

Universidad de Quintana Roo

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y
ECONÓMICO ADMINISTRATIVAS**

**“El embarazo en el Seguro Popular: Atención y
vigilancia prenatal en el Hospital Materno Infantil
Morelos, en la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo”**

Tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Antropología Social

Presenta

Luisa Cecilia Balam Villarreal

Director

MDR. Xochitl Ballesteros Pérez

Chetumal, Quintana Roo, México 2017





Universidad de Quintana Roo

**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y
ECONÓMICOADMINISTRATIVAS**

Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de
asesoría y aprobada como requisito parcial, para
obtener el grado de:

Licenciatura en Antropología Social

Comité:

Presidente: _____

MDR. Xochitl Ballesteros Pérez

Secretario: _____

Dr. Julio Cesar Robertos Jiménez

Vocal: _____

M.C Julio Teddy García Miranda

Chetumal, Quintana Roo, México 2017



Contenido

Dedicatoria	- 7 -
Agradecimientos.....	- 9 -
Siglas.....	- 12 -
Introducción.....	- 13 -
Capitulo I. Recuento histórico en los servicios de salud: Salud materna y Seguro Popular.....	- 18 -
I.1. Servicios de salud en un contexto globalizado	- 18 -
I.3. Seguro Popular	- 30 -
I.4. Servicios de salud en Quintana Roo.....	- 36 -
I.5. Servicios de salud materna: El Hospital Morelos en la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo	- 39 -
Capitulo II. Embarazo en el contexto de los Derechos Humanos.....	- 43 -
II. 1. Derechos Humanos y la Antropología.....	- 43 -
II.2. Embarazo, Derechos reproductivos y la Antropología.....	- 47 -
II.3. Objetivos de Desarrollo del Milenio.....	- 53 -
II.4. Violencia Obstétrica y Muerte Materna	- 56 -
II.5. Parto humanizado.....	- 61 -
Capitulo III. Hospital Morelos y la salud materna: Los servicios de salud y sus puntos críticos	- 65 -
III. 1. Servicios de salud, un derecho de todos	- 66 -
III.2. Limitaciones del sistema de salud	- 73 -
III.3. La atención: una perspectiva integral.....	- 75 -
III.3.1. Pacientes	- 75 -
III.3.2. Personal de salud.....	- 80 -
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	- 82 -
Bibliografía.....	- 86 -

ANEXOS..... - 93 -

Trabajos citados - 100 -

-Porque en el momento en que la mujer comienza a exigir una existencia como sujeto histórico-social en el hecho de representar contemporáneamente uno de los polos de una relación natural (mujer-hombre, mujer-maternidad), se encuentra obligada a romper con todos los viejos equilibrios, poniendo en discusión cada nivel de opresión, privado y público, individual y social, que no puede jamás mistificarse con su incapacidad natural. Se trata de un cuestionamiento radical que obliga a confrontarse con la propia práctica y la del otro, práctica cotidiana donde los elementos naturales y culturales, individuales y sociales están indisolublemente confundidos. Pero en esta fractura provocada por sumergir a la historia como sujeto, la mujer podría querer vencer después de tantas derrotas; perdiendo así la oportunidad, implícita en su rol natural y social, de proponer una óptica y una dimensión distintas de las de una mera inversión igual y contraria a la subordinación”

(Basaglia, 1987; 12)

DEDICATORIA

Esta investigación es para la pequeña persona que me cambió la visión sobre el mundo, Aura Cecilia Aguilar Balam. Por experiencia y por bibliografía puedo decir que la maternidad pintada en las novelas y en distintos medios no es fácil y bonita, significa toparse con pared debido a que existen diversos estigmas de lo que puedes o no puedes hacer con tu hijo o hija, tener que cambiar tu estilo de vida, tener que pelear por cambiar estereotipos, reconstruir tu papel como madre, mujer, antropóloga y sobre todo la constante preocupación de estar construyendo a un ser humano que no se rija bajo los estrictos paradigmas del sistema neoliberal y en el camino no perder tu humanidad. Suena agotador y lo es. La maternidad es un estira y afloja constante, pero no me rindo.

Aura, cuando tengas la capacidad de leer esto quiero que sepas que eres por lo que más me esfuerzo personal y profesionalmente, fuiste el empujoncito para que esta tesis tuviera sentido, quiero un mejor futuro para ti; tal vez quieras o no ser madre y de eso se trata, que tengas la capacidad de elegir sobre tu cuerpo y si así fuera que desees ser madre, que existan todos los servicios y la calidad para que sea más llevadero.

Y también va dedicada a mí, porque en el proceso de aprendizaje olvidamos que debemos darnos el debido crédito de habernos esforzado, de haber vivido tristeza, estrés, felicidad por el trabajo de campo y que nos merecemos un apapacho a nosotros mismos. No soy la misma que empezó la licenciatura y me enorgullece cada uno de los momentos vividos porque forjaron la trayectoria que quiero tomar profesionalmente. Debo confesar que me costó mucho escribir la tesis, pero finalmente pude completarla,

cuando me di cuenta de ella no pude dejar de llorar de la felicidad. ¡Vamos por más
Cecilia!

AGRADECIMIENTOS

Dando una entrada un tanto institucional, agradezco a la Secretaria de Salud, especialmente a la Dra. María Luisa y Olivia Solís, quienes no solo ayudaron a gestionar los trámites, sino que estuvieron al tanto de los avances y ayudaron a solventar dudas; al Dr. Villanueva, Jefe de Departamento de Enseñanza en el Hospital Morelos por permitirme trabajar en esos espacios, un tanto difíciles por las situaciones, como fue el si llevar o no llevar uniforme como personal de salud, de llevar identificación visible, hacer los avisos de privacidad con formatos pertinentes y sobre todo, tener un protocolo para hacer las entrevistas de modo que las pacientes no comprometieran su información personal, y a pesar ello siempre estuvieron dispuestos a ayudar a que las investigaciones se lleven a cabo en beneficio de la mejora de la calidad de vida de las embarazadas para mejorar y defender los derechos reproductivos de las mujeres.

En segundo término y dándole el agradecimiento correspondiente, a la Mtra. Xochitl Ballesteros, porque más allá de ser mi directora de tesis, es una gran mentora, una persona maravillosa y una invaluable amiga, porque cuando yo no creía en mí, cuando estaba exhausta para realizar mi tesis me seguía motivando para seguir haciendo lo que mejor podía hacer, escribir. Espero algún día poder ser tan maravillosa maestra como usted lo fue durante toda mi licenciatura.

Al Mtro. Teddy García por los cafés para aportarme ideas, libros y su invaluable conocimiento, así como al Dr. Julio Robertos por sus aportes a la misma; a la Dra. Ligia

Sierra por darme el empujoncito para seguir escribiendo y tratar de superarme día a día.

Para mis amigas Fernanda, Montserrat, Carolina, Fernanda (no, no me equivoque al escribir otra vez Fernanda), Karla, Mariel y mi buen amigo Betaza, porque con ustedes verifique que las amistades forjadas en la universidad son las mejores y que no puedo estar más orgullosa de haber estudiado en esta generación, ustedes me han ayudado a creer que la antropología tiene algo que aportar al mundo, siempre los voy a querer porque estuvieron en mi buenos, malos y en mis peores momentos y porque nunca dejaron de insistir en que yo podía lograr escribir la tesis, porque creyeron en mí, porque son unas personas maravillosas.

No olvido sobre todo a María Luisa Villarreal y Martin Balam Perera, quienes me enseñaron que cuando uno ama lo que estudia debe poner un poco más de si mismo para poder aportar algo, y sobre todo que ante la adversidad hay que seguir adelante, gracias por apoyarme, porque nunca me preguntaron de que me serviría la antropología o que haría cuando terminara de estudiar, gracias por estar ahí para mí.

Para Malú, porque no puedo imaginar una vida sin una persona tan maravillosa como tú, gracias por ser alguien en quien confiar y por amarnos tanto a Aura y a mí.

Para mi familia incondicional, Yamira, quien ha sido una segunda madre para mí y para Aura, no sé que hubiera hecho sin su ayuda, probablemente no hubiera escrito, ni hubiera terminado la licenciatura, no existen palabras para agradecerle todo lo que ha hecho por nosotras. A Benito Puch, Victor, Alejandro, Luis, Emma Balam, América y Yuridia, quienes siempre estuvieron para Aura y para mí y que nunca dudaron en apoyarnos en los momentos más difíciles, los amo.

Saulo, gracias por ayudarme con Aura y por el tiempo brindado para que concluyera mi tesis, tuvimos bastantes problemas por ello, pero la vida es un aprendizaje constante, gracias por el tiempo compartido y tus aportes.

José gracias por apoyarme en estos meses y por creer en mí, no sé lo que depara el futuro, pero te agradezco estar a mi lado y empujarme a seguir escribiendo.

SIGLAS

DDHH Derechos Humanos

FMI Fondo Monetario Internacional

OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS Objetivos de Desarrollo del Milenio

ONU Organización de las Naciones Unidas

OPS Organización Panamericana de Salud

UNICEF Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

En todas las tesis siempre existe un motivo oculto para realizarlas, dicen que el investigador deja pendientes asuntos y decide retomarlos, no es que esto sea algo necesariamente malo, puede motivarlo a buscar mejoras; otro motivo y un tanto más institucional y no tan personal es haber conseguido una beca, que tampoco tiene nada de malo puesto que también requiere un gran compromiso.

En mis años de estudiante creí que la temática que me interesaría sería más afín a la licenciatura de mis padres, pero conforme fui estudiando me di cuenta de mis propias pasiones y es que el tema sobre los derechos sexuales y reproductivos, el embarazo y los estudios sobre género me atraparon, además de que mi interés personal es en alguna medida dejar lo que se dice por ahí —un granito de arroz” para mejorar políticas públicas en cuestiones de la reproductividad, en específico mejorar la atención en la calidad del servicio para con las embarazadas y la atención a las mismas.

Cuando empecé a leer bibliografía la siguiente frase retumbo en mi cabeza: —La salud es un derecho y nosotras también merecemos un trato digno” (Berrio, 2013; 7). Yo no sabía que había sufrido violencia obstétrica hasta me informé y leí, de cierto modo y por compromiso con la Antropología el tema enseguida llamo mi atención, sentí necesario hacer algo.

El embarazo es un tema ampliamente abarcado en cuestiones de cómo es tratado en diversos grupos o sociedades, al menos este es el caso de la antropología y lo que tienen que aportar es que se puede mejorar la calidad de atención, reducir la cesáreas y las muertes maternas a través de estrategias que no requieren precisamente de un

gran presupuesto, pueden implementarse con el conocimiento y el trato digno hacia las mujeres embarazadas, en este caso el programa guía del trabajo es el Programa Embarazo Saludable, el cual plantea que protocolos para atención en caso de emergencias y reducir la posibilidad de violencia obstétrica, así como reducir las posibilidades de muerte materna.

Este trabajo consta de tres capítulos, en los que se aborda desde la situación y antecedentes de los servicios de salud en la modernidad, es decir, como ha influido la globalización en el servicio médico, es importante recalcar que la medicina moderna es la medicina occidental, de hecho en Latinoamérica y en el país la mayoría de los servicios se han institucionalizado y la forma de atención es mediante el servicio medicoburocrático y ha desplazado métodos de atención que podrían funcionar como un complemento a la saturación del sistema de salud, sobre todo a lo que atañe a este trabajo, que es México. El país como parte de un contexto global ha proporcionado un servicio seccionado, en el que se brinda atención según el sector en el que se trabaje o mediante el estatus laboral que ejerce, lo que excluye a aquella población que no se encuentra percibiendo prestaciones o están bajo el estatus de trabajo informal, lo cual atañe a la mayoría de la población en condiciones de pobreza.

Con lo anterior, México siendo parte de los países miembro de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (ONU) adquirió compromisos políticos para avanzar en el tema de la mejora de la calidad de vida, en la que se incluye el servicio de salud de calidad y universal para todos los mexicanos, lo podemos ver en la Constitución en el Artículo 4° en el que toda persona tiene derecho a la salud, y cada Estado definirá el acceso a los

servicios que confiera¹. En el ámbito nacional es respaldado con la Constitución mexicana y a nivel internacional con otros compromisos políticos, como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en el que uno de estos compromisos son la protección y mejora de la calidad de los infantes, reducción de la pobreza y el quinto, la reducción de la muerte materna.

La reducción de la muerte materna está ligada a la atención oportuna y un servicio de calidad, así como la promoción de los derechos reproductivos; como parte de ello en el año 2001 se inicia el programa piloto del seguro popular en cinco estados de la Republica, tal fue el éxito del programa que se extiende a nivel nacional, de este modo se le da acceso a las embarazadas a un servicio médico sin que este signifique un gasto, en un principio se evaluaba mediante exámenes económicos y psicológicos y así saber si eran candidatas a ello. En un segundo momento cualquier embarazada sin seguro médico puede acceder a ello, puesto que en el 2015 se amplía el compromiso de la reducción de a muerte materna a que este podrá ser alcanzado únicamente mediante el acceso universal al servicio de salud.

Para el caso de Quintana Roo, específicamente en la Ciudad de Chetumal se encuentra el Hospital Materno Infantil Morelos, especializado en la atención a la salud materna e infantil en la capital. El hospital es público y esta especializado para atención a embarazadas, sobre todo las que cuentan con seguro popular, puesto que a partir de la semana 36 se canalizan aquí para sus últimas consultas y finalmente parir allí.

¹ Promoción de la salud: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/interior1/art_4to.html

En el segundo capítulo se encuentran los conceptos necesarios para la implementación de programas institucionales, cómo han surgido a través de compromisos adquiridos, en el que las naciones en vías de desarrollo se encuentran en relaciones de subordinación las de desarrollo y esto se puede ver en las recomendaciones de programas. Es de vital importancia el reconcimimiento de los Derechos Humanos (DDHH) en la construcción de políticas públicas, pues desde el comienzo los DDHH han sido evidentemente occidentales, pero han sido un gran soporte en las luchas de las minorías y grupos no visibilizados. Gracias a la antropología, la cual relativamente hace poco ha entrado en la discusión, es que los derechos humanos deben replantearse debido a que pueden ser de ayuda en la lucha contra la justicia, así como pueden significar una profunda desigualdad en la hora de exigirlos. Tal es el caso de los Derechos Reproductivos, sobre todo cuando se trata de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), en donde la meta era la reducción de las muertes maternas en un 75%, como una cobertura universal y de calidad en salud materna, la fecha de culminación fue en el año 2015, al menos México no pudo alcanzar la cifra, además de que el sistema de salud para las embarazadas no ha mejorado.

Aunado al hecho que la muerte materna es uno de los principales problemas de salud pública y que las causas de muerte pueden ser evitables con una cobertura médica más eficiente deja mucho que desear, esto conllevaría mejor atención.

Como punto final del segundo capítulo queda a debate sobre lo que significa el parto humanizado y mediante diferentes concepciones sobre lo que es, lo que deja claro es que la mujer debe ser quien guíe sobre su cuerpo, que debe intervenir lo menos

posible, el trato hacia ella debe ser digno y la medicalización no debe ser implementada, ya que es una practica arcaica que tiene que ser cambiada.

Finalmente, en el tercer capitulo se hace énfasis en los servicios de salud en el Hospital Morelos, como estudio de caso antropológico en el proceso de atención según el Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular en el que los planteamientos generales son que debe modificarse puesto que es un programa planteado desde el 2001 y que ha venido funcionando hasta la fecha de hoy tal cual fue redactado.

El proceso de atención protocolaria de las citas se sigue y en caso de emergencias obstétricas suele ser muy efectiva la atención, sin embargo, aunque se siguen estas medidas un tanto burocraticas, la atención de calidad y de calidez planteado en el programa nos se refleja en la realidad y tampoco propicia una relación idónea entre paciente y personal de salud.

Las limitantes de igual manera se encuentran en el la estructura del Seguro Popular donde anualmente se incrementa la población atendida y disminuye el presupuesto, reduciendose medicamentos, material y personal para una correcta atención a las embarazadas.

CAPITULO I. RECUESTO HISTÓRICO EN LOS SERVICIOS DE SALUD: SALUD MATERNA Y SEGURO POPULAR

I.1. SERVICIOS DE SALUD EN UN CONTEXTO GLOBALIZADO

La globalización tiene diferentes concepciones, entre ellas la economía, que es la más recurrente en la investigación, sin embargo, el antropólogo Lins-Ribeiro señala que la globalización:

—(.) Se relaciona con la reorganización de las relaciones entre lugares. Globalización es el aumento de la influencia aquí, de quien no está aquí. Tal concepción, al mismo tiempo en que permite pensar el presente, mantiene su carácter procesual (estamos hablando, de nuevo, del aumento de intensidad de un proceso) llevando a considerar la historia de las diferentes relaciones entre el próximo y el distante, entre —nosotros” y —los otros”, fórmula que queda mucho más clara en español” (Lins-Ribeiro, 2011; 161).

