su familia y al inicio de su atención al parto.

- Llegó a la emergencia del Hospital el día 6 de mayo, por presentar cefalea intensa y vómitos de una semana de evolución, de acuerdo con el resumen del caso. Según su madre, su hija fue al Hospital la misma noche que comenzaron los síntomas.
- El día 8 de mayo, Susana se torna “irritable y poco cooperadora” por lo que se solicitó interconsulta con Psiquiatría. El día 9 es transfundida con 1,000 cc de sangre, y llevada al quirófano para cesárea, debido a elevación de los niveles tensionales y por lo cual es manejada como preecláptica.
- El día 10 de mayo fue evaluada por el Comité de Morbilidad Extrema, encontrándola inconsciente, con respuesta a estímulos dolorosos, considerándose posible eclampsia. Se intubó y se le suministró ventilación asistida.
- El día 11, dos días después de la cesárea, entra en coma profundo sin respuesta a maniobras de resucitación cardiopulmonar. Es ingresada a la UCI, donde permaneció durante 3 días sin mejoría, hasta el momento en que es declarada muerta. El diagnóstico de muerte es edema e hipoxia cerebral a consecuencia de meningoencefalitis de probable origen viral.
- En el resumen del caso se reporta que la paciente era conocida del departamento de VIH, pero no hay prueba de VIH realizada que confirme el diagnóstico en el expediente. Al indagar sobre el caso en el departamento de VIH, una doctora entrevistada refirió que era una paciente que no acudía a sus citas de manera regular.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida y dinámica familiar

Susana era la primera de seis hijos/as. Vivía junto con su madre y sus hermanos/as, uno de sus hijos, además de su tía materna, el esposo de la tía, y algunos primos. En la actualidad, en la casa materna habitan 13 personas, en condiciones de hacinamiento. El único proveedor de la familia es el marido de la tía. El hijo mayor de Susana vive en Haití junto a su padre.



Según cuenta su madre, Susana tuvo múltiples parejas sexuales. En el momento de su muerte, tenía una relación estable con el padre de su última hija.

Educación, empleo y seguridad social

Susana cursó hasta el octavo curso. No trabajaba de manera remunerada, por lo que dependía económicamente de su pareja, que no residía en la casa. No tenía seguro de salud.

Sobre el cuidado de su salud y la atención de salud recibida

Susana era una muchacha saludable, a pesar de su condición de seropositividad al VIH, que su familia desconocía hasta el momento de su muerte. Cuando la madre se entera de la condición de su hija, expresó que averiguaría sobre esto en el departamento de VIH del hospital, pues nadie del hospital le había informado nada al respecto cuando su hija murió.

Cuando se indagó en el departamento de VIH del Hospital sobre el caso de Susana, una médica que conocía el caso refirió que ella no asistía de manera regular a las citas. Esto hace pensar que Susana no recibía atención en el departamento de VIH, quizás por temor a ser reconocida, por temor al estigma y la discriminación de que son víctimas muchas personas que viven con el VIH. La situación pone en evidencia las fallas en los mecanismos de adherencia al Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH del Hospital. Además, pone en cuestionamiento la calidad de la consejería que debió recibir en torno a la importancia de su tratamiento de salud y a los derechos que le asistían.

La madre cuenta que su hija fue maltratada por el personal médico mientras estuvo ingresada en el Hospital, debido a que hizo varios episodios de irritabilidad. Uno de los médicos que la atendió le dijo: “Tu hija lo que está es loca”.

Análisis de las demoras

Primera y segunda demora: No hubo retrasos en buscar atención médica ya que, según su madre, Susana fue llevada al hospital regional la misma noche que inició el dolor de cabeza y los vómitos. Tampoco se identifica la segunda demora.

Tercera demora: Fallas en el seguimiento a pacientes del departamento de VIH.

- a. Susana era paciente que había tenido 4 chequeos prenatales en los que no se identificó que era una paciente del programa de VIH del Hospital.
- b. En el resumen del caso se hace mención de que Susana llevó una prueba falsa de VIH, que reportaba negativo. El hecho de que no se conociera sobre la seropositividad de Susana al VIH constituye una muestra de la debilidad de los servicios del Hospital en lo que se refiere a la integralidad e interdisciplinariedad, de forma que cada departamento con el que haya tenido contacto la mujer durante la atención prenatal disponga de información oportuna y de calidad sobre su condición de salud.

El caso de **Susana** constituye expresión de maltrato, discriminación, violencia y tratamiento estigmatizado frente al VIH, que se tradujo en violencia verbal, descuido y negligencia médica. Se trataba de una joven de 23 años, muy pobre, a quien se le desconocieron sus derechos como ser humano, como mujer y como seropositiva, fallando la adherencia al Programa Nacional de Reducción de la Transmisión Vertical del VIH y a los procesos de consejería que debió recibir.



Caso 6. TERESA

Datos personales y familiares

Teresa era una joven mujer de 23 años de edad. Independiente y sin hijos.

Datos médicos/ atención medica

(Fuente: información suministrada por prima médica y por el resumen del caso)

Con 23 años de edad, Teresa había tenido cuatro abortos inducidos previos, refiere una prima, los dos últimos con pocos meses de diferencia entre uno y otro. El día 1° de octubre, Teresa ingresa al Hospital (por segunda vez), referida desde una clínica privada de la provincia, por presentar shock séptico secundario a aborto, con perforación uterina.

- El 17 de septiembre, a Teresa se le realizó un legrado en un centro médico privado de la provincia.
- El 22 de septiembre, cinco días después del legrado, presentó fiebres y dolor de espalda baja, por lo que fue ingresada en el Hospital por primera vez, con diagnóstico de retención de restos ovulares.
- El 24 de septiembre se le realizó un nuevo legrado. Ante las fiebres y la elevación de glóbulos blancos, la médica tratante consideró que debía permanecer ingresada en el Hospital, pero Teresa solicitó el alta a petición el día 25 y se le concedió.
- Luego del alta, Teresa continuó con dolor pélvico y de espalda con fiebres y fue ingresada en otro centro médico privado, con diagnóstico de infección de vías urinarias y enfermedad pélvica inflamatoria. Un nuevo sonograma reportó retención de restos ovulares, que se manejó conservadoramente. La paciente solicitó el alta a petición nueva vez y se le concedió.
- El día 1° de octubre, Teresa llegó en condiciones críticas a la clínica donde se había realizado el primer legrado. Se le diagnosticó shock séptico, y se refirió al Hospital regional, ya que esta clínica no contaba con UCI. En el Hospital es intervenida quirúrgicamente para realizarle una histerectomía.
- La paciente fallece tres días después, con diagnóstico de edema agudo de pulmón (EAP), diagnóstico que su prima médica pone en duda, debido a que no encontró signos de EAP en el cuerpo de Teresa, cuando llegó al hospital luego de su muerte. Ella refirió que encontró a su prima aún intubada, y que no mostraba ningún tipo de secreción nasal ni bucal que le sugiriera un EAP.

Según informó la prima de la fallecida, Teresa siempre le decía que tenía mucha sed mientras estuvo ingresada, a pesar de que tenía solución endovenosa puesta. Refirió que el médico en-

cargado de la UCI nunca estaba las veces que visitaba a Teresa, y que no se le puso ventilador (debido a que la UCI no cuenta con este equipo). Además, cuando se solicitó la determinación de gases arteriales, no se le hizo el procedimiento. Ante la gravedad de Teresa, los familiares pensaron en sacarla para llevarla a Santo Domingo, pero el personal médico le recomendó no hacerlo, ya que debido a su crítica situación podía morir en el trayecto.

Determinantes sociales y de género

Condiciones de vida y dinámica familiar

Teresa no tenía hijos, y mantenía una relación de convivencia con una pareja, con quien vivía en la ciudad.

Su prima relató que ocultó su embarazo a la familia hasta los tres meses de gestación, lo que le hacía pensar que Teresa no deseaba ese embarazo, y que, por tanto, el aborto que la llevó a la muerte haya sido inducido. Días antes de morir, ella había comentado a un primo que pensaba separarse de su pareja. Esta situación expone el conflicto enfrentado por una gran cantidad de embarazadas que no tienen pareja estable, en una sociedad que rechaza el hecho de que las mujeres tengan autonomía sobre sus cuerpos. La misma que discrimina y sanciona a las madres solteras y, sin embargo, obstaculiza o impide el acceso a la anticoncepción y penaliza el aborto. Asimismo, el hecho de que una mujer tan joven haya tenido cuatro abortos previos es una clara evidencia de que no recibió ningún tipo de educación que le permitiera acceder a métodos anticonceptivos adecuados y a disfrutar de una sexualidad sin riesgos.

