



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**CALIDAD DE LA ATENCION PRENATAL Y PARTO  
EN LA CIUDAD DE CHIHUAHUA:  
UN ENFOQUE BASADO EN LA USUARIA**

Tesis presentada por

**María de Lourdes Camarena Ojinaga**

Para obtener el grado de

**DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES**

TIJUANA, B. C.  
2004

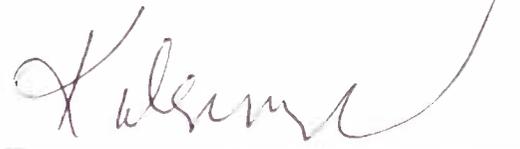
## CONSTANCIA DE APROBACIÓN

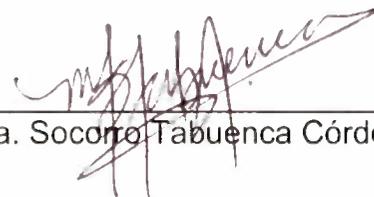
Director de Tesis:

  
Dra. Christine von Glasco

Aprobada por el Jurado Examinador:

1.-   
Dra. Elizabeth Maier Hirsch

2.-   
Dra. Catalina Denman Champion

3.-   
Dra. Socongo Tabuenca Córdoba

4.-   
Dr. Humberto González Galbán

---

## Índice

---

Introducción	
Antecedentes y planteamiento del problema	1
Objetivos	7
Justificación	12
Organización del texto	14
Capítulo 1. El contexto social de la salud	16
1.1. La globalización y salud	16
1.2. Neoliberalismo, política social y salud	26
1.3. El Sistema Nacional de Salud	30
1.4. La organización del sector salud en el Estado de Chihuahua	44
1.5. La mujer y la salud	49
Capítulo 2. La conceptualización para el estudio de la calidad en salud con un enfoque desde la usuaria y otros actores	61
2.1. Punto de vista de los actores	62
2.2. Antropología cognitiva	63
2.3. Los actores del proceso de atención prenatal y parto	66
2.4. Perspectiva de género y salud	68
2.5. Interacción médico/a –paciente	77
2.6. La calidad y el sector salud	79
2.6.1. Antecedentes.	82
2.6.2. Conceptos y definiciones	83
2.6.3. La calidad de la atención en el sector salud en la presente administración federal	88
2.6.4. Otra perspectiva de la calidad de los servicios de salud desde las organizaciones civiles	90
Capítulo 3 – El estudio (metodología)	97
3.1. Introducción al estudio	97
3.2. Metodología	98
3.3. Diseño de la investigación	102
Capítulo 4 – La calidad desde la mirada de las embarazadas (Resultados de investigación)	110

4.1. Aspectos generales: caracterización de las mujeres embarazadas captadas en los puestos de salud y el uso del sistema de salud	110
4.2. Aspectos generales: caracterización de las mujeres embarazadas entrevistadas y el uso del sistema de salud	112
4.3. Propuesta de elementos para obtener una atención de calidad	114
4.4. Categorías de Insatisfacción en la calidad de la atención prenatal y parto	133
4.5. La organización cognitiva de calidad	139
4.6. La evaluación de la calidad en el puerperio inmediato	147
Capítulo 5 – La calidad desde los proveedores de los servicios de salud	173
5.1. La representación de la calidad en los médicos generales	173
5.2. Elementos de calidad	175
5.3. Los obstáculos para dar una atención de calidad	179
5.4. Perspectiva de los elementos de calidad de médicos y médicas	187
Conclusiones	193
Interés de la investigación	193
Los hallazgos y los abordajes temáticos	193
Interpretación de los hallazgos	196
Los desafíos	200
Bibliografía	203
Anexos	220

---

## Agradecimientos

---

*Quiero iniciar esta sección expresando in memoriam, mi agradecimiento al Dr. Duane Metzger por su continuo apoyo y amistad. Gracias por compartir sus reflexiones y sus certeros puntos de vista a lo largo del proyecto, por el constante estímulo para la realización de este trabajo y por enseñarme a ver las cosas desde otras perspectivas.*

Deseo resaltar mi profunda gratitud a mi tutora y maestra Dra. Christine von Glascoe por su dedicación y entrega a la dirección de esta tesis y sobre todo por su permanente y firme tutoría a lo largo del tiempo que tenemos de conocernos.

En la etapa de la elaboración del protocolo, contribuyeron de manera importante con sus ideas y comentarios la Dra. Catalina Denman, M.C. Carmen Castro, Dra. Sioban Harlow. Para ellas mis más sinceras gracias. En especial quiero agradecer a la Dra. Catalina Denman quien a pesar de sus múltiples compromisos, siempre me brindó tiempo para la revisión del documento y me ayudó a corregir el texto con sus oportunas observaciones.

También colaboraron con sus acertados comentarios el Dr. Javier Eduardo García de Alba, La Dra. Luz Helena Sanín, Dr. Eduardo Rico. Muchas gracias en especial al Dr. Eduardo Rico Escobar quien apoyó en todo momento el proyecto y me brindó pertinentes sugerencias.

Agradezco también a M.C Evarista Arellano, por su manera tan amena y didáctica de asesorar no sólo el análisis estadístico, sino la información en su conjunto. De ella aprendí a ver el bosque y no sólo los árboles.

Mi reconocimiento a mis lectoras Dra. Catalina Denman, Dra. Elizabeth Maier, Dra. Socorro Tabuenca y a mi lector el Dr. Humberto González, quienes de manera precisa resaltaron los cambios necesarios al documento. Gracias por su empeño y su tiempo.

Agradezco las claras observaciones y recomendaciones de la Dra. Adriana Ortiz-Ortega, parte del trabajo de campo y del cuerpo del documento fueron gracias a sus sugerencias.

Quiero agradecer al Departamento de Salud Reproductiva de Los Servicios de Salud de Chihuahua y a la Jurisdicción Sanitaria No. 1 por su apoyo para la implementación de los puestos de salud para mujeres embarazadas. En especial quiero reconocer la ayuda prestada por la Enf. Leonila Gómez, la Dra. Rosario Wisbrun, la Dra. Verónica Villegas, la Dra. Margarita Lucatero y la Dra. Lourdes Enríquez. Gracias a todas ellas por brindar su apoyo.

Agradezco a la Red por la Salud de las Mujeres del D.F., por proporcionar material educativo respecto a los derechos de una atención médica con calidad, en especial a la Lic. Rosa María Castañeda.

Mi gratitud al Dr. Marco Antonio Pizarro Asesor de Jefatura de Prestaciones Médicas de Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS Delegación Chihuahua; al Dr. Alberto Rangel Estrada Director de la Clínica No. 15 de Gineco-Obstetricia del IMSS; al Dr. José Parra Morones Director del Hospital Regional; al Dr. Martín Muriel Director del ISSSTE; al Dr. José Antonio Leal del Rosal Director de la Clínica del Parque; al Dr. Rodolfo Vega Ramos Director de la Clínica del Centro; y al Dr. Víctor Manuel Gómez Moreno Director del Hospital Central. Gracias por permitirme realizar la encuesta en su hospitales y clínicas.

Muchas gracias a Hermelinda Vázquez por su profesional trabajo para la transcripción de las entrevistas y la captura de datos. Mi agradecimiento a Juan de Dios Barajas Cárdenas por su eficaz trabajo en la corrección de citas. Quiero expresar también mi gratitud a la Lic. T.S. María Luisa Carbajal, a la Lic. T.S. Teresa Sandoval y a la Profra. María de Jesús Rascón por su entusiasta participación en la aplicación de la encuesta.

Muchas gracias a mi familia, en todo momento fueron un gran soporte durante el doctorado y el desarrollo de la tesis. Desde la distancia siempre me alentaron a concluir el trabajo, muchas gracias por su amor y paciencia.

A mis compañeras y amigas Ana Uribe, Rosario Mendoza y Blanca Lara, gracias por su tenaz aliento y sostén en los buenos y en malos momentos durante la realización de la tesis. Gracias a Alicia Chinchabel por su amable ayuda. A los amigos de siempre Rubén Molina, Roberto Domínguez, Victoria Chávez, Mirna Ronquillo, Margarita Chavira, Silvia Gradilla, gracias a todos ellos y ellas por su perseverante impulso.

Mi gratitud a las mujeres embarazadas y a las mujeres durante su puerperio hospitalario, que de manera decidida y entusiasta participaron en el proyecto ofreciendo su tiempo y compartiendo sus valiosos comentarios. Muchas gracias a las médicas y a los médicos que amablemente participaron en las entrevistas y expresaron sus opiniones y reflexiones.

Agradezco al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACyT) el haberme otorgado el apoyo económico durante todos mis años de estudios en el doctorado y para el desarrollo de la tesis.

Esta tesis recibió soporte financiero de las siguientes instituciones y programas: Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México; Programa de Salud Reproductiva y Población de El Colegio de la Frontera Norte; El Consorcio Transfronterizo para la Investigación y Acción en Género y Salud Reproductiva en la Frontera México-Estados Unidos. Muchas gracias a cada una de estas instituciones por los apoyos financieros recibidos.

La autora desea agradecer de igual manera a El Colegio de Sonora y al Programa de Formación de Investigadores en Salud Reproductiva (PROFISAR) el apoyo del programa de capacitación y asesoría en metodología el cuál contribuyó al diseño de este estudio. PROFISAR está financiado por la beca #D43-TW01276 del Fogarty International Center y el National Institute of Child Health and Human Development de los Estados Unidos.

---

## Dedicatoria

---

*A mi madre,  
por su valor y entrega a la vida  
por su total amor y soporte.*

*A Chris,  
por impulsarme a enfrentar los retos.*

---

## **Introducción.**

---

La configuración de los servicios de salud parte de componentes sociales que predeterminan los técnicos, donde las prácticas de salud se relacionan con determinantes económico-político ideológicos, ya que la salud no solamente se circunscribe en lo biológico, sino desde una base social. De esta forma la investigación de la salud trasciende la clínica y aborda entramados donde se entretajan aspectos culturales y organizacionales.

Dentro de los organizacionales se ubica la calidad de la atención en los servicios de salud. Esta se fundamenta en un mayor control de los recursos, de las acciones y de los resultados; esta perspectiva gerencial y eficientista se traduce en una visión tecnocrática basada en diagnósticos económico-financieros.

En la bibliografía revisada se encontró que por lo general se analiza y pondera la calidad de los servicios de salud a partir de parámetros elaborados por las mismas instituciones. Pocas veces han desarrollado técnicas que permitan conocer indicadores de la calidad de la atención proporcionados por los/as propios/as pacientes.

A través de este planteamiento, el problema es la “invisibilidad” de la mujer como co-partícipe en los programas dirigidos a la atención de su propia salud y al desconocimiento de las necesidades de la calidad de la misma la atención. El objetivo de esta tesis es saber cómo construyen la calidad de la atención prenatal y parto las mujeres embarazadas.

Por lo general cuando se aborda el tema de salud se realiza a partir de un único actor que enfoca la relación desde una sola perspectiva, la del sistema de salud. La calidad de los servicios de salud no es ajena a esta circunstancia. La satisfacción de los pacientes hasta ahora ha quedado relegada a un papel secundario en la mayoría de las instituciones,

ya que a menudo éstas están diseñadas para responder a las conveniencias e intereses de los prestadores más que de los/as usuario/as.

Los sondeos, las encuestas, y las entrevistas para evaluar la calidad de los servicios de salud, son generados desde la perspectiva de los prestadores de estos servicios, así que los indicadores y el planteamiento que hay detrás de ellos reflejan sólo el pensamiento y la percepción institucional, no así del que recibe los servicios, el/a usuario/a. Hasta el momento las estrategias utilizadas por el sistema de salud se remiten a la instalación de buzones de sugerencias o quejas las cuáles no reflejan la manera en que conciben las mujeres la experiencia de la atención del embarazo y parto.

Se ha escrito sobre la calidad de la atención en salud, particularmente sobre cómo implementar aspectos “técnicos” o de “estructura” en la atención a la salud (Gilson et al. 1995) y cómo medir el progreso de la mejora en los servicios de salud (Roemer and Montoya Aguilar 1989; Passos Nogueira 1993). También se ha escrito sobre la calidad como un proceso administrativo y medible (Hoyos, 1991); la calidad como el medio más deseable para alcanzar las mayores mejoras de salud (Donabedian, 1990); y la calidad como el logro de mayores beneficios posibles en la atención médica (Ruedas y Querol 1994).

Planteada de este modo la visión de la calidad de la atención es predominantemente gerencial. Durante las dos últimas décadas la tendencia de la atención médica ha sido hacia la administración y la evaluación. Esto representa la transferencia de la ideología del sector privado hacia los servicios del estado utilizando ideas industriales como la del control de calidad la cual tiene como ejes fundamentales la productividad y la competencia, donde los recursos humanos tienen que mantenerse en constante cambio para cumplir con los requerimientos innovativos. Desde esta perspectiva, el punto de

atención del sistema de salud es evaluar el efecto de las intervenciones médicas, los costos y la fuerza de trabajo sin contar con los/las pacientes.

Cómo se mencionó al inicio de este apartado no se puede deslindar la salud de los factores sociales. La influencia de la tendencia económica neoliberal en el sector salud se traduce en la descentralización autoritaria y sin recursos; la disminución del gasto en salud, aparejada a la recomposición del gasto sectorial y programático y la privatización de diversas áreas del sector anteriormente reguladas por el Estado. La contradicción entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de legitimación del Estado Mexicano, responsable aún de gran parte de la prestación de servicios de salud, conducen a una propuesta eficientista y modernizadora para reorganizar al sector salud. El neoliberalismo propone, entonces, remercantilizar los servicios de salud y fundamenta sus razones, como indica Cristina Laurell, en la escasez de los recursos públicos, en la inequidad e ineficacia del sector público (Laurell, 1997).

Con todos estos cambios a nivel de la política cabe preguntar: ¿Dónde queda la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud? Desde la globalización, el Estado debe retirarse del bienestar social porque pertenece al ámbito de lo privado: la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. El Estado solo debe hacerse cargo de lo público y brindar servicios únicamente para los comprobadamente indigentes.

Es así que la reforma a los sistemas de salud visualizan a las instituciones de salud como un grupo de corporativos que deben utilizar protocolos basados en la efectividad, como cualquier corporación de libre comercio que provee servicios. En otras palabras, las instituciones de salud se encuentran subordinadas al contexto del neoliberalismo. Bajo este contexto, la toma de decisiones la ejercen los políticos, administradores y médicos.

Este entretreído de los diferentes factores económicos y políticos desencadenan una serie de efectos que recaen directamente en el sector salud. En la figura 1 se muestra la interconexión de estos elementos. Se ha planteado los factores relacionados con el género en el mismo nivel que los factores económicos políticos ya que el paradigma hegemónico del universo político se basa en la construcción social de las diferencias entre los sexos desde una perspectiva prevaleciente en la cultura. Ello conlleva una diferenciación de normas de autoridad y de poder desde una visión tradicional que ubica a las mujeres en un lugar subalterno dentro de la estructura social.

Desde este enfoque la problemática de calidad de la atención se concentra en los procesos de la administración de la atención por parte del personal médico, permaneciendo invisible para los/as pretadores/as de salud el punto de vista de las usuarias de los servicios de atención de la salud.

