

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Atención materna durante el embarazo, parto y puerperio en unidades de primer nivel en Oaxaca, México

Azalia Pintado, Zaira Lastra, Matthias Sachse

Introducción

El panorama de salud que predomina en México revela que la atención que se brinda a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio está impregnado de profundas desigualdades e inequidades. Particularmente evidentes son las vinculadas a la pobreza y a la marginación, tales como la falta de acceso a los servicios de salud y la deficiente calidad de los que se les otorgan. Ambos problemas se encuentran relacionados con la marginación, la discriminación y las inequidades en la que versan, sobre todo, las poblaciones indígenas; se suman a lo anterior las muertes maternas evitables, asociadas a la pobreza. Estos problemas se ven aún más agudos en los servicios que atienden a las poblaciones sin seguridad social y en el medio rural.

Muestras fehacientes de que las características sociales, demográficas, económicas, políticas y culturales son los factores que han contribuido a que las mujeres indígenas vivan y experimenten vulneraciones sistemáticas a sus derechos, en particular, al Artículo 4º Constitucional.¹ Así lo muestran los resultados obtenidos por el Instituto Nacional de las Mujeres (2008),² (Freyermuth y Sesia, 2009³ y Sachse, et al., 2012:4).⁴ Esta

situación ha sido caracterizada como una violación a los derechos humanos y sexuales de las mujeres marginadas. Por tanto, la presente investigación tuvo como finalidad identificar posibles situaciones que actúan en contra de la buena atención a la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, para fines de esta investigación se abordaron dos unidades públicas de salud que otorgan atención materna durante el embarazo, el parto y el puerperio. La primera Unidad Rural Concentrada (No. 1) atiende tres núcleos básicos y cuenta con cinco consultorios, todos ellos funcionando. La segunda Unidad Rural Concentrada (No. 2) atiende sólo dos núcleos básicos. Ambas se encuentran localizadas a los límites del municipio de Oaxaca de Juárez (Ver figura 1 y 2).

Figura 1
Mapa de México y ubicación de Oaxaca



Fuente:

http://practicoaxaca20083010.blogspot.mx/2008_11_01_archive.html

Azalia Pintado. Maestra en Ciencias de Enfermería. Universidad Intercultural del Estado de Puebla, México, y miembro del Observatorio del Derecho a la Salud en la Región Totonaca.

Correo-e: azalia_pintado@hotmail.com

Zaira Lastra. Médica general. Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos-Oaxaca, México. Correo-e: zaira_41@hotmail.com

Matthias Sachse. Maestro en Salud Pública. Comité Promotor por una Maternidad Sin Riesgos-Oaxaca. Correo-e: donmat22@hotmail.com

En las unidades médicas se aplicó el instrumento “Diagnóstico de salud materna en el primer nivel de atención” (anexo 1). En ambas unidades se designo personal administrativo se designaron directivos para responder al apartado de preguntas y acompañamiento durante la aplicación de las guías de cotejo y observación. Posteriormente, se procedió a solicitar el censo de embarazadas de la unidad, para verificar su actualización e identificar a las mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión de la investigación (con más de tres consultas prenatales y que fueron atendidas durante el parto en la unidad respectiva entre junio y octubre de 2011). La información obtenida en ciertos casos fue completada con observación directa realizada por parte de los autores en las dos unidades.

En el registro se identificaron 36 mujeres con las características mencionadas, de las cuales fueron localizadas solamente 27, a quienes se les aplicó el instrumento denominado “Cuestionario para mujeres que hayan estado en control prenatal” (anexo 2). La información se procesó en Excel y se analizó utilizando estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes). El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la “Ley General de Salud” en materia de investigación (SSA, 2014),⁵ debido a ello, se solicitó el consentimiento informado de las usuarias y se protegió su privacidad y anonimato, asumiendo su participación en el estudio bajo su libre elección y sin coacción alguna.