Educación, empleo y seguridad social

Teresa era estudiante universitaria, que cursaba el séptimo semestre de contabilidad en una universidad privada y que al momento de su muerte había suspendido un semestre, aunque pensaba reintegrarse, según contó su prima. Trabajaba en una banca deportiva, con un sueldo mensual de RD\$12,000.

A pesar de trabajar de manera formal, Teresa no tenía seguro médico, por lo que en varias ocasiones usaba el carnet del seguro de su prima o de su hermana. Al revisar el expediente de mortalidad materna en el hospital, se pudo comprobar que se había ingresado con dos nombres distintos, seguramente sintiéndose obligada a utilizar subterfugios para poder acceder a servicios de salud de cierto nivel de calidad, debido a que ella no contaba con un seguro propio.

Sobre el cuidado de su salud y la atención de salud recibida

Según el relato de su prima, Teresa había tenido múltiples parejas sexuales y, a pesar de ello, no se planificaba ni prevenía las ITS. No le gustaba planificarse, “porque las pastillas la engordaban”. En palabras de ella, “su método de planificación familiar preferido era la pastilla del día después”, de la que tomaba varias en el mes. Llama la atención el hecho de que una mujer con el nivel de escolaridad de Teresa no tuviera conocimiento de los riesgos a los que se exponía al no protegerse adecuadamente de un embarazo no deseado o de una ITS.



En este caso, y el temor de Teresa a engordar, queda explícita la manera en que los estereotipos de belleza occidentales juegan un papel en la salud sexual y reproductiva de una mujer, y el significado que se impone a las mujeres sobre sus cuerpos y su sexualidad, construidos para el placer masculino, aunque ello implique ignorar medidas de cuidado sobre la propia salud.

Es posible inferir la vivencia contradictoria de la autonomía sexual en Teresa, para quien estar libre de los obstáculos de la maternidad, constituía un aspecto central en su vida; sin embargo, se evidenció que ella no tuvo acceso a información confiable sobre salud sexual y salud reproductiva que le permitiera disfrutar de su sexualidad de una forma segura. Esto a pesar de ser una mujer con estudios universitarios.

Asimismo, pudo comprobarse descuido en la atención médica recibida, ya que no se consideraron los riesgos de salud de Teresa, al haber hecho varios eventos de infección de vías urinarias e inflamación en región pélvica. Además, había tenido múltiples abortos inducidos (4), el penúltimo un mes antes del aborto que le ocasionó la muerte.

Según su prima, Teresa prefirió ir primero a una clínica privada, pero al no contar con el dinero requerido, fue al Hospital, donde le dijeron que le harían el legrado sin anestesia. Esto la asustó y la obligó a buscar el dinero para hacerse el legrado en la clínica. Lo anterior representa una grave expresión de violencia obstétrica, ya que a través de insultos o amenazas se castiga a las mujeres o se les niega la atención que requieren.

Análisis de las demoras

La primera demora: No buscó asistencia médica durante tres días.

A pesar de que Teresa reconoció el problema, no buscó atención médica a tiempo. **Al igual que el caso de Miriam, este retraso probablemente se debió a una combinación de causas relacionadas con el miedo a la pérdida de su trabajo,** y el temor a la censura social tras revelar su estado de salud a colegas o familiares, mucho más si se tiene en cuenta que no era la primera vez que se realizaba un aborto.

Segunda demora: no fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.

Teresa no fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención, desde el centro privado de salud en el que estuvo ingresada primero y tampoco desde el Hospital regional, **donde estuvo ingresada dos veces.**

Tercera demora. Fallas administrativas y en la atención médica se evidencia en:

- a.** Conceder el alta precipitada en su primer ingreso al Hospital, considerando el cuadro clínico que presentaba. ¿Por qué se da el alta a una paciente que se sabe está en condición de salud delicada? Una vez dada el alta prematura, ¿por qué no se dio un seguimiento cercano, para monitorear su evolución?

La insistencia de Teresa en el alta prematura probablemente guarda relación con su necesidad de volver rápidamente al trabajo, por temor a perderlo, lo que da cuenta

de cómo las mujeres desatienden sus necesidades de salud, con tal de no arriesgar sus fuentes de ingresos. Cuando se solicita el alta, generalmente se debe firmar un documento de descargo de responsabilidad del hospital, si ocurriera alguna eventualidad que pusiera en riesgo la vida de la persona. Esto puede interpretarse como una forma de eludir la responsabilidad del sistema de salud en el seguimiento de los casos que pudieran complicarse.

- b.** Ausencia de ventiladores en la UCI, necesarios en su segundo ingreso, y el retraso en la realización de la determinación de gases arteriales, tal como revela su prima médica.

La reflexión sobre el caso de Teresa evidencia la necesidad de asociar la falta de información de las mujeres sobre sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos; las dificultades en acceder a información oportuna; y la reiterada negación de derechos sobre la etapa de su vida en que está dispuesta a llevar responsablemente un embarazo, junto a las barreras legales y sociales impuestas por fundamentalismos religiosos que lesionan de manera exclusiva a las mujeres, más aún si son solteras.

En este caso, único del grupo analizado de mujer sin hijos, se observa la combinación de múltiples expresiones de violencia obstétrica por parte de personal de salud. Se le niegan derechos y se le amenaza con agresiones en el servicio –legrado sin anestesia, como forma de castigar, pagando con dolor su actitud libre ante la sexualidad–, con lo cual se culpabiliza a las mujeres por intentar ser “madre soltera”, y tomar decisiones sobre su vida sexual. Además, en este caso se evidencia la falta de información y de orientación sobre autonomía de las mujeres en la toma de decisiones en torno a su salud sexual y reproductiva, aun en aquellas con determinada capacidad económica.



5. Desigualdades de Género y otros determinantes sociales en los seis casos de muertes maternas

5.1 Hallazgos generales del análisis de demoras

A modo general, al analizar los seis casos, según el modelo de las tres demoras, se comprueba claramente que la mayor cantidad de fallas se presentan durante la tercera demora, identificada en todos los casos y referida a la atención recibida, a la calidad técnica-científica de la prestación del servicio y, en particular, a la calidad humana en la atención. La primera y la segunda demoras se presentan en algunos de los casos, y se resumen en el siguiente cuadro.

CUADRO 4. Demoras identificadas por casos de mortalidad materna analizados

CASOS	Primera demora	Segunda demora	Tercera demora
1. Miriam	Reconoció el problema, pero no buscó atención médica a tiempo.	No fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.	<ul style="list-style-type: none">▶ Ausencia de ventiladores en la UCI.▶ Fallas en el seguimiento de la paciente por parte de diferentes especialistas.
2. Josefina	Reconoció el problema, pero no buscó atención médica a tiempo.	No fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.	<ul style="list-style-type: none">▶ Retraso en suministrarle oxígeno y medicamentos en la emergencia.▶ Fallas en el acceso oportuno a la UCI, al no haber camas disponibles.▶ Falta de neurólogo.
3. Estela		No fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.	<ul style="list-style-type: none">▶ No disponibilidad de unidades de sangre en el hospital para transfundir.▶ Falta de medicamentos necesarios para suministrar a la paciente.
4. Amelia			<ul style="list-style-type: none">▶ Seguimiento inadecuado durante labor de parto, ante caso de paciente preecláptica.▶ Falta de camilla de parto.
5. Susana			<ul style="list-style-type: none">▶ Falla en reconocer una paciente seropositiva al VIH, con 4 chequeos prenatales, y ser paciente conocida del departamento de VIH del Hospital.
6. Teresa	Reconoció el problema, pero no buscó atención médica a tiempo.	No fue referida de manera oportuna al nivel superior de atención.	<ul style="list-style-type: none">▶ Fallas administrativas hospitalarias por el alta precipitada en su primer ingreso, considerando el cuadro clínico de la paciente.▶ Ausencia de ventiladores en la UCI, necesarios en su segundo ingreso.▶ Retraso en la realización de la determinación de gases arteriales.

