

# Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca

## Quality of obstetric care, from the perspective of rights, equality and interculturality in health centers of Oaxaca

Matthias Sachse,<sup>1</sup> Paola Sesia,<sup>2</sup> Azalia Pintado,<sup>1</sup> Zaira Lastra<sup>1</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** Este diagnóstico acerca de la calidad de la atención que los Servicios de Salud de Oaxaca brindan a mujeres rurales durante el embarazo, parto y puerperio (EPP) en el primer nivel de atención, toma en cuenta las vertientes de derechos, equidad social e interculturalidad y contempla la accesibilidad, disponibilidad, universalidad, gratuidad y la misma calidad de la atención en el EPP.

**Material y métodos.** Se construyó un Índice de Calidad de la Salud Materna de acuerdo a leyes, normas, lineamientos, manuales y recomendaciones nacionales e internacionales. La información se recopiló en una muestra representativa a nivel estatal con los responsables de 63 centros de salud (CS) rurales de primer nivel y 303 mujeres que habían recibido atención prenatal en los CS en los doce meses anteriores a la implementación del estudio.

**Resultados.** Se encontró que la mayoría de los CS tiene una disponibilidad y accesibilidad limitada porque no brinda atención durante los turnos nocturnos y de fines de semana. La atención es gratuita aun si las mujeres—casi todas afiliadas al Seguro Popular— gastan para exámenes de laboratorio y/o ultrasonido. Prácticamente en ninguno de los CS se realiza un abordaje intercultural. La atención en la etapa prenatal en general se realiza de acuerdo a normas. En la atención del trabajo de parto y parto se emplean comúnmente maniobras innecesarias y hasta dañinas. Información por parte de las mujeres

acerca de la atención hospitalaria en el parto indica que la misma situación prevalece en el segundo nivel. La mayoría de los CS sí citan a control puerperal, pero las mujeres sólo acuden para el cuidado de sus bebés y no para ellas mismas. Existe desabasto de medicamentos e insumos necesarios para la atención del parto y las emergencias obstétricas (EO). La mayoría de las usuarias se sintieron satisfechas con la atención recibida., lo cual evidencia su desconocimiento acerca de sus derechos como personas y como usuarias.

**Conclusiones.** Con base en los estándares de calidad establecidos por el estudio, se puede concluir que estos CS brindan una atención oportuna durante el embarazo, pero no así durante el parto o el puerperio; y en todos los casos necesitan reforzarse a nivel de infraestructura, equipo, insumos, medicamentos y recursos humanos para poder dar una atención obstétrica oportuna y de calidad de acuerdo al nivel normativo para este nivel.

**Palabras clave:** Primer nivel de atención, Calidad, Embarazo, Parto, Puerperio, Derecho a la salud.

### ABSTRACT

**Introduction.** This diagnosis on the quality of care in Health Services of Oaxaca provide rural women during pregnancy, labour and puerperium (EPP) in first level of care, taking into

<sup>1</sup> Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Oaxaca, México.

<sup>2</sup> Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social-Pacífica Sur, Comité Promotor por una Maternidad Segura-México y Oaxaca.

Folio 211/12 Artículo recibido: 29-11-2012 Artículo reenviado: 03-12-2012 Artículo aceptado:05-12-2012

Correspondencia: Dr. Matthias Sachse Aguilera. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos. Oaxaca, México. Ortíz Armengol 201, Fracc. La Luz. Col. Reforma. CIESAS. Oaxaca, México. Correo electrónico: donmat22@hotmail.com.

consideration the strands of rights, social equity and interculturality and contemplates accessibility, availability, universality, gratuity and the same quality of care in the EPP.

**Material and methods.** A Quality in Maternal Health Index was carried out according to the laws, regulations, standards, manuals and national and international recommendations. The information was collected in a representative sample at state level with the people responsible of the 63 rural health centers (HC) and 303 women that received prenatal health care in the HC twelve months prior to the study implementation.

**Results.** The majority of HC have a limited availability and accessibility because they do not provide health care in night shifts and weekends. The health care is free even if the women -almost all of them enrolled in Public Insurance Scheme -spend money on the lab tests and/or ultrasound. Practically in any HC an intercultural approach is carried out. Health care in the prenatal stage is generally carried out according to the standard. During the health care during labour and birth unnecessary

and harmful techniques are commonly employed. Information from women concerning hospital care during labour indicates that the same situation prevails in the second level. The majority of HC do have puerperium control, but the women only attend to receive care for their babies and not for themselves. There is shortage of medicine and inputs necessary for health care during labour and obstetric emergencies (OE). The majority of the users were satisfied with the care provided, which indicates their lack of information about their rights as people and users.

**Conclusions.** Based on the quality standards established in the study, it can be concluded that these HC provide timely care during pregnancy, but not as much during labour or puerperium; and in every case it is necessary to reinforce in the infrastructure, equipment, inputs, medication and human resources to be able to provide timely and quality obstetric health care at normative level.

**Key words:** First level of care, quality, pregnancy, labour, puerperium, right to health care.

## INTRODUCCIÓN

De los más de 3,800 mil habitantes del estado de Oaxaca, el 44% no tiene ningún tipo de derecho-habiciencia en salud, el 32% está afiliado al Seguro Popular (SP) o al Seguro Médico por una Nueva Generación (SMNG) y sólo el 24% restante tiene derecho-habiciencia a alguna institución de seguridad social.<sup>1</sup> De todos los estados del país, Oaxaca es en la actualidad el que presenta el mayor porcentaje de población rural (52% del total de la entidad) y de población hablante de lengua indígena (33.8%); mientras que el 58% de la población oaxaqueña se considera indígena. El sistema de salud de Oaxaca atiende a la mayor parte de esta población en sus 1480 unidades conformadas por hospitales y clínicas para población abierta o afiliada al SP, la gran mayoría pertenecientes a los Servicios de Salud de Oaxaca (SSO) o al programa IMSS-Oportunidades.

La pluriculturalidad y la ruralidad no son las únicas características que marcan el estado. Oaxaca es de los estados más pobres y marginados del país, ocupando el tercer lugar en cuanto a pobreza, sólo precedidos por Chiapas y Guerrero.<sup>2</sup> La pobreza se acompaña por la desigualdad social, incluyendo la de género,\* como características que presentan un gran desafío tanto en las condiciones de salud que enfrenta la población, como para que el sector salud garantice la cobertura en atención médica de manera universal, gratuita y con calidad. De acuerdo a la información disponible, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, incluyendo durante la maternidad, es mucho más marcada en las localidades rurales y con población indígena.<sup>1</sup>

Las mujeres rurales e indígenas tienden a sufrir una mayor

carga de exclusión y/o discriminación en sus múltiples facetas de género, etnia, raza y clase, elementos ligados a la falta de respeto de sus derechos. Si a esto sumamos la falta de accesibilidad a servicios de salud de calidad, el problema se ve reflejado en una mayor carga de morbi-mortalidad materna en esta población en comparación con las otras mujeres.<sup>3</sup>

Una situación a considerar es la presencia de barreras culturales entre prestadores de servicios de salud y la población en general, llevando a un distanciamiento entre ambos;<sup>4</sup> aunando a ello la insuficiencia de recursos materiales relacionada con una deficiente disponibilidad de medicamentos e insumos en las unidades de salud de primer nivel en el estado de Oaxaca; cajas rosas y guindas incompletas para atender emergencias obstétricas; sistemas de comunicación deficientes al igual que la disponibilidad de ambulancias las 24 horas; falta de materiales educativos para la población, así como de apoyo para el personal médico; obligación de pagar por algunos servicios que en realidad deberían ser gratuitos; infraestructura inadecuada que afecta la seguridad del paciente y no garantiza la comodidad ni de trabajadores de la salud ni de usuarios; más la falta de recursos humanos con capacidades técnicas para brindar una atención de calidad en las emergencias obstétricas y, finalmente, la falta de una actitud de servicio por parte de un porcentaje importante de recursos humanos en salud.<sup>5 6</sup>