La globalización no es un tema ajeno a cualquiera de las ciencias, sobre todo cuando se trata de las ciencias sociales, esto se debe a la dinámica del sistema capitalista en el que se encuentra inmersa la actividad global, es decir que nadie, ningún país está exento de ser parte de ello, son parte de un engranaje. —Son realidades sociales, económicas, políticas y culturales que emergen y adquieren dinamismo con la globalización del mundo, o la formación de la sociedad global” (Ianni, 1999 en Lasso-Tiscareño, 2002; 40-41). Cada una de ellas tiene sus particularidades como nación o sociedad.

La globalización no solo es un tema en boga, se ha dado de esta manera debido a que “La modernidad es inherentemente globalizadora” (Rosas-Mantecón, 1993; 81). La globalización no solo ha sido un tema de debate, donde el más recurrente se encuentra en el ámbito económico debido a su impacto casi inmediato. En las últimas décadas ha sido tal la magnitud que han ocurrido cambios drásticos y retomado en otras ramas de la ciencia: economía, ciencias sociales, política, entre otras y que en conjunto no solo han demostrado que es una de las consecuencias casi directas del neoliberalismo, que conlleva a marginar a aquellos que no cumplen con las expectativas planteadas por el sistema neoliberal. “En última instancia, la globalización es eso: el libre juego de los flujos despiadados, anómicos amorales del capital y de quienes lo poseen –pocos, y cada vez menos– con el único fin de multiplicarse” (Meira-Carrea, 2006; 111)

Esta marginación es aquello que mantiene al sistema, se basa en las desigualdades entre pobres-ricos, es por ello que es excluyente y para cumplir con los requerimientos es necesario que exista un sector que tendrá todos los privilegios de la globalización, estos pueden ir desde la llamada riqueza económica o el acceso a servicios, estos privilegios pueden alcanzarse gracias a que más de la mitad de la población mundial se encuentra en condiciones de pobreza, que pueden ir desde la carencia de servicios de salud, hasta la falta de una dieta equilibrada, es por ello que en algún nivel la población cuenta con carencias de algún tipo, repercutiendo en que la población mundial se encuentre en la “mayoría marginada”.

Si confiere al tema de la globalización, esta tiene un carácter histórico que ha forjado procesos de construcción de una sistematización estructural, que ya no solo abarcara el tema de lo económico, como se mencionó anteriormente: “Vista así, la globalización

es un proceso estructural de mucho más alcance y mayor recorrido que el neoliberalismo de final de siglo” (Franco, 2002; 3). Es por ello, que no debe cometerse el error de analizarla solo en lo económico y ver las raíces del surgimiento de la globalización.

Para que la globalización tuviera éxito² tuvo que inmiscuirse de manera discreta a través de la homogenización de no solo productos, repercutiendo en las culturas mediante cambios en los medios culturales, que pueden afectar o contribuir a los imaginarios sociales fronterizos, de formas de dominación, de tal manera que existen nuevos sistemas de democratización y *burocratización* de los sistemas básicos (Rosas-Mantecón, 1993). Cabe mencionar que los medios de comunicación y las nuevas tecnologías han ayudado a la proliferación del sistema capitalista, donde pareciera que cada vez las relaciones más estrechas, así como la desigualdad a los medios está presente; existen computadoras y celulares en todos lados, no todos pueden acceder a ellos, pero es imposible concebir un mundo sin ellos.

No solo tienen como fin *práctico* la estandarización de las relaciones. —La globalización reconoce la diversidad, pero, a su vez, propone su homogeneización en aras de una supuesta convivencia armónica dentro de un mundo global” (Ramírez, 2014; 4062). Por supuesto, que estas relaciones son contrastantemente desiguales, propiciando la desigualdad de acceso a servicios y a la riqueza en aras de un supuesto desarrollo global.

² En este sentido, cuando se refiere a éxito es en el sentido de la propagación del sistema, apoyando a la apertura de comunicación y medios a esos lugares que parecían “intocables”.

En teoría, la globalización contribuye a las necesidades de la *mayoría*, esta mayoría se trata de una *hegemonía*³ en el término Gramsciano —~~to~~ la ideología liberal, con sus puntos fuertes y sus puntos débiles, se pueden resumir en el principio de la división de los poderes; así se ve cuál es la causa de la debilidad del liberalismo: es la burocracia, es decir la cristalización del personal dirigente, que ejerce el poder coercitivo, y que al llegar a un punto determinado se convierte en casta” (Gramsci, 2009; 190). Gramsci advertía el problema con el sistema capitalista, donde no solo se consolida un sector privatizando servicios, sino que el mismo estado se vuelve cómplice y burocratiza y toma poder de los mismos para su beneficio, para ello propone que todos los cargos públicos deben cambiarse constantemente para evitar la toma del poder de los mismos. En el entendido de que existe una hegemonía dominante, se muestra en el sistema actual una cara en la que los servicios y todo está al alcance de cualquiera. —~~Si~~ bien la globalización muestra una cara que favorece la —~~de~~ aproximación —~~de~~ la humanidad por el intercambio rápido de ideas, personas, mercancías, capital, información y tecnologías, lo cual se aprecia como favorable, otra cara de ella muestra sus impactos negativos en la vida de la mayoría de los y las habitantes del planeta” (Valdivieso, 2009; 28). Aquellos que no se adaptan a las exigentes condiciones que demanda el sistema se reflejan en los números de aquellos estudios sobre pobreza y marginación.

Se ha podido privilegiar atenciones primarias de calidad para aquellos que cuentan con el acceso económico y político, cuando debería ser un servicio al *alcance de todos*. —~~La~~

³Hegemonía en el sentido gramsciano de que no solo se trata de algo económico, existe el trasfondo de las relaciones de poder existentes para lograr sostenerlo y beneficiar a un sector privilegiado. Sacado del libro La política y el Estado Moderno, de Gramsci.

desterritorialización, signo privilegiado de la globalización, conlleva el debilitamiento de los Estados– nación, proceso al que han contribuido paralelamente las presiones neoliberales que pugnan por la disminución de las áreas de responsabilidad del Estado y la creciente participación de los sectores privados en los diferentes ámbitos de la vida social, política y económica” (Rosas-Mantecón, 1993; 82). En este entendido si puedes pagar por ello, puedes asegurar aquello que podría llamarse —*vida digna*” y aunque existen acuerdos internacionales y políticas públicas, el acceso universal para los sectores de bajos recursos aún es algo utópico.

Cabe destacar que en un contexto global la salud es un tema para debatir, así como puede servir para hacer compromisos políticos, demostrando así que en cuestiones políticas los compromisos adquiridos son un arma de doble filo. —La salud revela con claridad la forma en que vive y se desarrolla una población” (Ortiz-Quesada, 1984; 15). Por ello los avances en los sistemas de salud pueden evidenciar cuáles son las deficiencias en este caso en el sector salud para la población.

El mostrar la situación del sistema de salud mexicano puede ayudar a que el mecanismo de la vida social siga en funcionamiento. —La salud aparece entonces como un artefacto, una —*tecnología social*” central en la administración de la diversidad, de la vida misma” (Palacios, 2011; 276).

En el entendido de que el tema de la salud es un compromiso, pero también una prueba de *desarrollo* como nación, estos compromisos sugieren que se está trabajando como nación *avanzada*. —El análisis de las desigualdades sociales y en el campo de la salud ha adquirido importancia de nueva cuenta ante la evidencia creciente de que, lejos de desaparecer, estas condiciones aún permanecen y en algunos países se han

incrementado” (Zurita, 2003; 30). El que se trabaje en estos compromisos, no asegura la calidad del servicio, ni asegura que las clases subalternas o marginadas tengan acceso a él, como es lo que debería trabajarse para lograr la universalización de los servicios.

Un claro ejemplo sobre aquello a que se puede acceder con privilegios se refleja en el sistema de salud, si puedes pagar por ello, puedes acceder a un sistema de salud de *calidad*⁴. Aun así, las ONG y otros organismos internacionales han hecho hincapié en el derecho a poder acceder a él. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha emitido recomendaciones pertinentes a las necesidades de cada país para combatir las desigualdades sociales a través de los Determinantes Sociales de Salud (DSS) y que estas se adapten a las necesidades locales (Juárez-Ramírez, 2014). Todas estas medidas surgen como medida política para asegurar el bienestar de los ciudadanos, sin distinguir *raza*, acceso económico y relaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, la OMS, junto con otros programas encontró pertinente comprometer a las naciones para que la salud no solo fuera un acuerdo escrito en papel, sino que la salud fuera un derecho para *todos*.” La OMS convocó a una gran Reunión Internacional en Alma Ata (UniónSoviética) en 1978 donde se produjo una declaración vigente todavía, —*Salud para todos en el año 2000*” que propone conseguir una —*atención básica a la salud; universal, técnicamente valida, económicamente factible y socialmente aceptable mediante la estrategia de la atención primaria*”

⁴ Según la recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/es/>

(Quijano; 2002; 2). En esta declaración, no solo se aseguraba que los países ofrecieran la atención primaria en materia de salud, algo básico y que ya debería estar presente en todos o la mayoría de los países, aunado al hecho de que denuncia las desigualdades e injusticias.

Queda claro en el II artículo de la Declaración de Alma Ata: —~~a~~ grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países” (Declaración de Alma Ata, 1978). La Declaratoria de Alma Ata no solo denuncia el acceso de algunos al sistema de salud según el desarrollo de cada país, hace mención que es necesaria la inclusión de otros modos de ver la salud, sobre todo cuando se trata a nivel colectivo.

De igual modo, la OMS reforzando la Declaración de Ata sobre alcanzar el sistema de salud universal y el acceso al mismo para todos los ciudadanos propone los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), 8 objetivos que 191 miembros se comprometieron para alcanzar en el año 2015; entre los compromisos esta la reducción de la muerte infantil, la mejora de la salud materna y combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades. En algunos casos para poder cumplir con estos objetivos tan ambiciosos se han tomado como medidas anexarlo a las constituciones y programas institucionales, que significaría un compromiso a nivel político, pero que además salvaguarda mejoras en la vida de todo ciudadano desde el nacimiento.

Sobre todo, cuando se habla del acceso al sistema de salud nos referimos a que este depende la fuerza laboral, de los recursos económicos y que como compromiso y

desarrollo político se intenta asegurar que el Estado a través de la medicina pueda salvaguardar la salud del trabajador para que este pueda anexarse lo más pronto posible a la vida laboral o al sistema neoliberal para que este continúe. (Foucault, 1977). Ese es el ideal del contexto globalizado, y debido a que en el contexto globalizado el Estado pierde fuerza para atender las necesidades de la sociedad porque se busca que los servicios que deberían ser gratuitos se reemplacen por un sistema privatizado y ello se ha incrementado. Las facultades del estado disminuyen, pero las instituciones del sistema neoliberal cobran fuerza y pocos son los que pueden acceder a ellos. Los organismos internacionales y ONG han ayudado a salvaguardar y vigilar que el Estado cumpla con los compromisos que le confieren. No solo es atender, es asegurar que esa atención procure darles una vida digna a sus ciudadanos.

I.2. Servicios de salud en México

México, siendo parte de un mundo globalizado, no está exento de tomar parte del sistema neoliberal, donde el acceso a los servicios básicos debería estar al alcance de todos; pero si lo contrastamos con la realidad, los que tienen acceso a un servicio de salud de calidad, no solo en México, sino que se puede analizar a nivel Latinoamérica, son aquellos que pueden acceder económicamente y quienes tienen los contactos para acceder a ellos.

Siendo conscientes de que el sistema de salud mexicano se encuentra inserto en un contexto globalizado, la forma en que este atiende a la población se da a través de un acceso fragmentado y excluyente —~~pas~~ revelan que el proceso salud-enfermedad está ligado al nivel y modo de insertarse del individuo en el aparato productivo” (Ortiz-Quesada, 1984; 18).

Una de estas fragmentaciones es que se especialice el tipo de servicio, es decir que los usuarios deben cumplir ciertos requisitos para poder parte de un tipo de seguro que les permita tener la atención y los medicamentos. Dentro de la cobertura se encuentra el seguro de vida y acceso de salud, importa si su condición es de trabajador, pensionado, también dependerá del acceso económico, puesto que, si el ingreso supera la media, tienen mayores posibilidades de acceder a un sistema de salud privatizado. Será difícil para la persona de *bajos recursos económicos* entre algunas cosas acceder a una canasta básica que cubra todas las necesidades, sino que, aunado a ello, tenga al alcance una atención de calidad en materia de salud que le

asegure por lo menos tener los medicamentos que necesita. La mayor parte de la población no cuenta con este respaldo:

-El sistema de salud mexicano, como el de muchos países latinoamericanos, está sumamente segmentado y está integrado por tres grandes ramas: las instituciones de seguridad social, que brindan acceso a la atención médica a los afiliados y sus familias; la atención brindada por la Secretaría de Salud a la población sin acceso a la seguridad social, que incluye al Seguro Popular (SP), un esquema de aseguramiento público de salud voluntario; y los servicios de salud privados, que atienden a la población en general y que están financiados principalmente mediante pagos directos de bolsillo” (Barraza-Lloréns, 2013; 45).

El derecho a la salud ha pasado por diversas reformas en la constitución mexicana, por ejemplo, en la Constitución hasta 1983 con Miguel de la Madrid, se *aseguraba*, no solo parte de las prestaciones de seguridad social del trabajador, sino que ahora era parte de un derecho como ciudadano mexicano en un contexto pluricultural (Elizondo, 2007). Tal reforma tenía como alcance la inclusión de la población en general, teniendo como resultado un sistema de salud -equitativo”:

Otro cambio importante fue en la reforma del sistema de salud pública en los años 80s, un ajuste que afectaría a un nivel macro al estado mexicano.-Después de varios años de implementación de estrategias que pretenden modernizar el sector salud y hacerlo eficiente, el cambio del sistema se consolida, revitalizando la polémica que ha acompañado el proceso en torno al sentido de la reforma, sus resultados y los efectos limitados que dichas transformaciones tienen sobre la equidad en salud” (Linares-Pérez, 2012; 596)

Lo innovador de tal reforma era que el derecho a la salud ya no dependía del ingreso o el estatus laboral, si no que esta se encontraba por primera vez al alcance de los ciudadanos, únicamente por su condición como persona (Chertorivski, 2012). –De acuerdo con el artículo 4° de la Constitución Política de México, la protección de la salud es un derecho de todos los mexicanos. Sin embargo, no todos han podido ejercer de manera efectiva este derecho” (Gómez, 2011; 224). Y aunque ello resultaba algo nuevo, el artículo 4° constitucional, se hacía un compromiso como nación para *avanzar políticamente*, pero con todo y reforma constitucional, no dejaba de ser excluyente, además que los servicios de salud público-privados implicaba una brecha muy grande entre quienes podían y no podían acceder a servicios de *calidad*.

La inclusión de servicios de salud universales se aseguraba para los ciudadanos mexicanos, seguía siendo excluyente en términos que aquellos con capacidad económica podían tener servicios de salud eficientes, mientras que aquellos que no cuentan con las posibilidades deben conformarse con lo que hay. –Respecto a los servicios de atención médica y prevención, la evidencia muestra que en México su uso y efecto están claramente estratificados por la posición socioeconómica. Estos resultados deben alertar a los planificadores respecto a la necesidad de promover el uso y la efectividad de los servicios en áreas y poblaciones de baja posición socioeconómica” (Ortiz-Hernández, 2015; 344). Lo que se quería no solo era tener servicios de salud que les dieran medicamentos y una cura rápida, ni mucho menos se trataba de que las consultas fueran gratuitas, se trataba de asegurar un servicio de calidad, sin discriminación para nadie, que se asegure en este sentido su carácter de universal al ser un derecho humano (Chertorivski, 2012). Aunado al hecho de que las

poblaciones más alejadas también fueran de cierto modo cubiertas con servicios de salud básicos.

Con el respaldo de que la salud es un derecho humano se culminan diversos compromisos, entre ellos con la ONU, como son los ODM y en una forma local se hacen Reformas estructurales en el país, entre otros que se retomaran en los siguientes capítulos. Pero tal vez uno de los más importantes se lleva a cabo en el año 2001, con el proyecto piloto, Seguro Popular de Salud (SPS), cuya finalidad no era otra que brindar el servicio a personas de bajos recursos y sin acceso alguno a los servicios médicos y medicinas para ser cubiertas. Difiere una brecha muy grande en lo que el SPS como compromiso político, a lo que se refleja en la realidad mexicana.