**Figura 1**  
**Marco conceptual de la calidad de la atención médica.**

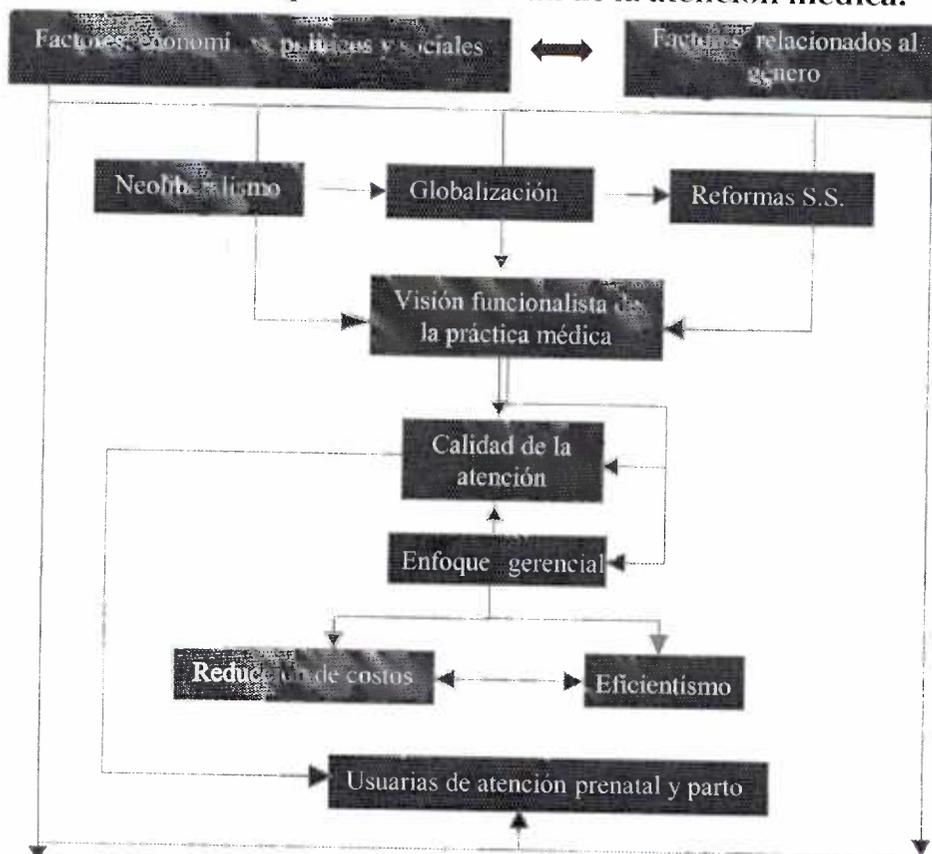


Diagrama elaborado por la autora. 2004

Desde otro punto de vista, la calidad de atención se ha considerado un elemento clave en el otorgamiento de los servicios de la salud por considerarse a ésta un derecho humano básico. El otorgamiento de servicios de salud de calidad se ha promovido tanto a nivel local como por las organizaciones de salud de la mujer y ha sido también reiterado en conferencias internacionales como la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo, Egipto en 1994 y la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, en Beijing en 1995.

El conferir una atención de calidad es una garantía individual de toda persona por el solo hecho de serlo y por ello tiene derecho satisfacer sus necesidades de salud con calidad. Referente a los derechos de la mujer los servicios de salud aún no toman en cuenta plenamente respecto al ejercicio de su salud. Lo anterior no sólo porque las decisiones sobre cómo deben darse dichos servicios dependan exclusivamente de la intención de las instituciones donde se concretan los programas, es decir, el prestador/a de los servicios decide y presume cuáles son las necesidades de la mujer no porque a ésta no le interese hacerlo, sino que no se le permite expresarse. La mujer entonces aparece ante los escenarios de las instituciones de salud como la que no sabe y donde la autoridad es el/a médico/a.

Este planteamiento intentan organizar nuevas relaciones de poder y nuevas propuestas de globalidad. Los movimientos de actores sociales promueven formas generales de vida más humanas, que trabajan porque las diferencias de género no se transformen en inequidades. Se propone que la promoción del derecho a la salud, signifique desarrollar la capacidad del sujeto, tanto en los hombres como en las mujeres, a través de acciones que les permitan identificarse como productores/as de saberes, de alternativas y posibilidades de una participación activa en la ejecución, supervisión y evaluación de los planes y programas dirigidos a lograr este derecho.

En la figura 2 se muestra los factores que han impulsado este enfoque alternativo de la calidad de la atención (en el diagrama representados por los rectángulos color gris), Las líneas punteadas en el diagrama señalan que los sistemas de salud deberían mantener una constante retroalimentación con las opiniones, las sugerencias, las creencias y pensamientos que tienen las mujeres respecto a su salud. Asimismo los sistemas de salud deberían incluir la perspectiva de género tanto en los programas como en las acciones de la práctica médica, considerando el proceso de calidad de la atención de la salud desde una perspectiva de género.

**Figura 1**  
**Marco conceptual emergente de la calidad de la atención médica**

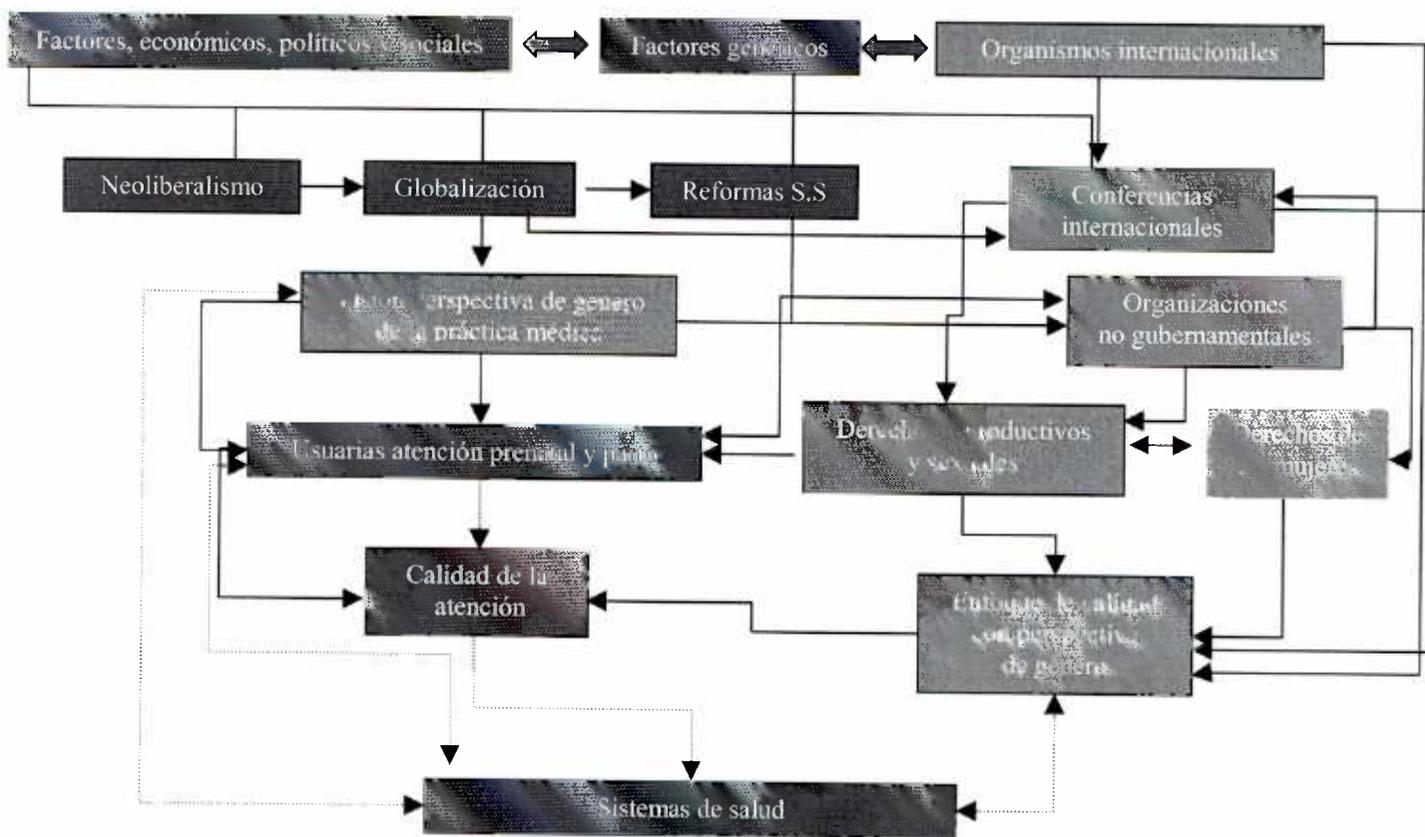


Diagrama elaborado por la autora. 2004

Si se considera que recibir una atención de salud con calidad es un derecho ciudadano, entonces los proveedores de las diversas instituciones públicas y privadas de salud deberían impulsar el ejercicio de este derecho por parte de los/as usuarios/as vigilando la plena satisfacción de los/as mismos/as. Esto conlleva a aplicar metodologías diferentes a las cuantitativas, y a requerir de estrategias diferentes para construir una relación con las poblaciones y comprender el comportamiento desde el punto de vista de los actores involucrados.

El de interés de esta investigación fue saber cómo construyen la calidad de la atención prenatal y parto las mujeres embarazadas. En base a lo expuesto se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son los indicadores de satisfacción que tienen las embarazadas sobre la calidad en la atención prenatal y parto? ¿Cómo se caracteriza la estructura cognitiva con la cual se perciben estos indicadores? ¿Qué tan favorables han sido sus experiencias de atención prenatal y parto en relación a esos indicadores? ¿La atención médica que se brinda, permite ejercer el derecho de tener una atención prenatal y parto con calidad?

Los objetivos para dar respuesta a las preguntas anteriores son los siguientes:

- El objetivo general de esta investigación fue analizar la concepción de calidad y las necesidades de las embarazadas desde su propia percepción sobre la atención que reciben en la etapa del embarazo y en la atención del parto.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Describir la experiencia de algunas embarazadas en la atención prenatal y parto.
2. Identificar los indicadores de satisfacción de la calidad en la atención prenatal y parto a partir del enfoque de la usuaria.

3. Analizar la organización cognitiva de los indicadores de atención prenatal y parto, dando cuenta del dominio de la experiencia del embarazo y parto.
4. Evaluar la calidad percibida de la atención del embarazo y parto por mujeres en el puerperio inmediato, empleando los indicadores de las mujeres entrevistadas.
5. Analizar la opinión de algunos médicos y médicas sobre la calidad de la atención del embarazo y el parto.
6. Describir los obstáculos para otorgar una atención de calidad en el embarazo y parto según los médicos y médicas entrevistados.

El acercamiento metodológico de esta tesis es etnográfico; es un estudio empírico. En otras palabras, la tesis procura establecer significados, relaciones e interpretaciones de la calidad de la atención prenatal y parto desde las personas que activamente están participando en esta situación. Lo que se busca es posibilitar la visibilidad de la mujer, es incluir la palabra del otro, en este caso la voz de la mujer dentro de los servicios de salud. Trata de relacionar esa voz con teorías vinculadas con salud y mujer, salud reproductiva y género y además contextualizarlo en el fenómeno de la globalización y su efecto sobre el Sistema Nacional de Salud.

Esta investigación se llevó a cabo en la ciudad de Chihuahua. Se contaron con cinco fuentes de información en cinco momentos diferentes de la investigación. Un primer momento fue a través de la instalación de puestos de salud para embarazadas en centros comerciales, con la finalidad de captar a mujeres embarazadas que desearan participar en la investigación. El segundo momento consistió en el desarrollo de las entrevistas etnográficas con esas mismas mujeres embarazadas. El tercer momento fue con la participación de un grupo de mujeres embarazadas para la implementación de las técnicas de la antropología cognitiva . El cuarto momento de la investigación contó con la participación de médicos y médicas generales en entrevistas etnográficas. Y el quinto

momento consistió en el desarrollo y aplicación de la encuesta a mujeres durante el puerperio inmediato en seis hospitales. Con respecto al análisis se intenta identificar y explicar tanto como sea posible las perspectivas de la mujer embarazada y las opiniones de quienes están en el sistema de salud .

En el abordaje de esta investigación se privilegian tres ejes: el etnográfico –tanto exploratorio como cognitivo- incluyendo el punto de vista de los actores así como su cognición sobre los conceptos de calidad y la perspectiva de género. Esta investigación es etnográfica y en ella se utilizaron métodos etnográficos para examinar la interrelación entre la cognición (el proceso de saber) y la práctica social (qué es lo que hacen las personas). Se supone que la práctica social depende de los procesos cognitivos de los actores y está condicionado por factores relacionados a género.

El punto de vista de los actores presume que existe una diversidad de actores posicionados en diferentes "lugares" de la estructura social y pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferentes, conflictivos y hasta antagónicos de los procesos salud/enfermedad/atención. Con esta aproximación se busca recuperar, posibilitar, rehabilitar, incluir la palabra del otro, dentro del juego de poderes y micro poderes dominantes (Menéndez, 1997).

Es mediante la exploración cualitativa en profundidad y la comprensión del contexto, como se pueden obtener elementos del ambiente sociocultural que den cuenta del estilo de vida de una persona y su relación con la salud. Con ello es posible obtener una visión más precisa de los problemas de salud en términos de profundidad y amplitud, para que los resultados de la investigación puedan utilizarse posteriormente para desarrollar intervenciones factibles en el contexto del sistema de salud y los puntos de vista tanto de sus prestadores/as como de sus usuarias. Es aquí donde la perspectiva antropológica y sus métodos aportan al ámbito de la salud herramientas para aproximarse a la enfermedad y a

la salud desde su base cultural. Específicamente es la antropología cognitiva desde la cual se explica la construcción de la calidad de la atención y parto por parte de las mujeres embarazadas.

La antropología cognitiva es un reciente subcampo de estudio (desarrollado durante los últimos cincuenta años), cuyo interés es el pensamiento, la cultura y la sociedad como también lo han sido para las ciencias sociales, y otras disciplinas como la psicología (Bernard, 1995). El campo de la antropología cognitiva deriva del desarrollo de estudios etnosemánticos (Hymes y Gumperz, 1964; Goodenough, 1956), que fueron aplicados y desarrollados en dominios culturales especializados por antropólogos, tales como la etnobotánica (Conklin, 1954; Frake, 1962; Berlin, Breedlove y Raven, 1974), el compadrazgo (Romney y Metzger, 1963), patrones de referencia personal (Metzger y Williams, 1967) y otros fenómenos sociales como son las bodas (Metzger y Williams, 1963), la clasificación de leña (Metzger y Williams, 1966) o patrones del uso de bebidas alcohólicas (Metzger, 1973<sup>a</sup>).

El trabajo exploratorio de las técnicas cognitivas descritas en esta tesis tuvo su inicio con dominios sencillos, como los de animales, frutas y verduras. Posteriormente fueron realizados estudios como avances en la aplicación de las técnicas de la teoría antropológica, por ejemplo, con relación al dominio del conocimiento cultural de juegos y deportes en Yucatán (von Glascoe, 1975; von Glascoe y Metzger, 1977) esto en el marco de referencia de teorías antropológicas que relacionan rasgos culturales con la prevalencia de juegos de estrategia, fuerza física o de azar (Roberts, Sutton-Smith y Kozelka, 1963, citado en von Glascoe 1975 ). Después se aplicaron las técnicas cognitivas a conceptos específicos relacionados con la salud, como es la conceptualización de *Erythroxyllum coca* como un medicamento (von Glascoe, Metzger y Palomino, 1976) o el plomo como un riesgo para la salud (von Glascoe y Metzger, 1997). Sobre la conceptualización del resfriado común considerando sus causas, síntomas y tratamientos (Baer, Séller y cols., 1999); la utilización

de la teoría del consenso cultural para identificar las diferentes opciones para el cuidado del embarazo en mujeres trabajadoras de maquiladora (Torres, 1998); a través de modelos culturales para comprender las concepciones populares sobre las causas y prevención de la hipertensión arterial (García de Alba *et al.*, 1998) y el conocimiento cultural través de modelos culturales acerca del dolor referido por población infantil hospitalizada (Clark *et al.*, 1998).

El aporte de la antropología cognitiva en los estudios culturales sobre enfermedad y salud, ha sido proporcionar un acercamiento de la representación de la organización conceptual del conocimiento cultural sobre la enfermedad y la salud; más específicamente se ha dedicado a descubrir el conocimiento compartido y la organización cognitiva del sentido común sobre la enfermedad (White, 1982).

Respecto a la perspectiva de género, plantear la salud de la mujer desde esta perspectiva conlleva a referir a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y a las respectivas relaciones de poder asimétricas así generadas. Esta perspectiva se propone separar la idea de “mujer” o de “hombre” demostrando las diversas posiciones que los sujetos sociales pueden ocupar (Pautassi, 1995). El modelo médico visto desde la perspectiva de género se concibe como un conjunto de prácticas médicas donde se establecen relaciones diferenciadas que se basan en la superioridad del conocimiento médico (principalmente representado por hombres, comúnmente con la adaptación de la misma actitud por las prestadoras femeninas), en otras palabras, el sistema de salud en general representa una actitud masculina) y se coloca al paciente en una posición de subordinación en la cual no puede actuar por sí mismo frente a la posible solución de sus problemas de salud. Al mismo tiempo, existen desigualdades que afectan a las mujeres por patrones culturales donde se discrimina lo femenino en favor de lo masculino.