Resultados

Etapa prenatal

Contenido de la atención prenatal

Cuando se otorga la primera consulta prenatal los estudios que se solicitan son los siguientes: biometría hemática completa (BHC), glucemia, detección de VDRL y VIH, identificación de grupo sanguíneo Rh y examen general de orina (EGO). Para los estudios mencionados se refiere a las pacientes a unidades de segundo y tercer nivel de atención, en caso de requerir ultrasonido obstétrico se canaliza a las mujeres a las mismas instituciones en virtud de que la unidad no cuenta con estos servicios. Durante la atención prenatal se

les aplica la vacuna del toxoide tetánico, también se les proporciona ácido fólico y fumarato ferroso.

Percepción de las pacientes

De acuerdo con los resultados, el 89% de las entrevistadas asistieron a más de cinco consultas en sus respectivos centros de salud. En la unidad No.1, el 40% de las embarazadas realizaron algunos gastos durante su embarazo, parto y puerperio; por ejemplo, en algunas ocasiones pagaron servicio médico privado (porque en las clínicas públicas no las quisieron atender durante la noche), adquirieron medicamentos que no se encontraban en el centro de salud o en algunos estudios solicitados por el médico que no se realizan en la unidad médica (ultrasonido, EGO, BHC). Ellas observaron que ir a los centros públicos de referencia implica gastos en pasajes, un largo tiempo de espera para sacar la cita y luego la necesidad de volver para la toma de muestras o estudios. En el caso de la unidad No. 2, el 35% refirieron que la unidad no cuenta con los medicamentos que se les indicaron y tienen que comprarlos (específicamente, en el caso de manejo de infección de vías urinarias).

Respecto al tiempo de espera para pasar a consulta, en la unidad No. 1 el 40% refirió que es de más de tres horas, lo cual genera insatisfacción; mientras que en la unidad No. 2 el 60% dijo que es de entre 10 y 15 minutos (cuando están programadas). Al explorar la oferta de consultas prenatales en casos de urgencia, los resultados muestran que un 15 % solicitó servicio médico para revisión de urgencia en la etapa prenatal y no recibió la consulta debido a que el médico responsable no se encontraba, el centro de salud estaba cerrado y/o el guardia no las dejó pasar por no considerar que su caso fuera una urgencia. Con relación a la información que recibieron durante la etapa prenatal, el 70% fue capaz de mencionar al menos tres datos de alarma, aspecto que se considera importante en virtud de que tal identificación es considerada como una acción clave para realizar un buen control prenatal; de esta manera, los signos y síntomas de alarma se buscan intencionadamente durante el interrogatorio y la exploración física (SSA, 2001).⁶

En cuanto a la claridad de la información recibida, el 88% refirió que fue clara, mientras un 12% la consideró confusa y en algunos casos no recibió información alguna en este punto; la confusión radicó en que tenían dudas, pero no se atrevían a preguntar por pena o porque temían ser regañadas. El rubro anterior se encuentra fuertemente ligado al trato que las mujeres percibieron al recibir la atención, el 56% percibió que el trato fue bueno, un 30% refirió que el trato es regular y un 14% determinó que fue malo. El comentario se centra particularmente en el trato que brinda el personal de enfermería, la persona que otorga las fichas y el vigilante de la unidad. En el rubro de información se consideró también el conocimiento que las mujeres tienen sobre la atención de partos y de emergencias obstétricas; un 88% sabía que la unidad de salud atiende partos, pero el 12% desconocía tal servicio. En cuanto a saber si podían acudir en caso de una emergencia obstétrica a la unidad médica de primer nivel ubicada en su comunidad, el 67% afirmó que sí podía acudir, mientras que el 33% lo desconocía.

Trabajo de parto

El 100% de las mujeres se atendió en el centro de salud por decisión personal y a su ingreso a la unidad médica acudieron acompañadas por un familiar. El 19% presentó ruptura prematura de membranas, debido a ello, fueron de emergencia a su centro de salud, el 81% presentó trabajo de parto fisiológico. El 48% refirió que les permitieron deambular en la unidad médica durante el TP, mientras que un 52% tuvo que regresar a su casa o deambular fuera de la unidad por no haber espacio disponible para tal fin.