Otra situación importante en salud materna es el énfasis creciente que se ha dado en la política a nivel federal y estatal a la atención hospitalaria para toda mujer durante el parto

\* Como ejemplos: El 16.7% de la población oaxaqueña es analfabeta; de al menos 500 mil analfabetas en el estado el 66% son mujeres, que viven en gran medida en comunidades rurales e indígenas y casi todas son oficialmente amas de casa; el 19% de las viviendas tienen piso de tierra (INEGI, 2010).

como una estrategia de promoción de una atención calificada durante esta etapa y para poder atender emergencias obstétricas (EOs) y reducir la muerte materna en el país. Esta estrategia tiende a sobrecargar los hospitales de partos normales, reduciendo su capacidad real de enfrentar las EOs, omitiendo el potencial del primer nivel de atender partos eutócicos.<sup>7</sup>

De lo anterior, se desprende la pertinencia de diagnosticar la situación en el desempeño y la infraestructura de los servicios de salud de primer nivel que atienden durante la maternidad a la mujer, sobre todo la mujer rural, la mujer indígena, la mujer pobre y/o la mujer no derecho-habiente. Al mismo tiempo, se constató la necesidad de poder contar con un “Índice de Calidad de la Atención Materna” para el primer nivel, para tener un parámetro pertinente de comparación. Esto, debido a que de los 58 indicadores manejados por el Programa Aval Ciudadano que miden la anticipación, efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad de la atención dirigida a los pacientes, pocos se especializan en la atención dirigida exclusivamente a las mujeres durante EPP.<sup>8-9</sup> Por otro lado, tanto la Secretaría de Salud Federal como estatal manejan el programa Sí Calidad, pero los únicos indicadores que miden la calidad de la atención dirigida a las mujeres son el tiempo de espera, los medicamentos recibidos, contar con un expediente clínico, y recibir indicaciones claras del prestador de servicios médicos en cuanto a su afección y tratamiento a seguir; ninguno de estos indicadores se encuentra dirigido particularmente a mujeres que cursan las etapas de EPP.

El objetivo del estudio fue realizar un diagnóstico acerca de la calidad de atención durante el embarazo, parto y puerperio (EPP) desde la perspectiva de derechos, equidad social y pertinencia cultural en centros de salud de primer nivel de los SSO en el estado de Oaxaca, a través de la construcción de un Índice de Calidad de la Atención Materna y la recopilación y análisis de la información recabada en campo con respecto a la atención brindada a mujeres en los CS rurales seleccionados, durante los doce meses anteriores al levantamiento del estudio.

#### Definiciones conceptuales

El diagnóstico se centró en la calidad de la atención que los SSO brindan a las mujeres durante su EPP en el primer nivel de atención, tomando en cuenta las vertientes de derechos, equidad social e interculturalidad. A continuación se describen brevemente cada uno de los elementos teóricos en los que se basa este estudio.

#### a) Calidad en la atención

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993,<sup>10</sup> la calidad es una secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, identificando tres aspectos interrelacionados entre sí: calidad, calidez y oportunidad de la atención. La calidad de la atención incluye elementos tales como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario en cuanto a oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera y resultados de la intervención clínica. *La calidez en la atención* se refiere al trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. *La oportunidad en la atención* se refiere

a la ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. Para fines de este diagnóstico, una atención de calidad durante el EPP en el primer nivel es aquella atención oportuna que se otorga a la mujer las 24 horas, los 365 días del año por parte de los prestadores de servicios de salud, los cuales se encuentran capacitados de acuerdo a las normas vigentes y la evidencia científica actualizada, en establecimientos que cuentan con la infraestructura, equipos, materiales y medicamentos necesarios para la atención de las mujeres durante las etapas de EPP. Una atención de calidad, además, brinda servicios de acuerdo a los principios éticos e interculturales que sustentan una atención humana, individualizada, respetuosa y con la mínima exposición a riesgos.

#### b) Equidad social en salud

Se trata de un concepto polisémico y complejo cuando se aplica a las realidades sociales, económicas y políticas de distintos individuos o grupos colectivos. De la Torre define la equidad en salud como el tener iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución no autoritaria del poder y una democratización de los conocimientos en el sistema de salud; y/o como una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distinción grupal o personal.<sup>11</sup>

La contraparte de la equidad en salud es la desigualdad en salud, concepto que en el país ha sido asociado no sólo a condiciones de vida de las clases marginadas y, en general, de los pueblos indígenas, sino también a la existencia de un sistema de salud fragmentado y desigual en sus aportaciones y beneficios. Además, el concepto apunta a reconocer que el sistema de salud tiende a ser en muchas circunstancias excluyente, en donde se carece a veces de respeto a la dignidad de las personas durante la atención de la salud, y en donde es frecuente discriminar a los y las usuarias por sus diferencias de clase y de etnia-raza. En el caso de los pueblos indígenas, que tienden a diferenciarse del resto de la población no sólo por cuestiones de clase social sino también por marcadores culturales y lingüísticos—lenguas, usos, costumbres, tradiciones y valores— la discriminación y la falta de respeto son bastante comunes en la provisión de los servicios de salud.

Por lo anterior, la promoción de la equidad en salud forzadamente tiene que ser acompañada por la promoción de la interculturalidad, lo cual remite también a visibilizar la importancia y relevancia para la equidad en salud, de la gran diversidad sociocultural existente a lo largo y ancho del país en general y del estado de Oaxaca en particular.

#### c) Interculturalidad en salud

Brindar atención a la salud bajo un enfoque intercultural involucra varias dimensiones, iniciando con la definición de la salud en relación a la cultura. Desde mediados del siglo XX, se ha definido a la salud como ligada a cuatro aspectos: las esferas biológica, psicológica y social de cada ser humano, las cuales se encuentran a su vez en constante interacción con la cuarta esfera: la del ambiente.<sup>12-14</sup> Es importante además que el concepto de

salud tome en cuenta al ser humano como un sistema, donde el todo es más que la suma de sus partes; es decir, no se deben dejar de lado los aspectos emocionales y espirituales los cuales necesitan estudiarse de manera interdependientes,<sup>15</sup> integrándolos en el estudio de la salud del ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.<sup>16</sup> Más claramente Menéndez<sup>17</sup> explica que el mundo que rodea al ser humano en el proceso salud-enfermedad-atención es el macrocosmos en el cual se desarrolla la vida de toda persona no sólo como individuo sino como ser social, por lo cual es indispensable articular la salud con la cultura.

El concepto de interculturalidad se refiere a la interacción entre culturas, entre personas y grupos sociales con percepciones diferentes del mundo. Idealmente, esta relación se tendría que dar de una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, donde nadie esté por encima del otro; favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes en una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo.<sup>18-20</sup> Transfiriendo el concepto anterior a la atención institucional que se brinda durante el EPP los CS rurales deben de estar adaptados culturalmente conforme a las ideas y pensamientos de las personas que ahí se atienden. Operacionalizándolo a su nivel mínimo en regiones indígenas, esto implica que se debe de contar con personal contratado que hable la lengua local, para que estos puedan ser los interlocutores entre la comunidad y el CS. Además, es muy importante que cada CS promueva los servicios que ofrece en la lengua indígena local. Y por último, el personal del CS debe contar y conocer los lineamientos de trato intercultural establecidos por la SS.

#### d) Derecho a la salud

Como derecho humano, el derecho a la salud implica para los Estados tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y garantizar. El respeto implica la obligación del Estado de abstenerse de intervenir en el disfrute del derecho a la salud. La protección exige que el Estado adopte las medidas necesarias para impedir que terceros interfieran negando el disfrute del derecho a la salud para otros. El garantizar implica que el Estado cumpla en adoptar todas las medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho a la salud. Estas medidas tienen que incluir la atención primaria a la salud, una alimentación nutritiva, el saneamiento, el agua limpia potable y el acceso a los servicios curativos y a los medicamentos esenciales. Como derecho humano, además, el derecho a la salud implica que el Estado debe de adoptar políticas, programas y acciones para avanzar de la manera más rápida posible en el pleno cumplimiento del derecho a la salud para toda la población.