Fuente: Entrevistas a parejas y familiares de las mujeres fallecidas (Formato adaptado de Rodríguez Villamizar y col., 2011).

Primera demora

En tres de los casos analizados (Miriam, Josefina y Teresa) se identificó la primera demora. Estas tres mujeres –a pesar de haber reconocido el problema–, no tomaron la decisión de buscar atención médica a tiempo.

En dos de estos casos (Miriam y Teresa), las mujeres murieron por complicaciones posteriores a abortos –presumiblemente inducidos–, lo cual podría ser la razón por la que no buscaron asistencia médica oportuna. Esto podría explicarse a partir de la penalización de la práctica del aborto en el país; así como al maltrato y estigma del que son objeto las mujeres que recurren a esta práctica de forma clandestina e insegura.

Cabe señalar que, en el tercero de los casos, el esposo de Josefina no había aceptado con agrado el último embarazo. Por tal razón, es muy posible que Josefina decidiera negar o minimizar sus síntomas frente a él o a su familia, por temor a que su marido se molestara o evitando incurrir en nuevos gastos para su hogar. El hecho de que una mujer no tenga la libertad para expresar lo que siente o necesita, por temor a maltratos, represalias por parte de la pareja, constituye una forma de violencia, y habla también de su nivel de sometimiento al preferir minimizar u ocultar sus síntomas, aún a sabiendas de sus antecedentes de salud.

Además, por la propia construcción social de “lo femenino”, la mujer posterga su atención y relega su malestar, para el cuidado de las demás personas. En el caso de Josefina, por ejemplo, seguramente estaba más pendiente a las necesidades de su bebé recién nacido que a las de ella misma.

Segunda demora

Esta demora –que remite a los obstáculos para acceder a los servicios de salud y/o al retardo en el referimiento a un nivel superior de atención (cuando es requerido)– se evidenció en cuatro de los seis casos: Miriam, Josefina, Estela y Teresa. Cabe aclarar que en ninguno de estos casos la demora ocurrió a causa de las mujeres –ya que ninguna tuvo dificultad para acceder a los servicios de salud–, sino por el retraso en ser referidas al nivel superior de atención, una vez que fue identificada la falta de insumos o de equipos para brindarles una atención adecuada y oportuna a estas mujeres.

Entre todos, destaca el caso de Estela, que no fue referida al nivel superior de atención –permaneciendo ingresada en el Hospital por 17 días antes de su muerte–, a pesar de requerirlo dado su delicado estado de salud, y además debido a la falta de sangre y medicamentos necesarios para suministrarle a la paciente.

Además, en los casos de Miriam y Teresa, esta demora en el referimiento al nivel superior de atención fue identificada en más de una oportunidad: Teresa no fue referida oportunamente, desde el centro privado de salud en el que estuvo ingresada primero y tampoco desde el Hospital. Por su parte, Miriam no fue referida ni de la clínica donde se realizó el primer legrado ni desde el hospital hacia otro centro de salud que contara con los insumos y equipos requeridos para atender su grave situación de salud.



Estas fallas se hacen aún más evidentes, tomando en consideración que todas las mujeres tenían historial clínico, historia reproductiva o condiciones premórbidas que exigían una atención o seguimiento especial.

Miriam	Mujer que tuvo seis partos y un aborto previos.
Josefina	Mujer hipertensa crónica, gestante añosa, a la que se le indujo la labor de parto.
Estela	Mujer que a lo largo de todo su embarazo presentó varios episodios de sangrado transvaginal, con anemia subsecuente. Víctima declarada de violencia de género.
Amelia	Mujer con antecedentes de hipertensión del embarazo.
Susana	Mujer VIH positivo, también con anemia; y cuya condición serológica no fue detectada durante el control prenatal, ni en el momento del parto.
Teresa	Mujer que había hecho varios eventos infecciosos de vías urinarias y procesos inflamatorios pélvicos, y con historia de múltiples abortos previos.

Tercera demora

Esta demora se evidenció en todos los casos analizados, y se manifestó en fallas en la calidad humana de la atención recibida, la calidad técnica-científica de la prestación del servicio y a la calidad y eficiencia de los aspectos organizativos y administrativos del centro de salud.

Al respecto se encontraron una gran cantidad de fallas comunes, muchas de las cuales coinciden con los hallazgos encontrados durante la observación de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio del Hospital. Entre ellas:

- a.** Falta de suministros y equipos para la atención (ventiladores en la UCI, camas en la UCI, camilla de parto, sangre, medicamentos, etc.).
- b.** Retraso en la administración de medicamentos o procedimientos médicos (oxígeno, medicamentos, determinación de gases arteriales, etc.).
- c.** Fallas en el seguimiento adecuado por parte de diferentes especialistas.
- d.** Fallas administrativas y de coordinación entre diferentes departamentos del Hospital.

5.2 Análisis de las causas de muerte a partir de determinantes sociales y de género

A partir de las historias reconstruidas por familiares y parejas de las mujeres fallecidas, en los seis casos analizados, se identifican determinantes sociales -y particularmente de género- comunes, que incidieron directa o indirectamente en las muertes maternas. Estos determinantes constituyen condiciones de alta vulnerabilidad, entre los que se destacan los siguientes:

- a. La situación socioeconómica precaria en que vivían cuatro de las mujeres fallecidas y sus familiares; y el hecho asociado de vivir en condiciones de hacinamiento (en dos casos).
- b. El bajo nivel educativo y de formación técnico-profesional de las mujeres (a excepción de una de ellas que cursaba estudios universitarios).
- c. La falta de aseguramiento de salud (en cinco casos).
- d. La exposición a situaciones de violencia por parte de sus parejas o exparejas como resultado de la falta de autonomía de las mujeres; relaciones familiares inestables y paternidad irresponsable.
- e. La falta de control sobre su sexualidad, evidenciada en un limitado acceso a información y servicios de salud sexual y salud reproductiva; y necesidades insatisfechas de anti-concepción, que resultan en embarazos no planificados (4 casos) y pueden terminar en abortos practicados en condiciones inseguras (2 casos).
- f. El bajo nivel de empoderamiento de las fallecidas, evidenciado mayormente en la falta de exigibilidad de su derecho a recibir una atención de salud de calidad.
- g. La discriminación y el estigma asociados a diferentes condiciones: mujeres que abortan (2 casos), condición de seropositividad (un caso) y mujeres embarazadas solteras (un caso).

a. Situación socioeconómica precaria

A excepción de uno de los casos, se pudo comprobar que las mujeres fallecidas y sus familiares vivían en condiciones de mucha precariedad económica y social. En dos de estos casos se pudo observar un gran nivel de hacinamiento en la vivienda donde residían las familias. El caso más crítico fue el de Susana quien cohabitaba junto con trece personas.

Las mujeres fallecidas tenían edades entre los 23 y los 43 años, con una media de 29.8 años. En los seis casos analizados, las mujeres residían en la zona urbana de la provincia, lo que permite deducir que no tenían mayores obstáculos geográficos para el acceso a los servicios de salud del Hospital en estudio.

A partir de las informaciones suministradas por familiares y parejas de las mujeres fallecidas, sus ingresos se encontraban por debajo del costo de la canasta básica familiar nacional (RD\$27,741.35 al 2014). Cabe destacar que, de los seis casos analizados, se podría decir



que solo dos mujeres tenían autonomía económica: Amelia que era madre soltera, jefa de hogar y propietaria de su propio salón; y Teresa, que era soltera, sin hijos y trabajaba en una banca de apuestas.

El nivel socioeconómico bajo constituye uno de los determinantes sociales que se asocia con la muerte materna, en tanto limita el acceso a educación, a fuentes de ingreso, a una buena alimentación, a aseguramiento en salud y a servicios médicos asistenciales de calidad, entre otros aspectos. Esto repercute en la capacidad de decisión de la mujer respecto a su salud (Marmot, 2005 y Friel, 2011, citados en Sandoval-Vargas y Eslava-Schmalbach, 2013; OPS, 2010a; Rendón y col., 1995).