Sobre género y calidad de la atención de la salud una revisión reciente de la bibliografía hecha por Pittman y Hartigan (1996) agrupó en cuatro aspectos las investigaciones desarrolladas sobre el tema: 1) actitudes diferentes de los proveedores frente a pacientes masculinos y femeninas; 2) diferencias en los comportamientos y toma de decisiones de los proveedores frente a pacientes masculinos y femeninas, incluyendo procesos de intercambio de información, diagnósticos, tratamientos y el seguimiento del cuidado; 3) diferencias de actitudes y comportamientos hacia los pacientes entre los proveedores masculinos y femeninos y 4) apropiación de normas y protocolos para las mujeres integrando elementos biológicos y elementos sico-socialmente construidos de las diferencias entre los sexos lo cual determina las necesidades en salud.

Se han realizados estudios desde esta perspectiva a partir de la atención de la salud en el área de los servicios de salud reproductiva (Matamala, Berlagosky, Salazar y Núñez, 1994; Matamala, 1998; Davies, 1995; Londoño, 1995; Checa, 1997; Sesia, 1996; Jasis, 2000). También han sido importantes las investigaciones sobre la percepción de lo que constituye una atención de la salud con calidad desde el punto de vista masculino y femenino tanto de los proveedores/as como de las usuarias de los servicios de salud (Haddad *et al.*, 1998; Elu, 1990; Fisher, 1986; Campero *et al.*, 2000; Tood, 1989; Fisher y Groce, 1985).

### **Justificación**

El embarazo, parto y puerperio en sí mismos no deberían ocasionar problemas de salud a las mujeres; pero cuando se presentan en ambientes desfavorables donde prevalecen condiciones de vida precarias, la falta de conocimientos y los patrones culturales que obstaculizan la atención temprana, la falta de recursos económicos, la desnutrición materna y la falta de disponibilidad y de calidad en los servicios de salud, la reproducción se convierte en un evento de alto riesgo para las mujeres (Hartman, 1992).

Según Langer (1995) una atención adecuada permite identificar posibles factores adversos e intervenir para evitar complicaciones. La atención prenatal adecuada constituye una oportunidad para proporcionar a las mujeres información muy valiosa, por ejemplo sobre los cuidados durante el embarazo, la lactancia materna, etc. Para que cumpla con ese propósito la atención prenatal debe ser oportuna, continua y de buena calidad. Esta responsabilidad recae en los profesionales de salud, es decir, en los médicos/as y las enfermeras/as y se ofrece en hospitales, clínicas y consultorios.

Para que una mujer acuda a los servicios y reciba la atención que sus problemas merecen es esencial que confluyan diversas circunstancias; que los servicios de salud existan en número suficiente, de modo tal que cada mujer tenga a dónde ir y sea atendida con el tiempo y la dedicación suficiente. Es imprescindible también que los servicios estén accesibles en términos de distancia, localización geográfica, costos, idioma y características culturales (Langer, 1995). Pero no basta con que los servicios existan y las mujeres puedan llegar a ellos; es esencial que la atención sea de buena calidad, que sea una verdadera respuesta a las necesidades de la mujer. La deficiente atención prenatal se relaciona con una precaria calidad de la atención por parte del personal de salud que atiende a las mujeres embarazadas y la poca satisfacción puede ser un obstáculo para que acudan nuevamente a ser atendidas las mujeres embarazadas.

Algunos datos de la Encuesta Nacional de Salud (Secretaría de Salud, 1987) señalan que las embarazadas no acuden a la atención por razones que podrían considerarse de dos tipos: 44.3% de las embarazadas no acude por problemas que se relacionan con el acceso a los servicios –“es caro, está lejos,”-, y 37% no lo hace por falta de orientación y sensibilización acerca de las ventajas y los beneficios de la atención prenatal (Langer y Romero, 1998).

A pesar de los esfuerzos del sistema de salud por mejorar la calidad de la atención, aun no ha incluido formalmente el punto de vista de la usuaria en relación a las necesidades de calidad de la atención prenatal y parto. Hasta el momento no se han realizado estudios para conocer la experiencia y perspectiva de las usuarias en cuanto a la calidad de la atención prenatal y parto. Por esta razón se consideró pertinente y esencial realizar esta investigación.

En la ciudad de Chihuahua se han desarrollado algunos estudios sobre evaluación de la calidad de la atención prenatal y parto, sin embargo en ellos no se estudió la forma en que las mujeres usuarias de los servicios construyen su manera de pensar acerca de la calidad de la atención del embarazo y del parto.

En la primera investigación se encontró que la calidad de la atención prenatal fue calificada como baja en el 36.3% de la población estudiada y un 12.5% calificó la calidad de la atención del parto como baja (Camarena, González, Hernández y Sanín, 1992). En la segunda investigación efectuada con mujeres embarazadas en 1997 se encontró que la apreciación general del trato médico en la consulta prenatal, fue evaluado como bueno sólo un 38.09% por parte de las mujeres entrevistadas. Esto indica un deficiente trato del médico con las mujeres embarazadas (Camarena y Gómez, 1997). Por lo anterior se juzga interesante analizar, a 5 años de diferencia cuál es la percepción de las mujeres respecto a los requerimientos de una atención médica de calidad en los servicios de atención prenatal y parto.

### **Organización del texto.**

La tesis contiene cinco capítulos. En el capítulo 1 se bosqueja la configuración del Sistema Nacional de Salud y del Sistema Estatal de Salud de Chihuahua y una sección sobre salud y mujer. Es importante dejar claro que el análisis de las problemáticas de salud debe ser

permanentemente contextualizado ya que el ámbito de la salud está construido por prácticas sociales así como por factores culturales.

El capítulo 2 se refiere a aspectos teóricos y conceptuales donde se plantea la exploración cualitativa en profundidad, partiendo de la etnografía, la antropología cognitiva y la perspectiva de género, ya que desde estos enfoques conceptuales es como se puede aprehender el contexto, y se pueden obtener elementos del ambiente sociocultural que den cuenta del estilo de vida de una persona y su relación con la salud.

En el capítulo 3 se presentan los aspectos metodológicos los cuales plantean la aplicación de las metodologías cualitativas y cuantitativas que brindan estrategias diferentes para construir una relación con las poblaciones y comprender el comportamiento desde el punto de vista de los actores involucrados.

En los capítulos 4 y 5 se presentan los resultados. En el 4 se muestra el análisis y discusión de los resultados del trabajo realizado con las mujeres embarazadas entrevistadas, y las mujeres puérperas encuestadas. En el 5 se expone el análisis y la discusión de los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas con los médicos generales. Finalmente, se presenta un capítulo con las conclusiones, una sección con la bibliografía y por último un apartado con anexos.

---

## **Capítulo 1**

### **El contexto social de la salud.**

---

#### **Introducción.**

En esta sección se propone revisar brevemente la política de salud en México como un elemento de la política social, la reforma del sistema de salud en el marco del nuevo orden mundial llamado globalización, así como la organización de este sector en el estado de Chihuahua. Como última sección se presenta la salud y la mujer. Con ello se busca tener un punto de partida el cual ofrezca visiones un tanto explicativas de la situación actual del sistema nacional de salud.

Esta nueva forma de visualizar el mundo desde la globalización, tiene impactos profundos sobre la teoría y la práctica de la salud y sobre la formación de los recursos humanos de este sector. El análisis de todas las repercusiones constituye en sí un trabajo inmenso ya que las dimensiones y complejidad de esta realidad desborda cualquier teoría.

Se ha destacado que los servicios de salud, por su propio carácter intrínseco que poseen, necesitan ser vistos bajo una perspectiva en la cual los componentes sociales predeterminan los técnicos, donde las prácticas de salud se relacionen con otras prácticas económico-político ideológicas (Duarte, 1991).

#### **1.1 La globalización y la salud.**

Discutir sobre la globalización es abarcar variables y matizados procesos. Existen muchas dimensiones de este fenómeno y una extensa bibliografía al respecto. No es objetivo de este trabajo discutir todas sus facetas, simplemente llamar la atención de este fenómeno en su interacción con la salud. Por lo tanto, de una manera general y breve se presenta un bosquejo sobre la globalización, su relación con la salud y por último la

postura de algunos autores respecto a las oportunidades y amenazas de la incursión de la globalización en el ámbito de la salud.

### **Delineando la globalización:**

No hay fechas precisas del surgimiento de la globalización, una lista incluiría a los siguientes autores Thompson, 1998; Wallerstein, 2000; García, 1999; Dereck, 1998; Navarro, 1998; Laurell, 2000. Los orígenes de la globalización pueden ser trazados en términos generales, con los procesos de expansión comercial a finales de la Edad Media y principios del periodo moderno.

Thompson (1998), comenta que la necesidad de hacer transacciones comerciales fue lo que obligó a la circulación de bienes. Para los siglos XVII, XVIII y XIX la globalización adquirió las características que ahora tiene aunque todo este tiempo fue un proceso que marcó apenas ideas importantes para lograr lo que entendemos ahora por globalización, pero en realidad la globalización es un fenómeno emergente. Ha sido durante la segunda mitad del siglo XX que ha intensificado su actividad. Debido a sus propios orígenes, la globalización suele privilegiar el aspecto económico, aunque los desarrollos tecnológicos y comunicacionales actuales han llamado la atención en los aspectos socioculturales que implica. El fenómeno de la globalización es definitivamente un asunto del siglo XX .

Wallerstein (2000) dice que el concepto de globalización es engañoso ya que la globalización se ha estado dando desde hace 500 años. Lo nuevo ahora es que se está pasando por una “era de transición”.

García Canclini (1999) menciona además que no hay definiciones precisas sobre la globalización, ni tampoco fechas, dice que para algunos su origen se remonta al siglo XVI al iniciarse la expansión capitalista y la modernidad occidental, mientras para otros que es en el siglo XX. Quienes le atribuyen un origen más remoto privilegian el aspecto

económico, los que hablan de aparición reciente le dan peso a la dimensión política, cultural y comunicacional. La globalización tiene sus antecedentes en la internacionalización de la economía y la cultura y en la transnacionalización durante la segunda mitad del siglo XX.

La globalización, señalan Dereck y Douglas (1998) es definida como el proceso de incremento económico, político de interdependencia social e integración global que toma lugar como capital, comercio de bienes, personas, conceptos, imágenes, ideas y valores difundándose a través de las fronteras de los estados. Las raíces de la globalización pueden ser trazadas desde la revolución industrial y de la política económica *laissez-faire* del siglo XIX. Sin embargo, la globalización posterior al siglo XX es asumida con una magnitud imprecedentede en la historia del mundo (Dereck y Douglas, 1998:735).

Según Vicente Navarro (1998), a finales de los 70 y principios de los 80, una nueva posición de la economía y la política han venido dominando en el mundo la cual es llamada globalización de la economía. Acorde con esta posición, la globalización del comercio, la inversión y el financiamiento han venido con mayor fuerza detrás de los escenarios de las políticas públicas, incluyendo las políticas de salud. El poder de los gobiernos para delinear las políticas nacionales ha sido considerablemente limitado y disminuido por un incremento de la economía competitiva internacional. La única opción es unirse y facilitar el proceso abriendo los países a la globalización, en donde cualquier resistencia será penalizada y de acuerdo con Gamani Coela, según cita Navarro “se encontrarán ellos mismos marginalizados de la comunidad mundial y del mundo de la economía”.

Laurell (2000) indica que la globalización podría ser interpretada como un proceso político que implica una reorganización integral de las relaciones económicas y sociales. Comenta que la nueva economía mundial ha tenido un devastador impacto en

América Latina donde: ha sido políticamente dividida y confinada dentro de la órbita de Estados Unidos; ha sido víctima de la inducción a la crisis de endeudamiento de los 80; presionada por las agencias financiadoras internacionales para adoptar ajustes prescritos; y fracturada por la inequidad y la exclusión social (Laurell, 2000).

Continuando con el enfoque económico de la globalización, Sassen (2001) argumenta que el crecimiento de la economía global, en conjunción con las nuevas redes de telecomunicaciones e informáticas que ensanchan el mundo, ha reconfigurado profundamente instituciones fundamentales para los procesos de gobernabilidad y responsabilidad en el Estado moderno. La soberanía del Estado, la ciudadanía basada en la nación, los aparatos institucionales encargados de regular la economía, como los bancos centrales y las políticas monetarias, todas estas instituciones están siendo desestabilizadas e incluso transformadas, como consecuencia de la globalización y de las nuevas tecnologías (Sassen, 2001:5). Se trata de reducir la existencia de mecanismos de regulación en los estados y desregulación es declinación del estado (Sassen, 1999).

Gill (1995), señala que el proceso de globalización no puede explicarse de una manera reduccionista, porque es multifacético y multidimensional. Sin embargo, como representación ideológica, el concepto sirve para referirse a un sistema económico global dominado por grandes inversionistas y firmas transnacionales las cuales controlan el gran volumen de los recursos de producción del mundo y son los principales influyentes en el comercio mundial y los mercados financieros.

Green (1996), indica que la globalización puede ser interpretada a través de la ideología dominante de la economía conocida como neoliberalismo. Argumenta que es una ideología que recomienda una economía libre de la regulación o restricción de los gobiernos, incluyendo la legislación del trabajo y el ambiente, y ciertamente, libre de la acción de los gobiernos sobre la propiedad pública. Sugiere un retraimiento del estado de

bienestar público fundado en la igualdad y la justicia social. Es ver a la ciudadanía como consumo y producción económica.

La globalización, comenta Wallerstein (2000), ha cambiado todo: ha declinado la soberanía de los estados; ha desaparecido la habilidad de cada uno para resistir las reglas del mercado; la posibilidad de autonomía cultural ha sido virtualmente anulada; y la estabilidad de todas las identidades está en cuestionamiento. Este estado de globalización ha sido celebrado por unos y lamentado por otros.

García Canclini habla de globalizaciones imaginadas porque la integración abarca a algunos países más que otros, o porque el discurso globalizador recubre fusiones entre pocas naciones, o porque beneficia a sectores minoritarios de esos países y para la mayoría queda como fantasía (García, 1999:32).

Lenz (2003), comenta que la globalización es cualitativamente una nueva etapa a lo largo del proceso del desarrollo del sistema mundial capitalista, el cual ha sido promovido por la modernización occidental y el colonialismo. Señala, además, que es importante ver la globalización no tanto como una nueva estructura, sino como un conjunto de interconexiones, frecuentemente contradictorias y de procesos abiertos. El proceso de globalización induce el incremento económico y la interdependencia política y crea nuevos espacios de cambio cultural y de información, estas áreas se extienden de lo global a lo nacional y a los espacios locales.

Giddens (2001) señala que las aproximaciones sociológicas generalmente centran el debate de la globalización con un enfoque económico y señala que sin descuidar el rol crucial de la globalización en la economía, es de hacer notar la nueva cualidad de interdependencia en una escala global abriendo nuevas opciones, pero también nuevos riesgos.

## **La globalización y la salud.**

Esta nueva configuración mundial ha trastocado todo ámbito, incluyendo al de la salud. El proceso de la globalización ha provocado dos tipos de posturas, los que ven en ella una gama de oportunidades y quienes ven toda una serie de desventajas y amenazas.

### **La globalización como oportunidad:**

Dereck y Douglas (1998) argumentan que el proceso de globalización enfatiza la necesidad de una aproximación transnacional de la salud pública tomando las ventajas de los aspectos positivos del cambio global y minimizando los aspectos negativos. Esta doble faceta de la globalización, una prometedora y la otra amenazadora, es un hecho de vida así como el hecho de que la humanidad se está lanzando a un futuro más interdependiente y a un nuevo milenio. Discuten que la globalización no únicamente se refiere a procesos económicos del desarrollo de instituciones globales, también describe la interconexión entre la “vida individual” y el “futuro global”. Señalan que en acuerdo con el análisis de Roemer's, los cambios transnacionales han facilitado la difusión de innovaciones tecnológicas tales como métodos de contracepción efectivos, técnicas para obtener agua para consumo saludable, refrigeración a bajo costo, transportación eficiente y comunicación de tecnología y nuevos agentes terapéuticos que pueden efectivamente tratar la lepra, tracoma y otras muchas enfermedades. La tecnología moderna en comunicación ha traído potenciales beneficios al sector salud, como el uso de la telemedicina, redes interactivas en salud, servicios de comunicación entre los trabajadores de la salud, el desarrollo de recursos humanos a través de la educación continua y la educación a distancia. Dereck y Douglas citan a Hiroshi Nakajima, de la Organización Mundial de Salud quien indicó que las políticas exteriores basadas en estrechos intereses de aislamiento y proteccionismo reducen el espíritu creativo de la investigación científica internacional. El desarrollo global de estrategias de salud

necesitan dirigirse a complejos e interrelacionados problemas que requieren innovación, intervenciones intersectoriales, involucramiento de un mayor grado de cooperación y política internacional.