En 2008 se pone a prueba el SP para ayudar a desarrollar el 5° compromiso de los ODM, en el que se plasma que se reducirán más de tres cuartas partes las muertes maternas; para ello en el 2009 se crea la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad, donde la primera necesidad identificada fue la información y canalización necesaria de las embarazadas sin seguro, así como la difusión de los síntomas de alarma. (Presidencia de la Republica, 2013)

I.3. SEGURO POPULAR

Como compromisos en materia de salud, es bien sabido que la salud se ha institucionalizado en diversos sectores que en su momento llegaron a atender a solo ciertos sectores privilegiados. Al buscar alternativas para ser incluyentes se crea el Seguro Popular. El Seguro Popular resulta un programa piloto innovador en el sistema de salud mexicano, representa una oportunidad de los sectores marginados y de bajos recursos de tener servicio médico gratuito en un principio, para luego incorporar medicinas. La gran virtud del Seguro Popular es dotar de un paquete básico a ciudadanos que no son derechohabientes. El paquete de enfermedades que cubre este seguro no es ilimitado, aunque abarca cerca de 90% de las causas de atención, tanto hospitalaria como ambulatoria, disponibles en las instituciones públicas de segundo nivel” (Elizondo, 2007; 149). Aquellas especificaciones que se pueden atender se les denomina CAUSES⁵ y plasman en folletos desglosando cada una de ellas y en que casos pueden ser cubiertos por el SP.

El Seguro Popular surge en la administración de Vicente Fox Quesada del Partido Acción Nacional (PAN). Se crea el Seguro Popular para cumplir con compromisos políticos plasmados en pactos internacionales, y para ello en el 2001, el Seguro Popular comienza como un programa piloto en cinco estados de la República cuyo objetivo era poder sustituir los pagos generados de los propios bolsillos de las familias en condiciones de bajos ingresos para financiar seguros médicos

⁵ Es el Catálogo Universal de Servicios de Salud del Seguro Popular, en la que anexan las enfermedades que son cubiertas y los medicamentos a los que pueden acceder.

(Tamez, Eibenschutz, 2008). La iniciativa se respaldaba con los 25 millones de personas sin ningún tipo de seguro de salud. En el año 2002, al ver la creciente demanda del SP, se incorpora en algunos estados más, para tomar en cuenta sobre todo a la población indígena. (Juárez-Ramírez, 2014).

Contrario al crecimiento de la demanda del Seguro Popular, se disminuía el control de los gastos y la calidad del servicio; seguía teniendo problemas técnicos con el mecanismo de atención. Aun con las premisas de que el programa sería innovador y eficaz, el gasto público a los programas de salud en general seguía siendo bajo y el que los servicios fueran descentralizados no ayudaba a la población que no contaba con algún tipo de seguro médico. (Ortega, 2015)

A pesar de no realizarse las correcciones pertinentes, debido a la demanda, entra en vigor oficialmente en el año 2004 cuando el seguro se incorpora al sistema de salud mexicano. En 2004 entra oficialmente en vigor el programa bajo el slogan de atender específicamente la población sin acceso a la seguridad social, de modo que se promoviera un trato equitativo y un acceso igual a servicios de salud, sin ser necesario el cubrimiento de este por parte del pago del usuario” (Barraza-Lloréns, 2013; 45).

Una vez entra en vigor, se determina que -el Programa del Seguro Popular, que consiste en un modelo de aseguramiento mediante financiamiento público dirigido a la población de bajos recursos económicos” (Rodríguez-Abrego, 2007; 133), en el que se pretende que no solo una persona trabajadora se asegure, sino que el alcance se pueda dirigir a trabajadores y familia. Una vez el Seguro Popular entra en funcionamiento los CAUSES, que especifica a los paquetes que puede acceder el usuario y en que casos se modifica para brindar mejor atención.

En el país, se hace sonar el nombre del Seguro Popular de manera más amplia en el sexenio de Felipe Calderón⁶, a partir del año 2006, continuación de su predecesor, el expresidente Vicente Fox Quesada, ambos pertenecientes al PAN. Se le acredita la creación del Seguro debido al desconocimiento de ciertos sectores del mismo. Sin embargo, durante la administración de Calderón, los CAUSES se incrementan en teoría y funcionan como un eslogan publicitario para el PAN, quienes declaran el incremento del 100% en cobertura y el incremento del presupuesto del programa, al no cumplir con los compromisos adquiridos causa el descontento de la población en general.

Dentro del seguro médico, fue necesario implementar estrategias de atención integral para sectores de vulnerabilidad y con atención especial. Para poder cumplir con ello, se pone en marcha el Seguro Médico Siglo XXI, en el que es un compromiso fundamental asegurar la atención al embarazo en sus tres momentos, gestación, parto y puerperio. Por ello, se crea en el año 2008 el programa Embarazo Saludable, en el que debe cubrir los gastos médicos de las embarazadas hasta el nacimiento, así como aquellas mujeres que no tengan acceso a un seguro médico (y como complementario del Seguro Médico Siglo XXI) reduciendo las posibilidades de muerte materna, compromiso que México adquirió en diversos tratados Internacionales, pero esencialmente en los ODM. Cabe destacar que implementado en el año 2008 la utilización del Programa no implicaba que fuera gratuito para todas las embarazadas, requería previamente estudios socioeconómicos para saber si era candidata a ello. (Díaz, 2010; 35)

⁶Consulta en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/22/index.php?section=politica&article=018a1pol>

En el cuadro 1, llevado a cabo gracias al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) durante los años 2010 y 2012 en el que se contrastaba el índice porcentual de los beneficiarios en los diversos programas de cobertura en materia de salud; de ello deriva que aunque gracias a la introducción del programa y el incremento de los CAUSES ha generado una mayor densidad poblacional en el Seguro Popular, también indica que el recurso destinado a este aun es mínimo y la calidad de atención aún debe ser trabajado.

Ejemplo de lo anterior de que los procedimientos no han tenido la suficiente regulación es que, a pesar del incremento de población afiliada, la demanda de los médicos por ende ha aumentado, pero el presupuesto no ha sido suficiente para poder agregar más personal, por lo que el sistema de atención suele estar saturado. "En cuanto a la disponibilidad de equipo médico, se observa también que, aunque el número absoluto de equipo creció de 2008 a 2010, debido a que la cifra de personas afiliadas se elevó más rápido, ahora hay menor cantidad de equipo médico por cada mil afiliados" (CONEVAL, 2014; 39). Esta cifra cobra importancia en materia de atención a embarazo, parto y puerperio, puesto que la demanda de atención de los mismos satura el sistema y provoca ineficiencias y el incremento de mal praxis, violencia obstétrica y muerte materna.

CUADRO 1. CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, MÉXICO, 2010 Y 2012

(CONEVAL)

INDICADORES	Porcentaje		Millones de personas	
	2010	2012	2010	2012
CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	29.2	21.5	33.5	25.3
COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN SIN CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD, SEGÚN INSTITUCIÓN DE AFILIACION				
POBLACION AFILIADA AL SEGURO POPULAR	30.5	40.8	35.0	47.8
POBLACION AFILIFADA AL IMSS	31.8	32.1	36.4	37.6
POBLACION AFILIADA AL ISSTE	5.6	5.8	6.4	6.8
POBLACION AFILIDADA AL ISSTE ESTATAL	1.7	0.8	2.0	0.9
POBLACION AFILIADA A PEMEX, DEFENSA O MARINA	0.9	0.9	1.1	1.0
POBLACION CON ACCESO A SERVICIOS MÉDICOS POR SEGURIDAD SOCIAL INDIRECTA*	2.5	1.8	2.9	2.2
POBLACION AFILIADA A OTRA INSTITUCIÓN MEDICA DISTINTA DE LAS ANTERIORES	1.4	1.7	1.6	2.0

*Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

*Son aquellas personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

I.4. SERVICIOS DE SALUD EN QUINTANA ROO

El estado de Quintana Roo es el de más reciente creación de la República Mexicana, derivado de ello surgen diversos procesos interesantes dentro del mismo. Se hacen acuerdos diplomáticos con Honduras Británica, hoy el país vecino de Belice, para fundarse la Ciudad de Payo Obispo en 1898. Gracias a estos acuerdos se sientan las bases para decretarlo Territorio Federal en 1902, por el presidente, Porfirio Díaz, tomando los apellidos de Andrés Quintana Roo para nombrarlo. Para ello, los estados vecinos de Yucatán y Campeche mantienen relaciones conflictivas con el reciente territorio, hasta que la situación se regulariza en 1935 con el presidente Lázaro Cárdenas⁷.

En lo referente a los

servicios de salud del Estado, cabe destacar que se carecía de ellos, estos eran casas de maderas que fungían como las actuales casas de salud. "Antes de 1900 no existió, de hecho, atención médica en dicha entidad federativa; unos cuantos médicos ejercían la profesión, lo hacían por algún tiempo, después salían a buscar otros horizontes, no había hospitales" (Fajardo, 2004; 47). En algunos casos de emergencia era necesario migrar a otros países vecinos a buscar el servicio médico.

Después de la época de la Revolución, el país paso por varios procesos, entre ellos se buscó la mejora de los servicios de salud debido al aumento de población en el territorio. —El crecimiento obedecía a movimientos migratorios, originados por un

⁷<http://representaciondf.qroo.gob.mx/portal/EHistoria.php>

incremento en las actividades comerciales, agrícolas e industriales, ligadas al chicle. En ese año, las autoridades federales establecieron nuevamente en Payo Obispo un servicio de sanidad, fue la Delegación Sanitaria Marítima, que dependía de la Secretaría de Gobernación, además de funciones migratorias se ocupaba de revisar navíos, practicar cuarentenas, realizar vacunaciones contra la viruela, controlar la prostitución y recibir notificaciones en cuanto a enfermedades infectocontagiosas” (Fajardo, 2004; 48). Al no ser reconocido como un Estado, el acceso de salud no estaba al alcance de la población en general.

Es en 1944 se crean colectivos y organizaciones para proteger los “intereses” del Territorio, como es el Frente Renovador Quintanarroense en 1948 y el Comité Pro Defensa Territorial de Quintana Roo, cuyos intereses conflictuaban con los estados de Campeche y Yucatán, estos conflictos siguen hasta la actualidad y el dilema trata sobre los límites territoriales entre los 3 estados.

Antes de que existiera una infraestructura y plan, como tal, lo que influyo en un control de las medidas médico-sanitarias se dio en la década de los 50 al incrementar el flujo de migración a los polos turísticos, Cozumel y Cancún fueron los principales debido a la reciente creación de trabajo turístico. No solo fue en materia de salud, sino que la urbanización comenzó a influir en movimientos demográficos incrementales, que ayudaría más adelante al establecimiento del Territorio a conformarse como Estado.

Pero el momento que realmente marca una transformación enorme en el entonces Territorio fue la devastación provocada por el huracán Janet en 1955, sobre todo en la ciudad de Chetumal y en las zonas aledañas a esta. Las emergencias que surgieron de este desastre resultaron en la construcción de infraestructura resistente, planes de

contingencia y en materia de salud, lo que significó la construcción de hospitales, no solo para atender la ciudad, atendería las inmediaciones y a los países vecinos.

Para la creación del Estado en 1974 en materia de salud, La Secretaría de Salud y Asistencia contaba con 19 unidades de atención a la salud repartidas en la entidad federativa. Contabilizando a final de la época de los años 70 de acuerdo con datos oficiales, había 74 centros de salud, 23 clínicas del régimen IMSS-COPLAMAR y delegaciones de Cruz Roja en Chetumal y Cancún” (Xacur, 2004; 245).

En 1980, en Chetumal se inauguró un nuevo hospital general de la Secretaría de Salud y Asistencia”. (Fajardo, 2004; 50) Se esperaba que estos servicios funcionaran de manera dependiente del Gobierno del Estado, pero este proyecto fracasó. En la década de los 90 surgió un organismo que apoyó lo entonces planteado, que se denominó Organismo Público Descentralizado.

El día 8 de octubre de 1974 se publica en el Diario Oficial de la Federación el Decreto de creación del Estado Libre y Soberano de Quintana Roo, firmado por el presidente de la República, Lic. Luis Echeverría Álvarez. Oficialmente el Estado adquirió compromisos más firmes en materia de servicios para la población quintanarroense, en este caso, en materia de salud reforzó los programas ya existentes.

I.5. SERVICIOS DE SALUD MATERNA: EL HOSPITAL MORELOS EN LA CIUDAD DE CHETUMAL, QUINTANA ROO

La ciudad de Chetumal, un espacio transfronterizo, se encuentra en una zona en la que converge con múltiples culturas y grupos étnicos debido a su cercanía con polos turísticos y como ciudad aledaña a países centroamericanos.

El Estado de Quintana Roo es de los estados más jóvenes del país, es por ello por lo que, en el tema de salud, este contaba con servicios limitados, la población Chetumaleña debía trasladarse en casos de emergencia o de especialización a los países vecinos. —Al mismo se dedicó a atender en el hospital de Corozal a la población mexicana y a los chicleros que hacían trabajo estacional en la región. Tanto así, que Schofield, como parte de consejo legislativo, cuestiono el hecho de que dicho hospital estuviese siendo utilizado por gente para la cual no fue construido (...)” (Vallarta, 2001; 381). Se evaluó la posibilidad de limitar el acceso a la población mexicana debido a la saturación del sistema y con ello la población local no podía acceder a una atención más eficiente.

A pesar de la falta de infraestructura en el estado, algo que es importante en este caso, al hablar de los servicios de salud, sobre todo en cuestiones de salud materna-infantil, es que en las zonas aledañas a la capital y en su momento también en la misma ciudad se llegó a utilizar como el único medio, las parteras y sobadoras, que fungían como un importante recurso para la atención de las embarazadas.

Durante el periodo de Rafael E. Melgar, en 1936 se construyeron diversas obras, en las que destacan El Hotel Los Cocos, la Escuela Belisario Domínguez actualmente la

escuela Estatal de Música y Danza) y el Hospital Morelos, inaugurado y terminado en 1939 (Xacur, 2004). El periodo de Melgar estuvo lleno de proyectos arquitectónicos, en el que La Escuela Socialista Belisario Domínguez y el Hospital Morelos fueron construidos por el arquitecto Manuel Amábilis Domínguez (Checa-Artasu, 2012). Cabe destacar que el Hospital funcionaba como un hospital general.

Fue inaugurado oficialmente por el presidente de la República, el Gral. Lázaro Cárdenas del Río en Enero de 1939; lo más importante de esta inauguración fue que fue el primer Hospital en el Territorio de Quintana Roo⁸.

Además de depender de servicios de salud de otros estados y países, la crisis de la deficiencia de servicios se hace notable durante el desastre natural, el huracán Janet.

—El huracán Janet fue un parteaguas en la vida de muchas poblaciones, la historia de Chetumal y de Xcalak, por ejemplo, se escribe antes y después de Janet.” (Xacur, 2004; 233). En este caso, el huracán significó retomar medidas de seguridad y edificación ya que la ciudad quedó devastada en casi su totalidad.

Durante el Janet en 1955 (y Carmen en 1974), el Hospital Morelos funcionaba aun como un Hospital Civil, fue el único que podía atender la demanda en el estado con las funciones necesarias, también funcionó como centro de asistencia y de enseñanza a internos y graduados (Sesión de la diputación permanente del primer



FIGURA 1. UBICACIÓN HOSPITAL MATERNO INFANTIL MORELOS

⁸<http://www.salud.qroo.gob.mx/portal/hospitales/materno/>

receso del segundo año de ejercicio constitucional, 2006). Sin embargo, los años transcurren y los centros de salud aumentan, así como otros seguros médicos, como el IMSS y el ISSTE, por lo que el Hospital Morelos pasa a ser un hospital especializado en la salud materna e infantil, tema que cobro importancia en el estado.

Los programas de salud actualmente en el país, sobre todo en cuestiones de asistencia medica para embarazadas y niños por ser una población en la que son prioridad su atención, son modificados cada sexenio para poder actualizarse en materia de nuevas tecnologías y acuerdos internacionales para la mejora de la atención. El programa de Acción Especifico de 2013 a 2018 es el Programa de Salud Materna y Perinatal⁹, en el caso de los programas de salud especializados como es le caso del Seguro Popular cuenta con el programa de Embarazo Saludable, programa que no ha sido modificado desde el año 2001 y que uno de los motivos de su creación es cubrir a sectores vulnerables o de bajos ingresos a los que no les fuera posible acceder a un seguro médico inmediato.

Actualmente el Hospital Materno Infantil Morelos se encuentra en la ciudad de Chetumal (Figura 1) y tiene 4 accesos, sobre la Av. Juárez se encuentra la entrada de los administrativos y el director del Hospital; el acceso por la Av. Efraín Aguilar se encuentra la entrada para la consulta en planificación familiar, tamiz auditivo, pediatra y la farmacia. El acceso por la Av. Independencia se encuentra Emergencias y existen algunos consultorios previos para evaluación de la paciente, así como también hay

⁹El programa de Acción especifico de salud materna y perinatal tiene base en la segunda meta del Plan Nación de Desarrollo (PND) 2013-2018, para que México sea un país incluyente y en el Plan Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la No Discriminación Contra las Mujeres 2013-2018 y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018.

acceso interno al hospital si en la consulta del TRIAGE¹⁰ determinan que es necesario el ingreso al Hospital. La última entrada es la sala de espera donde se encuentran los familiares y también el acceso para visitas.