Un dato que refuerza estos hallazgos es que, según el MSP y OPS (2013), el 86% de las muertes maternas en la República Dominicana ocurren en maternidades y hospitales públicos, que son los centros donde acude la población de más bajo nivel socioeconómico. Todos estos factores son condicionantes de la primera y segunda demora, referidos a la búsqueda de atención en salud por parte de las mujeres gestantes.

b. Baja escolaridad y capacitación técnica

En relación con el nivel educativo alcanzado por las mujeres fallecidas, una de ellas solo había completado hasta el octavo grado; otra hasta el noveno año; tres habían completado la educación secundaria y solo una de ellas era estudiante universitaria, justamente la única de las seis mujeres que no había tenido hijos y que era económicamente independiente.

Se ha establecido una asociación negativa entre escolaridad y mortalidad materna. Para las mujeres analfabetas, el riesgo de morir por razones relacionadas al embarazo, parto o puerperio es seis veces mayor con respecto a las que tienen al menos el nivel de educación de media o más; para las que no concluyen la educación básica, el riesgo es cuatro veces mayor respecto a quienes la concluyen, y para quienes la concluyen, el riesgo es tres veces mayor (Sloan et al., 2001, citado en Karam, 2007).

Una de las causas principales de la deserción escolar en las adolescentes es el matrimonio o unión temprana y el embarazo, lo que constituye un obstáculo para mejorar sus condiciones de vida. De esta forma se convierten en una carga para la familia y la sociedad, y las expone a la dependencia económica de sus parejas, limitando su autonomía. Asimismo, el hecho de abandonar sus estudios limita sus posibilidades de acceder a educación sexual integral. Según la ENDESA 2013, un 14.5 % de las mujeres que no asistió a la escuela en el año escolar precedente a la encuesta no lo hizo porque estaba embarazada, siendo mayor el nivel de no asistencia en la población de 15 a 19 años de edad (11.6%).

Por su lado, constituye un patrón social el hecho de que las estudiantes que decidieron no terminar su ciclo escolar, o aquellas que no continuaron con estudios universitarios –como son los casos de Josefina, Estela y Amelia–, opten por realizar cursos técnicos de corta duración, en áreas tradicionalmente asignadas a las mujeres: estilistas, cajeras, secretarías, recepcionistas, entre otras. Estos cursos, aunque no promueven su desarrollo profesional,

les permiten adquirir conocimientos básicos en estas áreas, conseguir trabajo y obtener ingresos de manera rápida. Sin embargo, dado que son capacitaciones de poca especialización, solo les permiten acceder a empleos de baja remuneración, impidiéndoles salir del círculo de la pobreza en que se encuentran.

c. Falta de seguro de salud

De las seis mujeres fallecidas, solo Estela se encontraba afiliada al SENASA subsidiado, estando desempleada. Ninguna de las cinco mujeres restantes contaba con aseguramiento de salud, ya que tres de ellas trabajaban de manera informal. Sin embargo, en los casos de Miriam (trabajadora de zona franca) y Teresa (trabajadora de una banca deportiva), se evidencia el incumplimiento del código laboral y de la Ley de Seguridad Social por parte de sus empleadores y son precisamente las dos mujeres que murieron por abortos –probablemente inducidos de manera clandestina e insegura– que se complicaron.

En el mes de diciembre de 2014 fue aprobada la modificación al Código Penal Dominicano, en el que se contempla la despenalización del aborto en circunstancias especiales, como es el caso de peligro para la vida de la madre; por embarazo resultante de violación o incesto; y por malformaciones fetales incompatibles con la vida. En tales casos, la decisión de interrupción del embarazo estará sujeta a los requisitos y protocolos que se establezcan mediante una ley especial, que aún no se ha elaborado.

A pesar de debates sucesivos en el Senado y la Cámara de Diputados en el 2017 aún no se concluye con una decisión referida a la despenalización del aborto por causales, por lo que aún continúa en discusión en el Congreso Nacional la reforma de este Código.

Pese a que los servicios públicos de salud no deben negar la atención a la salud a ninguna persona que lo requiera (independientemente de que este asegurado o no), es un hecho que las mujeres no aseguradas enfrentan mayores limitaciones para acceder a los servicios de salud; y deben incurrir en mayores gastos para cubrir de manera privada los costos de transporte, tratamientos, medicinas y estudios, a costa de su presupuesto familiar.

De esta manera, el análisis de estos casos pone en evidencia la ausencia de un enfoque de género y de derechos en la implementación de políticas públicas, por parte del conjunto de actores con responsabilidad en el sistema de protección social.

d. Relaciones familiares inestables, violencia y paternidad irresponsable

En cuatro de los casos, las mujeres tenían una relación en unión libre, lo cual concuerda con la realidad social dominicana en la que predomina este tipo de unión. En los casos estudiados, solo una de las mujeres fallecidas era casada y en otro se desconoce el tipo de relación que tenía la mujer con el padre de la niña, pues su familia no lo conocía.

En algunos de los casos, los hijos e hijas de las mujeres fallecidas tenían diferentes padres; y a excepción de Teresa (sin hijos) y de Josefina (casada), las demás mujeres no contaban



con apoyo regular de sus parejas o exparejas para la manutención de sus hijos e hijas ni para su atención o cuidado. Esta situación de irresponsabilidad paterna se mantuvo aun después de la muerte de las mujeres.

El hecho de que muchos hombres no asuman su rol de paternidad, sobrecarga a las mujeres con las tareas de cuidado y manutención de los hijos e hijas, además de tener que realizar el trabajo remunerado para poder sostener el hogar. El padre que abandona el hogar con niños y niñas, unido a la falta de compromisos de estos con la provisión alimentaria, es un comportamiento recurrente de los hombres en las familias dominicanas, que se reproduce en diferentes esferas de la estructura social, como resultado del predominio del modelo patriarcal, frente a los cuales tampoco hay actuación por parte del sistema de justicia, a pesar del mandato expreso en esta dirección.

La falta de responsabilidad por el cuidado de las niñas y niños huérfanos de madre se manifiesta en todos los casos analizados de las madres fallecidas. El estudio a profundidad de 5 de estas mujeres fallecidas reveló la situación de alta vulnerabilidad en la que quedaron sus hijos e hijas –17 en total–, al perder a sus madres y quedar sin el apoyo emocional y económico de sus padres. Cabe destacar que en ninguno de los casos estos niños y niñas quedaron viviendo junto a sus padres o su familia paterna; ya que todos quedaron a cargo de mujeres de las familias de las fallecidas, especialmente abuelas y tías.

Lo anterior responde a la construcción social del género, que en estos casos asigna las tareas de cuidado a las mujeres de la familia (generalmente la materna), sin que los padres asuman su cuota de responsabilidad en las mismas, ya que de ellos solo se espera que cumplan con el rol de proveedores. Sin embargo, la sociedad no sanciona de igual forma cuando los hombres y las mujeres no asumen estos roles, siendo muy permisiva e incluso naturalizando la paternidad irresponsable y castigando severamente a las mujeres que no se hacen cargo de los roles asociados a la maternidad.

De esta manera, la muerte de la madre, a lo que se suma la irresponsabilidad paterna, contribuye a la transmisión generacional de la pobreza, en tanto reduce las oportunidades de los hijos e hijas a tener acceso a cuidados de calidad y estudios. Muchas de las mujeres que mueren por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio ya han tenido otros hijos e hijas al momento de su muerte, para quienes implica perder la figura principal de apego y quien generalmente se encuentra a cargo de su cuidado.

Por otro lado, en casi todos los casos estudiados las relaciones familiares eran “armónicas”, según refieren las personas entrevistadas. Solo en un caso (Estela) se informó específicamente sobre la existencia de conflictos y violencia entre la pareja. Sin embargo, un análisis más profundo, capaz de interpretar la violencia en su amplia dimensión, da cuenta de las múltiples formas de violencia soterrada en el contexto de la pareja –que se encuentran presentes en los seis casos analizados–, tales como: el abandono de los hijos e hijas por parte del padre, la falta de responsabilidad en las tareas de cuidado, su ausencia en los momentos críticos de las vidas de estas mujeres, la falta de responsabilidad en la anticoncepción y el rechazo del embarazo.