Frenk y Gómez (1995) mencionan que lejos de los presagios de quienes auguran o una globalización inmisericorde o bien un mundo fundamentalista, antidemocrático y excluyente, la conformación de un nuevo orden mundial se refleja en el campo de la salud, donde el carácter de lo global de la salud se expresa en dos dimensiones fundamentales: por un lado, las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, la respuesta social a dichas condiciones, tal como se le organiza a través de los sistemas de salud. Esta dimensión se relaciona directamente con la reforma de los sistemas de salud. Frenk y Gómez (2002), señala que aunque en apariencia éste es un asunto interno de cada país, la creciente interdependencia convierte la reforma en un tema de la agenda global. También comenta que la globalización a través de la interdependencia ha abierto nuevas avenidas para la acción colectiva internacional. Un ejemplo fue el caso de una fuerte movilización internacional la cual persuadió a un mayor número de compañías farmacéuticas internacionales a establecer acuerdos con países en desarrollo para vender fármacos contra el SIDA a menor precio. Asimismo, la actuación de los sistemas locales de salud pueden ser también reforzados por uno de los motores más potentes de la globalización: la revolución de las telecomunicaciones. Esta apertura da acceso a una mejor atención a la salud para poblaciones con niveles de bajo servicio. La telemedicina marca el camino del futuro y la distancia física ya no es un obstáculo para el cuidado de la salud. Los autores señalan que existe un lado oscuro de la globalización: las nuevas formas de exclusión social que alimentan la pobreza e inequidad. Por dar un ejemplo, indica que 1.3 billones de personas sobreviven con \$1 dólar al día y esto recuerda a todos la enorme disparidad dentro y entre los países. Exclusión e inequidad son el lado obscuro de la globalización. La insensibilidad a las culturas locales es otro.

## **La globalización como amenaza:**

Ortega (2001) dice que algunos de los inconvenientes que la globalización está produciendo para la salud son: dualización de la población al incrementarse las desigualdades; exclusión en la sanidad y selección adversa de riesgos para ancianos, inmigrantes, diabéticos, y en general para los enfermos que requieren tratamientos caros y crónicos, pero también: uniformización y sesgo de la información del conocimiento médico. En este sentido García Canclini (1999), señala que lo fragmentario es un rasgo estructural de los procesos globalizadores, y puntualiza:

...para decirlo más claro, lo que suele llamarse gobalización se presenta como un conjunto de procesos de homogenización, y a la vez de fraccionamiento articulado, que ordenan las diferencias y desigualdades sin suprimirlas... la globalización no sólo homogeniza y nos vuelve más próximos, sino que multiplica las diferencias, y engendra nuevas desigualdades... (García, 1999:49).

Según Navarro (1999), esta nueva configuración de la economía mundial no se puede explicar por una ley “natural” de evolución, sino que lo que expresa es una nueva relación internacional de poder que emergió con la crisis económica de los 70 y a inicios de los 80 y con la histórica derrota del socialismo soviético y del este europeo. El autor argumenta que esta crisis dual abrió una oportunidad política para un nuevo derecho y para imponer el proyecto neoliberal a escala mundial y dentro de la mayoría de los países.

Salazar (2000), indica que para un grupo de expertos, las implicaciones de la globalización en la salud dan cuenta de un amplio fenómeno de mercantilización transfronteras de la salud en las Américas, expresión de un modelo hegemónico con fines de lucro que desarrolló el Norte hacia los países del Sur, y no de una conducta de

solidaridad internacional capaz de superar las brechas de género y de promover el bienestar en las poblaciones más pobres del continente.

Con todos estos cambios a nivel de la política, Granda (2000) hace notar que la acción estatal en el ámbito del bienestar social y la salud dentro del globalismo debe retirarse del bienestar social porque pertenece al ámbito de lo privado: la familia, la comunidad y las organizaciones de la sociedad civil. El Estado sólo debe hacerse cargo de lo público y brindar servicios únicamente para los comprobadamente indigentes.

Navarro (1998) subraya que consecuentemente los gobiernos han tenido que crear condiciones favorables para la movilización del comercio, inversión y transacciones financieras, a través de políticas que incluyen, la reducción de impuestos sobre el capital de inversión y transacciones; reducir el déficit público a través del decremento del gasto público y social (incluyendo el cuidado a la salud); la desregularización financiera y el mercado de trabajo; privatización de las empresas y programas públicos (esto como parte de las propuestas del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional para privatizar los sistemas de seguridad social); y el desarrollo de políticas fiscales a favor de mayor ingreso de algunos sectores de la población.

Gill (1995), comenta que globalmente la salud pública y los requerimientos de educación han sido reducidos, particularmente porque la estructura de ajuste neoliberal presiona sobre los gobiernos para ejercer una reducción monetaria, recorte de programas, renegociar deudas, balancear su comercio internacional, devaluar su moneda, eliminar subsidios y barreras al comercio y a la inversión.

A la población que más desventajas le han representado estas disposiciones son a las mujeres pobres. Isla (1993) comenta que las mujeres han tenido que pasar por una gran prueba adaptándose a la pérdida de servicios sociales y esta pérdida representa un alto costo para ellas y sus familias. En un documento de la OMS se señala que las

mujeres han tenido que enfrentar severas dificultades económicas en el periodo de 1980 y 1990 y han tenido que confrontar los recortes en los presupuestos de salud y seguridad social, incluyendo aquéllos asignados para cubrir las necesidades de las mujeres (WHO Position Paper, 1995:2).

Lo expuesto en esta sección ha mostrado que existen dos tipos de posturas respecto al proceso de globalización; quienes ven en él una serie de oportunidades y quiénes observan que representa más amenazas que oportunidades. Con relación a las oportunidades se destaca la ventaja de la tecnología avanzada de las comunicaciones para el logro de capacitación a distancia, el intercambio de programas, ampliar el intercambio en investigación y tecnología médica. De igual manera se ha subrayado la acción colectiva internacional para el control y vigilancia de enfermedades.

Con respecto a las amenazas se ha enfatizado que las financiadoras internacionales dictan a los países deudores que la prioridad es el pago de los intereses de las deudas, es decir, el pago de la deuda está por encima de la salud, la educación, vivienda, creación de empleos y otros ámbitos de desarrollo. En otras palabras, lo que se ha presentado en esta sección es que la globalización ha tenido impacto en la distribución de la riqueza, la salud de las poblaciones y la organización de los sistemas de salud.

Para efecto de este trabajo y dadas las tendencias que ha marcado el proceso de globalización cabrían las preguntas, ¿posibilita pensar que el Estado puede garantizar el derecho a la salud? ¿Qué oportunidades tienen las voces subalternas en el caso de las mujeres de ser escuchadas? Quizá parte de las respuestas podrían ser contestadas a través de la opinión de Sassen quien comenta:

¿Existe en la actualidad un conjunto de derechos económicos que constituyan una forma de ciudadanía, en tanto que facultan y permiten

exigir responsabilidades a los gobiernos? Mi interpretación de hechos y datos disponibles me inclina a pensar que sí. Pero esta ciudadanía económica no se imbrica en los ciudadanos, sino en las empresas y en los mercados, especialmente en los mercados financieros globales, y no se sitúa en los individuos, no se sitúa en los ciudadanos, sino en los agentes económicos globales (Sassen, 2001:55).

La globalización ha afectado ciertos sectores de la población: la clase trabajadora, las mujeres, y la población que vive en la miseria. El efecto que ha tenido en estos grupos no sólo ha sido impactando negativamente su salud y su estado de bienestar, sino también ha tenido efecto en la atención de la salud que reciben.

### **1.2 Neoliberalismo, política social y salud.**

Hablar de la relación del Estado con la sociedad es hablar de política social. Actuar sobre los hechos y manifestaciones que conforman aspectos sociales se expresa a través de la exposición y ejecución de políticas sociales. Las políticas sociales son dirigidas a algunas áreas como la de la salud, vivienda, seguridad social, educación y asistencia social, entre otras.

McGregor (2001) además señala en su artículo que la política social tiene por objetivo proteger a la sociedad, mejorar la vida humana y la dignidad humana. La salud es frecuentemente considerada uno de los tres pilares de la política social, junto con la educación y la seguridad social. En general las políticas de salud comprenden decisiones gubernamentales que afectan el costo, la viabilidad, la calidad, la accesibilidad y la evaluación de los programas, tradicionalmente financiados por impuestos destinados a mejorar el bienestar físico de todos los miembros de la población, con especial interés en los niños, los senectos, en algunas naciones la población indígena y las mujeres.

Con relación a la política social Laurell (1997), señala que desde los años ochenta se ha dado un intenso debate sobre cómo concebir y organizar la política social en prácticamente todo el mundo por la reestructuración de las sociedades en la era de la globalización y bajo la influencia del proyecto político-ideológico neoliberal. Argumenta que para comprender las transformaciones de la política social en cuyo centro se encuentra la salud y la seguridad social, es preciso asumir que el neoliberalismo es un proyecto global de reorganización de la sociedad.

McGregor (2001) indica que es importante que el término de neoliberalismo sea definido y que las implicaciones que hay detrás de este concepto sean explicadas y argumenta que el neoliberalismo comprende dos nociones- “neo” significa nuevo y “liberalismo” significa libertad de la intervención gubernamental. El liberalismo viene desde el trabajo de Adam Smith quien en la mitad de 1770 sugirió un papel mínimo del gobierno en materia de economía. El pensamiento de la economía liberal se mantuvo alrededor de 200 años y fue temporalmente reemplazada en 1930 por la economía Keynesiana, la cual dio lugar a la intervención del gobierno. En 1970, el liberalismo o el clamor por la desregulación, privatización y la no intervención gubernamental en la economía de mercado dio como resultado el resurgimiento de un liberalismo renovado o neoliberalismo (McGregor, 2001:83). El autor puntualiza que el neoliberalismo comprende tres principios: individualismo, libre mercado (a través de la privatización y desregularización) y descentralización (McGregor, 2001:82). Una de las suposiciones básicas del neoliberalismo es que el ser humano siempre actuará en bien de él mismo. Lo que hace, lo que necesita tener, no concierne a otros o al medio ambiente. De esta manera el neoliberalismo elimina el concepto de bien público, comunitario y lo reemplaza con la responsabilidad individual y familiar (McGregor, 2001:84). El libre mercado se expresa a través de la privatización y la desregulación: para asegurar un crecimiento sostenido, innovación, competitividad y libre comercio. El mayor objetivo de

los neoliberalistas es la desregulación<sup>1</sup> y privatización de todas las empresas públicas y estatales (esto comprende instituciones de educación, salud, radio, televisión e infraestructuras públicas tales como caminos, transporte público, aerolíneas y ferrocarriles) (McGregor, 2001:85). En cuanto a la descentralización el autor comenta que es definida como la transferencia del poder de planeación y responsabilidad de sistemas de un nivel de gobierno a otro (McGregor, 2001:85).

Por su parte Laurell (1994) menciona que en la era de la estabilización macroeconómica, la comunidad financiera internacional ha sido un factor determinante en el diseño de la reforma del Estado. Se desplazó el razonamiento en torno a la salud como responsabilidad del Estado hacia consideraciones estrictamente de orden financiero y de administración. Desde esta posición, lo único importante es la reorganización de las instituciones para que actúen eficientemente y mantengan una adecuada relación costo-beneficio. En esta dirección la autora indica que la política de salud propuesta por el Banco Mundial ubica a la salud principalmente en el ámbito privado y sólo bajo ciertas condiciones como tarea pública. La autora argumenta que la propuesta del Banco Mundial está basada en la idea neoliberal de que los servicios médicos son bienes privados, dado que son apropiados por los individuos y en cantidades variables.

Valencia *et al.*, (2000), plantean que la política social en América Latina ha pasado de un modelo tradicional universalista limitado o fragmentado hacia uno más acorde con las liberaciones económicas, con predominio de las tendencias focalizadoras. Considera que en el caso mexicano se da una política social en transición con acento en los elementos focalizadores (o métodos “directos” de combate a la pobreza) y de subsidios a la demanda, con el abandono del modelo de salarización parcial (o métodos

---

<sup>1</sup> La desregulación comprende *a)* la remoción de fragmentos de leyes para liberar un servicio público o *b)* la reelaboración de leyes en la cual se brinde mayor poder al sector privado.

“indirectos” de combate a la pobreza), aunque todavía con algunas características limitadas de subsidios a la oferta y de un sistema fragmentado de seguridad social y en transición también hacia la incorporación de prácticas de mercado.

Respecto a la situación del estado de bienestar en México, López y Blanco (1993) comentan que en el marco del proyecto neoliberal, el Estado de bienestar se desmantela, se abandona paulatinamente el quehacer estatal para garantizar los derechos sociales asentados en la Constitución Mexicana y se transita hacia una política social de “neobeneficiencia”, caracterizado por: a) la drástica disminución del gasto social, b) el “combate a la pobreza extrema”, c) la focalización de los recursos en zonas de importancia económica o política, d) la descentralización autoritaria, e) la reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos para los grupos más depauperados y f) el fomento de las formas “rentables” de producción de servicios. En esta lógica, se desplaza la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, vivienda, empleo, etc.) y se plantea el desmantelamiento de la vertiente “de bienestar” (restringida y excluyente) que el Estado Mexicano había desarrollado en las cuatro décadas anteriores.

Con este contexto, la política sanitaria contemplada como política social es modelada por la disminución del presupuesto destinado al sector salud, la descentralización vertical y sin recursos, la privatización selectiva de la producción de servicios médicos, el traslado del costo de los servicios a los usuarios, la atención focalizada, el fomento del autocuidado y la insistencia en la culpabilidad individual en la generación de la enfermedad (López, 1992). Lo anterior condujo a que la política de salud se redefiniera y que en 1983 se explicitara una propuesta modernizadora para reorganizar al sector salud. Para este fin, se eligieron cinco estrategias: 1) la modernización administrativa 2) sectorización; 3) coordinación intersectorial;

4) descentralización y 5) participación comunitaria. Estas estrategias tienen como propósito la conformación de un sistema nacional de salud, para incrementar la eficiencia de los servicios y racionalizar los recursos (López, 1992).

López y Blanco (1993) consideran que tres procesos son fundamentales para develar la lógica neoliberal en la “cuestión sanitaria”: la descentralización autoritaria y sin recursos; la disminución del gasto en salud, aparejada a la recomposición del gasto sectorial y programático y la privatización de diversas áreas del sector anteriormente reguladas por el Estado. La contradicción entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de legitimación del Estado Mexicano, responsable aún de gran parte de la prestación de servicios de salud, conducen a una propuesta eficientista y modernizadora para reorganizar al sector salud. Para este fin, se eligieron las cinco estrategias ya citadas anteriormente.

### **1.3. El Sistema Nacional de Salud**

Tamez y Molina (2000) comentan que el papel del Estado y sus instituciones es garantizar los derechos sociales, esto está contenido en la Constitución de 1917. Aunque en el Artículo 3 sobre el derecho a la educación y en el Artículo 123 sobre el derecho a la protección a la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4 se aplica a toda la población, el acceso a los beneficios sociales depende en gran parte del individuo en el mercado de trabajo. Esto es particularmente para el caso del acceso a los servicios de salud, porque la población es dividida en dos grupos: aquéllos que son asegurados en virtud de ser empleados en el sector formal, y aquéllos que no son asegurados que trabajan por cuenta propia o trabajan en el sector informal. El origen de esta situación se remonta los 50 cuando fueron fundados en acuerdo con los grupos más poderosos, como el ejército, el servicio público y algunos sectores de la clase trabajadora. En el mismo artículo los autores señalan que se puede considerar en general, que la política de salud

de 1917 y hasta finales de los años 70 ha respondido a las necesidades del “pacto” corporativo. Bajo este pacto, los mecanismos institucionales para proporcionar beneficios sociales han servido como un medio eficaz para encauzar las demandas de ciertas secciones de la mano de obra, pero al mismo tiempo, para atraerlos a los propósitos del gobierno. El resultado de este proceso fue la aparición y la consolidación de un fragmentado sistema de asistencia pública que no cubrió a toda la población. Sin embargo, mejoró la vida de algunos trabajadores y de otros segmentos de la población, donde el fondo del sistema del seguro social creció a una proporción anual del 10% entre 1960 y 1970. Con relación a la fragmentación del Sistema Nacional de Salud, en el Programa de Reforma del Sector Salud se cita que el modelo de salud en México surgió de manera un tanto casual, segmentada y acumulativa. Si bien existieron diversos intentos por establecer una línea rectora, éstas no lograron sus objetivos de poder coordinar su funcionamiento y evolución (Poder Ejecutivo Federal, 1996).