Con relación al área de atención del parto, el 81% refirió que en la sala de partos había privacidad, mientras que el 19% dijo que entraba y salía personal médico del área y que esa situación les hizo sentirse incómodas. Al 26% les permitieron estar acompañadas durante la deambulación (sólo en la sala de espera o para caminar antes de internarlas), mientras que el 74% durante el trabajo de parto se encontraban solas (sin familiar acompañante o personal de salud) en el área de encamados, estancia en la cual las instalaron antes de pasarlas a la sala de partos. Al respecto, es pertinente comentar que una de las mujeres parió

en el área de encamados por que el médico consideró que aún no era el tiempo para que naciera su bebé, no le realizaron el tacto para determinar la dilatación uterina. Respecto a la ingesta de líquidos, en las unidades de salud, al 89% de las mujeres no se les permitió hidratarse vía oral durante el trabajo de parto; sin embargo, a un 11% sí se lo permitieron.

Durante el estadio 1, correspondiente a la etapa de dilatación del trabajo de parto, al 67% les informaron de manera verbal que les iban a realizar tacto vaginal o que les iban a revisar, al 22% no se los informaron, pero se lo realizaron, y el 11% no recuerda si se lo realizaron. Respecto a si valoraron la frecuencia del latido cardiaco del bebé (FCF) durante el periodo de dilatación (se les explicó que a su bebé deberían de escucharle su corazón cada media hora, según los lineamientos establecidos), el 93% refirió que sí verificaron los médicos la FCF, pero el 7% restante (dos casos) manifestó que no. Las razones por las cuales no se realizó tal valoración fueron: porque una mujer llegó en período expulsivo y a otra la dejaron sola en la sala de encamados, ahí tuvo a su bebé sin que el personal médico se diera cuenta. En cuanto al número de tactos que les practicaron en el estadio 1, el 67% refirió que le realizaron menos de tres, el 19% dijo que más de tres, al 11% no se lo realizaron y un 3% no lo recordó. En el 80% de los casos los tactos fueron llevados a cabo por más de tres personas. Al cuestionar a las mujeres sobre si les permitieron libertad de movimientos y libertad de posición durante el TP, un 33% contestó que sí pudo moverse e ir al baño, mientras que el 67% manifestó que no.

La ministración de medicamentos en el período de trabajo de parto se efectuó al 51% de las mujeres vía endovenosa, a un 38% no les ministraron medicamentos y un 11% no recuerda debido a que ya estaban muy cansadas y no se dieron cuenta. En ambos centros de salud no se realiza la tricotomía como una técnica de rutina para la atención del trabajo de parto eutócico y tampoco la aplicación de enemas evacuantes. Respecto a si les explicaron para que servían los medicamentos ministrados, el 67% respondió que no lo hicieron; el 22% refirió que sí, así como los motivos, que fueron para acelerar las contracciones y para disminuir los dolores del parto; el porcentaje restante (11%) no

recuerda si le ministraron medicamentos. En el 2º estadio de trabajo de parto (período de expulsión), se consideró valorar la incidencia de realización de episiotomías. Al respecto, el 44% respondió que sí les realizaron el corte para que pudiera salir su bebé; en el mismo porcentaje (44%) no se realizó el procedimiento y un 11% no sabe si se lo hicieron. Tal es el caso de una mujer que no supo si le realizaron la episiotomía o la desgarraron, debido a que nadie le informó lo que le sucedió, pero tuvo que recibir tratamiento por que se le infectó la herida. En este mismo estadio se cuestionó a las mujeres sobre la entrega del RN inmediatamente después de su expulsión y antes de salir de la sala de partos, el 67% respondió que sí se lo entregaron inmediatamente, el 33% que esto sucedió hasta que se encontraba en la sala de encamados (la explicación que brindó el personal fue que tenían que limpiarlo, pesarlo, medirlo y que tenían que suturarla porque realizaron episiotomía); algunas desconocen porqué no se los pasaron.