El Hospital actualmente se especializa en atender a mujeres e infantes, sobre todo en el ciclo de embarazo, cabe destacar que obedece a políticas nacionales para favorecer partos —~~n~~aturales” (vaginales) y fomentar la lactancia materna; cuenta con especialidades como perinatología, cirugía oncológica y neonatología. Actualmente es patrimonio histórico del Estado.

¹⁰La palabra “triage”, proviene del verbo francés “Trier”, que significa clasificar o seleccionar, en este caso sirve para evaluar la situación de emergencia obstétrica en la que se encuentra la embarazada para darle prioridad a aquellas que requieren atención inmediata. Fuente: http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/web_TriageObstetricoCM.pdf

CAPITULO II. EMBARAZO EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS

II. 1. DERECHOS HUMANOS Y LA ANTROPOLOGÍA

Los Derechos Humanos (DDHH) son los derechos que debe tener una persona por el simple hecho de ser humano y estos deben respetarse independientemente de su religión, lengua u otra condición; y lo más importante de los DDHH es que son universales es que son interrelacionados, interdependientes e indivisibles¹¹.

El tema de los DDHH ha cobrado un auge relevante en los últimos años, aunque las inconformidades de los grupos vulnerables e injusticias del sistema siempre hayan estado presentes, los DDHH han ayudado a que sean visibilizados.

Los DDHH surgen ante la creciente necesidad de defender intereses que competen a todos como seres humanos, es decir que, con esto, todos tienen derecho a tener una vida digna. —En América Latina (como en el resto del mundo) la ideología neoliberal empuja hacia la privatización de todos los bienes y recursos que originalmente se consideraban propiedad pública y que eran administrados por los Estados. Esto incluye la privatización de bienes y servicios que constituyen derechos humanos como son el derecho a la salud y a la educación, entre otros” (Pedroza, 2009; 217). México, inserto en el sistema neoliberal debe tomar el compromiso de asegurar el bienestar de los ciudadanos a través de la defensa de los DDHH.

¹¹ Tomado de Naciones Unidas, Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>

Los DDHH surgen de diversas corrientes, entre ellos toman lo esencial de la Revolución Francesa de 1789, pero estos valores seguían los intereses del país, por lo que no podían ser los que predominar los intereses —universales”, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) mediante pactos tomados para intereses internacionales crea mediante 18 naciones que fueran miembros acuerdos para que estos derechos fueran universales y defendieran los intereses de todos los países miembros, esto fue un proceso exhaustivo encabezado por Eleanor Roosevelt, donde finalmente se resumió a 30 derechos universales para que todo ser humano tuviera los derechos básicos.

Han significado un avance en la búsqueda de justicia y ha permitido acceder a servicios y bienes a aquellos que históricamente han sido reprimidos. Es por ello por lo que —La Declaración Universal es el primer documento de derechos humanos promulgado por una organización internacional universal. Los Derechos Humanos se definen como los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición” (Rodríguez, Lilia. 2008; 1). Tal concepto a nivel internacional no solo dio pie a que como naciones adquirieran compromisos políticos para el bienestar de sus poblaciones, ya no era solo cuestión de plasmarlo en papel y firmarse; requiere de planeación y reformas estructurales.

Tal vez uno de los aspectos másdenotables y destacados de los DDHH es aplicar el termino de vida digna. —La dignidad exige que se respeten los derechos humanos, y éstos, a su vez, nopueden ser salvaguardados a menos que la dignidad humana sea afirmada y protegida” (Marlasca, 1998; 549). El termino pareciera ambiguo, pero lo

cierto es que la dignidad les da sentido a los DDHH al tratarlos como seres que merecen ser tratados con respeto y que deben tener iguales condiciones a los demás seres humanos y que estas condiciones les permitan vivir de una manera plena.

En cuanto a la antropología, los DDHH han sido “cientemente” tratados en el *American Anthropology*, el cual tardó 50 años en ser postulado; esto se debió a la complejidad del asunto, puesto que los Derechos Humanos surgen en el contexto occidental y en su mayoría, protegen intereses que deberían ser asegurados para todos. Sin embargo, como en el caso del derecho tradicional se busca la defensa de los intereses de la hegemonía; también se le da el crédito de salvaguardar intereses de personas y colectivos, ayudando a la mejora de la calidad de vida de los mismos, sobre todo cuando se trata de exigirlos (Devillard, 2010).

Aunque los DDHH han sido un avance importante, también han surgido críticas a los mismos, sobre todo desde la antropología, puesto que los mismos DDHH buscan una forma de ejercer poder sobre grupos y normalizar las formas de cooptar servicios, territorios, entre otros:

—Al mismo tiempo que el concepto de los derechos humanos se ha globalizado han surgido en la antropología y en la teoría legal importantes críticas en torno a los derechos. Ciertos analistas han señalado las maneras en que los derechos funcionan de forma conjunta con el capitalismo y sirven como discurso regulatorio: normalizan ciertas relaciones de poder y, a la vez, cooptan demandas políticas más radicales (Brown, 1995; Gledhill, 1997; Hale, 2002 en Speed, 2006; 76).

Parece importante con lo anterior replantear la situación de los DDHH, sobre todo cuando se trata de exigir mejoras para grupos vulnerables o no visibilizados. —Las situaciones esbozadas demuestran que la idea de los derechos humanos aún no está del todo clara ni siquiera en y para Occidente quien la formuló primero” (Krotz, 2008; 11). No con ello se trata de quitarle la importancia de los avances que ha significado reivindicarlos, sino que no se ha hecho el suficiente esfuerzo de entender cuándo estos Derechos funcionan para encontrar alternativas o exigencia a través de la resistencia de injusticias mediante la lucha de los mismos y cuando los DDHH funcionan como otro mecanismo de control y poder para los países en —las de desarrollo”.

II.2. EMBARAZO, DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LA ANTROPOLOGÍA

El embarazo se le ha relacionado con el ser madre y ser mujer, como todo en el mundo social y como parte de la sociedad, es una construcción social, ejercida de diferente manera, definida de manera cultural, esta aporta las —características” que las definen como tales, en algunas sociedades la maternidad ha de hacerlas seres tiernos, mientras que en otras las características las hacen distantes. La mejor manera de demostrar este punto consiste probablemente en examinar lo que, para los ojos occidentales, son las características más «naturales» de la maternidad por sí misma: criar a los niños y dar a luz” (Moore, 2009; 39-40). Por lo que es comprensible que a las mujeres se les atribuya la característica de mujer y madre durante el periodo de gestación.

Dicho lo anterior, el embarazo es el estado en el que la carga biológica, emocional, psicológica y económica se conjuntarán, dependerá de las características culturales como llevará el proceso gestante y parto. —Est modo de concebir la reproducción humana implica un análisis que asocia la conducta biológica a procesos socioculturales de perpetuación de los sistemas sociales” (Harris y Young, 1991 en Alarcón, 2008; 193).

Es importante el tema de la crianza porque nos indica no solo la situación de la paternidad y maternidad para cada cultura, de este modo y mediante su estudio será posible entenderlos y hacer exigible el trato digno hacia una forma de crianza respetuoso, sobre todo en el caso de la maternidad (Petchesky, 2006; Sánchez, 2003 en Berrio, 2013). Por ello, al menos en la antropología es importante el estudio del

embarazo, matrimonio, entre otros para poder entender la sistematización de las relaciones dentro de una sociedad, además influye en los sentimientos y situación psicológica de la mujer, estos procesos además de ser definidos por la sociedad pueden ayudar a manejar mejor la manera en que el parto debe ser atendido:

—La emocionalidad que pueda generarse por el inicio de las relaciones sexuales, la unión, el embarazo y la maternidad es influenciada de manera importante por la asociación recurrente entre el cuerpo de las mujeres, la familia — especialmente el padre— y la colectividad” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014; 59)

De manera institucionalizada, el embarazo requiere de medidas efectivas de intervención en la atención en materia de salud, ya sea que el Estado pueda proporcionarles acceso a servicios médicos gratuitos o que se complemente a través de alternativas a los servicios médicos occidentales, tales como la implementación de parteras u otras alternativas, como el parto en agua, entre otras formas, asegurando que no solo el embarazo llegue a término, sino que el proceso de atención y el parto sean un proceso ameno. Cabe destacar que el embarazo antes de que se atendiera de manera institucionalizada existían las parteras, quienes fungían como un soporte para la atención al parto, sobre todo en lugares que el servicio de salud no se encontraba cercano o la familia no tenía los recursos para pagar médicos y asistencia.

Es importante mencionar que tradicionalmente las parteras fungían un papel importante en la atención en la gestación y el parto, puesto que en las comunidades alejadas donde no llegaba (y en algunos lugares aún persiste) los servicios de salud, el papel de las parteras —cumplen tres funciones básicas, éstas se centran en el rol que

desempeñan dentro de su comunidad” (Pelcastre, 2005; 376). Estas tres funciones se centran en establecer relaciones de confianza y afectivas con la embarazada para ayudar a la reducción de la ansiedad durante el parto, la segunda es que el servicio de la parturienta ayuda a reducir los gastos económicos que con llevaría el traslado a un hospital o con un médico y la tercera se basa en la ayuda para la crianza de los hijos.

El acompañamiento ha sido pieza clave en la atención al parto, sin embargo esto cambio a partir del Siglo XVII en el que además de que la posición para parir cambio, también el proceso de acompañamiento cambio a que únicamente el paciente podría estar con el médico. Aunado al hecho de que la medicina se occidentalizó, es decir que ahora el embarazo y el parto seguían un proceso institucionalizado y burocrático, ha repercutido en el aumento de cesáreas, no quiere decir que el proceso en sí conlleve a una cesárea segura, pero lo cierto es que el acompañamiento reduce los niveles de estrés en la embarazada a través de la ayuda física y emocional, el cual le ayuda a hacer el parto un proceso más fácil.

Tal vez pareciera de sentido común, pero el embarazo es uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer, es un proceso que no solo afecta en el aspecto físico. —La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano” (Lamas, Martha. 1998; 35). El embarazo, como estado biológico, sumado a las condiciones y contexto en las que la mujer gestante puede definir las posibilidades de que esta sufra violencia durante el servicio de embarazo. —Los factores que inciden en la vulnerabilidad de las mujeres, como el nivel educativo y los bajos ingresos, se conjugan con otros elementos de discriminación que se agregan impidiendo o limitando su

acceso a servicios de salud en general y de salud reproductiva en particular” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2010; 71).

A lo anterior, las posibilidades de que una mujer sufra violencia en el proceso de atención al embarazo o el parto se refuerza con un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2007. En este estudio se hace evidente que la edad, nivel educativo y acceso a los recursos económicos influyen en la exigencia a un servicio de calidad y las condiciones en las que las mujeres serán atendidas, entre ellas arroja que al menos 20% de las mujeres adolescentes en algunos países centroamericanos como Guatemala, Costa Rica y Nicaragua han tenido hijos/as o se encuentran embarazadas, a nivel Latinoamérica resulta importante debido a que se ha incrementado el número de embarazadas adolescentes, al menos en México se ha seguido un protocolo para regular esta situación. El embarazo adolescente representa un caso que debe atenderse en cuestiones de salud pública.

Tanto la OPS, como la OMS han emitido la recomendación en cuestiones de salud materna no solo que el embarazo se lleva a término, sino que la reducción innecesaria de cesareas y muertes maternas conllevan a una atención más humanizada, es decir en la que la —calidez” y el trato sea digno, que puede conllevar y que es lo ideal, a un parto humanizado.

Ahora bien, el embarazo, como parte de los DDHH, los cuales no solo han buscado los intereses de un solo colectivo o sector vulnerable, se manifestaron a través de los Derechos sexuales y reproductivos, ampliando así la gama de DDHH a los cuales las personas pueden acceder. Los derechos sexuales y reproductivos son parte integrante indisoluble de los derechos humanos básicos. Si bien los derechos sexuales y

reproductivos no son privativos de las mujeres, sino derechos de hombres y mujeres y derechos de las parejas, ellos son especialmente importantes para las mujeres, ya que sus decisiones en relación con la sexualidad y la procreación están mediatizadas por su situación de subordinación” (Kohen, 2008; 11).

El tema de lo reproductivo preocupa en la Agenda Internacional debido a que no solo representa un avance político, sino que también muestra el avance médico y resuelve el problema de salud pública al reducir muertes maternas:

—Es parte para visibilizar estos factores, en la Cumbre del Milenio de septiembre del 2005, cuyo fin era dar seguimiento a los compromisos y reflexionar en torno a los primeros cinco años de las Metas del Milenio, se acordó agregar una meta: lograr para 2015 el acceso universal a la salud reproductiva. Es de llamar la atención que esta nueva meta se ubicó bajo el Objetivo 5, ratificando el que la carencia o el real acceso a servicios de salud reproductiva, hacen una diferencia sustantiva en ampliar las posibilidades de disminuir la mortalidad materna” (Díaz, 2010; 23).

Los programas y políticas creadas para los mismos obedecen al programa en turno, minimizando en algunos aspectos las prácticas colectivas e individuales en las mujeres locales, por lo que la normatividad reproductiva está sesgada. (Berrio, 2013). Aunado al hecho de que en la mayoría de los casos los programas reproductivos se relaciona la implementación de los métodos anticonceptivos con metas, es decir que lo importante es cuantos dispositivos intrauterinos o implantes han colocado antes de medir la efectividad de los mismos y de dar la información oportuna, así como que el

programasea integral y retome demás aspectos de las mujeres u hombres que usaran el método anticonceptivo.

Para un estudio integral se necesita analizar el —~~p~~apel del género en la estructuración de las sociedades humanas, de su historia, ideología, sistema económico y organización política”. (Moore, 2009; 18). Así los programas y políticas públicastendrán un carácter más equitativo a la hora de la implementación, como es el caso de la atención a la salud reproductiva.

Para entender la redacción y la implementación de los derechos sexuales y reproductivos es importante remontarse a como estos han sido tratados en la esfera política. —~~L~~os aspectos relativos a la vida sexual y decisiones sobre la reproducción, donde se incluye la violencia sexual, el control de las decisiones sobre la procreación, los embarazos no deseados, el aborto, los embarazos en adolescentes entre otros, son temas que emergen desde el ámbito privado para interpelar a la esfera pública en demanda de políticas y programas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”(Rodríguez, 2008; 3). Cuando sean llevados a la esfera pública y que los temas sobre reproducción dejen de ser tratados como un tabú, estos responderán a los intereses de los colectivos.

II.3. OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

¿Qué son los Objetivos de Desarrollo del Milenio? Los ODM son 8 objetivos establecidos por más de 170 países miembros de la ONU para mejorar la calidad de vida en los millones de personas en el mundo, son para atender las necesidades básicas de todo ser humano, va desde la erradicación de la pobreza, salud, educación, medio ambiente seguro, hasta el formar parte del desarrollo global, estos compromisos fueron pactados en el año 2000 en la Cumbre del Milenio en la ciudad de Nueva York y quienes se encargaban de que los objetivos fueron cumplidos fueron el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)¹².

Los ODM han sido una pieza importante en el Siglo XXI, puesto que definirían acciones concretas en los 189 países miembros del Sistema de las Naciones Unidas en el que se plasmarían los compromisos para mejorar la calidad de vida de la población mundial, entre ellas como se mencionó anteriormente el 5° era reducir la mortalidad materna en un 75% de 1990 a 2015¹³. Aunado al compromiso plasmado en el año 2000 se anexó que para el año 2015 existiera el acceso universal para la salud reproductiva. Aún por supuesto, queda mucho por trabajar, puesto que en las investigaciones

¹² ONU México, Objetivos de Desarrollo del Milenio: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio/>

¹³ Organización Mundial de la salud: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/maternal_mortality_20100915/es/

realizadas sobre la situación de la muerte materna y la mejora de políticas para salud reproductiva queda pendiente.

La importancia de los ODM radica en que estos han sido creados con el propósito de ser medibles, ya que, a pesar de los acuerdos en otras cumbres y conferencias, la ONU vio la necesidad de crear un compromiso político para los diversos países en los que se plantearan cifras y fechas para lograrlos. —En el pasado a convertirse en el eje central de las políticas de cooperación para el desarrollo, al ofrecer una agenda medible, con metas e indicadores para dar seguimiento a los avances. Se trata de objetivos realistas, que se pueden cumplir y financiar, siempre que se tenga la necesaria voluntad política. En realidad, se trata de una guía de mínimos para marcar tendencias de políticas” (Echart, 2005; 145)

Han ayudado a reforzar políticas en los países que han contraído los compromisos para asegurar que la calidad de vida sea progresiva: —Mantener la lucha contra la pobreza exigirá una inversión constante en el desarrollo humano que garantice que las familias tengan acceso a los niveles de educación, nutrición y salud que les permitan desarrollar sus capacidades, así como crear empleo y otras oportunidades que faciliten el uso de esas capacidades” (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2007; 6).

