



Trato digno y respetuoso en la atención obstétrica Una cuestión de ética

Comité de Seguimiento a la Mortalidad Materna y Trato Digno y Respetuoso en la Atención Obstétrica de la FEMECOG

Antonio Peralta Sánchez, Francisco Javier Robles Elías, Javier Montoya Cossío, Paulo Meade Treviño, Clementina Soni Trinidad, Alejandro Posadas Nava, Cuauhtémoc Celis González.

Presentación

Desde los albores de la humanidad, allí cuando los lamentos de dolor se escucharon en la cueva, surgió la primera imagen de aquel que quiso mitigar el dolor; recurrió a la compresión queriendo detener el sangrado, a las yerbas que imaginó eran sanadoras, pero sobre todo puso por delante la compasión. Se dio cuenta que la sola compañía generaba una empatía que hacía más sencillo el paso al alivio o a la muerte.

El médico -hacedor de salud- surgió entre estos elementos rústicos y con frecuencia enseñoreados en espíritus supremos, divinos e inclusive mágicos. Sin embargo, al paso del tiempo y junto con los avances de la alta tecnología, inició una divergencia siempre –seguramente en aras del fin último-: la recuperación de la salud, dejando a un lado la esencia del hombre bio-psico-social, por la eficacia diagnóstica y terapéutica; y no podría ser de otra manera si lo fundamental es cancelar el dolor, detener a tiempo el crecimiento irregular de los tejidos o dar un nuevo panorama a la existencia humana exenta de dolor.

En 1970 Van Rensselaer Potter¹ en un artículo publicado en la revista “Perspectives in Biology and Medicine”, titulado: “Bioethics, the science of survival” plantea sin ambages el soporte de la ética en la medicina al decir: *“La humanidad requiere con urgencia un nuevo saber, que proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana”*.

Ética

Es una disciplina filosófica iniciada por Aristóteles que estudia el bien y el mal, y sus relaciones con la moral y el comportamiento humano; es también un conjunto de costumbres y normas que dirigen o valoran el comportamiento humano en una comunidad.

Estas definiciones resultan muy superficiales si no acotamos los conceptos inevitables en esta encrucijada filosófica: bien, mal, moral, inmoral, valores.

Sin que pretendamos explayarnos en un ensayo axiológico, si es prudente plantearnos el concepto de VALOR. ¿Qué son los valores?

Nos queda siempre claro lo que tiene valor, lo “que es valioso”: la bondad es valiosa, la envidia y la corrupción son malas y no valiosas; sin embargo, al decir de Max Scheller² y Bertrand Russell³ en posiciones un poco encontradas, que estos valores para que existan deben ser portados, llevados por alguien, porque no se encuentran flotando en la nada. Es así, que hablamos de personas bondadosas, envidiosas y corruptas. Los seres humanos hemos forjado los valores al implementarlos en nuestro vivir diario y en nuestras acciones.

Fernando Savater⁴ –filósofo contemporáneo- en su libro *Ética para Amador*, afirma que el miedo más grande para el hombre ha sido a la libertad, temor a estar solo en el universo y tener que decidir a cada instante, es por eso sostiene, que siempre está buscando cuartadas para justificar sus acciones. Sin embargo, cuando entiende que la moral tiene que ver con lo que es bueno y con lo que es malo atendiendo a costumbres y cultura, decide elegir una conducta a la que se le llama ética de un todo que se le llama moral.

Así las cosas, los valores son tangibles a nuestra existencia y aunque existan momentos en que parezca que cambian, como cuando se premia al soldado que más enemigos asesinó, o se haya aplaudido por parte de sus superiores al que inventó los hornos de exterminio en la segunda guerra mundial, existirán siempre los valores supra históricos e irrenunciables como afirma Alfred Stern⁵ –Filósofo Alemán de la segunda mitad del siglo XX- que son: la vida y la salud.

La medicina siendo una disciplina humanista, surgió bajo preceptos y cánones hasta religiosos, pero siempre bien pautados en una actitud de entrega y devoción. El juramento Hipocrático ya más de la historia muerta, se inscribe en esta dirección.

Si la ética es una conducta viva de los seres humanos, que se aplica entre diversos valores, resultaba evidente la revisión profunda de ésta, cuando se aplica a la ciencia de la medicina, surgiendo así la Bioética.