El marco de derechos aplicado a la salud representa una plataforma jurídica y programática relativamente novedosa en México, ya que se ha venido desarrollando de manera paulatina a partir de la reforma constitucional de 1983 en donde se consagró el derecho a la protección en salud como un derecho de toda la población mexicana. En junio 2011, la reforma constitucional al artículo primero, reconoce que el Estado debe de garantizar los derechos humanos para todos e incluye la plataforma de los tratados internacionales suscritos por México como el marco que hay que respetar, promover y garantizar

en el país. Dentro de este marco, se encuentran los derechos económicos, sociales y culturales en donde de manera clara se incluye el derecho a la salud, concebido éste en sus múltiples dimensiones universales de calidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad;<sup>21</sup> por lo que este marco se vuelve ahora vinculante y obligatorio para el Estado.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, con diseño estructurado y transversal, en donde los datos se midieron en una sola ocasión.

Se incluyeron a 63 CS rurales, pertenecientes a los SSO, cuya población de la localidad de ubicación del CS fuera menor a los 3000 habitantes, así como a usuarias del CS, de edad entre 15 y 49 años, que hubieran acudido a un mínimo de tres controles prenatales en el CS y que aparecieran en el censo de embarazadas de los CS seleccionados.

El cálculo de la muestra de los CS y de las mujeres fue probabilístico. Para los CS el marco de muestreo que se utilizó en una primera etapa fue construido a partir de la información cartográfica y demográfica que se obtuvo del XII Censo General de Población y Vivienda 2010, agregando en una segunda etapa la información de la Secretaría de Salud en relación a la existencia y ubicación de unidades médicas de primer nivel en zonas rurales. El tamaño de la muestra fue de N= 54 CS que se aumentó a N=63 por el tiempo disponible del personal contratado para el levantamiento en campo. Todos y cada uno de los 63 CS seleccionados de manera aleatoria, fueron encuestados.

En cuanto al tamaño de la muestra de mujeres, la estimación se hizo tomando como información aproximada la referente a los niños de 0-2 años del Censo 2010 como indicador proxy del número de mujeres embarazadas, resultando un tamaño de muestra de aproximadamente N=5 mujeres por CS.

Se construyó un índice de calidad en el que se definieron porcentajes y/o valores estándar que pudieran evaluar el grado o nivel de calidad que se les brinda a las mujeres durante el EPP en los CS. Para dicha construcción se tomaron como referencias lo establecido en la Ley General de Salud,<sup>22</sup> la NOM-007-SSA2-1993,<sup>10</sup> la Estrategia integral para acelerar la reducción de la MM en México,<sup>7</sup> los lineamientos generales del programa SICALIDAD,<sup>8</sup> los lineamientos técnicos del programa Arranque Parejo en la Vida,<sup>23</sup> el Manual de servicios y unidades de salud culturalmente competentes,<sup>24</sup> la Cédula de acreditación para el primer nivel de atención<sup>25</sup> y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el EPP.

La recolección de datos se realizó mediante dos instrumentos. El primero, el "Diagnóstico del centro de salud", constó de doce apartados: Información general sobre la unidad, accesibilidad, gratuidad, pertinencia cultural del centro de salud, salud materna-embarazo, salud materna-parto, salud materna-puerperio, cotejo de disponibilidad de información y formatos para las usuarias, cotejo de disponibilidad de información y formatos para el personal de salud, cotejo de infraestructura y equipo, cotejo de medicamentos e insumos, recursos humanos disponibles. El segundo instrumento, "Cuestionario de mujeres durante el EPP", fue una encuesta dirigida a las mujeres

que estuvieron en control prenatal entre 2010 y 2011 en los CS seleccionados, consta de diez apartados: información general, datos de la usuaria, accesibilidad, gratuidad, interculturalidad, salud materna-embarazo, salud materna-parto, salud materna- puerperio, cotejo de documentación y preguntas generales sobre la atención. El cuestionario de mujeres incluyó información acerca de la atención del parto aun cuando este se realizó en hospitales, diferenciando entre aquéllas que se atendieron en CS de los SSO (N=40), de aquéllas que se atendieron en hospitales, en clínicas privadas o en su domicilio (N=283). Ambos instrumentos fueron piloteados en dos CS excluidos de la muestra y fueron corregidos después del piloteo.

Para el trabajo de campo, los encuestadores fueron capacitados previamente en el uso de los instrumentos. La información con los CS en cuanto a infraestructura, materiales, insumos y medicamentos disponibles para la atención del EPP, recursos humanos disponibles y horarios, información disponible para prestadores de servicio y usuarias se recabó siempre con el/la responsable del CS. Una vez aplicado el instrumento en el CS, se solicitó al responsable del CS el censo de embarazadas de los 12 meses anteriores con la finalidad de seleccionar las mujeres a las que se aplicaría el instrumento correspondiente. Del listado se excluyeron aquellas mujeres que no hubiesen recibido un mínimo de tres consultas prenatales. Entre el resto de las mujeres, se seleccionaron de manera aleatoria cinco mujeres a encuestarse del listado restante; en promedio, una de cada tres en la lista, hasta alcanzar la N=5. En CS con censos de embarazadas menores a N=15, se adaptó la metodología de selección de acuerdo al tamaño del censo; seleccionando una de cada dos o hasta incluyéndolas todas hasta alcanzar las cinco necesarias. Con el apoyo del personal del CS o en otras localidades cubiertas por el CS y se procedió a realizar la visita. Una vez en el domicilio se explicó verbalmente a la mujer en qué consistía la investigación y la utilidad de ésta, así como la importancia de su participación en la misma. Si la mujer aceptaba participar en el estudio, se le solicitó que firmara una carta de consentimiento informado sobre su participación en el estudio y se le explicó sobre sus derechos como usuaria de los servicios de salud. En caso de que la mujer fuese analfabeta o no hablara español, los encuestadores se apoyaron con un miembro del comité de salud de la comunidad, algún familiar u otra persona de confianza para la traducción.

La información se procesó en *Excel* y el *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versión 15; se agrupó por variables y se realizó el análisis estadístico correspondiente del cual surgieron los resultados. Las variables investigadas reflejan el nivel de calidad de la atención en porcentajes.

## RESULTADOS

Los resultados se presentan siguiendo los objetivos específicos del estudio.

1. Construir un Índice de Calidad de la Atención Materna aplicable para el diagnóstico de la atención materna en el primer nivel.

El Índice incluyó los siguientes apartados: accesibilidad y disponibilidad de la atención, gratuidad, interculturalidad, disponibilidad de información para el personal de salud y usuarias, infraestructura y equipo necesario para la atención de partos, medicamentos e insumos esenciales para la atención del EPP y EO, recursos humanos y calidad de la atención durante la etapa prenatal, primera, segunda y tercera etapa de trabajo de parto y puerperio en el primer nivel de atención.

2. Verificar el cumplimiento del acceso universal, gratuito y oportuno a los servicios de salud prenatal y obstétrica para toda mujer y en todo momento en CS de primer nivel.

Para este objetivo se consideraron distintas variables en cuanto a disponibilidad y accesibilidad, entre las cuales la disponibilidad del servicio obstétrico en el CS, la distancia del CS para las mujeres usuarias, si el CS cuenta con ambulancia o medio de transporte en caso de urgencias, cómo se gestiona este traslado y si el CS cuenta con radio o teléfono funcionando para comunicarse con otras unidades de salud y trasladar a las mujeres en caso de necesidad. Al respecto se encontraron los siguientes resultados.