Los ODM tienen una importancia vital en el tema de los DDHH, sobre todo cuando se trata de los más básicos. En este caso la infancia, el pleno desarrollo desde la gestación y garantizar que la salud materna sea plena obedece a que asegurando estas se mejorara la calidad de vida a los estratos más bajos:

—El Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 5 y sus metas, que deben cumplirse para el 2015, materializa las exigencias que los diversos instrumentos

internacionales han estipulado respecto de la protección a la salud de todas las mujeres. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado claramente que la no adopción de las medidas apropiadas para disminuir las tasas de mortalidad materna puede ser considerada como una violación de los derechos humanos por parte de los Estados hacia las mujeres, porque la meta No. 5 A y el derecho a la salud se fortalecen recíprocamente” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2010; 72)

Con lo anterior planteado pareciera que los ODM ayudarían a reducir todas las problemáticas de los países miembros, pero otra crítica es sobre el medio de control de las Organizaciones tras su “inspección”, son el Fondo Monetario Internacional(FMI) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), entre otros que se han inmiscuido en cuestiones económicas en los países, sobre todo los que se encuentran en “fase de desarrollo” y se les exige cumplirlos a cambio de “ciertos beneficios económicos”, como puede ser la reducción de las deudas con el Banco Mundial, además de que detrás del programa de los ODM se han repartido millones en su implementación, al menos en México 37 de 51 de los compromisos adquiridos fueron cumplidos. Para continuar con ellos se propone en el 2030 al no alcanzar en 2015 los compromisos adquiridos continuarlos a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

II.4. VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MUERTE MATERNA

Todas las formas de violencia son de alguna manera regulada por leyes u organismos para su erradicación, pero llama la atención en el caso de la violencia obstétrica, puesto que esta se escucha por primera vez en la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer en 1979; entre otras cumbres posteriores. En todos estos espacios de encuentro mundial participaron activamente las organizaciones sociales y activistas feministas mexicanas, tal y como lo hicieron hace 21 años cuando tomó cuerpo en Nairobi en 1987, la Iniciativa Mundial por una Maternidad sin Riesgos; replicándose en 1993 en México con la creación de la red intersectorial Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos”. (Díaz, 2010; 22)

La violencia obstétrica consiste en no solo la agresión física, sino que se puede dar de manera psicológica, o verbal a través de acciones que denigren a la embarazada. —Maltrato físico, humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad, rechazo de admisión en centros de salud, negligencia hacia las mujeres durante el parto —lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales, pero evitables-. Y retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago” (OMS, 2014)

La muerte materna es un tema que incumbe en materia de salud de primera necesidad, puesto que no solo es un Derecho Humano al acceder a la salud, sin que esta tenga un

costo y en otra instancia que esta sea libre de violencia. Lamentablemente, aunque es uno de los asuntos de primera necesidad, es un tema que cada vez abarca más presupuesto, pero no quiere decir que la calidad del servicio haya mejorado, ni que haya disminuido en las muertes maternas, —Envez de introducir un presupuesto específico para la salud materna desde la perspectiva de garantizar su atención universal, el Poder Ejecutivo desde el año 2007 a la fecha, ha desarrollado acciones tendientes a reforzar estrategias focalizadas ante dicha problemática” (Díaz, 2010; 19)

Aunque las alternativas a un parto institucional no son convencionalmente aceptadas, lo cierto es que en aquellos lugares donde no es posible el acceso eficiente y la infraestructura la practica de control prenatal y a base de conocimientos prácticos y llevar a cabo el parto en casa no solo es una solución viable a la saturación del sistema de salud en México, significa también una alternativa económica para quienes no tienen acceso a un parto institucionalizado. —Debido a la falta de infraestructura y de personal médico, en zonas en las que los servicios son deficientes se recomendó la alianza con parteras, no para darles un valor cultural o alternativo, si no que permitiera que estas pudieran dar a luz en la zona local y para casos de emergencia se les capacito para saber identificarlos” (Argüello y Mateos, 2014 en Ramírez, 2016; 31).

Las formas alternativas de parto incluían una posición más llevadera la hora del parto, el acompañamiento de una partera, infusiones y estar con familiares o pareja. —En cambio, en los servicios de salud la mujer se ve sometida a un conjunta de maniobras invasivas y prohibitivas reñidas con sus costumbres tales como desnudarse para ir a la sala de partos, aislarse de sus familiares y, según el protocolo, mantenerse en ayunas,

lo cual se extiende a la ingesta de los mates calientes tradicionales” (Uriburu, 2016; 175 en Ramírez, 2016; 35)

En la figura 2¹⁴ se muestran las principales causas de muerte materna según estudios realizados por la OMS. —Amenos, el 75% de las muertes maternas ocurren sin necesidad alguna, podrían evitarse mediante programas de salud reproductiva. Las principales causas de mortalidad materna son bien conocidas” (Vázquez, 2009; 66).

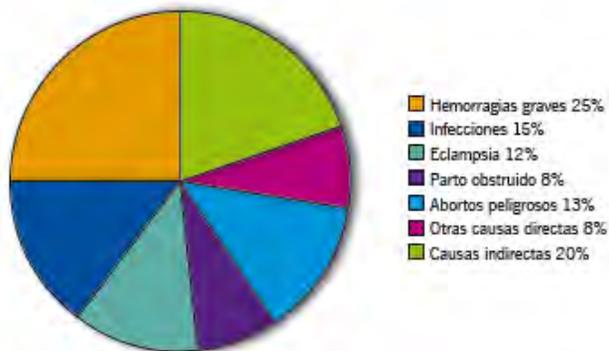


Figura 2. Distribución de principales causas de mortalidad materna

En la Figura 3¹⁵ se nota que año con año la reducción de la mortalidad materna ha sido aproximadamente del 2.2 %, lo cual nos da una idea de que el compromiso que ha adquirido México de la erradicación de la misma para el año 2015 no se cumplió:

—La provisión de servicios de salud a las mujeres embarazadas es una obligación básica que debe estar disponible, ser accesible, aceptada y de calidad suficiente. Cuando hay acceso a la salud de calidad, como en los países desarrollados, la mortalidad materna disminuye notoriamente. Por el contrario, en los países de la región las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto son generalmente fatales. Se trata en su mayoría de muertes evitables,

¹⁴Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2005 - OMS

¹⁵Fuente: Elaboración propia con datos para la Razón de mortalidad materna, *Salud materna en México 2007-2012 Avances y retos*; Ssa, Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva, noviembre 2007. Del año 2002 al 2008, Secretaría de Salud, Dirección General de Información, Sistema Nacional de información en Salud. Disponible en <http://www.sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html> Para la Meta Federal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Presentación hecha en la 2ª Reunión Técnica de Promoción de la Salud Materna: Chiapas, Guerrero y Oaxaca, 12 y 13 de febrero de 2009, San Cristóbal de las Casas, Chiapas. Disponible en <http://maternidadsinriesgos.org.mx/web/index.php/reuniones-del-comite> Para la Meta del Milenio, Programa Arranque Parejo en la Vida, p. 18, México, 2007. Disponible en <http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx/> Razón de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos estimados.

que reflejan la falta de voluntad política de las autoridades sanitarias para el diseño de políticas públicas que expresen su preocupación como una manera de atender los derechos humanos de las mujeres” (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2010; 75).

En teoría, la muerte materna podría ser evitable mediante la consejería acertada y oportuna de anticoncepción con servicios amigables en planificación familiar, así como el acceso a la anticoncepción de emergencia, en segundo término que atención en salud materna de calidad y oportuna; otro punto que tal vez cueste más pero que

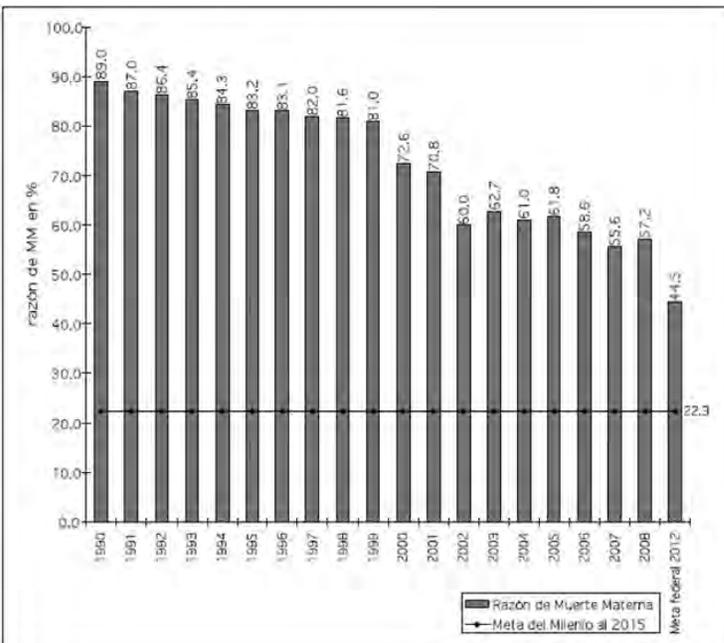


Figura 3. RAZÓN de Mortalidad Materna 1990-2008, Meta del Milenio al año 2015.

aseguraría que millones de adolescentes pudieran tener una vida libre de violencia sería el acceso a la interrupción legal y oportuna del embarazo dentro de las causales de cada estado y finalmente educación integral sobre sexualidad y libre de prejuicios.

Sumemosle a que además de lo que le hace falta a México en cuestión de educación sexual, los ODM planteados no toman en cuenta las medidas precautorias a nivel gubernamental para mejorar la salud materna y así reducir las muertes maternas, además de que no se ha trabajado de manera más insistente el manejo de protocolos como la NOM-046-SSA2-2005 en caso

de Violencia familiar, sexual y contra las mujeres y la implementación y capacitación insistente para asegurar un parto humanizado (Díaz, 2010).

Y por si no fuera poco, los estudios arrojan a que aunado al hecho de que la muerte materna pueda ser atendida y evitable, la bibliografía y la investigación arroja a que las muertes maternas de mayor densidad se concentran en mujeres pobres, siendo una de las causas la falta de servicios, es decir que no solo no existe material para atención, falta de personal médico o atención oportuna. En México tenemos la constitución como respaldo para exigir la cobertura de atención médica, pero en la realidad de las zonas marginadas no pueden rendir cuenta de ello, si a eso le sumas las desigualdades de acceso a la educación para hacer exigibles la atención de calidad y oportuna, si es de bajos ingresos, la zona geográfica en la que se encuentre y además si es indígena le va sumando las posibilidades de sufrir violencia en su embarazo o muerte materna se incrementan.

II.5. PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado, no solo es el estado ideal de un embarazo a término, sino que conlleva una serie de factores que, en un momento idóneo, convergen en un nacimiento sin violencia y discriminación, por parte del personal de salud en la institución que atiende. El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha hecho recomendaciones a los países miembros de la ONU para la creación de programas o algún tipo de herramienta de apoyo para que la atención durante el embarazo o parto sea de calidad humana; en algunos países se encuentra como parto respetado y es el ideal para que la embarazada tenga un servicio médico libre de violencia y que el infante de igual manera empiece un desarrollo pleno.

La OMS ha emitido recomendaciones sobre la medicalización del parto, el incremento de cesáreas en madres primerizas y la constante preocupación de la muerte materna como un problema de salud pública a nivel mundial.

En México, a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016¹⁶ —“Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” no está escrita de manera literal el parto humanizado, si no que especifica que se respetará el derecho a la salud sexual y reproductiva a través de la consideración a la integridad física, psicológica de la embarazada, sin hacer coerción de actos que la humillen o denigren, así como respetar el derecho a decidir el espacimient

¹⁶NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

hijos y recibir atención de salud sexual y reproductiva con enfoque de los DDHH y una perspectiva de género para que el parto se lleve a cabo de manera segura. Para que ello sea posible propone a atención oportuna en los servicios médicos prenatales y de emergencia con las mínimas secuelas posibles y que el parto se dé de manera satisfactoria.

Dicho lo anterior, ha sido evidente que la intervención médica después de la Segunda Guerra Mundial en la medicalización del parto ha cobrado en sí con creces rezagos en la salud de las mujeres, así como se ha volteado la mirada hacia un nuevo enfoque del parto, también de retomar viejas tradiciones como pueden ser las parteras, quien hasta antes del siglo XVII con la introducción de materiales para intervención en el parto, eran el acompañamiento y la primera opción de muchas embarazadas.

Pareciera que el término de humanización del parto es un término muy ambiguo y para ello existen diversos autores, que van desde la sociología, hasta la medicina y en los diferentes campos hacen propuestas para esclarecerlo.

El primero en hacer una diferencia entre lo que puede ser el parto humanizado es el Departamento de Salud del Reino Unido, que publica el informe *ChangingChildbirth* en 1993 donde propone un grupo de expertos en el tema las bases que podrían sentar el modelo de un parto humanizado, entre ellas se encuentra que no debe restarse importancia a la mujer y que ella puede decidir sobre los cuidados, haciéndole saber que tiene la decisión y control sobre su cuerpo, puesto que esto fortalece la relación entre paciente y profesional al tomarla en cuenta; las mujeres deben tener acceso a un servicio de salud materna que le permita responder a las necesidades del embarazo y por último que los recursos administrados para la salud materna se adapten a sus

necesidades a través de la participación de ellas en el mismo y que estos recursos sean usados de forma eficiente. (Department of Health of London, 1993)

En el año 2000 se llevo a cabo la IV Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto y Nacimiento¹⁷ en Fortaleza, Brasil en la cual el concepto de humanización va más allá de solo la relación institucional entre paciente y personal médico, es una relación que comprende la transformación del espíritu, con la naturaleza y la sociedad, que respeta la vida y los miembros que están y de las generaciones pasadas, quienes ya no se encuentran con nosotros.

Wagner propone que las embarazadas más que solo un objeto de reproducción y —“máquinas para hacer bebés” son seres humanos y como tales es necesario que el modelo de intervención en el parto sea cambiado:

—Sin embargo, no tenemos partos humanizados en muchos lugares hoy día. ¿Por qué? Porque los peces no pueden ver el agua en el que nadan. Los nacimientos atendidos por doctores, parteras o enfermeras, quienes tienen experiencia con base a lo que confiere al Hospital, altamente intervencionista, medicalizar el nacimiento no deja ver el profundo efecto que sus intervenciones tienen en el nacimiento. Estos asistentes de parto no tienen idea de lo que es un nacimiento sin todas las intervenciones, un nacimiento que no es deshumanizado” (Wagner, 2001; 25-26)¹⁸.

¹⁷<http://www.es.conferenciarehuna2016.org/sobre-a-conferencia>

¹⁸ Traducción propia de Wagner, 2001; 25-26: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/fish_cant_see_water_the_need_to_humanize_birth.pdf

Los diferentes conceptos arrojan a que es necesario replantearse los lo conlleva un parto humanizado, puesto a que, aunque diferentes organismos internacionales han insistido en el cambio de atención en el sistema medico actual para con las embarazadas, el cambio del paradigma de la medicina occidental llevara trabajo extra, sobre todo para la reducción de cesareas innecesarias y parar la medicalización en la labor de parto.

CAPITULO III. HOSPITAL MORELOS Y LA SALUD MATERNA: LOS SERVICIOS DE SALUD Y SUS PUNTOS CRÍTICOS

El tema de la salud no fue un tema sencillo de abordar, pero es un tema que tienen mucho para dar, puesto que es necesario trabajo extra para poder mejorar los servicios de salud para las personas como el derecho humano que es y que además se refuerza en nuestro país a través del 4° artículo Constitucional. El embarazo es un tema de especial atención, puesto que la salud de las embarazadas es un compromiso político a nivel nacional e internacional, en el que la finalidad es que sean vistas como sujetos conscientes de su cuerpo y no como un sujeto pasivo dentro del proceso de embarazo, parto y puerperio. En lo que respecta a trabajar en una institución, en el que el acceso es cerrado, poder entrar no fue una tarea sencilla, se requiere de trámites burocráticos y avisos de privacidad para poder tener los permisos necesarios, en el momento parece una tarea muy complicada pero como antropólogo entiendo el proceso que requiere el manejo de información —delicada—, puesto que la información recabada son datos personales de las embarazadas que podrían usarse de modo equivocado de no tratarla adecuadamente.

En algún momento me sentí en un capítulo del Antropólogo Inocente de Nigel Barley, pero fue un aprendizaje muy enriquecedor y además necesario, puesto que te lleva a replantearte sobre el trabajo de la Antropología en diversos temas y cuanto trabajo queda por hacer.

III. 1. SERVICIOS DE SALUD, UN DERECHO DE TODOS

El tema de la salud, el acceso a servicios de salud de calidad y el acceso universal de servicios de salud gratuitos como parte de las obligaciones del Estado es algo que debe ser trabajado, queda pendiente el debate de quienes o no pueden acceder a ellos y asegurarles un servicio de salud de calidad. En el contexto de la globalización, ligado a la ideología del sistema neoliberal en el que en el servicio médico impera la medicina occidental, es necesario un arduo trabajo para poder entender la estructura del mismo puesto que así es posible entender la exclusión o porque no son valoradas las prácticas —alternativas” a la medicina occidental.— La medicina actúa tanto como sistema de ideas y practicas destinadas a curar males cuanto para satisfacer los requerimientos del control social indispensables para mantener la cohesión del grupo propio” (Aguirre-Beltrán, 1992; 65). Esto no quiere decir que la práctica médica en sí este mal, si no que sistema de salud global no permite una cobertura universal como está estipulado en la Constitución Mexicana y en Acuerdos Internacionales, todos bajo el margen de los DDHH debido a que las obligaciones del Estado se ven cada vez más disminuidas a través de la oferta de servicios —más baratos”, la saturación del sistema donde cada vez es menos posible atender —suficientes” pacientes y el presupuesto cada vez es más disminuido, son desviados los recursos, lo que repercute en que el personal de salud nunca sea suficiente.