### **Estructura del sistema de salud.**

En el Artículo 5 y 6 de la Ley General de Salud se indica que el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud. El Sistema Nacional de Salud tiene una serie de objetivos dentro de los cuales está el de proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos, atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas (Ley General de Salud, 1994).

Gómez (1999) en su artículo señala que el Sistema Mexicano de Salud está constituido por tres componentes. El primero incluye a las diversas organizaciones gubernamentales que prestan servicios a la población no asegurada, alrededor del 40% del total de la población –fundamentalmente los pobres del campo y la ciudad. La institución más importante en este sentido es la Secretaría de Salud (SSA). El segundo componente es el sistema de seguridad social, que se encarga de prestar atención a cerca del 50% de la población. Este componente lo constituye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía, y diversas organizaciones para los empleados públicos de nivel federal o local, las fuerzas armadas y los empleados de la empresa nacional de petróleo. Además el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado que protege a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos. El tercer componente del sistema es el sector privado y lo compone una gran diversidad de prestadores que trabajan sobre bases lucrativas en hospitales, clínicas ambulatorias, consultorios y unidades de medicina tradicional (Gómez, 1999:6).

Tamez y Molina indican que en la actualidad, el sistema del Seguro Social cubre apenas el 50% de la población (Secretaría de Salubridad y Asistencia 1996) e incluye a los obreros formalmente empleados, los miembros de cooperativas de producción, y varios grupos de hacendados y los trabajadores agrícolas (Tamez y Molina, 2000:3). El resto de la población que no se cubre a través del seguro social se cubre por la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA, departamento de salud). Esta población es un mosaico completo, porque incluye a las personas de todos los estratos de la sociedad, desde profesionales por cuenta propia hasta trabajadores rurales pobres y los grupos de indígenas (Tamez y Molina, 2000:3). La atención privada de la salud se ha desarrollado

al margen de las políticas oficiales y representa el 50% del gasto total en la salud. El sector privado posee aproximadamente el 30% de camas del hospital, emplea al 34% de médicos y otorga aproximadamente el 32% de la consulta médica. La atención médica privada es muy importante entre la población con menos recursos, cubriendo la medicina privada el 41% de todos los encuentros médicos. Los fondos de seguro médico privado, sin embargo, son muy limitados (2%). Todavía hay aproximadamente 10 millones de habitantes en el país sin acceso a servicios de salud a pesar de esta amplia gama de servicios formales de salud (Tamez y Molina, 2000:3).

Gómez (1999), señala que los recursos de las instituciones públicas provienen de tres fuentes básicas. Las agencias para la población no asegurada están financiadas casi por completo con recursos del presupuesto federal. La seguridad social para los empleados del gobierno, las fuerzas armadas y otros grupos relacionados con el gobierno se financian a través de contribuciones de los empleados y un subsidio federal. Finalmente, la agencia para los trabajadores del sector privado obtiene sus recursos de contribuciones de empleados y empleadores, y un subsidio federal. Por lo que se refiere al sector privado, una gran proporción de los pagos proviene directamente del bolsillo de los consumidores, aunque existe una pequeña pero creciente proporción de seguros médicos voluntarios. En 1994, México gastó el 4.7% de su PIB en atención a la salud. Poco más de la mitad de esos recursos fueron públicos (2.6%) y el resto privados (2.1). El gasto per capita alcanzó los 219 dólares (Gómez, 1999:6).

López (1992) comenta que a pesar de ser una propuesta viable para reordenar el sector, el Sistema Nacional de Salud se debate entre los límites impuestos por el proyecto neoliberal (disminución del gasto social, apertura de nuevos espacios para la acumulación de capital, privatización selectiva, desregulación) y los procesos de legitimación y construcción de hegemonía (derecho ciudadano a la protección de la

salud, atención a grupos más desprotegidos, universalización de la cobertura de los servicios de salud, aumento de la calidad de la atención, etc.) Así los planteamientos iniciales sobre la protección a la salud como derecho de todos los mexicanos se desvirtúa al prevalecer los componentes neoliberales de la política social en la conformación del sistema nacional de salud.

Debido a lo anterior, algunos autores han clasificado el sistema de salud mexicano como un modelo “segmentado”. En este sentido Londoño y Frenk (1997) argumentan que éste es el modelo más común en América Latina. Su estructura puede describirse de manera simplificada mediante la matriz que se muestra en la figura 1. Como se aprecia en la figura, el modelo segmentado segrega a los diferentes grupos sociales en sus nichos institucionales respectivos. Los autores comentan que de hecho, este modelo puede describirse como un sistema de integración vertical con segregación horizontal. Cada segmento institucional –el ministerio de salud, las instituciones de seguridad social y el sector privado–desempeña las funciones de modulación, financiamiento, articulación (cuando existe) y prestación de servicios, pero cada uno lo hace para un grupo específico (Londoño y Frenk, 1997:14).

**Figura 1**  
**Diseño actual del modelo segmentado**

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES		
	Con capacidad de pago		Pobres
	Con seguro social	Con seguro No asegurados privado	
Modulación	↓	↓	↓
Financiamiento	↓	↓	↓
Articulación	↓	↓	↓
Prestación	↓	↓	↓

Tal configuración del sistema de salud presenta muchos problemas. Primero, genera duplicación de funciones y desperdicio de recursos, especialmente en los servicios de alta tecnología. Segundo, generalmente conduce a diferenciales importantes de calidad entre los diversos segmentos. En particular, los servicios que se encuentran reservados para los pobres adolecen de una escasez crónica de recursos. Tercero, la segmentación implica de hecho la coexistencia de los dos modelos polares, por lo que se combinan las desventajas de ambos (Londoño y Frenk, 1997:14).

Tamez y Molina indican que en este modelo se estructura según dos dimensiones fundamentales - los grupos sociales y funciones (Frenk *et al.*, 1994). Con respecto a los grupos sociales, hay una distinción clara entre los pobres y los que tienen la capacidad de pagar. El grupo con capacidad de pago se subdivide de nuevo en trabajadores del sector formal y sus familias, y los trabajadores por cuenta propia (principalmente urbanos) y personas de clase alta que no son cubiertas por el Seguro Social. Estos últimos normalmente asisten al sector privado a través de pago efectivo o esquemas de prepago el cual se está utilizando cada vez más en el sistema del contrato voluntario. Finalmente se encuentran el grupo de población pobre, rural y urbano, que queda excluido del Seguro Social porque ellos no trabajan dentro de la economía formal (Tamez y Molina, 2000:4).

Londoño y Frenk argumentan que el problema más importante que presenta el diseño del modelo segmentado es que no refleja el comportamiento real de la población. De hecho, la gente no necesariamente respeta las divisiones artificiales entre los tres segmentos. En efecto, existe un traslape considerable de la demanda, en el que una elevada proporción de los beneficiarios de la seguridad social utiliza los servicios que ofrece el sector privado o el ministerio de salud (Londoño y Frenk, 1997:14). Comentan que en este contexto de innovación, son varias las iniciativas de reforma que se han

propuesto o se han llevado a la práctica como una opción que busca minimizar las desventajas y optimizar las ventajas de los otros modelos, de forma que se alcance un equilibrio óptimo entre equidad, eficiencia y calidad. Si bien las propuestas y experiencias en marcha presentan diferencias importantes entre sí, el término “pluralismo estructurado” capta muy bien el espíritu de este modelo emergente (Londoño y Frenk, 1997:16). Según Londoño y Frenk el concepto de “pluralismo estructurado” intenta expresar la búsqueda de un punto medio entre los arreglos polares que tanto han dañado el funcionamiento de los sistemas de salud. “Pluralismo” evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado. “Estructurado” evita los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado (Londoño y Frenk, 1997:16). Con frecuencia, el dilema real no radica en el hecho de que los servicios sean públicos o privados, sino en quién tenga la soberanía, el proveedor, el asegurador o el consumidor. El pluralismo estructurado alienta una distribución más equilibrada de poder que cualquiera de los modelos polares. Como lo muestra la figura 2, la propuesta consiste en invertir el sentido de la matriz. En lugar de la actual integración vertical con segregación de los grupos sociales, la población estaría integrada de manera horizontal y la asignación de funciones sería explícita y especializada. En otras palabras, el sistema de salud ya no estaría organizado por grupos sociales, sino por funciones.

En suma, el reto del pluralismo estructurado es incrementar las opciones para los consumidores y los proveedores, y contar al mismo tiempo con reglas del juego explícitas que minimicen los conflictos potenciales entre equidad y eficiencia. El aumento de las opciones para los consumidores se vería acompañado por una extensión del prepago dentro de un contexto de finanzas públicas para poder asegurar y redistribuir los recursos. El aumento de las opciones para los proveedores se vería acompañado por su

integración en redes eficientes que estarían claramente articuladas y moduladas (Londoño y Frenk, 1997:17).

**Figura 2**  
**Diseño propuesto de pluralismo estructurado**

FUNCIONES	GRUPOS SOCIALES			
	Con capacidad de pago		Pobres	
	Con seguro social	Con seguro No asegurados privado		
Modulación		→		Ministerio de salud
Financiamiento		→		Seguridad social ampliada
Articulación		→		Competencia estructurada
Prestación		→		Pluralismo

En resumen, el sistema de salud ofrece una cobertura incompleta, estratificación por grupo de población, centralización excesiva, así como problemas serios de duplicación, una deficiente calidad, e ineficacia. Esta problemática se ha utilizado desde principios de los 80 hasta en la actualidad en los argumentos oficiales para justificar la necesidad de la reforma del sector de salud (Tamez y Molina, 2000:3).

### **La reforma al sector salud.**

Dentro del contexto de la globalización, las reformas a los sistemas están ocurriendo alrededor del mundo. El neoliberalismo trajo consigo el fenómeno de la globalización y la reforma del sector salud es un fenómeno de la globalización.

La naturaleza de la reforma en general se refiere al “paquete de reforma del sector salud” que actualmente se discute y es promovido en una amplia gama de países, que se encuentra fuertemente ligado a los cambios financieros u organizacionales y que incluye un complejo arreglo de sub-componentes (Gilson, 1999:5). Un factor crítico que

influye en los componentes específicos del paquete de reforma son los valores que guían a los reformadores y los objetivos que la reforma persigue, los cuales se encuentran generalmente incorporados en el sistema político subyacente. En general, el enfoque de reforma dominante que es orientado a los servicios de salud, tiene su origen en una perspectiva eficientista (Gilson, 1999:5).

Las recientes reestructuraciones en servicios de salud llamados reforma de los servicios de salud, implican diferentes mecanismos predominantemente del libre mercado. Las políticas locales de reforma, incluyendo la reforma al sistema de salud, están obligadas a tomar en cuenta factores globales que intervienen en su diseño e implementación. Uno de estos factores es el pensamiento neoliberal delineado en la globalización del siglo XXI. Esta poderosa ideología ha persuadido a parlamentos y congresos de estados que son ineficientes y que el mercado privado tiene un mayor costo/efectividad y consumidores amistosos. El resultado ha provocado cortes en el presupuesto social, incluyendo la atención a la salud. La agenda neoliberal de la reforma a la atención a la salud incluye reducción del gasto por eficiencia, descentralización local o regional a partir del nivel nacional y la atención a la salud como un bien privado a la venta, en lugar de un bien público pagado con impuestos (McGregor, 2001:83).

Como muchos otros países de Latinoamérica, el Sistema Nacional de Salud en México ha experimentado considerables cambios en las últimas dos décadas. Las razones de este cambio ha sido tanto interno como externo y de índole económica. A principios de los 80 la caída de los precios del petróleo, el consecuente decremento de la inversión extranjera y el aumento en las tasas de interés hicieron imposible para México continuar manteniendo la deuda nacional. Esta crisis se reflejó en un deterioro general de los indicadores de crecimiento económico. Desde 1995 se ha tenido un poco de mejoría en la economía, aunque el efecto de 15 años de continua recesión económica ha erosionado

decisivamente el “contrato social” (Tamez y Molina, 2000:1). Los autores identificaron dos periodos clave que pueden ser los precursores de la reforma del sector salud. El primer periodo inició en 1983 con las adiciones y enmiendas al Artículo 4 constitucional elevando la salud como un derecho constitucional. El segundo periodo inició en 1995 con las modificaciones a la Ley del Seguro Social y la adopción del Programa de Reformas del Sector Salud 1995-2000 (Tamez y Molina, 2000:2).

Abrantes y Almeida señalan que es en 1983 cuando arranca un proceso de reconfiguración de la base institucional del sector salud en México que todavía está en curso. Esa reconfiguración hacia un nuevo modelo institucional-organizacional fue concomitante a la aceptación por parte del gobierno mexicano, de la agenda de ajuste estructural capitaneada por los organismos financieros internacionales que, entre otras cosas, pretendía disminuir el papel del Estado en la conducción del desarrollo económico y social. El resultado fue la puesta en práctica de la propuesta conocida como “Reforma Estructural”. Dicha propuesta buscaba mejorar el acceso a los servicios de salud y racionalizar recursos a través de la integración de las instituciones de seguridad social con las de la SSA, bajo la coordinación de esta última, constituyendo un Sistema Nacional de Salud descentralizado, ágil y que contara con la participación de los diferentes niveles de gobierno y de prestadores de servicios de salud públicos, privados y sociales (Abrantes y Almeida, 2002).

Desde el punto de vista gubernamental, la reforma del sector implica cambios tanto en el sistema de seguridad social como en la SSA. La propuesta básica consiste en reorganizar el sistema por funciones. Desde esta perspectiva, la SSA tendría a su cargo la coordinación, el monitoreo y la regulación del sistema (incluyendo a la regulación de la seguridad social y las instituciones privadas). Por su parte, las agencias de la seguridad social y los aseguradores privados se encargarían del financiamiento de las actividades

de atención a la salud. Finalmente, una multiplicidad de prestadores públicos y privados serían los responsables de la prestación de los servicios personales de salud (Gómez, 1999:6).

Según lo descrito en el programa de reforma del sector salud, un cambio en la organización del sistema nacional de salud permitiría introducir incentivos a la calidad y la eficiencia en beneficio de los usuarios, ampliar la cobertura de la seguridad social, dar más peso a las entidades federativas en la administración de los recursos para la salud y lograr una mayor equidad a través de instrumentos claros de ampliación de la cobertura a quienes hoy no reciben servicios básicos. En el programa se indica que en el largo plazo, esta nueva organización del modelo de sistema de salud en México permitirá reordenar las funciones de cada uno de los actores que en él se desempeñan. Así, la Secretaría de Salud se concentrará en el papel rector y normativo del sector salud. Las instituciones de seguridad social, en tanto tiendan hacia el fortalecimiento de la elección estarán separando la función recaudadora y de financiamiento de la función de provisión de servicios. La integración y descentralización de los servicios de atención a población abierta y la ampliación de estos servicios a través de un paquete básico, permitirá elevar la eficiencia y focalizar de manera más decidida los esfuerzos de combate a la pobreza. Esta reforma impulsa así al sector salud de México hacia los esquemas de organización más eficientes y equitativos que se están desarrollando en otras partes del mundo, en beneficio de los usuarios y los contribuyentes (Poder Ejecutivo Federal, 1996).