Los CS se localizan a menos de dos horas de distancia de los domicilios del 86% de las mujeres encuestadas, indicando que si se garantizara la atención de partos y de EOs básicas en primer nivel, la distancia es adecuada para una atención oportuna en la gran mayoría de los casos.

El 74% de las mujeres refirieron saber que su CS atiende partos, mientras que en el 82.5% de los CS se reportó que se ofrece este servicio aun si sólo el 68% lo ofrece las 24 horas, los 365 días. En cuanto a la atención de las EOs, el 73% de los CS reportó atenderlas y un 68% que las atiende en cualquier momento en caso de necesidad, mientras que el 69% de las mujeres refirió saber de la disponibilidad de este servicio en su CS.

Por otro lado, el 91% de las mujeres refirió saber a dónde acudir en caso de una EO, sobre todo hospitales.

El 28.6% de los CS cuenta con servicio de ambulancia con chofer y gasolina, y 23.8% tiene este servicio disponible las 24 horas, lo cual implica que tres de cuatro CS no cuenta con este servicio para traslados. Un porcentaje parecido de mujeres reportó conocer la existencia de este servicio.

Sólo el 50.8% de los CS cuenta con servicio de radio o teléfono disponible y funcionando, lo cual implica que uno de cada dos CS no tiene la forma de comunicarse en caso de urgencia y necesidad con su hospital de referencia o la jurisdicción sanitaria que le corresponde.

Con relación al tiempo de espera para pasar a consulta en los CS, un 75% de las mujeres fueron atendidas después de esperar menos de una hora, con tiempos de espera adecuados de acuerdo a los lineamientos del programa SICALIDAD, mientras un 25% de mujeres tuvo que esperar más tiempo de lo debido para ser atendidas.

El rubro de *gratuidad de la atención* se centró en tres aspectos importantes: la afiliación de las mujeres embarazadas al SP, la gratuidad de la atención ofertada en los CS y el pago de algún servicio adentro o afuera del CS.



El 91.3% de las mujeres encuestadas estaban afiliadas al SP. El 84.1% de los encargados de los CS reportó que la atención es totalmente gratuita debido a que las usuarias se encuentran afiliadas al SP. Algunos informaron que en algunos casos las autoridades municipales y/o los comités de salud locales cobran cuotas de recuperación que oscilan entre diez y quince pesos; cuotas que son usadas para el mantenimiento del CS o, en algunas ocasiones, para el hospedaje o alimentación del médico en caso de que sea pasante en servicio social.

Un porcentaje similar de mujeres (83%) respondió que el CS no les había cobrado por sus servicios; sin embargo, también mencionaron que casi siempre son referidas a los hospitales públicos para realizarse estudios de laboratorio y ultrasonografía. Esta situación les generó gastos, tanto financieros como indirectos, al 59% de las mujeres en su búsqueda de atención que incluyó también consultas particulares, compra de medicamentos, estudios de laboratorio y ultrasonido y gastos de traslado y alimentación. Esto, aun si casi todas están afiliadas al SP y tienen formalmente acceso a los servicios públicos de manera gratuita. De las que incurrieron en gastos, un 48% tuvo que pagar por el transporte, un 22% por estudios de laboratorio solicitados en los CS, un 18% por pago de ultrasonido y un 20% adicional reportó otro tipo de gastos (alimentación, hospedaje, etc.).

3. Identificar el nivel de cumplimiento en cuanto a lo indicado en lineamientos, manuales, normas, recomendaciones o instrumentos jurídicos pertinentes para la atención en salud materna y bajo el enfoque de derechos, equidad social e interculturalidad

En cuanto al *control del embarazo*, se les preguntó en los CS sobre el número de consultas prenatales que se brindan a las mujeres, los medicamentos y estudios de laboratorio que se piden a las embarazadas y a dónde las refieren en caso de que se les soliciten estudios de laboratorio o ultrasonido. A las mujeres se les hicieron las mismas preguntas además de otras sobre la claridad de la información recibida en los CS, el conocimiento de datos de alarma durante el EPP y el trato que recibieron por parte del personal de salud.

Un poco más del 80% de las mujeres encuestadas reportó haber acudido a cinco o más consultas prenatales de acuerdo a la normatividad, mientras que en los CS y basándose en el censo de embarazadas, este porcentaje subió ligeramente al 89%.

La gran mayoría (pero no todas) las mujeres recibieron dosis de toxoide tetánico, fumarato ferroso y ácido fólico en la primera consulta, y se les solicitaron estudios de laboratorio tales como BHC, glucemia, detección de VDRL y VIH, identificación de grupo sanguíneo y Rh y EGO, de acuerdo a normas y lineamientos. Para la toma de los estudios mencionados, los CS tuvieron que referir afuera por no disponer del servicio localmente; se refiere principalmente a los hospitales públicos de los SSO o del IMSS-Oportunidades.

En cuanto a la información recibida durante las consultas prenatales para reconocer signos o síntomas de alarmas,

más del 70% de las mujeres supo identificar correctamente tres síntomas; sin embargo, casi el 30% de las mujeres no lo supo hacer, implicando que o no recibieron la información durante la consulta prenatal o la información fue transmitida de tal forma a nivel comunicativo que no fue entendida por estas usuarias, perdiendo así una gran oportunidad de transmitir conocimientos cruciales para la supervivencia de las mujeres.

Respecto al trato recibido en las consultas prenatales, un 69% de las usuarias refirió que el trato fue bueno, mientras que el resto reportó que fue de regular a malo, centrándose principalmente sus quejas hacia el personal de enfermería, la persona que otorga las fichas o el vigilante de la unidad.

Con relación a la *atención durante el trabajo de parto y el parto* se incluyeron, entre otras, las siguientes preguntas: dónde se atendieron las mujeres, qué tipo de parto tuvieron, la valoración de la frecuencia cardíaca fetal, la deambulación y libertad de movimiento para la mujer, el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto, la medicalización endovenosa, la ingesta de líquidos y alimentos ligeros, la información que se le provee a la mujer acerca de los tratamientos y maniobras que se le van a hacer y ministrar (incluyendo el motivo de la prescripción, episiotomías, tricatomías y aplicación de enemas evacuantes), la entrega inmediata del recién nacido y el apego inmediato del bebé con la madre y la revisión de la cavidad uterina. Sólo el 12.4% de las mujeres encuestadas se atendió en el CS, mientras que el 9.3% se atendió en un hospital particular, el 13.3% en el hogar y el 65% en un hospital público (principalmente de los SSO o del IMSS). Del total de mujeres, el 60.7% tuvo trabajo de parto fisiológico, el 37.8% tuvo una cesárea y el 1.5% un parto vaginal asistido. Aquí es interesante comparar el número de mujeres que sabe que su CS atiende parto (74.3%) versus aquéllas que ahí se atendieron (12.4%). La mayoría (65%) fue referida a un hospital de segundo nivel. Paralelo a esto, la mayoría de los responsables de los CS refirieron que sí se atendían partos (82.5%) y EO (68.3%). La pregunta que surge es ¿Por qué se refieren a tantas mujeres a los hospitales si el CS ofrece esta atención? Es evidente que la referencia se ha vuelto una indicación común en el primer nivel de atención, independientemente de si el CS atiende partos o de si la mujer necesita una cesárea o está o no enfrentando una complicación obstétrica.

En cuanto a la atención durante el trabajo de parto, tanto los CS que atienden partos (52) como las mujeres que ahí se atendieron (40) refirieron que en la mayoría de los casos (66-67%) se monitoreó la frecuencia cardíaca fetal (FCF) con un intervalo de 30 minutos como se establece en las normas y lineamientos. En el 33% restante, sin embargo, se monitoreó con un intervalo de tiempo mayor.