El ideal del sistema de salud incluyente e integral no solo atañe a la salud física, sino que también debe tener una serie de factores que influyen directa o indirectamente en la salud, como es el caso de los servicios públicos como agua, drenaje, electricidad

entre otros, así como el sistema político y económico, elementos culturales en una sociedad que permearan las condiciones del sistema. La manera más —eficiente” en el sistema de atención médica actual, al menos en diversos servicios médicos en Latinoamérica, se determina por sectores para hacer más fácil su atención, como pueden ser unidades geopolíticas, ya sea municipios, delegaciones, entre otros que facilitaran la atención y volverá más fácil la clasificación de la población atendida, todo esto a través de la clasificación de los límites.” Los límites geográficos y poblaciones de un sistema de salud son los que le dan el carácter nacional o local” (Gutiérrez, 1991; 168). La modalidad de atención mediante sectores divididos ya sea colonias o municipios es la manera en la que opera el Seguro Popular, cuando se afilia se le asigna una cartilla de citas, en el caso de estar embarazada se le da la cartilla de Embarazo Saludable. En las cartillas y según sea la ubicación de su hogar o la dirección que asigne se le da el número de Centro de salud, que es el lugar en el que deben ir a consultar por malestares, emergencias y seguimiento mientras se le asigna el Hospital al que acudirá para el parto. La atención asignada para el seguimiento del embarazo es de cuatro citas en su centro de salud, donde pueden dársele las cuatro citas o más según sea la manera en la que llevo el embarazo, durante estos se les piden exámenes de orina y sangre, los ultrasonidos son tomados en los hospitales donde van a parir, pero estos no se dan de manera consecutiva debido a que algunos expertos en salud creen riesgoso para el feto la exposición constante puede traer repercusiones en su desarrollo.

Las cuatro citas previas a la semana 35 o 36 se dan en el centro de salud, que suele ser el más cercano a la dirección que asigne en el momento de la afiliación al Seguro

Popular, durante la segunda o tercera cita se le pide asignar el Hospital de su preferencia, este queda a libre disposición de la embarazada, las citas asignadas y los protocolos están bajo la guía del Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular el cual le permite a las mujeres embarazadas acceso a un servicio médico gratuito, en el cual se le debe brindar un servicio respetuoso y asignar las medicinas, todas dentro de los CAUSES que cada año se actualizan del Seguro Popular.

El Seguro Popular funciona como un respaldo para las personas que no tienen acceso a algún tipo de seguro médico, todo esto dentro de los compromisos del Seguro Médico Siglo XXI, que a su vez es parte de los ODM para una cobertura más amplia y así cumplir varios compromisos pactados en el año 2000 en la Cumbre del Milenio, como es el de la reducción a la pobreza, la atención a la infancia y el pleno desarrollo de los mismos y la reducción de la muerte materna, donde también se le debe asegurar el acceso universal a la cobertura medica.

El programa Embarazo Saludable es el que rige el trabajo planteado, cabe destacar que es un programa planteado desde el año 2001 y hasta ahora no existe bibliografía nueva, puesto que los programas de salud sexual y reproductiva en el país son modificados cada sexenio según sean los avances médicos y los acuerdos internacionales pactados, buscando la mejora de la calidad de vida, en este caso de las embarazadas.

El proceso de atención va desde la primera cita en la semana 9 o 10 (incluso advierte que pueden ser atendidas desde que saben del embarazo) y consecutivamente se le dará atención hasta la quinta cita, donde como se explicó previamente se traslada su consulta al Hospital que la embarazada escogió, ya sea por cercanía o por los servicios

ofrecidos; en este caso el Hospital Morelos funciona para los centros de salud aledaños en la ciudad de Chetumal, así como también tienen la opción de ser atendidas en el Hospital General. Cuando se les pregunta sobre el Hospital en el que se realizará el parto, como sugerencia se recomienda el Hospital Morelos debido a su especialidad con lo neonatos.

En el Hospital Materno Infantil Morelos existen 4 accesos, sobre la Av. Juárez se encuentra la entrada de los administrativos, con horario cortado y en el que se encuentra el director del Hospital, para realizar las entrevistas y encuestas hay que seguir un proceso minucioso para entrar al Hospital, que va desde hacer los oficios correspondientes de presentación en la Secretaria de Salud, quienes a su vez presentaran un oficio remitido al Director del Hospital y al Jefe de Departamento de Enseñanza, puesto que el Hospital funciona también como lugar de prácticas para Enfermeras, Medicos y Doulas¹⁹. Las doulas vienen de la Universidad Intercultural Maya de Quintana Roo y son mujeres que acompañan el parto y apoyan en la labor de lactancia y crianza como una red de apoyo, este apoyo se da de manera física y emocional, de manera que las mujeres recobren la confianza en sus cuerpos y que el acompañamiento durante el parto sea más llevadero, también dan acompañamiento para lactancia y cuidados del neonato.

El segundo acceso es sobre la Av. Efraín Aguilar se encuentra la entrada para la consulta en planificación familiar en caso de requerirlo, y es algo sobre lo que es interesante describir, existen dos turnos normales de consulta, en el horario matutino la

¹⁹Fuente: http://doulas.es/documentos/doulases/que_es_una_doula

entrada se encuentra abierta, es una puerta de cristal y es fácil ver la cantidad de personas que hay dentro puesto que en medio hay una sala de espera, se asigna desde las 7:00 am las fichas para consultar; en planificación familiar únicamente la mujer que vaya por su método anticonceptivo puede pasar, a menos que sea menor de edad se le pide que un adulto la acompañe y antes de cualquier decisión se le pregunta su historial para determinar cual es el más idóneo, pero la que debe determinar cual es el que más le conviene es la misma paciente, dependiendo del método anticonceptivo se le dara la consulta de seguimiento, es como parte del Seguro Popular y parte del seguimiento del Programa de Embarazo Saludable; cabe destacar que en algunos casos después del parto se les “recomienda” escoger un método anticonceptivo para poder salir de piso, por lo que es un método cuestionable y al cual se le debe dar atención. Dentro del mismo lugar existen consultorios dentales, pediatra, donde se realiza el tamiz auditivo y tamiz neonatal de manera gratuita; está la farmacia, para la cual es necesario tener la receta medica del Seguro Popular para que sean gratuitos y traer consigo el carnet de afiliación al Seguro Popular; hay también una pequeña aula para los estudiantes, en el que se le dan capacitaciones y los baños.

El acceso por la Av. Independencia se encuentra Emergencias, es donde accesan ya sea para la quinta cita y que sean hospitalizadas en caso de requerir cesarea o para alguna emergencia obstétrica, esta la sala de espera en la que hay un consultorio, los administrativos y la consulta para TRIAGE, antes de la consulta o dependiendo del estado de la embarazada debe pasar al TRIAGE obstétrico, cabe destacar que también es una de las entradas a las cuales acceden las embarazadas para quirófano, onsulta y por una de las cuales pueden pasar familiares en horario de visitas. En la sala pueden

verse diferentes escenarios en los que puede haber poco personal y pocos pacientes, hasta una sala llena de personas, esto suele pasar porque la paciente va acompañada de familiares, esposo e hijos; sobre todo cuando se trata de familias que vienen de poblaciones aledañas, ya que regresar significaría un gasto innecesario, por lo que las sillas de la sala interna y externa funcionan de camas; para sobrellevar la noche existe en la cercanías tiendas y loncherías, así como el Mercado Ignacio Manuel Altamirano se encuentra cercano. Cuando es requerido existen unas casas para personas de escasos recursos, se promocionan en afiches en la pared del Hospital, de igual modo los podemos encontrar en el Hospital General, este lugar es de una asociación civil religiosa —“Niños que protegen”, ahí además de brindarse un hospedaje gratuito se les apoya con alimentos cuando es posible. Un fin de semana puede resultar muy ajetreado puesto que hay poco personal y los pasantes son los que se quedan a hacer las guardias; hasta hace relativamente unos meses incorporaron nuevos médicos. Dentro del programa se establece la promoción de la lactancia, el uso de métodos anticonceptivos y los cuidados del bebé, no siempre se da abasto con las capacitaciones, pero son los jóvenes de preparatoria quienes a través del servicio social cubren esta necesidad. El pequeño cubículo del TRIAGEobstetrico, ubicada a un costado de la caja, podemos encontrar a una enfermera que hace la evaluación de bebés o embarazadas en un horario de hasta 12 horas de turno o más dependiendo si no existe quien lo/la cubra, en ese pequeño espacio hay una báscula, Esfigmomanómetro de aire, termómetro y una serie de encuestas que les ayudan a determinar el nivel de emergencia para saber como canalizarla y darle prioridad a aquellas embarazadas que requieran atención inmediata según se clasifique la

emergencia obstetrica.En los anexos de este documento se encuentra la clasificación asignada de Secretaria de Salud para la clasificación del TRIAGE obstétrico.

La última entrada es la sala de espera donde se encuentran los familiares y también el acceso para visitas ubicada sobre la Av. Chapultepec, ahí es el acceso a visitas, hay guardias que controlan el acceso y hay turnos de visita, en la mañana y en la tarde, se les permite llevar productos de higiene personal, ropa, cobijas, entre otros y en el caso de quienes ya se encuentran de salida pueden llevar lo necesario para el recién nacido.La sala se mantiene con aire acondicionado relativamente alto para evitar las bacterias.

Para que las embarazadas internadas o las que ya van “a salida” puedan irse es necesario cumplir con los requisitos administrativos, en los que se les da el nacido vivo, en caso de no cobrarse el parto por falta de recursos es necesario afiliar a la paciente a un modulo de Seguro Popular que se encuentra a un costado de la Sala de espera de Emergencias, cabe resaltar que este modulo esta casi todo el tiempo funcionando para que sea eficiente el proceso del parto, es decir que la embarazada pueda salir en el menor tiempo posible.

En el caso específico que la mujer presentara algún tipo de violencia se usa un protocolo especial dentro del Programa para canalizarla con el psicólogo u otra instancia para su atención inmediata, como es el Instituto Quintanarroense de la Mujer o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Los servicios que deben ofrecerse deben ser oportunos, de calidad y que permitan que las mujeres puedan acceder a su derecho a la salud sin ser discriminadas o recibir algún tipo de violencia.

III.2. LIMITACIONES DEL SISTEMA DE SALUD

El tema sobre los sistemas de salud, sobre todo en México abarca diversos aspectos que deben ser considerados para conocer los puntos críticos del mismo. Sobre todo, es importante conocer las limitaciones, ya sea presupuestario y administrativo.

El presupuesto a la salud en el sistema mexicano siempre ha dejado que desear. Pero en el año 2016 las cosas pintaron peor, sobre todo para el Seguro Popular, donde se recibió -2.71% del presupuesto en comparación con el año anterior, se deja a un lado la meta de afiliación al no percibir ingresos, dejando de lado el fin con el que fue creado el Seguro Popular, la cobertura médica para las personas de bajos ingresos en el país, además que el departamento de investigación prácticamente es inexistente²⁰.

En otro término, el Seguro Popular a través del programa Embarazo Saludable necesita al menos a nivel institucional y de personal de salud capacitaciones con bases más sólidas en el tema de lo que el programa conlleva, las pláticas si no constantes, con un trato más humano, explicando de manera detallada temas de índole sexual y reproductiva, dado que cada vez las embarazadas son más jóvenes y es algo que el programa no contemplaba, puesto que su creación es del año 2001; cabe destacar que el embarazo adolescente fue detectado como un problema de salud pública en el año 2016 y por ello se instalaron comisiones para su seguimiento y disminución a través de los Grupo Estatal De Prevención Del Embarazo Adolescente (GEPEA).

Si el Programa debe ser guía tanto para personal médico, como para pacientes debe bajar a nivel del público, puesto que la guía tiene términos técnicos para trato de las

²⁰<http://fundar.org.mx/los-recortes-al-presupuesto-en-salud-y-seguro-popular-2016/>

primeras citas en la paciente y que hacer en caso de emergencias, ya no se trata de solo darles las cartillas para su seguimiento, se trata de dotar al paciente de conocimiento que la haga empoderarse y decidir sobre el embarazo en proceso.

Aunque lo menciona en varios apartados del documento, las parteras aún son un tema tabú dentro de la atención, sobre todo cuando se trata de un tratamiento alternativo a dolores o preocupaciones, como son —sbarle la barriga”; la integración de las parteras en el proceso de atención podría ayudar a liberar espacio, disminuir costos de operación, además que ayudaría al de integración para el embarazo saludable, pero no ha sido integrado al menos a la atención del Hospital Morelos.

Otro tipo de limitación, es la saturación del sistema, puesto que como se expuso anteriormente año con año la demanda de cobertura de seguro médico aumenta, pero el presupuesto disminuye, esto es un factor común en el sistema actual global, buscando limitar las capacidades del Estado hasta que llegue a un punto de quiebre y sea necesario —escatarlo” mediante la universalización de todos los sistemas, así cuando falle de manera total será necesario privatizarlo, puesto que es insostenible mantener las demandas de un sistema de salud tan ineficiente.

Además, hay una limitación en el sistema de salud que no es tomado en cuenta, puesto que las relaciones de poder no dejan ver uno de los problemas centrales de la atención oportuna a las embarazadas y es la situación del personal de salud; las jornadas laborales y las guardias son extenuantes, merman el trato al paciente, no es una justificación, pero hay que entender que las relaciones de subordinación se dan a través de este proceso de tira y afloja en el que el personal de salud tiene desventajas.

III.3. La atención: una perspectiva integral

La atención en los sistemas de Salud Mexicano han sido ampliamente debatidos debido a que siguen el modelo paternalista occidental en el que el paciente es solo un sujeto pasivo en el proceso de atención, por lo cual el médico tiene casi la total la responsabilidad del cuerpo del paciente, lo cual tiene en una situación conflictiva tanto para el paciente, como para el médico, uno que no tiene la libertad sobre su cuerpo y otro con la carga de la responsabilidad casi total sobre el paciente.

III.3.1. PACIENTES

Durante los meses realizados de trabajo de campo se hicieron entrevistas y encuestas a las pacientes del Hospital Materno Infantil Morelos, fue para ello necesario establecer códigos de privacidad, ya que la información recabada de las embarazadas es información de cierta delicadeza y cuyos datos podrían ser utilizados con otros fines que no son el de dar a conocer cuales son las condiciones del Programa Embarazo Saludable del Seguro Popular.

El estado de paciente comienza desde el momento de la primera cita en el centro de salud correspondiente, es levantarse temprano, esto puede significar estar ahí desde las 5 o 6 de la mañana, tomar una ficha que es otorgada a las 8 de la mañana y ser atendida a las 10 u 11 de la mañana. Esto se repite por lo menos 4 veces de las citas programadas, eso si no presenta alguna complicación o contratiempo durante el proceso de embarazo. Pruebas de laboratorio, llevar a los hijos si es que tiene otros, esperar

otro mes para la cita, esperar que este el doctor que la atiende. Esto implica el ser paciente: ser paciente.

Para la quinta o una cita previa ya ha sido trasladada al Hospital que eligió previamente para llevar a cabo el parto para ello es necesario previamente haberle comentado el método anticonceptivo que utilizará y tener en regla los papeles para el Hospital, documentos básicos que van desde el acta de nacimiento, hasta el seguro médico, en caso de que se encontrara que la embarazada se encuentra en otro tipo de seguro se le pide renunciar al anterior y

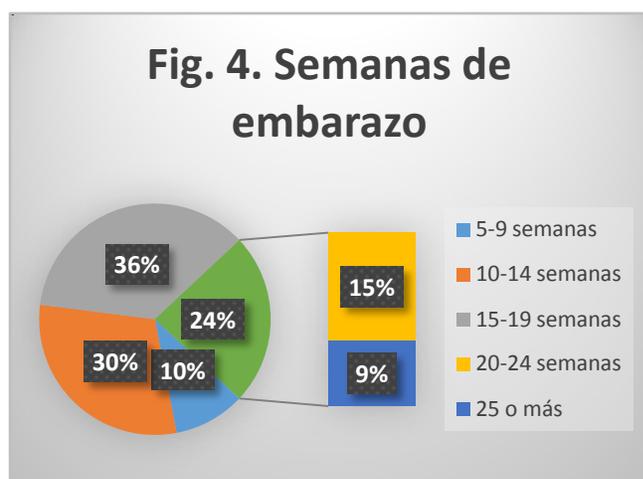
El expediente clínico tiene un papel vital en la atención. —Puede advertirse la diferencia sustancial; unos se vinculan con la atención que se brinda al paciente por el personal y la institución sanitaria y asegura su provisión; otros, de carácter universal, se orientan hacia la retroalimentación del sector para la mejora continua de los servicios: fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia. Dentro de estos últimos es donde el expediente clínico puede tener un uso destacado” (Salgado, 2012; 126).