Todas estas son condiciones generadoras de estrés, que de acuerdo a González Pacheco y col., (2010) pudieran conducir a resultados obstétricos adversos, debido a las respuestas fisiológicas desencadenadas por el estrés mismo, o tras adoptar comportamientos peli-

grosos por parte de las mujeres, como el consumo de drogas, alcohol, tabaco, y hasta comportamientos suicidas. Romero y Díaz (2001) la han definido como una *maternidad como conflicto*, debido a las múltiples expresiones de inequidad social en que viven las mujeres gestantes, reforzadas por unas relaciones de género patriarcales, en las que se manifiestan el rechazo del embarazo, la violencia contra la mujer, la dominación, la marginación y el abandono. Estas experiencias de violencia física o psíquica de las mujeres gestantes, sus estados de ánimo y sus preocupaciones por la situación en que se encuentran, habitualmente no son recogidas en las historias clínicas.

Alrededor de los hechos de violencia en la pareja se entretajan una serie de mitos, que impiden a las mujeres salir de las relaciones abusivas: tales como que el hombre cambiará si ellas aguantan, que ellas no son capaces de vivir solas, que ellas son las responsables de mantener la unión familiar y darles un hogar estable a los hijos, entre otros.

El hecho de que de manera rutinaria no se indague sobre situaciones de violencia durante las consultas prenatales de las mujeres, constituye una oportunidad perdida para detectar y tratar de manera oportuna estos hechos. A pesar de que la ENDESA 2013 reporta que un 7.4% de las mujeres ha sufrido violencia durante el embarazo, las estadísticas oficiales no registran casos de muertes maternas debido a la violencia de género.

e. Necesidades insatisfechas de anticoncepción y falta de control de sexualidad

En cuatro de los seis casos estudiados, los embarazos no fueron planificados (Miriam, Josefina, Estela y Teresa) y dos de ellos terminaron en abortos con complicaciones. En los otros dos casos los familiares entrevistados no tienen información al respecto. Esto demuestra el escaso control que estas mujeres tenían sobre su sexualidad, evidenciado en la falta de información en salud sexual y reproductiva, y una clara necesidad insatisfecha de anticoncepción.

Para González y Pacheco (2010) los embarazos no planeados pueden ser detonantes de situaciones de violencia para las mujeres, y sostienen que estos embarazos son frecuentes en sociedades donde se estigmatiza el embarazo fuera del matrimonio, en los que los programas de anticoncepción no llegan a todas las mujeres, donde hay obstáculos legales para la realización del aborto y donde hay marcadas diferencias de poder entre hombres y mujeres. Todas estas situaciones son comunes en la República Dominicana.

En adición, desde los servicios de salud no se promueve el involucramiento de los hombres en los procesos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva –en particular con la anticoncepción y la maternidad–, lo cual refuerza los roles tradicionales asignados a las mujeres en torno a ocuparse de los cuidados de la salud y los asuntos de la familia. Muestra de ello es el hecho de que la mayor cantidad de métodos anticonceptivos que se promueven están dirigidos a las mujeres.

Todos los casos analizados ejemplifican los vacíos existentes en materia de promoción e implementación de los programas de planificación familiar –ya que la mayoría de ellas no recibió ningún tipo de consejería ni orientación sobre anticoncepción–, y en el reconoci-



miento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población, particularmente de las mujeres. Estos roles atañen a la Gerencia de Área en Salud, la Dirección Provincial de Salud y la Dirección Regional de Salud, en el caso específico de la provincia en estudio. Todo lo anterior permite afirmar que fallaron todas las estructuras del sistema de atención en salud y del sistema de protección social.

f. Falta de empoderamiento y ejercicio de derechos de las usuarias

El análisis de todos los casos comprueba la falta de empoderamiento de las mujeres fallecidas en torno a sus derechos como seres humanos, mujeres y usuarias de servicios públicos de salud. Solo con algunas excepciones, estas mujeres o sus familiares protestaron o reaccionaron ante la falta de calidad de los servicios y la atención que recibieron. Por el contrario, en la mayoría de los casos pudo percibirse un cierto grado de resignación ante actitudes y prácticas negligentes y violentas, que contribuyeron a la cadena de sucesos que terminaron en la muerte de estas mujeres.

Lo anterior guarda relación con la carga misógina de la atención en salud, que discrimina y viola los derechos de las mujeres y establece relaciones de poder en el contexto de la atención de salud. Así, la mujer en su rol de “paciente”, asume la atención como un favor y no como un derecho; mientras que el personal de salud, desde su posición de poder y dominio, trata a la mujer no como sujeta de derechos sino de forma subordinada.

Como fue expresado en los hallazgos de los servicios del Hospital, garantizar la calidad de la atención constituye todavía un reto para el SNS. Sin embargo, conociendo las deficiencias de la salud pública, estas mujeres no se sintieron con derecho a exigir mejor calidad de atención, sino que prefirieron buscar alternativas privadas –que no necesariamente cumplían con las condiciones de calidad–, aunque estuvieran fuera de sus posibilidades económicas.

Al respecto, Josefina y Amelia habían expresado, de manera explícita, que no querían recibir atención prenatal ni parir en el Hospital. De acuerdo a sus familiares, las razones expuestas por ellas fueron, en un caso, que tenía malas referencias del trato y de las condiciones del Hospital; y en el otro caso, prefería atenderse en un hospital más pequeño, con menor demanda de servicios, para obtener un trato “más humanizado”.

La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) considera que la percepción de la calidad del servicio puede influir en la decisión de las mujeres de acudir por asistencia médica, a lo que se suma la insensibilidad cultural o trato irrespetuoso percibido en el personal médico, que pueden hacer que las mujeres y sus familias desistan de buscar ayuda (CIDH, 2010).

Sin embargo, analizando con detenimiento cada uno de los casos, se infiere que otros dos de las mujeres tampoco vieron, como su primera opción, la atención en el Hospital. Por ejemplo, Miriam, quien a pesar de su precaria situación económica optó por hacerse el primer legrado en una clínica privada. En el caso de Teresa, primero fue a una clínica y al no contar con el dinero requerido, fue al Hospital, donde le dijeron que le harían

el legrado sin anestesia, lo cual la aterró y la obligó a buscar el dinero para hacerse el legrado en la clínica.

El relato de Teresa deja constancia de la manera en que desde el sistema de salud se discrimina, estigmatiza y castiga a las mujeres por motivos relacionados a su sexualidad, cuando estos no corresponden con los mandatos del género. Por ejemplo, cuando se sospecha que una mujer se ha inducido un aborto (casos de Miriam y Teresa), amedrentándolas con cruentos procedimientos, lo que además de constituir una forma de violencia obstétrica, también puede interpretarse como una forma de evadir la atención.

Otro ejemplo es el caso de Susana, una paciente cuya condición de VIH la hizo víctima de múltiples formas de violencia, desde la verbal –cuando personal médico la calificó como “una loca”– hasta la negligencia médica que la condujo a la muerte.

5.3 Hallazgos del análisis de eslabones críticos de atención en salud

El análisis de los eslabones críticos de atención en salud proporcionó información complementaria sobre algunas omisiones, incumplimientos o falta de calidad en los procedimientos médicos llevados a cabo en los seis casos de las mujeres fallecidas, durante su atención prenatal, en el parto y el puerperio.

El mismo se realizó a partir de la revisión de los expedientes clínicos de las mujeres fallecidas, y en relación a los seis eslabones críticos para la prevención de muertes maternas, que implica el modelo: 1. Programas preventivos; 2. Control prenatal; 3. Referencia del embarazo de alto riesgo; 4. Atención de segundo o tercer nivel; 5. Parto y urgencias; y 6. Puerperio.

Eslabón 1: Programas preventivos

En la mayoría de los casos analizados se identificaron fallas relacionadas con los servicios de educación y consejería en anticoncepción. Entre ellos destacan las dos mujeres que tenían condiciones premórbidas, tales como HTA crónica (Josefina) y VIH positivo (Susana).

Por su parte, destacan los casos de Teresa y de Miriam –que con 35 años ya tenía 6 hijos–; ambos casos referidos a probables abortos inducidos, con historial de abortos previos, que claramente evidencian una necesidad insatisfecha de anticoncepción.

Eslabón 2: Control prenatal

Se identificaron fallas en los casos de Estela y Susana, debido a que ambas mujeres presentaron condiciones de salud que no fueron identificadas o que no fueron tratadas adecuadamente durante el control prenatal.