Referente a la libertad de movimiento durante el trabajo de parto así como la adopción de la posición que más le acomode a la mujer durante la fase de expulsión—ambas altamente recomendadas por la OMS durante la dilatación<sup>25</sup> e incluidas en los lineamientos de atención contenidos en

la Norma 007,<sup>10</sup> las mujeres reportaron que en el 82.5% de los CS donde se atendieron, se les permitió deambular libremente durante el trabajo de parto, mientras que en un 12.5% de los casos no se les permitió. Los responsables de los CS por otro lado, reportaron permitirlo en un 58.7% de los casos. Esta discrepancia necesita explorarse más. En los hospitales públicos, por otro lado, se les permitió deambular libremente al 52% de las mujeres.

Sin diferencias significativas entre el primer nivel (82%) y la atención hospitalaria (97%), la gran mayoría de las mujeres refirió que les administraron suero durante su trabajo de parto y al 32.5% en los CS y al 48.4% en los hospitales se les administró algún medicamento inyectado durante el trabajo de parto. Importante es entender que la colocación rutinaria de venoclisis, disminuye la libertad de movimiento de las mujeres. Al 77.5% de las mujeres a las que sí se les aplicó venoclisis en los CS y al 26.3% en los hospitales, se les explicó para qué se le estaba aplicando, mientras que al resto no se le dio explicación alguna.

Al 67.5% de las mujeres se les permitió estar acompañadas una vez ingresadas en los CS de su localidad, mientras a un restante 33% no se le permitió. Esta situación se redujo drásticamente en los hospitales, donde sólo a un 15.8% de las mujeres se les permitió entrar y quedarse con acompañante. Los motivos aducidos tienen que ver con que el acompañante puede estorbar o que no hay suficiente espacio para él o ella. De acuerdo a las situaciones de riesgo que se reportan en la literatura entre mujeres sin acompañantes (caídas y expulsión del producto en la sala de encamado sin que el personal de salud se diera cuenta), el acompañamiento durante el trabajo de parto y durante el puerperio inmediato puede favorecer no sólo la tranquilidad emocional de la mujer sino evitar situaciones de riesgo tanto para ellas como para su bebé.

Sin diferencias significativas entre CS (77.5% de las mujeres) y hospitales (86.3%), no se les permitió el consumo de líquidos a las mujeres durante el trabajo de parto; esto, aun si la revisión de evidencia científica muestra que no hay realmente contraindicaciones para el consumo de líquidos durante el trabajo de parto y hace pensar que estas prácticas difundidas en el sistema de salud son arbitrarias, no tienen sustento científico y vulneran el derecho de las mujeres a un buen trato, forzándolas a un ayuno y a una privación de líquidos durante muchas horas.

Un dato relevante fue que en cuatro (8%) de los 52 CS que atienden partos se sigue realizando la tricotomía y en el mismo número de CS se realizan enemas evacuantes como una técnica de rutina para la atención del trabajo de parto eutócico. Al respecto, la OMS refiere que estas actividades deberían ser abandonadas ya que son intervenciones innecesarias que no han demostrado beneficio alguno para la mujer y sólo generan incomodidad y la NOM007 dice que el rasurado del vello púbico y la aplicación de enema evacuante durante el trabajo de parto debe realizarse sólo por indicación médica e informando a la mujer.

En el período de expulsión, se identificó una alta prevalencia en la práctica de episiotomías. De las 103 mujeres

que fueron atendidas por partos eutócicos en un hospital público, al 53.4% se la realizaron, mientras en los CS fue en el 37.5% de los casos. La OMS recomienda no superar un 30% de episiotomías y la NOM007 afirma que la episiotomía debe practicarse sólo por personal médico calificado y conocimiento de la técnica de reparación adecuada, su indicación debe ser por escrito e informando a la mujer. Por lo anterior se puede constatar que ni en los CS ni en los hospitales se cumple con lo establecido.

Se encontró que, sin diferencias significativas entre CS y hospitales, en los CS al 50% de las mujeres se les entregó inmediatamente el recién nacido después de su expulsión y antes de salir de la sala de partos y al otro 50% no, mientras que en los hospitales públicos el porcentaje de entrega inmediata fue del 45%. En ambos casos estos porcentajes podrían ser preocupantes, considerando que la Norma 007 indica la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera media hora de posparto, lo cual reduce el llanto del recién nacido, evoca conductas neurológicas que aseguran la satisfacción de necesidades biológicas básicas del bebé, ayuda en su estabilización cardio-respiratoria y a mantener su temperatura corporal (Lawrence y Lawrence, 2007). Finalmente, ayuda a la salida de la placenta, reduce el sangrado y mejora el vínculo temprano de la madre con su bebé. En cuanto a la frecuencia de la revisión de cavidad uterina, en el estudio se encontró que a un porcentaje altísimo de mujeres (84% en los hospitales públicos y 85% en los CS) se le realizó la revisión de cavidad uterina, siendo de los hallazgos más sorprendentes y alarmantes en todo el estudio por múltiples motivos. Uno de ellos es porque muchos especialistas y expertos niegan que esta maniobra se siga realizando en México. La Norma Oficial Mexicana 007 menciona "para la atención del alumbramiento normal" lo siguiente:

*"...se debe propiciar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes de su desprendimiento completo, comprobar la integridad y normalidad de la placenta y sus membranas, revisar el conducto vaginal, verificar que el pulso y la tensión arterial sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. Puede aplicarse oxitocina o ergonovina a dosis terapéuticas, si el médico lo considera necesario".<sup>10</sup>*

No se menciona que la revisión de la cavidad uterina deba ser un procedimiento a realizarse de manera rutinaria. Por su parte la OMS (1985) declara: "La exploración manual de rutina del útero después del parto se cataloga como un procedimiento clasificado en la categoría B: "Actos que son claramente dañinos o inefectivos y deberán ser eliminados" así como dentro de la categoría D: "Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea".

También vale la pena mencionar que cuando se les preguntó a las mujeres sobre este procedimiento, muchas refirieron que "les dolió más que la salida del bebé", enseñando que se trata de una práctica que atenta contra la integridad física y emocional de las mujeres, ya que se les

está practicando una intervención de rutina muy dolorosa, innecesaria y obsoleta en la clínica obstétrica.

En lo relativo a la *atención durante el puerperio*, la Norma 007 especifica que se debe promover la consulta desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato y que la vigilancia del puerperio normal se lleve a cabo preferentemente con un mínimo de tres controles. A este respecto, en el 93.7% de los CS se refirió realizar la primera consulta durante los primeros siete días después del parto. En cambio de las 323 mujeres encuestadas, sólo el 63.8% reportó que regresó al CS para control puerperal, el 4.3% se atendió en otra unidad médica, el 2.2% acudió con partera y el 29.7% no llevó ningún control durante el puerperio. Esta discrepancia de 30 puntos porcentuales entre CS y mujeres, merece una mayor profundización para entender el por qué de ella.

Muchas de las mujeres refirieron no regresar al control de puerperio porque se sentían bien y no sentían la necesidad de regresar. Muchas de las que sí regresaron fueron más bien para la revisión del recién nacido y no necesariamente para el control puerperal. De las 206 mujeres que sí acudieron a control en el CS de su localidad sólo el 39.9% acudió durante los primeros siete días y sólo el 39.3% asistió a más de tres consultas; mientras que el 60% sólo acudió de una a dos veces. Por otro lado, del 63.8% de las mujeres que regresaron a su CS sólo la mitad refiere haber recibido información sobre los cuidados que debía seguir durante el puerperio. De las que sí recibieron información sobre los cuidados puerperales y del recién nacido, la consideraron clara; sin embargo, analizando las respuestas de las mujeres encuestadas se pudo constatar que la información proporcionada se orientaba más que nada hacia los cuidados del recién nacido y no precisamente hacia los cuidados para la mujer. Estos resultados se ven reflejados en que casi la mitad de las mujeres no supo dar información sobre los cuidados que se les debía brindar al recién nacido. Estos resultados llaman la atención, indicando un área que necesita mejorarse en la calidad de la atención otorgada.