La sala de emergencias se llena de mujeres con esposos, familia, hijos; en ese espacio existen módulos de información sobre lactancia, partos prematuros, entre otros temas; hay un organigrama del Hospital Materno Infantil Morelos y una televisión en la que se muestran películas y así amenizar el proceso de espera. Algunas caminan, otras lloran, algunas solo soban su barriga y otras miran televisión. Cuando no existe suficiente personal de salud el proceso es aún más lento.

Se entrevistaron a pacientes desde los 16 a los 43 años, en las que la pregunta filtro era si tenían Seguro Popular. Las entrevistas se daban después de realizar observación participante cada día en la sala, aquellas que accedían a que se les

realizara la entrevista podían de igual modo realizarla encuesta, no todas deseaban ser grabadas, por lo que las encuestas ayudaban a obtener información.

Una constante entre las pacientes era el desconocimiento del Programa de Embarazo Saludable del Seguro Popular, entre la importancia del programa es la capacitación constante en temas de salud materna, como la lactancia y el respeto en el parto y aun que llegaron a escuchar este tipo de pláticas, expresaron que se debía a otros



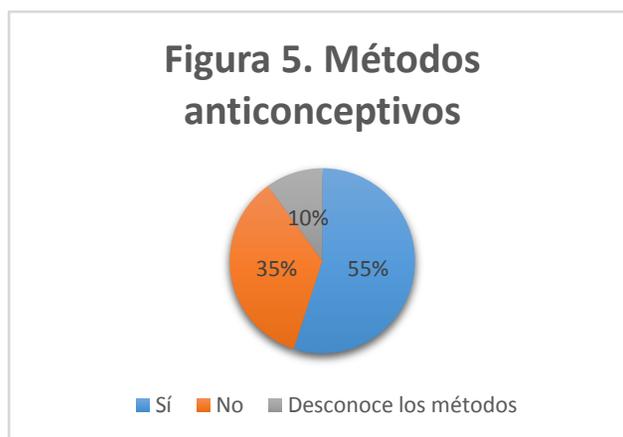
programas, como Prospera.

Las embarazadas entrevistadas oscilaban entre los 17 a 43 años de edad en promedio y lo interesante es que casi todas a partir de la semana 10 empezaron a tomar las medidas necesarias para las consultas prenatales.

En las respuestas de las mujeres de 5 a 9 semanas es porque son mujeres con una menstruación regular que esperaron el momento hasta el momento de que fuera un “atraso” en el periodo para hacerse la prueba de embarazo. De las 10 a las 14, al igual que las mujeres de 15 a 19 semanas so mujeres que expresan que no tienen un ciclo menstrual “regular” por lo que algunas semanas de ausencia no representaban preocupación hasta que aparecieron otros síntomas como nauseas, abultamiento en el abdomen, entre otros síntomas que hacían un poco mas notorio el embarazo; mientras que las mujeres de más de 20 semanas tienen en su mayoría “problemas” hormonales o simplemente el periodo menstrual suele ausentarse, por lo que les tomo más tiempo darse cuenta del embarazo. Cabe destacar que en diferentes mujeres en diferentes

semanas de embarazo suelen esperar la confirmación del mismo puesto que varias de ellas provenían de comunidades aledañas, por lo que era necesario asegurarse de su estado y sobre todo las que eran menores de edad tenían un trabajo extra al tener que comunicar el embarazo a sus familias.

Sobre los métodos anticonceptivos, las mujeres de más de 25 años previamente habían usado algún método hormonal, mientras que aquellas debajo de la edad no habían usado ninguno. En la figura 5 se despliega las respuestas de las mujeres ante la posibilidad de usar o no usar los métodos anticonceptivos. El 55% expreso que sí los usaría debido a que su medico les recomendó que debe



usar uno para no volverse a embarazar. Mientras que el 35% expreso que no usaría un método anticonceptivo, entre las respuestas más comunes encontramos que era porque no era bueno para su cuerpo y se lo había comentado un familiar; porque previamente habían usado un método y no les había funcionado o fue un cambio muy brusco para su cuerpo. Por ultimo el 10% expreso que aun no tenía el suficiente conocimiento sobre los métodos anticonceptivos o no los conocía. Aquellas personas que desconocían los métodos anticonceptivos negaban haber recibido una plática o tener totalmente claro los detalles sobre los métodos anticonceptivos.

Aunado al hecho del desconocimiento de métodos anticonceptivos, tambien el caso de el embarazo adolescente queda pendiente, no lo trata como tal el programa, pero es un sector que debe ser atendido, puesto que año con año la población de

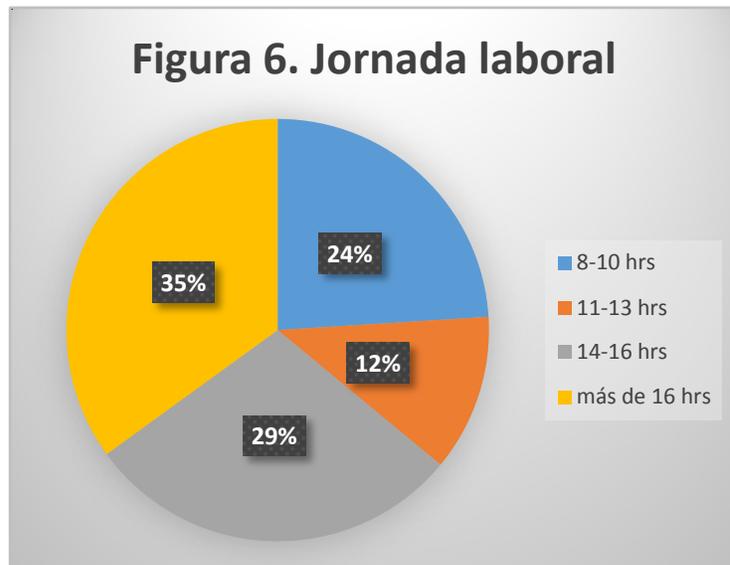
embarazadas más jóvenes y los programas de Sector Salud de Servicios Amigables no ha logrado vislumbrar una alternativa para los mismos.

II.3.2. PERSONAL DE SALUD

Las relaciones entre paciente y personal de salud parecen siempre en tensión debido a las relaciones de subordinación existentes entre los mismos. Cuando se les preguntaba a las embarazadas sobre el personal de salud expresaban que constantemente el trato no era —bueno”, que siempre estaban malencarados o eran altaneros.

Cuando se realizaron las entrevistas al personal de salud, fue una hazaña para poder conseguir algunas de ellas, puesto que tienen la libertad de expresarse libremente, pero deben medir las cosas que pueden o no externar sobre su situación laboral o del Hospital. Por aviso de privacidad y para mantener en el anonimato las respuestas de personal de salud, entre los que se entrevistaron pasantes y estudiantes en prácticas.

En la mayoría de los casos, si no es que casi todos, el personal es excluido de seguro médico afiliado al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSTE). —La exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo.” (Díaz, 2006; 7). Cuando se trataba del apartado del seguro médico pedían saltar la pregunta o decían que no tenían, pero que no se escribiera en su encuesta o entrevista.



Entre otra problemática las largas jornadas laborales en las que el horario laboral de 8 horas, lo que es el horario normal para un trabajador es solo un pequeño porcentaje dentro de ellos, puesto que los turnos no siempre son cubiertos o deben cubrir guardias,

lo que repercute a su vez en el desempeño de atención a los pacientes. El porcentaje de más de 16 horas se debe a ello, a veces las guardias se turnan y deben estar en el hospital hasta 24 horas en las que deben atender emergencias, consultas a embarazadas e infantes y a su vez mantenerse despiertos para atender a a siguiente paciente; lo que aquejaba tanto a personal de salud administrativo, médicos, como enfermeras, pasantes entre otros es que para poder mantenerse despiertos a veces debían recurrir a una dieta no tan balanceada, como café y comida chatarra, por lo que la salud de los mismos no se encontraba en optimas condiciones. Era frecuente al realizar los recorridos en las inmedicaciones que personal administrativo entre 8 y 9 de la mañana desayunaran antojitos fuera del hospital, de modo que este desayuno fuera rápido, por lo que la comida no siempre es la más sana.

La escolaridad promedio de las enfermeras, que fueron las mas receptivas a recibir las entrevistas, era de secundaria completa en estudiantes que realizan prácticas y preparatoria completa para las otras enfermeras.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

¿Seguro Popular?: Embarazo Saludable.

Uno de los puntos críticos en el Programa de Embarazo Saludable es la actualización del programa, puesto que los programas de salud sexual y reproductiva son modificados a través de investigaciones sexenio con sexenio; se les cambia el nombre del programa y se les anexan “mejoras” según arrojen los compromisos políticos en turno. Lo que deja en claro que el programa no cuenta con el presupuesto para hacer una modificación radical, pero es necesario que quede de una manera más accesible al público y aquellos puntos que no han sido trabajados institucionalmente reforzarlos o eliminarlos.

Entre las recomendaciones para un sistema de salud integral como propone el Programa de Embarazo Saludable en el caso de las embarazadas, una de las alternativas sería implementar o recomendar la asistencia de las parteras, de este modo puede descongestionarse el flujo de pacientes y eficientar recursos del Hospital, tanto como de los pacientes, para ello es necesario una estrategia más sólida, puesto que en los manuales de atención se recomienda esta clase de alianzas, pero lo cierto es que no se ha hecho nada concreto.

De igual manera reconocer los sistemas de medicina tradicional como alternativa en el parto y darle soporte es parte de las recomendaciones que la OMS ha sugerido para que los sistemas de salud mexicano, sobre todo para el caso de un Hospital Materno

como el Morelos es apoyarlo en el caso de las pacientes que lo utilizan en sus lugares de origen. —La Organización Mundial de la Salud recomendó desde 1977 el empleo, fomento y desarrollo de la medicina tradicional. Esta recomendación se debió al reconocimiento de que los sistemas de medicina tradicional son la fuente principal de asistencia sanitaria para más de dos tercios de la población mundial” (Ortiz-Quesada, 1984; 41).

En el Hospital Morelos las doulas toman prácticas para asistir de manera visual a los partos, la asistencia les sirve para la certificación de las mismas, pero no han sido planteadas para asistir partos de acompañamiento, lo que de igual manera les ayudaría a descongestionar el flujo de pacientes.

La población indígena, como en el resto de los estados de la República representa uno de los sezos en diversos rubros, como la educación y en este caso, salud. En diversos casos las mujeres que hablaban maya o provenían de zonas indígenas se quedaban en el Hospital porque representaba un gasto trasladarse a sus lugares de origen o la atención en su lugar de origen no era adecuado, puesto que no contaban a veces con personal médico, medicamentos o materiales necesarios.

Otro sector no incluido dentro del Embarazo Saludable, o al menos no considerado relevante son los adolescentes, y tiene sentido puesto que el programa no ha sido modificado desde el 2001 y en los últimos años la cifra de embarazos adolescentes se ha disparado al punto que es considerado un problema de salud pública a nivel mundial. Incluso la OMS ha emitido recomendaciones al respecto, puesto que esta etapa es crucial en el desarrollo de los individuos y que cuanto menor es la edad del menor, mayor es el riesgo de la muerte materna o de sufrir algún tipo de violencia, es

de vital importancia trabajar los servicios amigables y de incluir algún apartado en el Programa de Embarazo Saludable para disminuir ya sea infecciones de transmisión sexual y embarazos.

Condiciones de trabajo y recursos

Si bien el Seguro Popular es un programa muy amplio y que año con año se incrementa la población que solicita la cobertura, la realidad es que el presupuesto ha ido disminuyendo y sobre todo con el programa de Embarazo Saludable es de vital importancia replantear estrategias para la modificación del programa a través de alianzas con parteras, doulas, buscar alternativas que creen un trabajo en conjunto como lo plantea el programa.

Situación sobre los métodos anticonceptivos

El Hospital Morelos cuenta con un consultorio para planificación familiar, sin embargo en diversos testimonios las mujeres fueron coptadas para utilizar un método anticonceptivo y poder salir del hospital. Por lo anterior y por el desconocimiento de los efectos de los mismos, queda claro que aun queda mucho camino para la promoción de los métodos, es necesario plantear estrategias de talleres dinámicos o más íntimos para poder romper con las barreras del desconocimiento.

En las recomendaciones finales de lo que debe incluir el Embarazo Saludable el principio fundamental es lo que debe incluir el derecho a salud: La igualdad y la no discriminación, la libertad de tomar decisiones sobre la propia salud; la universalidad y equidad en el acceso a servicios (personal, bienes y servicios) oportunos, disponibles, accesibles, aceptables y de calidad. La participación y la rendición de cuentas Vigilancia y monitoreo garantías de reparación del daño, de indemnización, de norepetición. (Schiavon-Ermani, 2013; 13)

Finalmente, la recomendación final es que se deje de ver a las mujeres embarazadas como sujetos pasivos, considerar la posibilidad de estrategias de empoderamiento de las mujeres sobre su cuerpo y verlas como sujetos activos de la sociedad que toman decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre-Beltrán, Gonzalo. Nace la antropología médica. 1992. La antropología medica en México: Instituto Mora. Universidad Autónoma Metropolitana.
2. Alarcón, Ana; Nahuelcheo, Yolanda. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. 2008. vol. 40, núm. 2. Revista de antropología chilena
3. Barraza-Lloréns M, Panopoulou G, Díaz BY. Desigualdades e inequidades en la salud y en la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en México, 2000–2006. Rev.Panam Salud Pública. 2013; 33(2):122–30.
4. Basaglia, Franca. La mayoría marginada: La ideología del control social. 1977. Barcelona, España.
5. Basaglia, Franca. Mujer, Lcura y Sociedad. 1987. Universidad Autonoma de Puebla. Puebla, México.
6. Berrio, Lina. —Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud—. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la costa chica de Guerrero. 2013. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Iztapalapa. México.
7. Checa-Artasu, Martín Manuel. Aproximación turístico cultural para un patrimonio en vías de extinción: la arquitectura histórica en madera de Chetumal, Quintana Roo. El Periplo Sustentable, núm. 23, julio-diciembre, 2012, pp. 49-78. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México.

8. Chertorivski, Salomón; Fajardo, German. El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación? Gaceta Médica de México. 2012; Secretaría de Salud, México, D.F.
9. Department of Health. Changing Childbirth, vol. I. Her Majesty's Stationery Office. Londres, 1993.
10. Devillard, Marie; Baer, Alejandro; Revista de Antropología Social, 2010, 19 25-51. ISSN: 1131-558X
11. Díaz, Daniela. Mortalidad materna y Seguro Popular. Un balance a 5 años de su implementación en Implicaciones del Seguro Popular en la reducción de la muerte materna. Perspectivas a nivel nacional y en los estados de Chiapas y Oaxaca. 2010. Fundar, Centro de Análisis e Investigación, A.C. México D.F.
12. Díaz, Daniela. Muerte materna y presupuesto público, 2006.
13. Echart-Muñoz, Enara; Puerto-Sanz, Luis. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Algunos apuntes críticos. Revista Española de Desarrollo y Cooperación nº 15. Año 2005, pp. 143-153
14. Elizondo Mayer-Serra C. El derecho a la protección de la salud. Salud Publica Mex 2007; 49:144-155
15. Fajardo, Guillermo. Historia de la atención a la salud en el estado de Quintana Roo durante el siglo XX. Vol. 49, Núm. 1. Ene. - Mar. 2004.
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Avances hacia —b mundo apropiado para los niños y las niñas—. 2007. Nueva York.
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Una aproximación a los factores culturales, sociales y

emocionales a partir de un estudio en seis países de la región 2014. Panamá, República de Panamá

18. Foucault, Michel. Historia de la medicalización. Educación médica y salud. 1977. Vol. 11, No. 1.

19. Franco G, Álvaro. La globalización de la salud: entre el reduccionismo económico y la solidaridad ciudadana (segunda parte). Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 20, núm. 2, julio-diciembre, 2002. Universidad de Antioquia. Colombia.

20. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2: 220-232.

21. Gramsci, Antonio. La política y el Estado Moderno. 2009. Diario Publico.

22. Gutiérrez, Gonzalo. Los sistemas locales de salud: Una transición de la respuesta social organizada. Salud Pública de México, vol. 33, núm. 6, noviembre-diciembre, 1991, pp. 617-622. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

23. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Módulo de capacitación en derechos humanos de las mujeres: derechos sexuales y/o reproductivos, abogacía para el cambio / Soledad Díaz Pastén, María Solano Arias, Consultoras; Instituto Interamericano de Derechos humanos. -- San José, C.R: IIDH, 2010.

24. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González, MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. Rev.Panam Salud Pública. 2014; 35(4):284–90.

25. Kohen, Beatriz; Alonso, Emelina; Aisenstein, Mariela; Finoli, Micaela y Segarra, Alejandro. Derechos Sexuales y Reproductivos en Argentina: La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos. 2008. Buenos Aires.
26. Lamas, Marta. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril, 2000, Escuela Nacional de Antropología e Historia. Distrito Federal, México.
27. Lasso-Tiscareño, Rigoberto. Dimensiones De La Globalización. Algunos Avances Teóricos Generales en Momento Económico, Núm. 124, noviembre-diciembre de 2002, Pp. 40-47
28. Linares-Pérez, Nivaldo, López-Arellano, Oliva. Inequidades en la salud en México. Gaceta Médica de México. 2012; 148:591-7. Centro de Estudios en Salud, Universidad del Valle de Guatemala, México, D.F.; Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, D.F.
29. Lins-Ribeiro, Gustavo. Antropología de la Globalización. Circulación de Personas, Mercancías E Informaciones. Cuaderno Urbano. Espacio, Cultura, Sociedad - Vol. 10 - N.º 10 (junio 2011)- Pp. 159-186 - ISSN1666-6186
30. Marlasca-López, Antonio. Antropología y Derechos Humanos II (A propósito de la "Declaración universalde los derechos humanos" de 1948). 1998. Rev. Filosofía Univ. Costa Rica, XXXVI (90), 545-560.
31. Meira-Cartea, Pablo. Crisis ambiental y globalización: Una lectura para educadores ambientales en un mundo insostenible. Trayectorias, vol. VIII, núm. 20-21, enero-agosto, 2006, pp. 110-123, Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

32. Moore, Henrietta L. Antropología y feminismo. 2009. BasilBlackwell Ltd. Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S. A.). Madrid, España.
33. Ortega-Ortiz, Reynaldo Yunuen; Somuano Ventura, Ma. Fernanda. Introducción: El periodo presidencial de Felipe Calderón Hinojosa. Foro Internacional, vol. LV, núm. 1, enero-marzo, 2015, El Colegio de México, A.C. Distrito Federal, México.
34. Ortiz-Hernández, Luis; Pérez-Salgado, Diana, Tamez-González, Silvia. Desigualdad socioeconómica y salud en México. Rev. MedInstMex Seguro Soc. 2015.
35. Ortiz-Quesada, Federico. Salud en la pobreza. El proceso salud-enfermedad en el Tercer Mundo. 1984. Centro de Estudios Económicos y Sociales del Tercer Mundo. Editorial Nueva Imagen. Distrito Federal, México.
36. Palacios, José. Globalización, Salud y Cultura: aspectos emergentes. Propuestas para el análisis desde la Antropología Social. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.2, p.273-286, 2011.
37. Pedroza, Blanca. Privatización y globalización: derechos humanos de las mujeres en Género y globalización. - 1a ed. - Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 2009.
38. Pelcastre, Blanca; Villegas, Norma; De León, Verónica; Díaz, Agustín; Ortega, Doris; Santillana, Manuel; Mejía, Juana de los Ángeles. Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México.
39. Presidencia de la Republica. Los objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de actividades 2013. Septiembre de 2013.
40. Quijano, Manuel. La globalización en medicina. Revista de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México. Vol. 45, No 001 (2002).

41. Ramírez, Alba. Mujeres y parteras. La atención del embarazo y parto en la periferia Norte de San Cristóbal de Las Casas. Universidad Autónoma de Chiapas. México.
42. Ramírez, Susana. Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. Ciênc. saúdecoletiva vol.19 no.10 Rio de Janeiro oct. 2014.
43. Rodríguez, Lilia. Derechos Sexuales Y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos. Fondo de Población de Naciones Unidas. 2008.
44. Rodríguez-Abrego G, Escobedo de la Peña J, Zurita B, Ramírez TJ. Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Publica Mex 2007; 49:132-143
45. Rosas-Mantecón, A; (1993). Globalización cultural y antropología. Alteridades, 3. 79-91. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74745548007>
46. Salgado, Eréndira. Lo que no se dice del expediente clínico electrónico su impacto en los datos sensibles del paciente. Revista Etbio Año 2- Núm. 3- 2012.
47. Schiavon-Ermani, Raffaella. Salud Materna y Derechos Humanos: la construcción de un nuevo enfoque. XXIV° Reunión Nacional del Comité de Arranque Parejo en la Vida. 2013. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México.
48. Speed, Shannon. Entre la antropología y los derechos humanos: Hacia una investigación activista y comprometida críticamente. Alteridades, vol. 16, núm. 31, enero-junio, 2006, pp. 73-85. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Distrito Federal, México.

49. Tamez, Silvia y Eibenschutz, Catalina. El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. Rev. salud pública. 10 sup (1): 133-145, 2008. Departamento de Atención a la Salud. Área de investigación Estado y servicios de salud. Universidad Autónoma Metropolitana. México, D.F.
50. Valdivieso, Magdalena. Globalización, género y patrón de poder en Género y globalización. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO, 2009.
51. Vallarta, Luz-Del Carmen. Los Payobispenses: Identidad, población y cultura en la frontera México-Belice. 2001. San Serif Editorial. México.
52. Wagner M. Fish can'tseewater: theneedtohumanizebirth. Int J GynaecolObstet. 2001; 75: S25-37.
53. Xacur-Maiza, Juan. Enciclopedia de Quintana Roo, fascículo historia. 2004. México.

Documentos Oficiales

Salud Materna y Perinatal. Programa Sectorial de Salud 2013-2018, 2014. D.R. Secretaría de Salud. México, D.F.

Sesión de la diputación permanente del primer receso del segundo año de ejercicio constitucional, 30 de junio de 2006.

ANEXOS

Guías de entrevista y encuesta previamente aprobados por la Secretaría de Salud y el Departamento de Enseñanza del Hospital Materno Infantil Morelos

Chetumal, Quintana Roo.
UQROO/DCSEA/DCS/16

N.º

Fecha

Encuesta

Datos personales

_____	_____	_____	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
_____	_____	_____	
Edad	Sexo	Tel. de contacto	correo electrónico

Datos socioeconómicos

_____	_____	_____
Lugar de nacimiento	Lugar de residencia actual	Escolaridad
_____	_____	_____
Ocupación actual	Lugar de trabajo	

Datos médicos

_____	_____	_____
Semanas de embarazo	Enfermedades o tendencias	¿Tiene Seguro Popular?
_____	_____	_____
Centro Urbano / Rural de salud	Número de consultas durante su embarazo	

Autorizo el uso de la información

Nombre y firma del titular

N.º

Fecha

Encuesta Personal de Salud

Datos personales

_____	_____	_____	
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	
_____	_____	_____	
Edad	Sexo	Tel. de contacto	correo electrónico

Datos socioeconómicos

_____	_____	_____
Lugar de nacimiento	Lugar de residencia actual	Escolaridad
_____	_____	_____
Ocupación actual	Lugar de trabajo	

Datos laborales

_____	_____
Área en la que labora	Meses/Años laborando
_____	_____
¿Cuenta con seguro médico?	¿Cuál?

Autorizo el uso de la información

Nombre y firma del titular

Guía de entrevista

Nombre

¿Motivo de consulta?

¿Cuánto tiempo fue atendida en el centro urbano?

¿Hatenido algún tratamiento con partera o sobadora?

¿Desde qué semana la atienden en el Hospital Morelos?

¿Tienes más hijos?

¿Dónde fue atendida en sus anteriores partos?

¿Cómo fue su experiencia de parto natural o cesárea?

¿Conoceel Programa de Embarazo Saludable del Seguro Popular?

¿Cómo ha sido el servicio durante su embarazo?

¿Ha utilizado algún método anticonceptivo?

¿Cuál ha utilizado?

¿Desearía utilizar algún método anticonceptivo después del embarazo?

¿Le gustaría recibir información sin compromiso de los diferentes métodos anticonceptivos?

Autorizo el uso de la información

Nombre y firma del titular _____

Guía de entrevista personal de salud

Nombre

¿Labora en otro lugar además del Hospital Morelos?

¿Cuánto tiempo ha desempeñado su cargo?

¿Toman capacitaciones ligadas a su área?

¿En que se enfocan estas capacitaciones?

¿Qué órgano imparte dichas capacitaciones?

¿Ha tomado capacitaciones sobre Atención Prenatal y de Parto?

¿Ha tomado capacitaciones sobre Derechos Sexuales y Reproductivos?

¿Cuántas embarazadas atiende en promedio por día?

¿Podría describir el proceso de atención que se le da a las embarazadas?

¿Conoce el Programa de Embarazo Saludable del Seguro Popular?

¿Ha tenido obstáculos ajenos a usted en el proceso de dar la atención oportuna a las embarazadas? ¿Cuáles han sido?

¿Qué recomendaría para mejorar el proceso de atención?

Para terminar, ¿Podría describirme a una mujer embarazada sana? ¿Cómo es, como viste, en qué condiciones se encuentra, que hace para estar sana?

Autorizo el uso de la información

Nombre y firma del titular _____

Chetumal, Quintana Roo

UQROO/DCSEA/DCS

Aviso de privacidad

La Br. Luisa Cecilia Balam Villarreal, se encuentra realizando el protocolo de investigación para su próxima titulación en la Licenciatura de Antropología Social, de la Universidad de Quintana Roo. Con domicilio particular en calle Tabí núm. 49, Col. Fidel Velázquez, Chetumal, Quintana Roo, México, C.P. 77080.

Con responsabilidad en el uso y protección de datos personales, se informa lo siguiente:

La información recabada se usará con fines académicos para realizar la tesis con título **“El embarazo en el Seguro Popular: Atención y vigilancia prenatal en el Hospital Materno Infantil Morelos, en la Ciudad de Chetumal, Quintana Roo”**

Para cumplir con este contenido de información, se deberá:

Tomar en cuenta que los datos recabados se usaran para analizar y dar seguimiento a los protocolos de atención a embarazadas del Seguro Popular, todo esto para sustentar el grado de licenciatura en Antropología Social.

¿Para qué fines utilizaremos sus datos personales?

-La solicitud de los datos personales es para la obtención información con fines académicos para sustentar el análisis y el grado de licenciatura en Antropología Social.

-La información recabada servirá para fines cuantitativos y cualitativos para respaldar la información recabada.

-Documentar casos clínicos y de experiencia.

Como titular de la información personal usted tiene derecho a la negativa de información que fuere perjudicial, por ello si así lo desea, pueda manifestar su negativa al tratamiento de sus datos personales para todas o algunas de las finalidades secundarias o accesorias.

En caso de que no quiera que parte de la información sea utilizada para los fines académicos esta deberá ser eliminada, como puede ser el caso de fotografías y entrevistas grabadas.

¿Qué datos personales recabamos y utilizamos sobre usted?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos los siguientes datos personales en el caso de la encuesta: nombre completo, edad; sexo; datos médicos, lugar de nacimiento y actual, datos laborales y médicos, como son la experiencia en el embarazo, y por último la firma autógrafa que da la autorización de la información.

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad, utilizaremos datos personales de identificación, laborales y sobre el embarazo.

Sobre las transferencias:

Los datos recabados serán utilizados para fines académicos y por ello será transmitido a una tercera persona, en este caso el Director de Tesis, Xóchitl Ballesteros Pérez, Mtra. en Desarrollo Regional de la Universidad de Quintana Roo, para ello se le hace de su conocimiento en este aviso de privacidad ya que servirá la información para la tesis de licenciatura en Antropología Social.

La información solo se usará para fines académicos y no para fines lucrativos o expuestos.

Cuando se vayan a realizar transferencias de datos personales que requieran el consentimiento del titular, deberá incluir una cláusula que permita al titular indicar si acepta o no la transferencia de su información personal.

En su redacción, deberá tomar en cuenta el tipo de datos que va a transferir (patrimoniales, financieros, sensibles, u otro tipo), para que obtenga el consentimiento según corresponda: expreso, expreso y por escrito o tácito.

Cláusula para consentimiento tácito:

¿Con quién compartimos su información?

Le informamos que para las transferencias indicadas requerimos obtener su consentimiento. Si usted no manifiesta su negativa para dichas transferencias, entenderemos que nos lo ha otorgado.

No autorizo que mis datos personales sean compartidos con los siguientes terceros:

[...]

[...]

Cláusula para consentimiento expreso:

Le informamos que para las transferencias indicadas requerimos obtener su consentimiento expreso:

Otorgo mi consentimiento para las siguientes transferencias de mis datos personales:

[...]

Cláusula para consentimiento expreso y por escrito:

Le informamos que para las transferencias requerimos obtener su consentimiento expreso y por escrito:

Otorgo mi consentimiento para las siguientes transferencias de mis datos personales:

[...]

[...]

Nombre y firma del titular: _____

¿Cómo puede acceder, rectificar o cancelar sus datos personales, u oponerse a su uso?

Usted tiene derecho a conocer qué datos personales tenemos de usted, para qué los utilizamos y las condiciones del uso que les damos (Acceso). Asimismo, es su derecho solicitar la corrección de su información personal en caso de que esté desactualizada, sea inexacta o incompleta (Rectificación); que la eliminemos de nuestros registros o bases de datos cuando considere que la misma no está siendo utilizada conforme a los principios, deberes y obligaciones previstas en la normativa (Cancelación); así como

oponerse al uso de sus datos personales para fines específicos (Oposición). Estos derechos se conocen como derechos ARCO.

Para el ejercicio de cualquiera de los derechos ARCO, usted deberá presentar la solicitud respectiva al correo balam.cecilia@gmail.com o al teléfono celular 9831553908 con Br. Luisa Cecilia Balam Villarreal.

¿Cómo puede revocar su consentimiento para el uso de sus datos personales?

Usted puede revocar el consentimiento que nos haya otorgado para el tratamiento de sus datos personales para hacerlo puede revocar su consentimiento deberá presentar su solicitud al correo electrónico o número telefónico antes descritos.

¿Cómo puede conocer los cambios a este aviso de privacidad?

El presente aviso de privacidad puede sufrir modificaciones, cambios o actualizaciones derivadas de nuevos requerimientos legales; de nuestras propias necesidades para la investigación.

Nos comprometemos a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente aviso de privacidad, a través de un número telefónico en caso de querer proporcionarlo.

TRABAJOS CITADOS

(Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales, 2013)

Evaluación del TRIAGE obstétrico²¹

Protocolo de seguimiento para evaluación del TRIAGE obstétrico por la Secretaría de Salud.

Anexo 1. Sistema de evaluación del Triage obstétrico

Apellido paterno: _____ Apellido materno: _____ Nombre (s): _____
 Fecha de la atención: _____ Hora: _____ No. Expediente: _____
 Fecha de nacimiento: _____

OBSERVACIÓN

	CÓDIGO ROJO (EMERGENCIA)	CÓDIGO AMARILLO (urgencia calificada)	CÓDIGO VERDE (urgencia no calificada)
Estado de conciencia	Alteraciones (somnolienta, estuporosa, inconsciente)	Consciente	Consciente
Hemorragia	Visible o abundante	No visible o moderada	No visible o escasa
Crisis convulsivas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Respiración	Alterada (frecuencia y profundidad)	Normal	Normal
Color de la piel	Cianótica/acompañada de alteraciones en la respiración	Pálida	Normal

INTERROGATORIO

Sangrado transvaginal	Abundante	Escaso/moderado	Ausente
Crisis convulsivas	Presentes	Negadas	Negadas
Cefalea*	Presente	Ausente/presente No pulsátil	Ausente
Acúfenos/Fosfenos*	Presentes	Ausentes	Ausente
Epigastralgia/Amaurosis*	Presente	Ausentes	Ausente
Síndrome febril		Presente	Ausente
Salida de líquido amniótico		Claro/verdoso	Negado
Motilidad fetal		Ausente	Presente

*Asociados a algún otro síntoma o signo de la tabla

SIGNOS VITALES

Tensión arterial (Hipertensión)	Igual o mayor a 160/110 mmHg	Menor a 159/109 mmHg y mayor a 131/91 mmHg	Menor a 130/90 mmHg y mayor a 100/60 mmHg
Tensión arterial (Hipotensión)	Igual o menor a 89/50 mmHg	Menor a 90/51 mmHg y mayor a 99/59 mmHg	
Frecuencia cardíaca	Menor a 45 o mayor a 125 latidos por minuto	Menor a 80/100 latidos por minuto y mayor a 50/60 latidos por minuto	60-80 lpm
Índice de Choque (Frecuencia cardíaca/presión sistólica)	Mayor a 0.8	Entre 0.7 y 0.8	Menor a 0.7
Frecuencia respiratoria	Menor a 16 o mayor a 20 respiraciones por minuto		16 a 20
Temperatura	Menor a 35°C Mayor a 39°C	37.5°C a 38.9°C	Mayor a 35° C Menor a 37.5° C

Nombre de quien evalúa: _____ Categoría: _____

²¹ Fuente: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/131801/web_TriageObstetricoCM.pdf