### **La otra visión de las reformas al sector salud.**

Díaz y Maingon (1999) indican que la mayoría de los conceptos con relación a la reforma del sector salud (eficiencia, eficacia, costo/beneficio, libre elección, descentralización, etc.) no están substraídos con el contexto en el que se aplican. La actual reforma del sector se inscribe en el interior de la recesión mundial, en el dominio del sistema

económico mundial, en un creciente endeudamiento interno y externo de los países, etc., todo lo cual ha implicado cambios profundos en el papel del Estado, la exigencia de contracción del gasto público y el control de la expansión monetaria. La frecuente identificación del Estado como causante de la crisis debido a su ineficiencia en el manejo de las empresas productivas y de servicios, así como por los crecientes gastos sociales y la exigencia de su reforma encubre la necesidad del capital de controlar las áreas de producción y servicios que estaban en manos del Estado. En general, existe la tendencia a identificar el proceso de la reforma con la agenda que las agencias multilaterales elaboraron con el propósito de encuadrar su ejecución dentro de la lógica de los programas de ajuste macroeconómico .

Laurell (1997 y 1994) argumenta que la concepción del Banco Mundial referente al sector salud es que el individuo y el grupo familiar deben adoptar una conducta saludable y resolver sus problemas de salud adquiriendo los servicios médicos en el mercado, por lo tanto, esta noción es incompatible con el derecho a la salud, que significa que toda persona, por el sólo hecho de serlo, tiene derecho a la satisfacción de sus necesidades de salud y, en consecuencia, que la sociedad garantice este derecho destinando los recursos requeridos e instrumentando las acciones públicas correspondientes.

En este orden de ideas, la salud deja de tener un carácter de derecho universal de cuyo cumplimiento el Estado es responsable, para convertirse en un bien de mercado que los individuos deben adquirir. La salud deja de ser un bien público para convertirse en un bien privado y como lo indica Laurell (2001), el programa de reforma del sector salud, presentado en 1996, abandona la estrategia de seguridad social y la sustituye por una política dual de mercantilización y de servicios mínimos para los pobres. Con ello se introduce al sector privado como un actor clave en la salud. Esto marca el inicio del fin

del intento de concretar el derecho universal a la protección a la salud, no obstante que el derecho a la protección a la salud como el derecho a la seguridad social tienen estatuto de prerrogativas sociales constitucionales en México. Estos derechos están inscritos en la Carta Magna, lo que significa que son aspiraciones y valores sociales compartidos y prioritarios (*Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1994*).

Bajo todo este contexto Laurell (1999) discute que es difícil sostener que las transformaciones del sector salud que se están impulsando con las actuales reformas obedezcan a simples motivos técnicos pragmáticos. Comenta que es discernible que se inscriban en un cambio en el régimen de política social que forma parte de la reforma del Estado y que se está ante un proyecto ideológico cuyo correlato es un nuevo orden económico denominado “la globalización”.

Abrantes y Almeida (2002) desarrollan toda una descripción con relación a los antecedentes de la reforma del sector salud en México y señala que en respuesta al contexto de cambio económico-político que emergió con el gobierno De la Madrid (1982-1988), un grupo de médicos-sanitaristas, propusieron una Nueva Salud Pública en oposición a las concepciones existentes en práctica tanto en las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector como en las de asistencia (Abrantes y Almeida, 2002:981). Dicho grupo encabezó simultáneamente la creación de una organización estratégica, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD creada en 1985) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), vinculado a la Secretaría de Salud. Las autoras comentan que algunos jóvenes médicos especialistas en salud pública creían que México necesitaba un sistema de salud moderno, ágil, menos politizado y estatizado, con una ciudadanía más responsable con relación a su salud y con una mayor participación del sector privado. De acuerdo con ellos, era urgente introducir cambios en el proceso de decisiones para incrementar la calidad, el acceso, la equidad, y la libre elección de

servicios por parte del consumidor. Estaban dispuestos a revertir la tendencia que favorecía los intereses corporativos en nombre de la libre competencia y a garantizar un uso más racional y efectivo de los recursos (Abrantes y Almeida, 2002:981). Eso se tornó posible con la creación, en 1993, de una nueva sección de FUNSALUD, llamada “Economía y Salud”, concebida como un “centro de estudios y de opinión del sector privado”. El nuevo organismo fue puesto bajo la dirección del doctor Julio Frenk, recién llegado de estancias de formación e investigación en la Universidad de Harvard (Estados Unidos), donde había convivido con los autores del Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Como desdoblamiento, Economía y Salud promovió la formación de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud, en 1992 (Abrantes y Almeida, 2002:984).

El grupo de nuevos especialistas influyeron en la propuesta que orientó el *Programa de Reforma para el Sector Salud* (Poder Ejecutivo Federal, 1996) del presidente entrante, presentado en 1996, que proponía en palabras de Laurell, “el abandono de la estrategia (previa) de la seguridad social y su sustitución por una política que combinaba prioridad al mercado privado de servicios de salud y mecanismos de alivio de la pobreza” (Abrantes y Almeida, 2002:985). El modelo teórico de reorganización de sistemas de salud llamado “Pluralismo Estructurado” constituyó el punto de apoyo para la formulación de ese programa de reforma, y su elaboración fue resultado de un trabajo colectivo de especialistas, en colaboración con el Banco Mundial, del cual participó el Dr. Julio Frenk (Abrantes y Almeida, 2002:985).

A su vez, la victoria del presidente Vicente Fox en 2000, candidato del Partido Acción Nacional (PAN), conocido por sus posiciones de centro-derecha, al nombrar al Dr. Julio Frenk como Secretario de Salud, consolida una tendencia inaugurada en 1982 en el ámbito del ejecutivo nacional, de pérdida de fuerza de la visión de la salud como un derecho social garantizado por el Estado a una basada en el poder de compra del

“consumidor”. En la sociedad de la eficiencia, que se fundamentaba en el uso de la investigación científica para producir informaciones y nuevos indicadores para orientar la toma de decisión y así solucionar la demanda reprimida, la nueva salud pública tomaba el lugar de los actores sociales, desplazando la respuesta del Estado del ámbito político para el técnico (Abrantes y Almeida, 2002:986).

#### **1.4. La organización del sector salud en el estado de Chihuahua.**

El estado de Chihuahua tiene la mayor extensión territorial del país, casi el 10% del territorio nacional y sus habitantes solamente representan el 3.1%, es decir, 3'052,907 de 97,483,412 millones. La ciudad de Chihuahua tiene 657,876 habitantes, donde la población femenina representa el 51.52% (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática –INEGI–, 2000).

En lo que se refiere a la cobertura formal del sector salud, el Programa Estatal de Salud (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2002) señala que aun cuando en la actualidad no se cuenta con una medición precisa de la cobertura poblacional de las instituciones médicas en el estado, los Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH) han calculado que la Seguridad Social cubre a la mayoría de los chihuahuenses (53.4%), correspondiendo al IMSS una gran parte (44.8%), seguido por el ISSSTE (4.9%) y Pensiones Civiles (3%), mientras que el 43.5% de la población no derechohabiente de la seguridad social o abierta se reparte entre los SSCH (28.6%), el Instituto Chihuahuense de Salud o ICHISAL (10%) e IMSS Solidaridad (4.9%) y el 3.1% restante, o sea, 96 572 habitantes, no tienen acceso a la atención médica institucional. Con relación a este último dato el documento no señala las causas por las que no está cubierta esta población por ninguna institución.

En cuanto a los servicios de salud en el estado, el mismo documento señala que los recursos para la salud existentes son menores que el promedio nacional; ya sean

físicos (consultorios, camas hospitalarias) o humanos (médicos, enfermeras). El sector privado posee una amplia infraestructura para la salud (44% de los 102 hospitales, 31% de los laboratorios clínicos, 35% de los gabinetes radiológicos) y de recursos humanos (10% de los médicos, 16% de enfermeras). En el Sector Público predominan las instituciones de Seguridad Social (el IMSS, fundamentalmente): con dos tercios (63.2%) de los consultorios, la cuarta parte de los hospitales y los más grandes (50% de camas), casi la mitad de los auxiliares para diagnóstico (laboratorios y rayos X), un tercio (33%) de los quirófanos y de la mitad a dos tercios del personal de salud. Por su parte, el subsector para la población abierta cuenta con un tercio de los consultorios, 13% de los hospitales, 28% de laboratorios, 13% de gabinetes radiológicos, 26% de camas censables, 17% de quirófanos y la cuarta parte de los recursos humanos.

Con relación a la atención del parto, cabe mencionar que el IMSS atiende la mayor parte de ellos en la ciudad de Chihuahua. Para el año del 2001 hasta el mes de octubre se atendieron 6, 547 partos (Mayorga, 2001).

#### **DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE RECURSOS PARA LA SALUD 1997**

INSTITUCION	MEDICOS		CAMAS CENSABLES	
	No	%	No	%
Seguridad Social	2,135	62.5	1,480	50
IMSS	1,659	48.5	1,071	36
ISSSTE	368	10.8	192	6.4
PCE	82	2.4	172	5.8
SDN	26	0.8	45	1.5
Asistencia Social	939	27.4	779	26.2
SSCH	514	15	214	7.2
ICHISAL	229	6.7	488	16.4
IMSS SOLIDARIDAD	196	5.7	77	2.6
Subsector Público	3,074	89.9	2,259	76
Subsector Privado	344	10.1	717	24.1
TOTAL	3,418	100	2,976	100

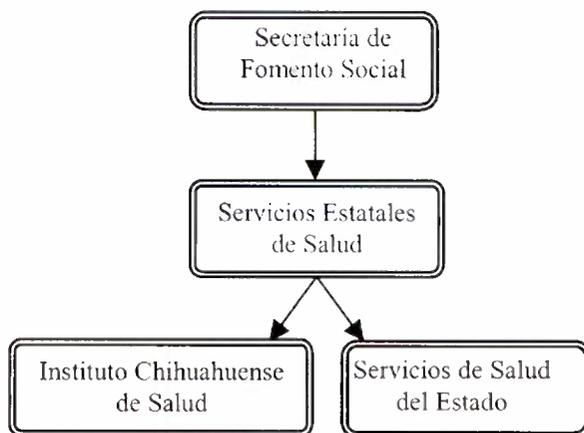
Según las apreciaciones de algunos funcionarios del sector salud, en el estado no se puede considerar de facto, un sistema de salud; en todo caso se limita solamente a ser un conjunto de instituciones que proporcionan servicios, aunque comentan que hay

cierta articulación de las diversas instituciones al confluir en el subcomité de salud del COPLADE.

A través del Comité de Planeación para el Desarrollo del Estado (COPLADE) el Subcomité de Salud es el encargado de coordinar e integrar las políticas, estrategias y acciones de las dependencias y organismos de los tres órdenes de gobierno y de las organizaciones de tipo social y privado. El Subcomité de Salud se coordina con el resto de los Subcomités del COPLADE a fin de articular, integrar normas y evaluar la instrumentación de las políticas y estrategias correspondientes. Su función es preservar la salud de los habitantes del estado. Entre sus objetivos están fomentar una cultura de salud; abatir los índices de mortalidad y morbilidad; aumentar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios; y mejorar los niveles de nutrición y salud de la etnias, sobre todo en población infantil.

Los Servicios Estatales de Salud (SES) están conformados por la Secretaría de Fomento Social (entidad normativa), el Instituto Chihuahuense de Salud (ICHISAL) y los Servicios de Salud de Chihuahua (S.S.CH).

### ***Servicios Estatales de Salud***



La Secretaría de Fomento Social es la dependencia encargada del diseño, ejecución y evaluación de la política social del estado. Para la instrumentación de sus acciones cuenta con dos organismos descentralizados: Servicios de Salud de Chihuahua (SSCH) y el Instituto Chihuahuense de la Salud (ICHISAL), así como un órgano desconcentrado, el Instituto Chihuahuense del Deporte y la Juventud (ICHDeJ). Ejecuta también programas directos de desarrollo social en atención a los grupos vulnerables (<http://www.chihuahua.gob.mx/sfs/>).

El ICHISAL (Gobierno del Estado de Chihuahua, 1987) es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica, competencia y patrimonio propios. Entre sus objetivos se citan: Fundación, sostenimiento, administración, vigilancia y control de hospitales y, en general, de centros de asistencia médica, farmacéutica, quirúrgica y de rehabilitación; el establecimiento de comedores públicos, casas hogar para ancianos, jóvenes y niños; realizar toda clase de actividades de asistencia social. Tiene como misión coadyuvar a mejorar la calidad de vida y el nivel de salud de grupos de población vulnerables que carecen de acceso a los servicios de salud (promover la equidad).

Los Servicios de Salud del Estado (Gobierno del Estado de Chihuahua, 2001) es una institución prestadora de servicios de atención médica a población abierta, descentralizada mediante el acuerdo asignado por el gobierno federal y estatal y registrado en el Diario Oficial de la Federación en Septiembre de 1997 y con un compromiso institucional de cumplir con la política nacional y estatal estipulada en el Programa Estatal de Desarrollo 1998-2004. Tiene facultades otorgadas por la Secretaría de Fomento Social para coordinar al sector salud en el estado en programas de su interés, para cumplir con la responsabilidad que impone el derecho a la protección de la salud. Sus objetivos son: proporcionar a la población abierta servicios médicos y preventivos prioritarios que implican daños y padecimientos, especialmente en los

grupos de edad vulnerables, en la comunidad y en el ambiente, y determinar acciones de ampliación de cobertura en las áreas de marginación geográfica y cultural, mediante una amplia coordinación institucional, interinstitucional e intersectorial para lograr que los programas impacten positivamente en la población y lograr vencer los retos demográficos y epidemiológicos que están presentes en el Estado y sostener los logros hasta ahora alcanzados.

Al parecer el sistema de salud en el estado de Chihuahua tiene un enfoque de inventario, que según Frenk (Londoño y Frenk, 1997) se refiere a un conjunto de elementos que se encuentran más o menos vinculados por una función común, sin que se especifique la índole de sus interrelaciones. Así, es común que el *sistema de salud* se defina como una mera lista de las diversas organizaciones o personas que participan en la producción de servicios, sin que se requiera que tales componentes se encuentren coordinados o integrados. Por lo tanto, un sistema no es cualquier conjunto de elementos sino un conjunto cuya esencia es que el todo resulta mayor que la suma de las partes (ilce/ites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/TOC.HTM).

Dada la anterior descripción de las diferentes ofertas de servicios de salud en el estado, se podría configurar el “Sistema Estatal de Salud” de esta manera:



## **1.5. Salud y Mujer.**

En las primeras dos secciones expuestas anteriormente, se delinearon los rasgos de la interacción del neoliberalismo y la globalización en los sistema de salud, dibujando un entramado muy complejo de interrelación. Ahora se tocarán algunos elementos que intervienen en el otorgamiento de la atención de la salud a la mujer a fin de observar que en efecto el contexto mundial afecta a las más desprotegidas, en este caso, a las mujeres. Fue a partir de la respuesta social organizada que la comunidad internacional prestó atención a la mujer como sujeto de derechos. En palabras de Ortiz (1999) "...cabe destacar que si el siglo veinte ha visto evolucionar el concepto de lo humano dentro del campo de los derechos humanos ha sido gracias a la presencia constante de los movimientos sociales que en su plataforma hacen alusión no sólo a la materialidad concreta de los seres humanos como tales, sino a su potencial de desarrollo" (Ortiz, 1999:36). De esta manera, como productos de estos movimientos fue que se desarrollaron documentos base para la elaboración de recomendaciones y programas dirigidos a la mujer, abriendo de esta manera uno de los campos más fértiles para la aplicación de los derechos de la mujer como parte fundamental de los derechos humanos.

En esta sección se retomaran de manera sucinta los acuerdos internacionales, básicamente las conferencias de El Cairo y Beijing, su relación con el derecho y su articulación con la salud sexual y reproductiva. Cada uno de estos elementos por su importancia y complejidad constituyen por sí mismos amplios temas investigación. La intención de retomarlos en esta tesis es sólo con el propósito de enmarcar los derechos de la mujer dentro del ámbito de la salud sexual y reproductiva.

## **Conferencias internacionales.**

Los derechos humanos son definidos en convenciones o tratados internacionales, por lo cual tienen un estatus internacional como lo son la convención para la eliminación de todas formas de discriminación hacia la mujer y los derechos de los niños (entre otros). Tanto los documentos de la Conferencia de El Cairo como la de Beijing afirman que la salud reproductiva y la salud sexual son parte fundamental de los derechos humanos.