La mayoría de las mujeres de los casos analizados tuvieron entre dos y cuatro chequeos prenatales. En el caso de Miriam se desconoce este dato, ya que fue una paciente referida de un centro de salud privado, y su hermana no sabía si ella recibió dicha atención.



Eslabón 3: Referencia del embarazo de alto riesgo

Los casos de Estela –quien tuvo varios episodios de sangrado transvaginal durante su embarazo, con anemia subsecuente–, y de Susana –quien era una paciente VIH positiva–, constituían casos de embarazos de alto riesgo, cuyas complicaciones (no manejables por el Hospital), no fueron detectadas a tiempo y, por tanto, no fueron referidas oportunamente a un nivel superior de atención. Esta falla se agrava en el caso de Susana, ya que era paciente del Departamento de VIH del mismo Hospital.

Eslabón 4: Atención de segundo o tercer nivel

En cuatro de los seis casos analizados, no se realizó el referimiento oportuno ante la deficiencia de insumos y/o equipos para una adecuada atención.

El caso más crítico de este tipo de negligencia médica fue el de Estela, quien no fue referida al nivel superior de atención a pesar de encontrarse en un estado grave de salud, requerir sangre y otros suministros con los que no contaba el Hospital y, en lugar de referirla, permaneció ingresada en el Hospital por 17 días antes de su muerte.

Eslabón 5: Parto y urgencias

En todos los casos analizados se identificaron fallas en la atención médica al parto y el manejo apropiado de las urgencias obstétricas. En cada caso se pudieron detectar omisiones, falta de apego a protocolos de salud y atención deficiente, así como falta de medicamentos, insumos y equipos, y errores en el manejo de las complicaciones, estas últimas situaciones identificadas en tres de los casos.

Eslabón 6: Puerperio

Se identificaron fallas en el alta prematura (postaborto) en uno de los casos (Teresa) y en el seguimiento médico posterior al parto en otros tres casos: Josefina, Estela y Susana, quienes luego de dar a luz fallecen a los 10, 2 y 4 días, respectivamente. En el caso de Josefina se infieren fallas en el seguimiento durante el periodo de puerperio. No se dispone de información en su expediente, que registre si ella y su recién nacido recibieron la visita domiciliaria por parte de la UNAP, tal como indica el protocolo de atención a la mujer en el puerperio y al neonato dentro de las 72 horas después del parto.

En los casos de Estela y de Susana, no hay informaciones en los resúmenes de los casos que den cuenta de la evolución del estado de la paciente en las horas subsiguientes al parto. Estela muere dos días después de la cesárea, mientras estaba interna en el Hospital, periodo en el que se le transfundieron 8 pintas de sangre¹⁴, según informó su pareja.

En el caso de Susana, dos días después de la cesárea entra en estado de coma, por lo que es llevada a la UCI, donde permaneció durante 3 días sin mejoría de su cuadro, hasta el momento en que es declarada muerta.

En el caso de Teresa, se le autoriza el alta prematura, a sabiendas del estado de riesgo en el que se encontraba. Además, no se le dio seguimiento postaborto, que pudiera ofrecer información sobre su evolución, y prevenir el agravamiento de su situación de salud.

14 Una pinta equivale a 500 cc de sangre.

En conclusión, al analizar cada uno de los casos de muerte materna, se evidencia una serie de fallas y omisiones que jugaron un rol importante en los desenlaces fatales de estas mujeres.

El cuadro 5 presenta los hallazgos del análisis de los eslabones críticos de atención.

CUADRO 5. Fallas en los eslabones de atención en los seis casos de MM evaluados

Casos	Eslabones					
	Programas preventivos	Control prenatal	Referencia embarazo de alto riesgo	Atención de segundo o tercer nivel	Parto y urgencias	Puerperio
1. Miriam	X			X	X	
2. Josefina	X			X	X	X
3. Estela		X	X	X	X	X
4. Amelia	X				X	
5. Susana	X	X	X	X	X	X
6. Teresa	X			X	X	X

Fuente: Expedientes de mortalidad materna del hospital, enero 2013-noviembre 2014; entrevistas a parejas y familiares de las mujeres fallecidas (Formato adaptado de Rodríguez Villamizar y col., 2011)

Tomando en consideración los resultados presentados –tanto con el modelo de las demoras como del análisis de los eslabones de atención–, se hacen visibles problemas en distintas esferas de la calidad de la atención recibida por las mujeres fallecidas. Aunque en tres de los casos hubo demoras en la identificación del problema y en la decisión para buscar atención médica, al observar las causas directas de las muertes, se concluye que la calidad de la atención durante el control prenatal, durante la labor de parto, en el posparto inmediato y durante el control del puerperio fueron las áreas más deficientes en el proceso de atención. Esta situación es aún más crítica, si se consideran los antecedentes de salud de las mujeres fallecidas.

En cada uno de los casos de muertes maternas analizados, confluyeron factores relacionados con las desigualdades de género y otros determinantes sociales –que unidas a las demoras en identificar riesgos personales por parte de las mujeres y a la calidad de la atención recibida en todos los eslabones de la atención médica–, conllevaron a las muertes evitables de estas mujeres. Identificar adecuadamente estos factores determinantes de muertes maternas y los nexos que guardan entre sí, constituye el primer paso para la elaboración de las estrategias y políticas encaminadas a reducir la morbilidad y mortalidad materna.

En resumen, tomando en consideración todos los hallazgos obtenidos, las muertes de estas mujeres pudieron ser evitadas, de haberse detectado de manera oportuna las condiciones de salud subyacentes, y haberse tratado con eficacia. Esto constituye motivo de gran preocupación social, ya que es un reflejo de las condiciones de desventaja de los sectores sociales de donde provienen la mayoría de estas mujeres.



6. Conclusiones

Los hallazgos de todos los casos analizados evidencian la existencia de diversas expresiones de desigualdad de género, que unidas a otros determinantes sociales, contribuyeron de forma indirecta a las muertes maternas.

Asimismo, a partir de los hallazgos de esta investigación se puede concluir que, a pesar de que las mujeres son quienes más demandan los servicios de salud sexual y salud reproductiva –debido a su asociación con las funciones relativas a la reproducción y a las tareas de cuidado–, el mayor acceso a servicios no necesariamente se corresponde con atención de calidad. Por el contrario, la carga misógina del sistema de salud –acorde al sistema patriarcal– muchas veces resulta en que las mujeres embarazadas, en labor de parto o durante el puerperio no reciban las atenciones con la calidad y oportunidad a la que tienen derecho. De esta manera, en muchos casos, esta negación, postergación o negligencia en la atención resulta en sus muertes.

Esta es una realidad injustificable, mucho más aún si se considera que la mayoría de las mujeres gestantes reciben atención prenatal en centros de salud públicos y tienen un parto institucionalizado.

De los seis casos de muertes maternas analizados en este estudio, el Comité de Mortalidad Materna del Hospital estableció como “evitables” las muertes de solo tres de estas mujeres; y únicamente en dos de estos casos asumió la responsabilidad por las mismas.

Lo anterior es un reflejo de las desigualdades de género en el sistema de salud y, por tanto, de la forma en que se entregan los servicios y atenciones de salud. Muchos factores contribuyen a fortalecer y reproducir estas brechas: la manera en que se construyen las sexualidades –sujetas al deber ser del género–, la falta de educación sexual y de información en salud sexual y reproductiva, las relaciones desiguales en la pareja, derivadas de la construcción de feminidades y masculinidades –aprendidas desde temprana edad, fortalecidas en la adolescencia y reforzadas en las demás etapas del ciclo de vida–, adquieren formas propias en la manera en que se entrega la atención de salud. Estos factores se traducen en descuido y postergación en unos casos; exposición a situaciones de riesgo, en otros; evasión de responsabilidades en el cuidado y la manutención por parte de los hombres; e incluso en la negación de la responsabilidad del sistema de salud con estas muertes.

Cinco elementos fundamentales destacan del análisis de género a los seis casos de muertes maternas estudiados:

- 1. En todos los casos se evidenció un fuerte sentido de deshumanización del personal de salud a cargo de la atención hospitalaria.** Este se manifiesta en descuido y desinterés sobre la vida de la mujer parturienta, a quien se responsabiliza de su situación, dado que por su condición de mujer está obligada a prevenir situaciones o a asumir sus consecuencias.