Respecto al corte retardado del cordón umbilical, se les preguntó aproximadamente a los cuantos minutos lo realizaron los médicos que las atendieron, el 77% respondió que inmediatamente, un 15% dijo que después de más de cinco minutos y un 8% no recordó cuanto tiempo tardaron. Finalmente, se evaluó la atención recibida en el 3er. estadio de TP, aquí se utilizó como indicadores: la realización de alguna maniobra para favorecer la expulsión de la placenta, haberla informado de la realización de ésta en caso de haberse efectuado y la revisión de la cavidad uterina. El 44% manifestó que no les realizaron maniobra alguna para expulsar la placenta; no obstante, un 41% dijo que les apretaron el vientre y les sobaron la panza para favorecer la expulsión de la placenta, sólo el 7% expresó no recordar si le hicieron “algo” porque ya estaban muy cansadas. Cuando se les cuestionó sobre si recibieron alguna explicación por parte del personal de salud al realizar la maniobra para la expulsión de la placenta, el 63% respondió que sí le informaron lo que le iban a hacer y para qué, 30% contestó que no, que “sólo se lo hicieron”, mientras un 7% no recordó. Como ya se dijo, la tercera pregunta relacionada con el 3er estadio de TP fue si les realizaron revisión de cavidad uterina, un 56%

respondió afirmativamente, un 26% respondió que no y un 18% no recordó.

Puerperio

La investigación buscó identificar complicaciones durante el puerperio inmediato, mediato y tardío, asistencia a la primera cita de control puerperal, asistencia a consultas durante el puerperio y la toma del tamiz neonatal para detección de hipotiroidismo. En el puerperio inmediato, el 15 % refirió que presentó desgarros vaginales, hemorragias en la herida de la episiotomía y caídas; durante el puerperio mediato el 4% dijo que presentó infección en la episiotomía y en el puerperio; el mismo 4% presentó complicaciones en el puerperio mediato y respondió que presentó dolor vaginal que perdura hasta la actualidad al tener relaciones sexuales. Con respecto a la primera revisión puerperal que se realizó en las unidades médicas, para el 56% fue durante los primeros siete días después de que la dieron de alta; al 22% les otorgaron la consulta después de este periodo; mientras que el 22% restante nunca fue citado para asistir a control.

El número de consultas promedio en ambas unidades de salud durante esta etapa fue de dos a tres veces en el 78% de los casos, de una vez en el 11%; un 11% no acudió a consultas puerperales. El 78% manifestó que se le dio información sobre los cuidados que debe brindar al RN, pero cuando se les cuestionó sobre la información otorgada alrededor de los cuidados que ella debe seguir durante el puerperio, el 60% respondió que no le dieron información, que se orientaron más hacia el bebé.

Interculturalidad

El 33% de las entrevistadas hablan alguna lengua indígena (mixteca, zapoteca y/o chatina). Con relación a este apartado, las unidades cuentan con los lineamientos de interculturalidad, sin embargo, al inquirir al personal sobre el conocimiento de éstos, negaron tenerlos. Las hablantes de su lengua materna, es decir, no-hispanoparlantes, predominaron en la unidad No. 1, es pertinente comentar que no cuenta con personal hablante de alguna lengua indígena local.

Accesibilidad

En primera instancia se les preguntó si saben que la unidad médica dónde les atendieron su parto cuenta con ambulancia, el 22% respondió que lo desconocen, tampoco saben si se encuentra funcionando, debido a que cuándo han necesitado el servicio se trasladan por sus propios medios (toman taxi o caminan en la noche para buscar el transporte); un 78% respondió sí saben que la tiene para realizar traslados de urgencia. Con relación a este punto al realizar la entrevista a los administrativos de las unidades las respuestas fueron las siguientes; la unidad No. 1 cuenta con ambulancia funcionando, con gasolina y conductor disponible las 24 hrs. del día, mientras que la unidad No. 2 no tiene. En ambas unidades hay teléfono funcionando para comunicarse con otros establecimientos de primer nivel o de segundo nivel en caso de una emergencia; el 80% de las entrevistadas confirmó que tiene conocimiento de este servicio.