Jay señala que en los últimos 25 años los/as defensores/as de los derechos de la mujer vienen ocupando un lugar central en el teatro global de las conferencias mundiales de la ONU. Asimismo comenta la importancia de este organismo como espacio para exponer apremiantes temas económicos, sociales y políticos a nivel internacional y su rol protagónico en la defensa de los derechos de la mujer. Jay subraya la enorme importancia para el movimiento internacional de mujeres el proceso de organización de la conferencia de la ONU, como se manifiesta en conferencias desde la realizada en 1975 en Ciudad de México para señalar el Año Internacional de la Mujer, hasta la última serie de conferencias “+5” para evaluar los resultados de las conferencias de la década de los 90. Tanto los procedimientos de la conferencia como los delegados han condicionado la organización de los derechos de la mujer ya sea estableciendo una agenda para la discusión global o las reglas según las cuales los representantes no gubernamentales puedan participar. La autora comenta que los partidarios de los derechos humanos de la mujer desarrollaron el marco para que fueran considerados derechos humanos y para asegurar que los temas de la mujer tuvieran un lugar en la agenda de los derechos humanos.

En este sentido, Romero puntualiza que la ONU ha realizado una serie de conferencias internacionales a las cuales ha invitado a las organizaciones de la sociedad civil a participar por primera vez en este tipo de conferencias. Entre estas cabe destacar

la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena, en 1993, la cual resaltó que los derechos de las mujeres y las niñas son parte integral de los derechos humanos y afirmó que las mujeres deben poder disfrutar los más altos niveles de salud mental y física durante su vida; la III Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en El Cairo, Egipto en 1994 y la IV Conferencia Mundial de las Mujeres, en Beijing en 1995 (Romero, 1994:1).

Romero enfatiza que la Conferencia de El Cairo fue un momento decisivo en el debate internacional sobre el tema, pues allí se abandonó la idea de que el crecimiento demográfico es, en sí mismo, la principal causa de la pobreza, la inequidad, las migraciones masivas y otros problemas mundiales y enriqueció el concepto de "población". Los 184 gobiernos ahí reunidos convinieron en que las políticas de población deben centrarse en los derechos más que en las metas demográficas. Se acordó que era necesario ir más allá de la planificación familiar para abordar los problemas de la población y el desarrollo y, especialmente, para mejorar las condiciones de las mujeres. La planificación familiar tenía que proporcionarse en el contexto de la atención a la salud reproductiva, la cual abarca la maternidad sana y sin riesgo, la prevención de las infecciones de transmisión sexual -incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA- y otros factores que contribuyen a minar la salud de la mujer, como la violencia y el tráfico sexual. Se destacó la importancia de la educación y el empoderamiento de las mujeres en estos procesos, como factores imprescindibles para el desarrollo de la sociedad en su conjunto. El Programa de Acción de El Cairo, representa un cambio radical porque coloca en el centro de las políticas de población a las personas y sus derechos humanos inalienables (Romero, 1994:1-2).

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo se celebró en El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994. En esta conferencia se sentaron las

negociaciones para dar forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años (UNFPA, 1994:2). Un elemento fundamental que se trabajó en esta conferencia fue en dar a la mujer las armas necesarias para mejorar su situación y proporcionarle más posibilidades de elección mediante un mayor acceso a los servicios de educación y de salud y el fomento del desarrollo de las aptitudes profesionales y el empleo. En esta conferencia se definió que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales (UNFPA, 1994:2-3,14).

Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres y, particularmente, a la satisfacción

de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable (UNFPA, 1994:14).

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer celebrada en Beijing, China en 1995 se estableció que la mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive. Sin embargo, la salud y el bienestar eluden a la mayoría de las mujeres. Uno de los principales obstáculos al logro del máximo grado posible de salud para las mujeres es la desigualdad, tanto entre hombres y mujeres como entre mujeres de distintas regiones geográficas, clases sociales y grupos étnicos y grupos indígenas. En las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, ni se tiene plenamente en cuenta la falta de autonomía de la mujer respecto de su salud. La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres (UNFPA, 1995:36).

También plantea el documento de esta conferencia que la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en material de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (UNFPA, 1995:37-38).

## **La salud sexual y reproductiva como derecho.**

En consonancia con las declaraciones de las conferencias internacionales citadas anteriormente, Ortiz (1999) comenta que los derechos sexuales y reproductivos, vistos como derechos humanos, no son sólo derechos aspiracionales, sino ejercicios individuales y punta de lanza para la crítica social. Además indica que los derechos humanos, tal y como están recogidos en la Declaración Universal de las Naciones Unidas, logran trascender cualquier proyecto constituyente para colocarse a medio camino entre la promesa ideal y la sobriedad del reglamento (Ortiz, 1999:34-35). Agrega Ortiz comenta que la propuesta de que los derechos sexuales y reproductivos, concebidos como derechos humanos, tienen sustento en la universalidad del ejercicio al derecho de cualquier individuo por su carácter humano, deriva en que la obligación de cada Estado es velar por estos derechos, de tal modo que su reconocimiento no es tanto muestra de modernidad sino de obligatoriedad del Estado hacia la sociedad. Por tanto, son los individuos y sus derechos quienes están en condiciones de guiar el estado de derecho y velar por su cumplimiento (Ortiz, 1999:35).

Cervantes puntualiza que en el caso particular de los derechos reproductivos, todos los individuos, por el simple hecho de haber nacido como seres humanos, tienen el derecho inalienable de decidir libremente sobre su fecundidad y su descendencia. Asimismo, si los individuos nacieron en un país donde estos derechos se protegen jurídicamente, es decir, donde la condición de ciudadanía los convierte en titulares de la traducción de un derecho humano internacional en un derecho constitucional, el Estado nacional tiene la obligación de asegurar que las condiciones sean idóneas para que las decisiones sobre la reproducción se realicen no sólo libre, sino plenamente. Desde esta perspectiva, los ciudadanos del mundo, que además son ciudadanos de estas naciones, resultan ser individuos privilegiados porque legal y moralmente se encuentran

*doblemente* protegidos por un marco internacional y otro nacional. Así, estos ciudadanos tendrían *doblemente* asegurada la existencia de este derecho que pretende salvaguardar irrestrictamente su vida reproductiva (Cervantes, 1999:401).

### **La singularidad del ejercicio del derecho.**

El ejercicio de los derechos de la salud de la mujer no es tan simple como leer los documentos de El Cairo y Cairo+5 o los párrafos pertinentes a los derechos de la salud de la mujer, ni es el sólo hecho que en El Cairo las organizaciones sociales hayan dado su punto de vista sobre los derechos reproductivos y sexuales de la mujer. Interviene de manera importante la interpretación que las personas en la política y salud están dando a estas definiciones y lineamientos de programas. No es la convención internacional o tratado un fin en sí mismo, es sólo un paso de un largo proceso en que las tareas de interpretación y de aplicación son de proporciones gigantescas.

En este sentido, Cervantes (1999) comenta que la institucionalización de las decisiones reproductivas significa que el ejercicio del derecho de decisión sobre la descendencia ha dependido y depende actualmente de lo lógica, la estructura, el proceder y la intencionalidad de las instituciones en que las decisiones reproductivas se concretan, modelan o, incluso, muy frecuentemente, se elaboran y se toman (Cervantes, 1999:375).

También menciona que no todos los individuos de una sociedad tienen la misma posibilidad o están en igualdad de circunstancias para ejercer sus derechos que los definen a todos (formalmente) como iguales. Entre el derecho formal que todo individuo tiene por pertenecer a una sociedad determinada y las posibilidades que se le presentan para ejercerlo, se encuentran los constreñimientos estructurales, sistémicos, ideológicos y simbólicos de esa sociedad (Cervantes, 1999:401-402). Agrega que aún teniendo formalmente los mismos derechos reproductivos, no todos los ciudadanos de una misma

nación podrán ejercerlos de la misma manera o tendrán posibilidad de concretarlos dentro del mismo marco de opciones. Por ejemplo, en relación con el acceso a los servicios médicos, algunos/as podrán escoger la práctica médica privada y especializada de acuerdo con sus recursos y con la cantidad de dinero que estén dispuestos a pagar por ello. Otros/as estarán obligados/as a recurrir a los servicios, subsidiados parcial o totalmente, que sean ofrecidos por instituciones oficiales. Y otros/as más, en cambio, no tendrán acceso a servicio médico alguno (Cervantes, 1999:403).

Figuroa (1999) señala que se asiste cada vez más a una “aparente contradicción” entre el Estado y las instituciones gubernamentales en el espacio de la salud, que con relativa frecuencia violan esos mismos derechos. Esta contradicción se observa en los prestadores de servicios y en la población demandante de los mismos. Los primeros desprofesionalizan y los segundos se autodevalúan, de ese modo, entablan una relación de autoritarismo-sumisión que a la vez que resulta poco benéfica para la salud, reproduce las condiciones de desigualdad existentes (Figuroa, 1999:149).

### **La salud sexual y reproductiva en México.**

Cervantes (1999) señala que en el periodo transcurrido entre los 60 y los 90 en México, las decisiones reproductivas pasaron de ser un asunto propio y exclusivo del campo de lo privado, a ser una preocupación pública y de gobierno (Cervantes, 1999:373).

Paralelamente a la promulgación del Artículo 4 constitucional, el gobierno mexicano tuvo varios pronunciamientos internacionales. Entre éstos encontramos el documento denominado Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres, el Plan de Acción de la Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Situación de la Mujer (1995), estas dos últimas tuvieron lugar en El Cairo y Beijing, respectivamente (Rivas *et al.*, 1999:277).

En México existe una ambigüedad jurídica que ha impedido que la reforma jurídica alcance las normas secundarias, o que sea una guía para generar aquellos mecanismos de implementación que den seguimiento a las reformas, como la contenida en el Artículo 4 Constitucional. Estos impedimentos han sido los siguientes: la subordinación de los servicios de salud a los requerimientos de disminución de la población que impide que los prestadores de servicios se perciban como sujetos de derecho y establezcan a partir de esta percepción una relación de apoyo con los usuarios de los servicios; la fuerte influencia religiosa; la exclusión de los puntos de vista de las mujeres en la formulación de políticas de población que han buscado hacer de las mujeres menos madres, pero sin propiciar un cambio en la posición social de la mujer (Ortiz, 1999:291). Hasta hoy todavía no se puede considerar que exista un respeto pleno a los derechos reproductivos (Ortiz, 1999:293).

Langer y Lozano (1998), comentan que en las mujeres, a parte de los riesgos inherentes a la reproducción se suman la discriminación y falta de acceso a servicios de atención a la salud de buena calidad (Langer y Lozano, 1998). Señalan que al comienzo de la década de los sesenta, al mismo tiempo que se iniciaban los esfuerzos sistemáticos por regular el crecimiento a través de la planificación familiar, se reconoció la necesidad ética y práctica de ofrecer los medios para mejorar la salud de los niños y aumentar sus oportunidades de sobrevivencia. De allí surgieron los términos, conceptos y programas de salud materno-infantil” y “sobrevivencia en la infancia”, aún ampliamente utilizados (Langer y Lozano, 1998). Langer y Lozano declaran que es hasta 1987, que los programas dirigidos a la salud materno-infantil pusieron, por primera vez, especial énfasis en la madre, al impulsar internacionalmente la Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos. El objetivo principal de este programa fue reducir la morbilidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias al uso

de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio. Destacan que la iniciativa es de un gran valor, ya que resalta el problema de la mortalidad materna y reconoce la atención obstétrica universal y de buena calidad, así como la prevención y detección oportuna de complicaciones, como un derecho de todas las mujeres y una obligación de los servicios (Langer y Lozano, 1998). Además señalan que el concepto de “salud reproductiva”, ha sido de creación reciente y que la define la OMS como el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos aquellos aspectos relativos a la reproducción. Actualmente, el concepto se ha ampliado aún más para abarcar a todos aquellos aspectos relacionados con la “salud de la mujer”. Bajo este título se incluyen todos los procesos relacionados con la reproducción, en un sentido amplio, pero se agregan también los problemas propios de la mujer en etapas del ciclo vital previas y posteriores a la edad reproductiva, y los asociados con el contexto social, el trabajo y el envejecimiento.

Figuroa menciona que México es uno de los pocos países en dónde, a nivel constitucional, se asegura el derecho a decidir sobre la reproducción. Esto cuenta además con una serie de “refuerzos jurídicos” en las leyes de población, salud, educación y trabajo. A partir del marco constitucional y de las diferentes leyes generales, se han definido programas de población y de salud para tratar de asegurar los objetivos planteados en las leyes y concretar acciones específicas en la vertiente definida por ellas, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la población. Y aunque se puede afirmar, comenta que el marco jurídico y programático sugiere que existen algunas condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos en el entorno de las relaciones entre la población y las instituciones de salud, ya que las leyes y programas pretenden recuperar los principios subyacentes al artículo cuarto constitucional y hacen explícitos conceptos como derechos, dignidad, respeto e integridad de la persona (Figuroa, 1999:153). El ejercicio de los derechos reproductivos en su relación con los

servicios de salud, presenta situaciones en las que el prestador pareciera estar decidiendo por la población, no porque ésta no se involucre sino porque en muchos momentos no se le permite hacerlo. Por ejemplo, cuando el prestador decide el uso de un método y más aún, cuando se impone la aceptación del mismo, ya sea sin pedir opinión o dando información sesgada y manipulada. El autor señala que no se asume que la población no sea capaz de contrarrestar la influencia de alguno de estos servidores, sino que debido a la relación de poder que se establece entre ambos, llega un momento en que la opinión del prestador se vuelve incuestionable (Figueroa, 1999:163).

Argumenta Figueroa (1999), que el derecho reproductivo que se propone considera los componentes de libertad, responsabilidad e información, por lo que un primer paso que se sugiere es definir niveles de responsabilidad que vayan más allá de las instituciones de salud, que incorporen las instancias sociales que participan en el proceso de educación de la población como un todo, para que, a partir de un análisis epistemológico del objeto de interés, se desglosen espacios de responsabilidad de acuerdo con ello (Figueroa, 1999:181).

A manera de corolario de esta sección, se puede mencionar como lo señala Cervantes que la palabra jurídica que defiende no sólo a todas las personas como iguales frente a la ley nacional, sino incluso con iguales posibilidades de disfrute, protección y ejercicio, sigue presente y coexiste cotidianamente con la pesadumbre intuitiva de la desigualdad, creando una permanente paradoja simbólica, un constante contrasentido discursivo (Cervantes, 1999:403). Parafraseando a Figueroa, el ejercicio de los derechos reproductivos será factible cuando los contextos social, político, legal, económico y cultural, favorezcan el acceso a estas posibilidades y además, cuando los personajes institucionales logren comprender el proceso reproductivo con el que se relacionan y la

propia institución respete las condiciones y tiempos propicios para su interacción (Figuroa, 1999:150).

---

**Capítulo 2.**  
**La conceptualización para el estudio de la calidad en salud  
con un enfoque desde la usuaria y otros actores.**

---

Lograr una mayor superposición de la salud con la propia vida de la población, obliga a emplear nuevos elementos filosóficos, teóricos, metodológicos y técnicos para llevar a cabo la tarea de interpretación y traducción de las necesidades de salud poblacional en acciones llevadas por las instituciones existentes para la defensa de la salud. Un accionar que integre diversos poderes y actores: el poder del individuo, de los públicos o movimientos sociales y poderes locales que promueven la salud.

En lugar de un único actor omnisciente que enfoca la relación desde una sola perspectiva y con una sola "trama". Los abordajes de las temáticas sociales y entre ellas el de la salud, deberían optar por una aproximación integradora que encuentre la manera de representar una diversidad de perspectivas que siempre están presentes en esta realidad. Así, en lugar de contar con una relación "monovocal" en que se describen procesos desde un único punto de vista, la multiplicidad de perspectivas es reflejada en las numerosas voces que convergen en un diseño "multivocal". Con ello se posibilita una comprensión más plena y rica de una realidad que siempre es compleja. Bajo este modelo, la usuaria de servicios de atención prenatal puede naturalmente definir lo que siente, piensa, e imagina con relación a la calidad de la atención prenatal y parto. En forma similar el/a especialista, el/a médico/a puede mencionar sus propósitos científicos, o prácticos de este proceso. Cada uno de los actores que intervienen puede nadar en la corriente de su experiencia, para exponer sus vivencias, ideas y conceptos que informan sobre la calidad de la atención prenatal y parto. Para lograr dicha visión, este estudio planteó un diseño que posibilitara escuchar las diferentes voces y, en especial, las voces de quienes menos son escuchadas - las usuarias de los servicios de

salud- a través de una serie de métodos que emergen de la antropología cognitiva y médica.