En lo que se refiere al puerperio inmediato, unas cuantas de las mujeres entrevistadas (13%) refirieron haber presentado desgarros vaginales, hemorragias en la herida de la episiotomía e infección en la episiotomía y caídas. En el puerperio mediato refirieron presentar dolor vaginal que perdura semanas y hasta meses, dolor al tener relaciones sexuales, ardor al orinar, dolor de vientre, heridas quirúrgicas con mala cicatrización, infección en la herida quirúrgica, y dolor de espalda en el sitio de la anestesia, entre otros. Para poder verificar estos datos y constatar la morbilidad posterior a la atención, probablemente el expediente clínico hubiera sido una importante herramienta al consultarse. Sin embargo, por limitaciones de tiempo y recursos, se decidió no realizar esta revisión. La revisión del expediente nos hubiera podido aportar elementos importantes para verificar la existencia del consentimiento informado por escrito de las pacientes antes de realizar cualquier procedimiento. Esto, hubiera sido relevante, considerando el comentario de muchas mujeres de que no les preguntaron su consentimiento antes de aplicar técnicas y maniobras durante el EPP.

Finalmente se abordan los resultados en cuanto a la capacidad de los CS para brindar una atención bajo un enfoque de *interculturalidad* en salud. Aquí, se preguntó en los CS si atendían a población indígena, si contaban con los lineamientos de interculturalidad en la atención, si conocían algunos de los principios incluidos en estos lineamientos y si tenían personal en el CS que hablara la lengua indígena predominante en el lugar de ubicación del CS. A las mujeres se les preguntó si se consideraban indígenas y si sabían hablar alguna lengua indígena; en caso afirmativo, se les preguntó qué lengua hablaban. También se les preguntó si sabían si el CS contaba con personal que hablara su lengua y en caso afirmativo si este personal les había hablado y explicado en su lengua el tratamiento las indicaciones durante sus consultas prenatales.

En el estudio se encontró que sólo el 17.5% de los CS cuenta con personal que habla la lengua indígena local, aun cuando el 57.1% atiende a población indígena. De éstos últimos, menos del 40% contaba con los lineamientos de trato intercultural de la SSA y sólo el 33.3% del personal los conoce. En cuanto a las mujeres, el 33.4% habla una lengua indígena y el 69.3% se considera indígena.

Con relación a la vertiente de interculturalidad, se puede concluir que las unidades de primer nivel investigadas no realizan un abordaje intercultural en la prestación de los servicios dirigidos a las usuarias durante el EPP, considerando que el 69% de las entrevistadas se considera indígena y una de cada tres habla la lengua local.

4. Verificar el tipo de infraestructura con la que cuentan los CS de primer nivel, su equipamiento y abastecimiento de medicamentos e insumos para la atención del EPP

Se verificó en los 63 CS la disponibilidad de información y formatos, infraestructura y equipos de atención de partos, medicamentos e insumos y disponibilidad de recursos humanos para la atención durante el EPP.

En cuanto a *disponibilidad de información y formatos*, la gran mayoría de los CS contaba con la cartilla de salud perinatal y la cartilla de embarazo, sólo un porcentaje mínimo no contaba con ellas. En cuanto a la disponibilidad de información y formatos para el personal de salud relacionada con el manejo de las principales complicaciones durante el EPP se corroboró la existencia de las guías para las pruebas rápidas de VIH, las guías de diagnóstico y referencia de pacientes con VIH, las guías de diagnóstico y tratamiento de sífilis, los formatos de referencia y contra-referencia, los flujogramas con los pasos a seguir en caso de hemorragia, pre-eclampsia, sepsis, aborto, la Norma 007, el Manual de atención de urgencias obstétricas, los lineamientos técnicos para la atención de EO y los formatos de partograma e historia clínica perinatal. Se calculó la media y se observó que ninguno de los CS cuenta con la información completa, sólo el 40.7% disponía de las guías y formatos disponibles en todo momento y en buenas condiciones ("satisfactoriamente"), el 8.6% disponía de ellas pero no satisfactoriamente y en el resto no estaba disponible.

Con relación a la disponibilidad de materiales de difusión



para la población, se revisó la existencia de materias audiovisuales donde se muestren los síntomas de urgencias obstétricas, material sobre el Seguro Popular y mecanismos de afiliación, cartel con los derechos de los pacientes, materiales de promoción y difusión del SMNG que expliquen en qué consiste y cómo afiliarse, y materiales de promoción y difusión del Programa Embarazo Saludable del SP. Se pudo ver que ninguno de los CS cuenta con el 100% de los materiales, sino al contrario, la gran mayoría de los centros de salud obtuvieron porcentajes bajos de cumplimiento, contando en promedio con el 44.5% de los materiales de difusión para la población disponibles satisfactoriamente.

En cuanto a la *infraestructura y equipo para la atención de partos* de los CS se verificó mediante una lista de cotejo su existencia, presencia y funcionamiento; se clasificó como: a) satisfactorio cuando lo anterior se encontraba en buen estado y funcional, b) disponible y no satisfactorio cuando el equipo o la infraestructura no era funcional, se encontraba dañado, con material oxidado, roto o con algún otro daño que imposibilitara su uso, y c) no disponible en caso de no encontrarse en el CS.

Se verificó la existencia de un esterilizador, termómetro, esfigmomanómetro, estetoscopio auricular, sala de expulsión adaptada para la atención del parto con mesa de expulsión con pierneras, banco y lámpara de chicote, un espacio para la deambulacion, ropa e instrumental básico para la atención del parto y estetoscopio de Pinard. Se pudo verificar, a través del cálculo de la media, que el 81.9% de los CS disponía de la infraestructura y el equipo necesario para la atención del parto satisfactoriamente, en el 11.9% estaba disponible pero no era satisfactorio y en el 6.2% no estaba disponible.

Un dato que llamó la atención fue constatar que en el 13% de los CS no está disponible o está en malas condiciones el esfigmomanómetro. También se encontró que los bultos de ropa no cuentan con membrete que especifique la fecha de esterilización y el material que contiene.

En cuanto a *medicamentos e insumos para la atención del EPP* se verificó la existencia de terbutalina, pruebas rápidas para VIH, labetalol, diazepam, alfa metildopa, sulfato de magnesio, indometacina rectal, identificador de albuminuria, expansores de plasma (soluciones coloidales), ergonovina, hartmann, gentamicina, oxitocina, fenitoina, enalapril y betametasona o dexametasona; todos ellos insumos y medicamentos que de acuerdo a normas y lineamientos tienen que ser abastecidos en primer nivel. Se obtuvo sin embargo una media de 38.1% de CS que disponían de los medicamentos. Se pudo ver que el único medicamento que tuvieron todos los CS fue la xilocaina, y de los que menos dispusieron fueron la terbutalina y las pruebas rápidas para VIH (2%), el labetalol (5%), diazepam (6%), la alfa metildopa (11%), los expansores de plasma (14%) y el identificador de albuminuria (22%), por nombrar sólo algunos. En cuanto a la existencia de la Caja Rosa para la atención de hemorragia obstétrica, se pudo ver que solo en el 33% de las unidades estaba completa, y en el caso de las Cajas Guindas para la atención de preclampsia/eclampsia únicamente el 32% de los CS tuvo todos los medicamentos e

insumos de acuerdo a la normatividad vigente.

Finalmente, se preguntó en los CS acerca de los *recursos humanos disponibles y sus horarios de atención*. Se encontró que 35% de los CS no tiene la capacidad de atender a pacientes durante todos los turnos los siete días a la semana. En cuanto a enfermeras sólo en 25% de los CS están cubiertos los turnos durante toda la semana y en un 63% en el caso de médicos y pasantes. Estos resultados demuestran la problemática insoluta de la poca o nula disponibilidad de los recursos humanos en turnos nocturnos y en fines de semana. Un aspecto que se consideró de interés explorar en cuanto a recursos humanos, fue la actualización en salud materna del personal médico y de enfermería, que se operativizó preguntando a los responsables de los CS sobre la actualización del personal médico y de enfermería en salud materna durante los últimos 12 meses. Se encontró que sólo el 12.7% de las enfermeras habían tomado un curso de actualización, el 20.1% de los médicos generales y el 39.7% de los pasantes en servicio social.