Esta situación tiene sus raíces en las relaciones de poder que se establecen en el contexto de la atención de salud, donde la mujer en su rol de “paciente”, asume la atención como

un favor y no como un derecho; mientras que el personal de salud ejerce el dominio de este espacio y trata a la mujer no como sujeta de derechos sino de forma subordinada como la depositaria de sus órdenes. Esta relación se normaliza y reproduce debido al bajo empoderamiento que las mujeres tienen sobre sus derechos como personas, mujeres y usuarias de servicios públicos de salud; y a su vez porque no tienen acceso a los mecanismos de exigibilidad de justicia.

- 2. El maltrato a las mujeres embarazadas, en labor de parto o posaborto –calificado como violencia obstétrica– se evidenció de manera clara y bajo diferentes manifestaciones en todos los casos analizados.** Esta violencia fue expresada desde los casos de mujeres que fueron agredidas verbal y emocionalmente; que recibieron reproches, amenazas o calificativos por parte del personal de salud; hasta los casos más graves en que las mujeres fueron abandonadas por el personal de salud o atendidas con negligencia, lo cual resultó en muertes maternas.

La violencia obstétrica se encuentra enraizada en la construcción desigual de los géneros en la sociedad dominicana, y se agudiza ante la presencia de otras variables que también son motivo de discriminación, tales como la edad, la etnia, la procedencia o la condición socioeconómica. De esta manera, por la atención discriminatoria que reciben, tienen mayores probabilidades de morir las mujeres más pobres, más jóvenes, con menos educación y aquellas de origen o ascendencia haitiana.

- 3. En la mayoría de los casos estudiados se pudo constatar que fallaron muchos de los procedimientos establecidos en protocolos de salud materna, así como en los programas preventivos de consejería en planificación familiar con los que cuenta el sistema nacional de salud.** Se pudo comprobar que las mujeres fallecidas no tuvieron acceso a información en salud sexual y salud reproductiva que les permitiera disfrutar de su sexualidad sin riesgos y evitar los embarazos no planificados. Tampoco recibieron consejería ni orientación sobre anticoncepción o planificación familiar, a pesar de que así lo establece la normativa en el sistema de salud.

En el imaginario de mujeres, parejas y familias se prefigura que la responsabilidad del embarazo y el parto corresponde fundamentalmente a las mujeres. Como resultado de este referente, el conglomerado social carga sobre las mujeres –y ellas la asumen en todas sus dimensiones– la prevención del embarazo, el acceso y uso de métodos anticonceptivos. Lo anterior también se refleja en el sistema de salud, cuyos programas de planificación familiar se encuentran fundamentalmente dirigidos a la población femenina.

Asimismo, representar a las mujeres como las principales destinatarias de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, sin incorporar la participación de los hombres en la promoción y prevención de la salud, a través de mensajes dirigidos a ambos es una práctica común en el ámbito de la salud, que no contribuye a la igualdad entre los géneros.

- 4. En todos los casos estudiados se evidenció la evasión de responsabilidades en torno al proceso antes, durante y posterior al parto, así como la irresponsabilidad paterna –presente antes y después de los fallecimientos–.** Dado que la responsabilidad del embarazo recae principalmente sobre las mujeres, las soluciones tienen como marco el ámbito de las mujeres, familiares y amigas, viéndose estas obligadas a asumir todo lo referente al problema –desde el consejo adecuado hasta el acompañamiento oportuno–, todo ello en



el contexto de las condiciones de pobreza y pobreza extrema observado en la mayoría de los casos de muertes maternas estudiadas.

En el país se constata una gran debilidad en relación con el involucramiento de los hombres en los procesos de seguimiento al embarazo –visitas prenatales–, así como en su participación en el parto y los cuidados durante el puerperio. Esta es una realidad tanto en el sector público como en el privado, y que forma parte de la referida cultura que asigna de manera casi exclusiva a las mujeres las responsabilidades fundamentales relacionadas con estos procesos. Esto es coherente con el patriarcado, que designa a las mujeres una personalidad sumisa, con limitadas capacidades de exigencia a los hombres, ya que, en muchos casos, puede mediar el temor y la violencia. Asimismo, fallan las políticas públicas, los protocolos y procesos de justicia que no consideran una perspectiva de género al respecto de la responsabilidad paterna.

- 5. La precariedad laboral y el limitado acceso al sistema de la seguridad social se evidencia en demoras en el acceso a la atención en salud.** Esta demora en procura de la atención –debida a falta de recursos o temor a perder el empleo– se pudo comprobar aún con mayor gravedad en los casos donde existían sospechas de aborto inducido. Esto tiene especial relevancia porque revela que la clandestinidad en que se ven obligadas a procurar este procedimiento es una situación que solo conduce a elevar los riesgos a los que se exponen las mujeres. Asimismo, se pudo constatar la violación al código laboral dominicano en dos casos en que las mujeres trabajaban de manera formal.

A excepción de una sola mujer, ninguna de las fallecidas tenía acceso a la seguridad social, lo cual se sumaba al estado de vulnerabilidad y precariedad económica en la que vivían todas las mujeres estudiadas. De esta forma, se evidencia la ausencia de un enfoque de género y de derechos en la implementación de políticas públicas por parte del conjunto de actores con responsabilidad en el sistema de protección social.

Todos los casos analizados ejemplifican los vacíos existentes en el reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población, particularmente de las mujeres, para sin lugar a dudas poder afirmar que fallaron todas las estructuras del sistema de atención en salud y del sistema de protección social.

7. Recomendaciones

La mortalidad materna es un fenómeno de salud pública en el que inciden diversos factores de tipo cultural, social, económico, geográfico y político. De esta manera, las estrategias y políticas públicas diseñadas para reducirla deben fundamentarse en un enfoque amplio –más allá de la concepción biologicista–, para que incluya el análisis de los determinantes sociales de la salud.

El análisis de género de la mortalidad materna constituye una importante herramienta que permite la identificación de comportamientos, actitudes, prácticas y situaciones, que se ajustan a los roles tradicionales asignados a mujeres y hombres en nuestra sociedad. Llama a la comprensión de cómo inciden de modo directo o indirecto estos roles de género en cada uno de los aspectos que definen la maternidad. Esto es, desde la consideración de la sexualidad en toda su amplitud, que incluye desde la educación sexual según condiciones e identidades sexuales, hasta los aspectos referidos a quiénes se responsabilizan y cómo se asumen los procesos de anticoncepción, la gestación –en todas sus etapas–; parto y puerperio –incluyendo el cuidado de los hijos e hijas–, entendiendo que en cada proceso existen riesgos. De esta manera, las distintas realidades que enfrentan las mujeres durante cada uno de estos eventos de salud influirán en la atención que demandan y que reciben por parte del personal de salud.

Analizar la mortalidad materna desde los determinantes sociales y de género implica examinar la interconexión de factores desde los ámbitos de: a) la mujer, familia y comunidad; b) los y las profesionales de la salud; c) el sistema de salud; y d) los factores macrosociales; y de la forma en que estos factores se articulan para proteger la salud y la vida de las mujeres.

A continuación, se presentan algunas recomendaciones para garantizar el enfoque de género y de derechos humanos en el diseño e implementación de políticas públicas y estrategias dirigidas a la reducción de la mortalidad materna:

1. Desarrollar desde el MSP, procesos de sensibilización y capacitación a las autoridades nacionales y al personal de salud en todos los niveles, sobre la importancia de integrar el análisis de género y de los determinantes sociales de las condiciones de salud, en lo relativo con la morbilidad y mortalidad materna; y en la eliminación de estereotipos de género que afectan la salud y el autocuidado de mujeres y hombres. Por ejemplo, requiriendo del personal médico, el llenado adecuado de las historias clínicas, según el mandato de las normas, a fin de que se pueda indagar sobre los determinantes sociales que le permita decidir sobre la atención que cada caso requiera.
2. Garantizar el personal capacitado y suficiente para atender y orientar, así como el suministro continuo de medicamentos, insumos y equipos, que responda al nivel de las demandas de las y los usuarios, en las direcciones provinciales de salud.
3. Fortalecer los mecanismos de supervisión y asegurar el manejo y cumplimiento de los protocolos de atención en salud, que garanticen el cumplimiento de los reglamentos, normas y protocolos vigentes para la atención a las mujeres gestantes y al neonato; así como el correcto y completo llenado de la *Historia Clínica Perinatal* por parte del personal de salud. Desde las gerencias de área y las direcciones de los hospitales es preciso establecer mecanismos de monitoreo y evaluación de la calidad de la atención ofrecida por parte del personal de salud a usuarias de los servicios de salud, de manera particular en la atención obstétrica.