En 1979, Tom L. Beauchamp y James F. Childress⁶ presentaron su libro: “Principios de Ética Biomédica”, donde sostienen que las relaciones entre los médicos y los

pacientes siempre deben estar sujetas a cuatro elementos fundamentales definiéndose como un proceso “principalismo”:

- 1.- Respeto a la autonomía (consentimiento informado)
- 2.- No maleficencia (no dañar en forma intencionada) “*primun non nocere*”
- 3.- Beneficencia (obligación moral de actuar en beneficio de otros)
- 4.- Justicia (veracidad, privacidad, confidencialidad y fidelidad)

Los cuatro pilares son de importancia semejante, y siempre deben cumplirse “*prima facie*”, porque uno depende del otro. Los autores en revisiones posteriores a su primera publicación, reconocen que aspectos deontológicos del médico deben estar siempre presentes, porque existiendo virtudes impregnadas generarán motivos para actuar.

Antecedentes

1.- En una publicación oficial del gobierno federal llamada: “Género y Salud en Cifras” de septiembre-diciembre del año 2010 (vol. 8 No. 3)⁷ del Centro Nacional de Equidad de Género y salud Reproductiva, se plantea a la violencia obstétrica como una forma patriarcal en las instituciones de salud. Son: José Alejandro Almaguer, médico epidemiólogo y dedicado a la medicina tradicional, Hernán José García Ramírez, médico en salud pública y Vicente Vargas Vite, antropólogo quienes disertan acerca de este concepto. Definen a la violencia obstétrica como cualquier acción u omisión basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, sexual o la muerte, tanto en el ámbito privado como público.

2.- Es de llamar la atención que un año antes en la “Revista Venezolana de estudios de la mujer” 2009: 14(32)⁸ señalan a la violencia obstétrica en los siguientes términos: Un tipo de violencia institucional producto del patriarcado y expresada en relaciones de poder, que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre:

- Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, trabajo de parto, periodo expulsivo, alumbramiento y puerperio.
- Un trato deshumanizador, un abuso de la medicalización, y una patologización de los procesos naturales, perdiendo su autonomía la paciente.

3.- El 28 de noviembre del 2019 fue aprobado en el Congreso de la Unión⁹ un dictamen de la Comisión de Igualdad de Género, con proyecto de decreto, por el que se adiciona una fracción al artículo 6 de la Ley General de Acceso de las



Mujeres, a una Vida Libre de Violencia, y modifica diversas disposiciones de la Ley General de Salud, con el objetivo fundamental de incluir dentro de los tipos de violencia contra las mujeres, a la violencia obstétrica, a efecto de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como la negligencia en su atención médica, la cual se expresa en un trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales.

4.- La Encuesta Nacional sobre Dinámica de las Relaciones de los Hogares (ENDIRE 2016) de INEGI¹⁰ es quien da soporte a esta demanda al señalar que:

- El 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un nacimiento de una hija o hijo entre 2011 y 2016 reportaron incidentes de maltrato en la atención obstétrica.
- El 9.2% señaló que la presionaron para que le pusieran un dispositivo u operaran para ya no tener hijos.
- El 10.3% que tuvieron cesárea no fue informado de manera clara y comprensible por qué se le tenían que hacer.
- El 9.7% no dio permiso para que le practicaran la cesárea.

Se añade finalmente en este documento legislativo que la violencia obstétrica comprende además otras acciones y omisiones a las antes mencionadas, tales como: obligar a parir acostadas y/o inmovilizada; negar u obstaculizar la posibilidad de cargar y amamantar al recién nacido inmediatamente al nacer; y no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

5.- El 29 de noviembre del 2019 la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG) a través del Dr. Cuauhtémoc Celis González, presidente en función, emite un comunicado con un rechazo categórico tanto al concepto de violencia obstétrica, como a su definición, y evidentemente a la directriz del dictamen de los diputados que perfila la penalización del acto médico. No es posible aceptar este concepto inclusive desde el punto de vista semántico porque violencia significa: “uso de la fuerza para conseguir un fin, para dominar a alguien o imponer algo”. La profesión médica per se humanista es evidente que requiere una autocrítica sincera y profunda, pero jamás dejará de ver como meta suprema el bienestar de los pacientes.

6.-Las gestiones ante la Cámara de Senadores siguieron durante los primeros meses del 2020, con la comisión de salud, quedando pendientes ante la pandemia vigente en esta primera mitad del año.

¿Dónde estamos?

De acuerdo al informe de finales del año 2019 de la CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico)¹¹, la demanda por reclamos en la atención obstétrica continúa apareciendo entre los primeros tres lugares, siguen siendo las instituciones



nosocomiales oficiales las más demandadas, y por ende las diversas ONGs señalan en forma reiterada este panorama.

Karl Jaspers¹², médico y destacado filósofo afirma: *“En la medicina moderna, todo parecería estar en el mejor de los órdenes. Día a día se logran grandes resultados. Pero, lo asombroso es que entre los enfermos y los médicos aumenta la insatisfacción. Hay ahora más científicos de gran nivel y más ciencia que en ninguna otra época, pero también es cierto que nunca como ahora ha habido tantos problemas y deterioros en la atención médica, derivados a mi criterio, de la negativa influencia del lado oscuro de la tecnología, sumado a la persistente mercantilización de la medicina”*. Parecería que esta sentencia fue dicha la semana pasada; sin embargo, tiene registro en 1988.