#### Otros resultados de relevancia

Como último rubro en el cuestionario dirigido a las mujeres, se les preguntó si en algún momento el CS de su localidad les negó la atención durante su EPP, si confiaban en el personal de salud, si recomendarían a algún familiar atenderse en el CS y si tenían alguna sugerencia de cómo mejorar el CS. De las 323 mujeres encuestadas, un 10% (N=31) refirió que se les negó la atención en el CS en algún momento: a 17, se les negó la atención durante el embarazo, a 11 durante la atención del parto y a tres durante el puerperio.

Se les preguntó a las mujeres que habían dado a luz en el CS, si volverían a atenderse en el mismo centro, de las cuales el 65% respondieron afirmativamente, mientras que el 25% dijo que no lo haría y un 10% no respondió la pregunta. En cuanto a la pregunta si confiaban en el personal de su CS, el 83.6% respondió que sí, un 15.2% respondió que no y el 1.2% no respondió esa pregunta. El 78.6% afirmó que le recomendaría a un familiar atenderse en su CS, el 19.2% afirmó que no lo haría y el 2.2% no respondió a la pregunta. A aquellas mujeres que habían afirmado que no recomendarían su CS, se les preguntó la razón del por qué no. Algunas de las respuestas fueron "porque casi no atienden partos", "que cuando buscan a personal de salud no están", "que el personal atiende mal o de mala gana", "que no están lo suficientemente preparados" "porque cada año cambian al médico y hay que irlo conociendo", "el CS no tiene material", y notablemente la queja más común fue que el CS no está lo suficientemente equipado en medicamentos y/o instrumentos para atención de parto.

En cuanto a la pregunta acerca de si tenían sugerencias para modificar y mejorar sus CS, más del 80% respondió que se requiere de un mejor abasto de medicamentos, evidenciando que, cuando se explora un poco más a fondo sobre la percepción que las usuarias tienen de los CS, las mujeres son capaces de identificar carencias de los mismos, más allá de la respuesta normativa de estar satisfechas con la atención que se brinda en el CS.

En general, en la gran mayoría de los indicadores los CS no logran cumplir con los parámetros de referencia con algunas

notables excepciones, por ejemplo, en cuanto al tiempo de espera para pasar a consulta y a la atención prenatal.

Los resultados en cuanto a la atención del parto indican que la mayoría de los CS no cumplen con lo establecido en los parámetros de referencia en cuanto a normas, lineamientos, guías y recomendaciones. Los resultados indican que hay demasiadas referencias al segundo nivel de atención, aun cuando la mayoría de los CS refiere que sí existe la capacidad para atender partos. Esta tendencia tiende a sobrecargar los servicios obstétricos de los hospitales y disminuir su capacidad de atender lo que le corresponde, la atención de las EO. Es previsible que esta situación afecte negativamente la calidad de la atención hospitalaria que reciben las mujeres y además implicar gastos de traslado y de facto reduce la accesibilidad a los servicios de salud in situ para las mujeres en casos de partos normales. Esto, aunado a la buena atención que recibieron durante las consultas prenatales y de acuerdo a estadísticas comprobadas a nivel mundial (OMS, 1985), en donde se especifica que el 85% de los partos no presentan ninguna complicación.

Pareciera que los CS sí citan a las mujeres para el control del puerperio, pero la realidad es que una de cada tres mujeres no acude. De las que acuden, menos de la mitad lo hace durante los primeros 7 días. La información que la mujer que sí acude, recibe en el CS durante esta etapa se orienta a los cuidados del recién nacido y no incluye generalmente a los cuidados de la madre.

Por último, con relación a la satisfacción o, como se dice en los servicios de salud, al trato digno, se les preguntó a las mujeres como consideraron el trato que recibieron, si volverían a dar a luz en el mismo lugar y si le recomendarían a un familiar. A lo cual la mayoría respondió que el trato fue bueno, volverían a dar a luz en el mismo lugar y lo recomendarían a un ser querido. Considerando algunas de las carencias en la atención encontradas en el estudio, queda en evidencia el desconocimiento que tienen las mujeres respecto a sus derechos como personas y como usuarias del sistema de salud; desconocimiento que no les permite reconocer las limitaciones y carencias en la atención que recibieron y asumir que la calidad de la misma y el trato recibido no siempre son los que se deben de esperar dentro de los servicios de salud.

## DISCUSIÓN

El diagnóstico ofrece una panorámica de la situación en que versan los CS en el momento del levantamiento de la información. Los resultados confirman que los CS presentan situaciones contradictorias reveladoras en cuanto a la atención prenatal y obstétrica. Por un lado, la gran mayoría tiene la infraestructura mínima y el personal de salud dice que su CS puede atender partos; sin embargo, sólo un porcentaje mínimo de los partos de su zona de cobertura se atienden ahí y se canaliza a la gran mayoría de las mujeres a los hospitales públicos de referencia, independientemente de si se prevé un parto normal o un parto con complicaciones.

Por otro lado, se encontraron grandes carencias en cuanto a infraestructura, equipo, insumos, medicamentos, sistemas de comunicación y transporte y recursos humanos en fines de semana y turnos nocturnos para poder atender partos eutócicos

y estabilizar EOs, cuando por lo menos a nivel potencial, los CS podrían ser la sede indicada para atender partos eutócicos e identificar, estabilizar y canalizar las EOs, considerando que la atención no implica gastos adicionales para las mujeres, los CS están cerca de donde ellas viven, el personal de salud las conoce, les da seguimiento prenatal y hasta puede tener mejores condiciones que un hospital en cuanto a ofrecer una atención más personalizada, de calidad y calidez en cuanto a que se le permite más a una mujer estar acompañada, deambular libremente y escoger la posición que más le acomoda durante la fase de expulsión; características, todas ellas, altamente recomendadas por la SSA y la OMS durante el trabajo de parto y el periodo de expulsión.

El diagnóstico no incluyó de manera profundizada la medición de competencias técnicas del personal de salud en cuanto a la atención durante el EPP, por lo que esto queda como un punto fundamental que habrá que evaluar con esmero antes de poder recomendar que se atiendan los partos en primer nivel, en lugar que en hospitales. Al mismo tiempo, se detectó que en el trabajo de parto y parto, se usan comúnmente maniobras e intervenciones innecesarias, algunas invasivas y dolorosas y algunas dañinas y obsoletas en la práctica obstétrica basada en la evidencia científica, lo cual remite a carencias en la formación del personal de salud que atiende a los CS y que habrá que tomar en cuenta y corregir, antes de recomendar la atención del parto en primer nivel. Sin embargo, también se detectó que estas mismas características se encuentran desarrolladas en la atención hospitalaria, por lo que es urgente intervenir en ambos niveles de atención para capacitar al personal de acuerdo a un manejo del parto de acuerdo a normas, lineamientos y a la evidencia científica.

Siendo un estudio exploratorio, alguna de las recomendaciones son preliminares.

### Es recomendable, importante y/o urgente:

1. Dar a conocer en todos los niveles del sector salud en Oaxaca, el marco normativo y jurídico de derechos aplicado a la salud ya que, de manera creciente y progresiva, es un marco vinculatorio y obligatorio para el diseño, la ejecución y la evaluación de la política pública en salud incluyendo en la salud materna.
2. Mejorar el sistema de abastos de insumos y medicamentos en los CS.
3. Establecer acuerdos con todos los ayuntamientos del estado de Oaxaca para que la disponibilidad de transporte en casos de urgencias clínicas sea gratuita y continua; estos acuerdos deben de contemplar la disponibilidad de choferes y gasolina las 24 horas, los 365 días del año.
4. Llegar a acuerdos claros con la administración de los hospitales públicos para garantizar la gratuidad de la atención prenatal y obstétrica en todas sus etapas y en todos los establecimientos de segundo nivel, incluyendo a los estudios de laboratorio y a los ultrasonidos.
5. Que todos los CS cuenten con la información disponible en cuanto a lineamientos técnicos, guías prácticas clínicas y normas de atención para EPP y recién nacido.