4. Asegurar la implementación de encuestas y otros instrumentos que midan la satisfacción de usuarias. A la vez, desarrollar mecanismos para que ellas puedan conocer cuáles son sus derechos en el ámbito de los servicios de salud y cómo exigirlos, así como la forma de protegerse y denunciar la violencia obstétrica institucional.
5. Implementar desde el MSP, las direcciones regionales y provinciales de salud, las gerencias de área y las instituciones hospitalarias, campañas informativas y educativas en relación al cuidado de la salud y a los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres y hombres. Esto a fin de que reconozcan sus necesidades específicas en materia de salud sexual y salud reproductiva y ambos asuman un rol activo en los procesos relacionados con la anticoncepción, el embarazo, el parto y el puerperio.
6. Integrar el tema del aborto en la agenda estratégica del Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil –una tarea pendiente para el MSP, y específicamente para DIMIA (antes DIGEMIA)–, teniendo en cuenta que las complicaciones por aborto clandestino eran las responsables de un 20%¹⁵ de las muertes maternas en el país, realidad que no es ignorada en el Plan Estratégico aunque no se hayan contemplado en el mismo lineamientos específicos para enfrentar esta problemática.
7. Diseñar protocolos para los servicios de atención prenatal y postnatal, que permitan indagar acerca de las determinantes sociales de la vida de las mujeres, que resulten en la reducción del subregistro de complicaciones del embarazo relacionadas con la violencia, así como también sensibilizar y capacitar al personal de salud en la humanización de la atención obstétrica.
8. Promover la paternidad responsable, promocionando la corresponsabilidad en las tareas de cuidado y la participación igualitaria de hombres y mujeres en el trabajo doméstico no remunerado. Esto a fin de aligerar la sobrecarga de trabajo de las mujeres, y sobre todo a fin de propiciar la construcción de un nuevo paradigma de corresponsabilidad en las tareas de cuidado de los hijos e hijas basado en la igualdad.
9. Propiciar el involucramiento de los hombres en los procesos de salud reproductiva – desde la anticoncepción hasta el puerperio–, evidenciando la importancia de su rol y la forma en que condiciona los resultados, favorables o adversos, para la salud y vida de las mujeres y de sus hijos e hijas. En este sentido, superar la actual visión que coloca a las mujeres como las principales destinatarias de los servicios de salud sexual y reproductiva, diseñando estrategias de captación e incorporación de los hombres en dichos servicios, constituye un gran reto para el sistema de salud dominicano
10. Promover la participación de la comunidad, como veedores de la atención en salud, integrando a los hombres y a las comunidades en el cuidado de la salud materna.
11. Fortalecer las intervenciones relativas a los servicios de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención, con miras a la reducción de los riesgos para la salud materna y de los abortos inducidos de forma clandestina e insegura; en tanto es el contexto desde donde se pueden identificar de manera precoz los signos de alarma que pudieran amenazar la salud y la vida de la mujer gestante. Estas estrategias deben integrar las necesidades particulares de las mujeres gestantes, considerando las determinantes sociales, culturales, familiares de género inherentes a sus vidas.

15 Dato de la Sociedad Dominicana de Obstetricia y Ginecología para 2009. Al respecto, el Perfil de la Salud Materna: ODM 5 República Dominicana, del MSP y OPS [2013], reporta un 13% de las muertes maternas por aborto.

- 12.** Integrar el enfoque de género en asignaturas del plan de estudios de la carrera de medicina, en particular la prevención y atención a la violencia obstétrica.
- 13.** Estimular la investigación sobre la mortalidad materna desde el ámbito académico, observando las condiciones de desigualdad de las mujeres, a fin de trascender la mirada reduccionista del enfoque biologicista de la investigación, y aportar nuevos elementos que contribuyan a identificar cada uno de los factores sociales, culturales, económicos, políticos y de género que se interconectan para dar como resultado las muertes de mujeres en el proceso de dar la vida.

Atender todas estas recomendaciones para transformar la realidad requiere pensar en la deconstrucción del paradigma de la sexualidad erotizada o reproductiva, en tanto noción de roles constituidos en barreras para el ejercicio de derechos. El derecho a la maternidad y paternidad responsables, parte del acceso a la información en salud sexual y salud reproductiva, planificación y acceso a servicios seguros, oportunos y de calidad. Asimismo, es resultado del ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, ambos fundamentados en los derechos humanos, como protectores de la dignidad humana.



Lista de referencias

Barinas, I. (2012). *Violencia obstétrica en madres adolescentes en dos maternidades de la República Dominicana*. Santo Domingo.

Centro de Estudios Sociales y Demográficos (CESDEM). (2014). *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDESA 2013)*. Santo Domingo: CESDEM.

Checa, S. (2000). La perspectiva de género en la humanización de la atención perinatal. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 152-156.

García Jordá, D. y Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(4), 330-336.

Gabinete de Coordinación de Políticas Sociales (GCPS) y Ministerio de Salud Pública (MSP). (2012). *Plan de Prevención del Embarazo en Adolescentes con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos: Hacia una política nacional*. Santo Domingo: GCPS; MSP.

González-Pacheco, I., Romero-Pérez, I., Sámano-Sámano, R., Torres-Cosme, J., Sánchez-Miranda, G. y Chávez-Courtois, M. (2010). Muerte materna desde una perspectiva de violencia de género. *Perinatología y Reproducción Humana*. 24(1), 60-66.

Karam, M., Bustamante, P., Campuzano, M., y Camarena, A. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social*, 2(4), 205-211.

Ley 136-03, que crea el Código para el Sistema de Protección y Derechos Fundamentales de los Niños, Niñas y Adolescentes. Recuperado de http://conani.gob.do/transparencia/images/docs/base_legal_transparencia/Ley136032016.pdf

Matamala, M. (2001). *Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud de Chile.

Matamala, M. (2003). Cuerpo/sexualidad: discursos y realidad cotidiana. En Valdéz y Guajardo (Eds.) *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile* (pp.135-146). Santiago de Chile: FLACSO, Flora Tristán, Centro de la Mujer Peruana; Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos.

Ministerio de Economía, Planificación y Desarrollo (MEPyD). (2010). *Objetivos de Desarrollo del Milenio: Informe de Seguimiento 2010*. Santo Domingo: MEPyD, PNUD.

Ministerio de Salud Pública, OPS (2013). *Perfil de la Salud Materna: ODM 5 República Dominicana*. Santo Domingo: MSP, OPS, UNICEF.

OMS (2012). *Guía de la OMS para la aplicación de la CIE-10 a las muertes ocurridas durante el embarazo, parto y puerperio: CIE MM*. Washington: OMS.

OPS (2004). *Indicadores básicos para el análisis de la equidad de género en salud*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173942/1/Indicadores%20basicos%20para%20el%20analisis%20de%20la%20equidad%20de%20genero%20en%20salud.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (s.f.). *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*. Recuperado de <http://cidh.org/women/saludmaterna10sp/saludmaternaindice.htm>

Rendón, L., Langer, A. y Hernández, B. (1995). Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 21(1), 8-10.

Rodríguez Villamizar, L., Ruiz-Rodríguez, M. y Jaime García, M. (2011). Beneficios de combinar métodos para analizar causas de muertes maternas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 29 (4), 213-219.

Romero, M. y Díaz, M. (2001). La maternidad como conflicto: una expresión de inequidad social y de género. *Colombia Médica* 32(1), 25-31.

Sandoval-Vargas, S. y Eslava-Schmalbach, J. (2013). Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años 2000-2001, 2005-2006 y 2008-2009. *Revista de Salud Pública*. 15 (4), 529-541

Torres, L. (2013). La estrategia RAMOS modificada para la identificación de defunciones maternas en México. En G. Freyermuth y P. Sesia (Coords.). *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social* (pp. 115-150). México.

Torres, S. y Sequeira, S. (2003). *Investigación cualitativa sobre mortalidad materna en Honduras*. Tegucigalpa: IMAM-ASDI/PNUD.