En cuanto al libre acceso a las unidades durante el horario de funcionalidad sin encontrar barreras físicas (puertas cerradas, guardias que impidan la entrada, entre otras), se constató que en ambos centros de salud durante las guardias nocturnas las puertas permanecen cerradas debido a que si se dejan abiertas se pueden guardar vehículos ajenos en el estacionamiento o dejar el libre acceso a personas indigentes o ebrias. Las entrevistadas respondieron en un 80% que el personal que no permite el acceso son el policía de la entrada y las enfermeras, así como quien entrega las fichas, primero deben explicarles cuál es el motivo de la solicitud del servicio y sólo si el policía, la enfermera o la persona de archivo consideran que es una urgencia pueden entrar, de lo contrario se les solicita que saquen su ficha.

Gratuidad

Los servicios que se brindan en los centros de salud durante el EPP son gratuitos debido a que todas se encuentran afiliadas al Seguro Popular. No obstante, el Ayuntamiento al cual pertenece la unidad No. 1 tiene colocada en la entrada una cajera que cobra por consulta \$20.00 pesos. Por su parte, las mujeres respondieron que, efectivamente, el CS no cobra por sus servicios,

pero un 85% pagó por realizarse estudios de laboratorio y ultrasonido. Las mujeres argumentaron que los gastos erogados se relacionan con el transporte, así como que pierden mucho tiempo al realizar trámite de los servicios mencionados cuando son referidas.

Deficiencias en la disponibilidad de información y formatos (cotejo)

En ambas unidades se evaluó la existencia y disponibilidad de documentos relacionados con el programa de salud materna, los no disponibles fueron los siguientes:

- Material de información sobre en dónde atenderse el parto.
- Material sobre la difusión del Programa “Embarazo Saludable”.
- Material informativo sobre los signos y síntomas de urgencia obstétricas.
- Material audiovisual dónde muestren los síntomas de urgencia obstétrica.
- Carteles e información con los pasos a seguir para atención de hemorragia, preeclampsia y eclampsia.
- Carteles sobre los pasos a seguir para la atención del aborto.
- Material informativo sobre el seguro popular y los requisitos para la filiación a éste.
- Sobre el Programa “Embarazo Saludable”.
- Los requisitos de filiación para el Seguro Popular para una nueva generación.
- Directorio del CS con horario.
- Formatos de partograma (en San Antonio de la Cal).
- Nombre de la persona que habla lengua indígena local.

Dos datos importantes es que el material no se encuentra disponible ni para pacientes, ni para el personal que labora en la unidad de salud y que el formato de partograma en una unidad estaba bajo llave y la persona responsable no se encontraba.

Infraestructura y equipo para la atención de partos

Ambas unidades cuentan con sala de partos funcionando y están equipadas con pierneras, banco y lámpara de chicote en buen estado, cuentan con esterilizador funcionando

satisfactoriamente, con soluciones antisépticas y con dos bultos de ropa, así como con instrumental para atención de partos; completos y en buenas condiciones. Sin embargo, los bultos de ropa no tienen membrete que especifique la fecha de esterilización y el material que contiene; además, en ambas unidades se carece de un lugar específico para la deambulacion de las gestantes.

Medicamentos e insumos

En ambos centros de salud, tanto la caja rosa, como la caja guinda, se encuentran incompletas y faltan medicamentos para atender enfermedades de las vías urinarias, para inhibir contracciones uterinas en caso de requerirse, medicamentos para el control de la presión arterial o, en caso de emergencia, para detener hemorragias, tampoco había en existencia expansores de plasma, entre otros.

Comentarios sobre la atención

El 56% de las entrevistadas emitió algún comentario específico cuando se les cuestionó sobre si recomendarían la unidad de salud a algún familiar para que se atendiera en caso de necesitarlo, el 15% dijo que no se volverían a atender en la unidad, el 33% no la recomendarían por el mal trato de las enfermeras; el 8% no considera que la unidad sea un lugar adecuado para la atención de partos.