6. Crear los mecanismos de capacitación, seguimiento y supervisión para que el personal médico de los CS cuente, conozca y aplique la Norma 007, las Guías de Práctica Clínica de la SSA, los manuales del programa Arranque Parejo en la Vida de las SSA, las recomendaciones de la OMS y lo último en evidencia científica en cuanto a atención de parto y posparto inmediato con la finalidad de brindar una atención basada en lo establecido por la evidencia científica.
  7. Dotar a todos los CS de carteles visibles y entendibles con los horarios de atención, los servicios que ahí se prestan y sus horarios.
  8. Realizar una campaña masiva por radio y medios impresos, sobre la promoción de los derechos de las mujeres como usuarias del sistema de salud a nivel comunitario, en español y en lenguas indígenas, como parte fundamental del derecho a la información y de los derechos de los pueblos indígenas como minorías lingüísticas en el país.
  9. Crear un sistema de incentivo para aquellos recursos humanos que sí atiendan partos en los CS, y también impulsar la formación de personal alternativo (enfermeras obstetras, parteras profesionales) para lograr cubrir turnos y ofrecer la atención de partos en el primer nivel las 24 horas.
  10. Capacitar a los prestadores de servicios en interculturalidad y trato digno, asegurar que cada CS ubicado en regiones indígenas con porcentajes relevantes de población monolingüe en lengua indígena, tenga personal contratado que hable la lengua indígena local; y que cuenten con material de información sobre EPP en la lengua local.
  11. Establecer un módulo de desarrollo de competencias para el personal en servicios social que cuente con presupuesto suficiente para realizarse de manera continua, oportuna, con calidad y con un tiempo suficientemente extendido.
  12. Que en los CS, de la misma forma que se realizan y actualizan permanentemente un censo de embarazadas, se tenga un censo permanente y actualizado de las mujeres que dieron a luz, dándoles un seguimiento cercano durante el puerperio aun si fueron atendidas en el hospital de referencia.
  13. Que en los CS se proporcione siempre en consulta prenatal información completa, precisa y entendible a la parturienta acerca de posibles riesgos y complicaciones durante el EPP, como son la involución uterina, el sangrado, la fiebre y las infecciones, el dolor y su manejo, entre otros temas.
  14. Crear una campaña estatal de difusión en español y en las lenguas indígenas locales sobre los derechos que tienen las mujeres durante el EPP.
3. Sesia P. Muerte materna y desigualdad social. En: Freyermuth y Sesia (coord.). La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Comité Promotor por una Maternidad Segura en México-CIESAS-Instituto Nacional de las Mujeres; 2009. P.2,42-54.
  4. Secretaría de Salud. Manual de embarazo saludable, parto y puerperio seguro y recién nacido sano. México: SS; 2001.
  5. Sesia P, García-Rojas M, García-Castellanos N, Carmona-Luna G, Sachse-Aguilera M. Resultados del Monitoreo de las Redes de Servicios de Salud Materna del Estado de Oaxaca. México: Comité Promotor por una Maternidad Segura en México-CIESAS; s/f.
  6. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: Construyendo Alianzas para una Mejor Salud. México: SS; 2008. [acceso 14-02-2012] Disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns\\_version\\_completa.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf).
  7. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico para la Prevención. Diagnóstico y Manejo de la Hemorragia Obstétrica. México: CNEGySR-SS; 2009. [acceso 31-10-2012]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/UrObstetricas.pdf>.
  8. Secretaría de Salud. Programa SI CALIDAD. [acceso 23-02-2012] Disponible en: [http://www.amsda.com.mx/articulos/roppec2008/.../salud/2\\_sicalidad.pdf](http://www.amsda.com.mx/articulos/roppec2008/.../salud/2_sicalidad.pdf).
  9. Secretaría de Salud. Modelo de gestión para la calidad total hacia la competitividad adaptado al sector salud 2011. [acceso 19-10-2011] Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/modelo\\_calidad\\_total.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/modelo_calidad_total.pdf).
  10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación, 6 de enero de 1995. [acceso 31-10-2011] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
  11. De la Torre R. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2005.
  12. Dubos R. Definición de salud. [1956; acceso 17-11-2011] Disponible en: <http://www.xtimeline.com/evt/view.aspx?id=618692>.
  13. Dunn R. 1959. Definición de salud. [1959; acceso 17-11-2011] Disponible: <http://www.monografias.com/trabajos90/influencia-participacion-comunitaria-uso-servicios-salud/influencia-participacion-comunitaria-uso-servicios-salud.shtml>.
  14. Rogers M. Teoría de los seres humanos unitarios. [1960; acceso 19-11-2011] Disponible en: <http://ambitoenfermeria.galeon.com/modelos.html>.
  15. Terris M. Conceptos Generales. [1975; acceso 23-09-2011] Disponible en: [http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-i/1.1\\_conceptos\\_generales.pdf](http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/material-de-clase/bloque-i/1.1_conceptos_generales.pdf).
  16. Lopategui E. Definición de Salud. [1971; acceso 20-09-2011] Disponible en: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo u conteo de población y vivienda 2010. [acceso 20-09-2011] Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>.
2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2008 (CONEVAL). [acceso 28-09-2011] Disponible en: [http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza\\_2010/Home2008.en.do;jsessionid=5e635cf3968d689c6522bff73a0846a4ca49bb4af8f223a35e0116b270117bbf](http://www.coneval.gob.mx/cmsconeval/rw/pages/medicion/Pobreza_2010/Home2008.en.do;jsessionid=5e635cf3968d689c6522bff73a0846a4ca49bb4af8f223a35e0116b270117bbf).

17. Menéndez EL. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuaderno No. 79 de la Casa Chata. México: CIESAS; 1982.
18. DGPLADES, Secretaría de Salud. La competencia intercultural en la formación del personal de ciencias de la salud. [2008; acceso 19-09-2011]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicina\\_Tradicional/Jornada\\_enfermeria/Competencia\\_Intercultural\\_09.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/eventos/Medicina_Tradicional/Jornada_enfermeria/Competencia_Intercultural_09.pdf).
19. DGPLADES, Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud, Síntesis ejecutiva. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. [2008; acceso 19-09-2011]. Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica\\_Intercultural\\_Salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica_Intercultural_Salud.pdf).
20. DGPLADES, Secretaría de Salud. Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. [2008; acceso 19-09-2011]. Disponible en: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/ciclovital/saludreproductiva.pdf>.
21. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CoDESC) de Naciones Unidas. 22º período de sesiones, Ginebra, Suiza, 25 de abril a 12 de mayo de 2000. [acceso 14-01-2012] Disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/E.C.12.2000.4.Sp?OpenDocument).
22. Ley General de Salud. Capítulo III, Art. 90, 92 y 94. [acceso 19-02-2012] Disponible en: <http://www.cem.itesm.mx/derecho/nlegislacion/federal/150/index.html>.
23. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, Secretaría de Salud. Programa de Arranque parejo en la vida. [2002; acceso 13-01-2012] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7106.pdf>.
24. DGPLADES, Secretaría de Salud. Servicios y unidades culturalmente competentes. [2010; acceso 24-10-2011] Disponible en: [http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi\\_interculturalidad.html](http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/dmtdi_interculturalidad.html).
25. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. Lancet. 1985;2:436-437.

Agradecemos la traducción de nuestros abstracts a



ELITE Translations, S.A de C.V.  
ventas@elite-translations.net  
Tel. (0155) 90-00-19-31