El mundo contemporáneo se mueve con tanta prisa y sin cesar, que apenas los descubrimientos del año pasado ya han empezado a envejecer; estamos en la era del cuestionamiento y sobre todo de la medicina basada en la evidencia. En el siglo XVII cuando iniciaba el renacimiento, Descartes, padre de la filosofía moderna, en su libro “Discurso del Método”¹³ va más allá de los preceptos metafísicos al llevar sus verdades a la geometría y a los números, y afirma, que esta es la única forma de dar validez a sus principios de la filosofía. Hoy día los cuestionamientos son constantes y probablemente nos hemos perdido en la parte olvidando el todo. El ser humano, y de ello damos fe nosotros mismos es una integración bio-psico-social que en estado de enfermedad busca con ahínco la salud a toda costa.

La atención centrada en el paciente

En un documento reciente difundido en el Boletín CONAMED número 23 de marzo-abril del 2019¹⁴, se presenta una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud. Lo hace la comisión Nacional de Arbitraje Médico a través de la Dra. Sonia Beatriz Fernández Cantón.

Ante hechos cuantificados de reclamo por atención médica no satisfactoria, ofertas no completas de salud y negligencia, hemos visto en años recientes una confrontación reiterada, donde nadie gana y sin darnos cuenta empezamos a profundizar la brecha. Somos los Obstetras los profesionales más confrontados por hechos que suelen ser fácilmente analizados a posteriori, y no en su momento que suele ser un momento de alta variabilidad. Esto no quita que por diversas circunstancias que provienen inclusive desde la formación universitaria, actuemos más pensando en la enfermedad que en el enfermo, y que aquella vocación



impoluta del deseo de ser médico para ayudar, se haya quedado en los recuerdos, dando paso a una profesión sustentada en el cliente y no en el paciente.

La atención centrada en el paciente desde el año 2001 en la Academia Nacional de Medicina de los Estados Unidos ya forma parte de todas las dimensiones de la calidad asistencial:

Efectividad, oportunidad, seguridad, eficiencia, equidad y la atención centrada en el paciente.

Se trata de poder eslabonar a la medicina basada en la evidencia, con la atención centrada en el paciente, de tal manera que se puedan atender desde:

- La perspectiva biopsicosocial.
- El paciente como persona.
- La responsabilidad compartida.
- La alianza terapéutica.
- El médico como persona.

Retos impostergables

El mundo contemporáneo está matizado por la hipertransparencia, por lo inmediato y lo desechable, así lo han marcado las redes sociales, y con una velocidad tal que apenas da tiempo a la sorpresa.

Los médicos que atendemos mujeres embarazadas somos y seremos siempre sujetos del escrutinio total, porque desde una perspectiva holística siempre se esperan los mejores resultados puesto que la modernidad –se apunta– da todas las herramientas para no fallar; en caso de un error todo incidirá en el profesional por una praxis incompleta o equivocada.

Las oportunidades para analizar el evento por sancionar existen desde diversas aristas: legales, éticas y conciliatorias, generando distanciamiento de tal forma que ahora la relación médico-paciente se circunscribe a un prestador de servicios y un cliente.

Para poder afianzar un “trato digno y respetuoso” en la atención obstétrica, es menester además de utilizar con creces las herramientas de la tecnología moderna, con una medicina basada en la evidencia científica, no olvidar que los ejes centrales de estas acciones radican en la paciente, donde respetemos su autonomía y su protagonismo; la no maleficencia reconociendo nuestros límites, la beneficencia obligada en el total beneficio de la paciente y siempre con normas justas, leales y verdaderas. La tarea es de todos los días y en todos los ámbitos, imprimiendo una actitud genuina y poderosa de ayuda y bonhomía, siempre en el límite justo y equitativo¹⁵.