Discusión

Al observar los resultados de la atención resultan evidentes varios aspectos: Por normatividad, dentro de los servicios de salud en México (NOM-007-SSA2-1993), las unidades de salud deben promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales con la finalidad de prevenir y controlar factores de riesgo obstétrico, así como para la prevención, detección y tratamiento de anemia, preeclampsia e infecciones cérvico-vaginales. Se pudo observar que la mayoría de las mujeres acudió a consultas prenatales, recibieron dosis de toxoide tetánico, fumarato ferroso y ácido fólico. Además, en la primera consulta se les solicitan estudios de laboratorio, no obstante de tener que trasladarse, realizar gastos extras e invertir tiempo para lograr

hacérselos, lo que las ha llevado a pagar los estudios en el sector privado; por lo tanto, la gratuidad de los servicios termina no siendo una realidad.

Hay insatisfacción durante la atención debido al tiempo de espera, en una unidad iba más allá de las tres hrs. Pertinente es comentar que los Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad en el Primer Nivel de Atención (SSA, 2002), considera este indicador dentro del rubro de trato digno, evaluándose el grado de satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) por el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se asignó la consulta o está registrada su cita y cuándo pasan al consultorio, habiendo establecido como estándar que el porcentaje de pacientes satisfechas sea mayor o igual a 85%. Por lo tanto, en la experiencia de estas mujeres no se cumple con estos los lineamientos.

En cuanto a la oferta de consultas prenatales en casos de urgencia, los resultados mostraron que hubo mujeres que solicitaron servicio médico para revisión de urgencia en la etapa prenatal y no lo recibieron. Este rubro ejemplifica de alguna manera la accesibilidad a los servicios de salud en caso de emergencia obstétrica, al respecto, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el nacimiento (WHO,1985:435-437) expresan que: ...toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada... incluyendo dentro de ella los cuidados centrados en la familia, culturalmente pertinentes, que promuevan y faciliten la toma de decisiones en las mujeres y respeten la privacidad, dignidad y confidencialidad de las gestantes. Sumado a lo anterior podemos agregar que es bien sabido que el nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones y requerir de una intervención necesaria para obtener el mejor resultado.

Por lo tanto, el hecho de que el 15% no haya recibido atención en un momento de "crisis" en la etapa prenatal, pudiendo resultar en una emergencia obstétrica y poner en peligro la vida de la madre y el bebé, es alarmante. Al respecto, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud

Reproductiva en la “Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México” establece que se necesitan de servicios de salud que cuenten con los recursos materiales y humanos necesarios para proporcionar atención primaria y resolutive de la emergencia. Esta propuesta se centra en la provisión de atención obstétrica de emergencia las 24 horas, los 365 días del año, en el primer y segundo nivel de atención.

La información recibida durante las consultas prenatales mostró que la orientación se basa principalmente en la identificación de los datos de alarma, debido a que un gran porcentaje de ellas pudo mencionar y describir al menos tres de estos datos. Al respecto, el Manual de Embarazo Saludable, Parto y Puerperio Seguro y Recién Nacido Sano considera como una acción clave para realizar un buen control prenatal los signos de alarma, debido a que durante las consultas prenatales se buscan intencionadamente durante el interrogatorio y la exploración física (SSA, 2001). Por lo tanto, el que una mujer identifique y enumere los datos de alarma es una señal de que “podría” ser capaz de detectarlos y acudir al servicio médico cuándo éstos se presenten.

Dentro de la información otorgada a las mujeres, también se consideró la información sobre la atención de partos y emergencias obstétricas, al respecto, más del 85% respondió saber que la unidad de salud atiende partos. Considerando los estándares establecidos por el programa de SICALIDAD,⁷ en este rubro los resultados muestran que se cumple con el lineamiento. En este aspecto se puede comentar que la información sobre las prácticas obstétricas que se brindan en las unidades debe estar al alcance del público (OMS, 1985) y que se puede complementar durante la orientación o consejería en toda consulta prenatal.

Alrededor del trato recibido en las consultas prenatales, al 56% le pareció que fue bueno, mientras que el resto opinó que va de regular a malo, centrándose, principalmente, en el que brinda el personal de enfermería, la persona que otorga las fichas y el vigilante de la unidad. Al respecto, según lo establecido en la “Ley General de Salud” (artículos 51 y 83) y el “Reglamento de la Ley General de Salud” en materia de prestación de servicios de atención médica (artículos 25 y

48), la paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente, las relacionadas con sus contextos socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad. Por otro lado, los “Lineamientos de SICALIDAD” establecen que el indicador para considerar de buena calidad el trato recibido en las consultas prenatales debe ser mayor o igual a 90% de las pacientes, en este caso, menos del 60% opinó que la atención fue buena, así, es posible concluir que en este punto, no se cumple con estándares de calidad.

Finalmente, y habiendo revisado los lineamientos operativos del “Programa de SICALIDAD y Aval Ciudadano”, se identificó que para las etapas de trabajo de parto y puerperio no se cuenta con indicadores para evaluar la atención otorgada. No podemos dejar de lado las características socioculturales de las usuarias (predomina la población indígena), situación para la cual los servicios de salud cuentan con lineamientos de interculturalidad en salud y con lineamientos para unidades culturalmente competentes. Al respecto, podemos decir que no se cumple con la presencia de traductores, ni con el conocimiento sobre los lineamientos de interculturalidad por parte del personal de salud en las unidades. Las deficiencias señaladas en este estudio no deben interpretarse como resultado de fallos del personal médico, resultan de un sistema que desfavorece a las pacientes y, por ende, transfiere tácitamente esto a sus empleados.

Por otro lado, este estudio puede encontrarse limitado por varios factores: la información obtenida se basa en lo que reportaron las pacientes (aunque se hayan utilizado instrumentos estructurados y técnicas de investigación etnográfica); la información pudo ser alterada debido al olvido, mal-entendimiento, temor o vergüenza). Además, se carece de grupo control, por lo que no se sabe si la realidad descrita aquí es característica de la atención en general o resultado de un cuidado desigual por parte de las unidades estudiadas. No obstante, creemos que nuestros datos apuntan a serias deficiencias en las dos unidades.

Para concluir, hemos de enfatizar la importancia de estudiar la realidad de la atención obstétrica en todas sus etapas y no basarse exclusivamente en el cumplimiento o no de las normas o estándares establecidos, la verdad va más allá de eso. Por otro lado, los resultados muestran la percepción de las mujeres atendidas en las unidades en estudio y la violación específica a sus derechos humanos y reproductivos, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva, lo que es resultado de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género.

Referencias

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917) Consultado el 31 de octubre de 2012, a partir de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
2. Ugalde, Y., & Larralde, S. (2007). La igualdad de género. En *Derechos Humanos de las mujeres* (3a ed., p. 9). México: Dirección General de Planeación-Dirección de Capacitación y Desarrollo de Metodologías-Instituto Nacional de las Mujeres.
3. Sesia, P. M. (2009). Muerte materna y desigualdad social. En G. Fretermuth & P. M. Sesia (Eds.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura* (Evidencias y Experiencias en

Salud Sexual y Reproductiva. *Mujeres y Hombres en el siglo XXI*, 2, pp. 201–17). México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social/Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México.

4. Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., & Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED*, 17(sup. 1), S4–15 .
5. Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (2014). México: Diario Oficial de la Federación. Disponible en http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS_ref01_02abr14.doc
6. Secretaría de Salud. (2001). *Manual de atención: Embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano*. México: Secretaría de Salud.
7. Secretaría de Salud. (2002). *Lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad en el primer nivel de atención*. México: Secretaría de Salud. Consultado el 31 de octubre de 2012, a partir de http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/D_OCSAL7493.pdf

Recibido: 5 de noviembre de 2013

Aprobado: 6 de diciembre de 2013

Conflicto de intereses: ninguno.