Referencias

1. Busquetz Alibés E. Editorial. 40 años de literatura bioética. *Bioética & debat* 2011 sept.-dic.; 17(64): 2.
2. Scheler Max. El puesto del hombre en el cosmos, *Revista de Occidente* Número 73, pág. 1-29, 1929.
3. Peralta S.J. Pena de Muerte, Aborto y Eugenesia. México. Joaquín Porrúa, 1988. Págs. 13-15.
4. Savater F. *Ética para Amador*. Editorial Planeta. España, 1991. Págs. 43-44.
5. Peralta S. J. Pena de Muerte, Aborto y Eugenesia. México. Joaquín Porrúa, 1988 Págs. 42-44.
6. Beauchamp TL & Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics* 6ª. Ed. New York; Oxford University Press; 2009.
7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. *Género y salud en cifras*. Vol. 8, No 3., sep.-dic. 2010.
8. Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2009; 14 (32): 125-46.
9. www.diputados.gob.mx/2019/noviembre/ DOF: 27 de nov. 2019.
10. INEGI. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*, 2016.
11. CONAMED Informe anual de actividades. 2019.
12. Ceriani Cernadas JM. La práctica médica en la era tecnológica. *Arch Argent Pediatr* 2017; 115 (2): 106-107.
13. Descartes R. *El discurso del método*. Panamericana, 2013.
14. Fernández Cantón SB: La atención centrada en el paciente: una visión general sobre su enfoque en los servicios de salud CONAMED-OPS: Vol. 4, No. 23 Págs. 13-23, Boletín 2019.
15. Peralta Sánchez A. Las muertes maternas en México: una cuestión de actitud. *Ginecol Obstet Mex* 2014; 82: 394-396.



DECÁLOGO:

TRATA DIGNO Y RESPETUOSO EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

1. CREA UN AMBIENTE CONFIABLE.

Busca siempre la confidencialidad y privacidad, más allá de los documentos oficiales que la paciente debe conocer y firmar.

Invierte el tiempo necesario para generar confianza con tu paciente. Escúchala con atención, la paciente descubre cuando no estás con ella.

2. COMPRENDE TU PROPIA SITUACIÓN.

¿Estás cansado, preocupado o te sientes estresado? Tu estado emocional no solo puede afectar tu desempeño, sino generar un encuentro incompleto para tu paciente.

Piensa que siempre es ético y válido referir a tu paciente con alguien que tenga la mejor respuesta.

3. PONTE EN EL LUGAR DE TU PACIENTE.

¿Cuáles serían tus sentimientos, miedos y dudas si estuvieras en la posición de tu paciente?

¿Cómo te gustaría que te tratara? ¿Te gustaría que te hiciera sentir que eres la persona más importante de la consulta del evento obstétrico?

Recuerda que es frecuente que la paciente tenga miedo y que no en pocos casos trae una mala experiencia previa.

4. MANTENTE ALERTA.

Debes estar atento si tu paciente parece incómoda o molesta por su comportamiento mediante el lenguaje corporal, o inclusive por sus palabras.

Investiga de inmediato las razones y corrígelas u ofrece otra alternativa.

Si crees que has cometido un descuido pide una disculpa e inicia nuevamente.

El respeto y la dignidad siempre deben ir en ambas direcciones.

5. EQUILIBRA LA COMPASIÓN Y EL PROFESIONALISMO.

Muestra compasión, comprensión y asertividad, pero recuerda mantener el profesionalismo.

No todo puede estar centrado en el afecto; lo ético implica lo justo y a tiempo.

La simpatía es prudente que esté, pero tiene más peso una explicación amable y clara, sobre todo científica y honesta. La seguridad de tus palabras debe mostrar que sabes con claridad los pasos a seguir en su tratamiento. Evita el pánico, reconociendo siempre que los límites darán seguridad. Recuerda que la paciente es la protagonista.

6. PROMUEVE UNA CULTURA DE RESPETO.

El respeto total será siempre la mejor balsa para cruzar el río. La revisión física será siempre con un acompañante; sé prudente con tus palabras, tus gestos y tus acciones.

7. PROMUEVE UNA ACTITUD JUSTA Y NO DISCRIMINATORIA.

La dignidad en la atención de la paciente embarazada no se gesta hablándole de usted; se construye con un trato igualitario, justo y no discriminatorio.

La cultura o preparación académica de la paciente nunca deben diferenciar tu actitud.

Recuerda, la más importante es la paciente.

8. PROMUEVE UNA CULTURA DE EMPODERAMIENTO.

No se puede entender el bienestar de la mujer embarazada si no abogas con todas tus acciones por su real empoderamiento.

La equidad entre los géneros se ve con más claridad en el evento obstétrico, puesto que implica el acontecimiento de la nueva vida.

9. UTILIZA UN LENGUAJE CLARO Y PRECISO.

La paciente embarazada habitualmente está pendiente de todo lo que le pasa; desea una explicación sin términos médicos y que sea comprensible.

Cuando no se tiene el diagnóstico completo debes decirlo con todas sus palabras, no por hablar mucho llegarás a la solución que no tienes.

10. EXPRÉSALE AFECTO Y SOLIDARIDAD.

Nunca debe haber ventaja en la atención obstétrica.

La paciente cuando te conoce, te ofrece su total confianza dejando en tus manos la resolución que le has propuesto.

Manifíéstale afecto y compromiso.