### **2.1. Punto de vista de los actores.**

En la antropología médica el análisis del proceso salud/enfermedad/atención ha promovido el desarrollo de una aproximación metodológica denominada punto de vista del actor (Menéndez, 1997). El autor señala que si bien esta aproximación ha sido aplicada a la descripción y análisis de una diversidad de procesos, ha tenido un especial desarrollo dentro de la antropología médica, tanto desde una perspectiva teórica como aplicada.

Esta metodología asume que existe potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes "lugares" de la estructura social y pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferentes, conflictivos y hasta antagónicos de los procesos salud/enfermedad/atención. Menéndez argumenta que esta metodología busca recuperar, posibilitar, rehabilitar, incluir la palabra del otro, dentro del juego de poderes y micro poderes dominantes, pretende dar la palabra a los objetos sociales que no la tienen como el enfermo frente al médico, el saber médico popular frente al hegemónico, al derechohabiente respecto de las instituciones de seguridad social, etc.

Las diferencias de las visiones o puntos de vista del proceso salud/enfermedad/atención pueden evidenciar notorias diferencias en comparación con el saber biomédico. Menéndez (1997) enfatiza que el punto de vista del actor supone, en términos metodológicos, recuperar el significado producido por los diferentes actores, lo cual conlleva a la descripción y análisis de todos los actores que están interviniendo en una determinada situación.

## **2.2 Antropología cognitiva.**

La antropología cognitiva estudia cómo las personas de diferentes culturas adquieren información acerca del mundo (transmisión cultural), cómo son sus procesos de información, toma de decisiones, y como actúan con esa información de manera que otros miembros de su cultura consideran apropiadas (Bernard, 1995).

La antropología cognitiva en contraste con las aproximaciones tempranas de la antropología hacia la cultura, considera a las culturas no como fenómeno de estudio, sino a la organización cognitiva de ese fenómeno (Tyler, 1969). Los antropólogos cognitivos estudian cómo las personas comprenden y organizan los objetos, los eventos, experiencias con las cuales construyen su mundo y la forma cómo lo perciben. Postulan que cada cultura ordena sus eventos, su material de vida y sus ideas a su propio criterio. El conocimiento cultural, está inserto en palabras, historias y artefactos, los cuales son aprendidos y compartidos con otras personas. El objetivo fundamental, es entonces, representar de una manera confiable los sistemas lógicos de pensamiento de otras personas según su criterio que pueden descubrirse y reproducirse a través del análisis (D'Andrade, 1995).

Los antropólogos cognitivos consideran que la cultura está compuesta por reglas lógicas que están basadas en ideas que pueden ser captadas en la mente, pero que no pueden ser descubiertas en una entrevista. En los estudios cognitivos, la cultura es vista como conocimiento, específicamente “conocimiento compartido” (D'Andrade, 1984) así, la cultura representa el conocimiento cotidiano compartido de cómo funciona el mundo. La antropología cognitiva no sólo se enfoca en descubrir cómo las diferentes personas organizan la cultura sino también el cómo ellas utilizan la cultura. El campo de la antropología cognitiva es representativa no tanto por su enfoque en los fenómenos cognitivos sino por su metodología y aproximación (Colby, 1996).

La antropología cognitiva también es un amplio campo de investigación; por ejemplo, se han realizado estudios donde se ha investigado cómo las personas agrupan en categorías colores y plantas, también se ha investigado cómo las personas conceptualizan la enfermedad referente a los síntomas, causas, y el tratamiento apropiado. En los estudios culturales sobre enfermedad y salud, el acercamiento cognitivo se ocupa de representar la organización conceptual del conocimiento cultural sobre la enfermedad y la salud, más específicamente, busca descubrir el conocimiento compartido y la organización cognitiva del sentido común sobre la enfermedad (White, 1982).

La clave en la antropología cognitiva, es entonces, la organización - cómo los significados de los sistemas culturales, tales como la enfermedad y el enfermar, son conceptualmente organizados por los miembros de un grupo cultural, intenta llegar a esta organización conceptual utilizando métodos de investigación y técnicas de análisis de datos específicos. Así los datos son obtenidos usando métodos formales de colección de datos tales como la sustitución de frases, agrupación por conceptos y ordenación. Las técnicas más comunes para la obtención de datos son: listados libres, marcos de elicitación, pruebas triádicas, agrupación por conceptos, comparación de pares, y pruebas con rango ordinal (Bernard, 1995).

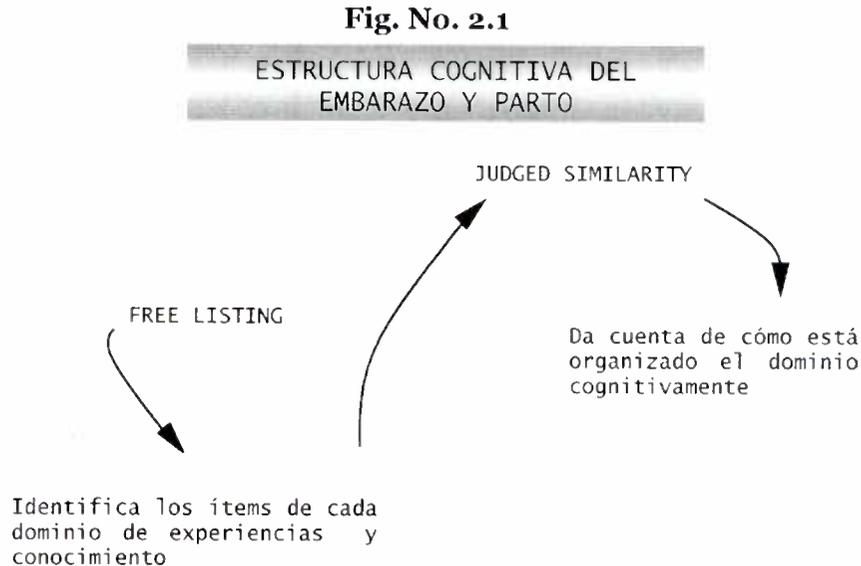
La antropología cognitiva ha confiado en la taxonomía formal y en la clasificación "léxica" de las técnicas de colección de datos y el análisis de los datos para "explorar sistemáticamente la organización de modelos conceptuales abstractos que estructuran las comprensiones culturales sobre la enfermedad" (White, 1982). Por ejemplo, usando la sustitución de frases, el análisis factorial, escala multidimensional y dendrogramas, D'Andrade y colaboradores compararon la taxonomía de conceptos de enfermedad en estudiantes universitarios anglosajones con la de los México-americanos. Concluyeron

que sus sujetos mencionaron más “características connotativas” de una enfermedad, en lugar de “rasgos distintivos”, es decir, los sujetos en ambos grupos no clasificaron conceptos de enfermedad basadas en su definición formal sino en las propiedades más importantes como las “consecuencias” de la enfermedad, remedios, y tipos de víctimas” (White, 1982). Esto demostró que las personas usaron su propio criterio o el criterio grupal-compartido, para clasificar los conceptos de la enfermedad y que los rasgos distintivos que definen las enfermedades para ellos era menos importante que el impacto de éstas en las vidas de los sujetos. Éste es un hallazgo importante que demuestra que la manera en que las personas clasifican las enfermedades no es fija. Mientras que los rasgos distintivos de una enfermedad permanecen fijos, sus rasgos connotativos pueden cambiar. Por ejemplo, el cáncer de mama siempre se definirá por su patología y otros rasgos biológicos, pero si fuera encontrada una cura, probablemente no se percibiría o se clasificaría como terminal o como una "sentencia de muerte."

En un estudio en Estados Unidos sobre la conceptualización del resfriado común considerando sus causas, síntomas y tratamientos (Baer, Weller y cols., 1999) en grupos de población latina comparada con americanos de clase media reporta el empleo de análisis de consenso para analizar las creencias sobre el resfriado. Entre los resultados resalta que en la población americana el sistema calor-frío es menos elaborado que en la población latina. La concepción latina de que caminar descalzo sobre pisos fríos resulta peligroso es compartido por culturas como la China, y la Turca.

Torres (1998) reporta la utilización de la teoría del consenso cultural para identificar las diferentes opciones para el cuidado del embarazo en mujeres trabajadoras de maquiladora, encontrando en su estudio que las opciones listadas por las mujeres se categorizaban en biomédicos y no biomédicos. Aunque las mujeres embarazadas mencionaron 14 fuentes diferentes para el cuidado prenatal, las más citadas fueron 4, el

Seguro Social (IMSS), Hospital General y Centros de Salud (los dos la parte de SSA), y fuentes privadas de atención a la salud. Estas cuatro opciones fueron las más sobresalientes en el modelo de cuidado de salud prenatal cognoscitivo de las mujeres. Para esta tesis se utilizó la antropología cognitiva a fin de identificar cuáles son las perspectivas e interpretaciones que las embarazadas dan al tipo de atención médica recibida en el embarazo y en el parto. Para ello, se emplearon dos estrategias metodológicas, el listado libre *free listing*, y la semejanza juzgada *judged similarity*. A través de estas técnicas se obtuvo una visión de la percepción de las mujeres sobre su embarazo y el parto. Estas técnicas se detallan en el capítulo metodológico.



### 2.3. Los actores del proceso de atención prenatal y parto.

En el ámbito de la salud convergen un amplio rango de actores, la comunidad financiera internacional, los políticos, la burocracia del sector salud donde de manera general figuran médicos/as, enfermeros/as y personal auxiliar aparecen como los principales prestadores de servicios de salud, el sector privado de la salud el cual tiene un “interés latente” en las iniciativas de reforma que crean nuevas oportunidades para hacer negocios. Las compañías de seguros, por ejemplo, se han visto involucradas de manera

importante en la oferta de servicios de salud y los ciudadanos.

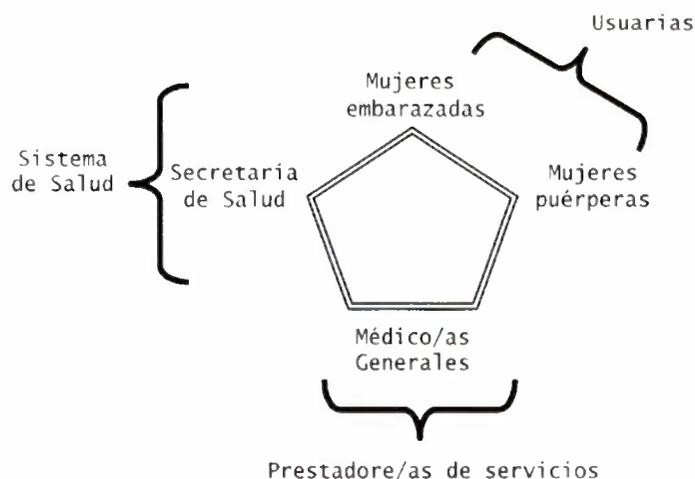
En el capítulo anterior se discutió la influencia directa de los organismos multilaterales de crédito como el Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Fondo Monetario Internacional (FMI) en los lineamientos de políticas sociales y por ende de salud a través de la reforma del sector salud en los países en vías de desarrollo y por tanto para México.

Por lo que toca a esta sección, se enfocará a identificar a los actores implicados en el proceso de la atención prenatal y parto. Dentro de los prestadores/as de los servicios son médicos/as generales y las usuarias de los servicios de la atención prenatal y parto, es decir, mujeres embarazadas y puérperas.

Asumir que diferentes actores tienen diferentes visiones de un mismo proceso, requiere la búsqueda de métodos que den voz a estos actores y sobre todo a los de la población subordinada a estructuras institucionales. Teniendo como marco de referencia la antropología cognitiva, se utilizó para este estudio las técnicas de listado libre *free listing* y la semejanza juzgada *judged similarity* para dar voz a los actores involucrados en la atención prenatal y parto, prestadore/as y usuarias.

**Figura No. 2.2**

**ACTORES EN LA ATENCION PRENATAL**



#### **2.4. Perspectiva de género y salud.**

Hace más de dos décadas, los estudios de la mujer han sido un campo emergente en la academia. Con el tiempo han logrado tener un lugar solidificado dentro de esta. Al inicio de su tercera década continúan luchando por el reconocimiento y la consolidación .

Castro y Bronfman (1998), comentan que durante los últimos 25 años, una nueva corriente de pensamiento ha cobrado creciente importancia, sobre todo en los países occidentales: el pensamiento feminista. Más recientemente se ha desarrollado la teoría social feminista que cuestiona de un modo fundamental la tradicional forma (masculina) de hacer ciencia. En este último aspecto Braidotti *et al.* (1994) señalan que para el feminismo la producción de conocimiento es una actividad social insertada en una cierta cultura y una manera de ver al mundo. La ciencia aspira a explicar la realidad, pero la experiencia de esa realidad, su percepción e interpretación son producto del pensamiento humano determinado por una cultura (Braidotti *et al.*, 1994:39). También argumentan que la realidad de la mujer es corporalizada, engendrada y construida históricamente, culturalmente específica y sostenida por relaciones de clase y raza o etnicidad (Braidotti *et al.*, 1994:74).

Castro y Bronfman (1998), argumentan que como es el caso en otras teorías sociales, existen dentro del feminismo diversas corrientes (feminismo liberal, feminismo socialista, feminismo radical, etc.), que se debaten entre sí con variadas coincidencias y divergencias.

La producción escrita sobre el tema es sumamente amplia, de gran profundidad y complejidad lo cual revela un intenso trabajo entre quienes se han dedicado a teorizar y actuar en torno a la cuestión femenina. No es objetivo de esta tesis abordar de manera exhaustiva todas las aproximaciones que se han desarrollado desde el feminismo hasta la perspectiva de género. Aunque la bibliografía en este sentido es muy extensa, su

discusión en esta tesis es limitada y su objetivo es simplemente proveer algunos elementos de estudio para su articulación en el ámbito de la salud.

¿Por qué hablar de género en cuestiones de salud? Las visiones de género permean el discurso de las instituciones sociales, de las políticas públicas y del quehacer científico. Las relaciones de género están presentes en leyes y normas que regulan la procreación y la prestación de servicios de salud, están también presentes en los cuidados a la salud, en el acceso a los servicios de salud y en las relaciones entre la población y los prestadores de servicios. La construcción de género, interactúa de manera estrecha con la procreación y la salud y requiere necesariamente de un acercamiento cualitativo, puesto que se refiere a conjuntos de significados subjetivos y sociales que afectan a las personas y a sus comportamientos y relaciones. De manera muy general se revisarán algunas propuestas sobre el concepto de género y se discutirá su interrelación con la salud.

### **Perspectiva de género.**

Una forma de iniciar esta discusión es tratar de responder a la pregunta ¿Qué significa la perspectiva de género? Lamas (1996) comenta que género se usa básicamente como sinónimo de sexo, como variable son las mujeres, en castellano se habla de mujeres como “el género femenino”, por lo que es fácil deducir que hablar de perspectiva de género es referirse a las mujeres o a la perspectiva del sexo femenino (Lamas, 1996:328). Lamas cita a Scott y argumenta que para esta autora, género es el elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder (Lamas, 1996:330). Se pueden distinguir entre dos usos básicos de esta categoría: el que habla de género refiriéndose a las mujeres; y el que se refiere a la construcción cultural de la diferencia sexual, aludiendo a las relaciones sociales de los sexos. Esta última permite

mostrar que no hay mundo de la mujer aparte del mundo de los hombres, que la información sobre la mujer es necesariamente información sobre los hombres. El uso de la categoría de género presenta problemas dependiendo de la disciplina de que se trate en tanto el tipo de interrogante que se formula sobre ciertos aspectos de las relaciones entre los sexos o de la simbolización cultural de la diferencia sexual (Lamas, 1996:332).

Un primer aspecto que interesa destacar y sobre el que discuten Lamas (1996) se refiere a los usos y dificultades que ha enfrentado la categoría género. La categoría género es una herramienta de reciente creación y su uso no está generalizado. Cuando Simone de Beauvoir declara en *El segundo sexo* "No se nace mujer: llega una a serlo" está abriendo un nuevo campo de interpretación del problema de la igualdad entre los sexos, con su formulación teórico-metodológica de la categoría género introduce una nueva concepción que permite apreciar que lo femenino y masculino son construcciones culturales y no derivaciones naturales del sexo.

Lamas (1996) indica que en los años setenta el uso del término género se puso en boga por el feminismo académico anglosajón, el objetivo era diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología. Es decir, esclarecer que las diferencias observadas en las conductas de hombres y mujeres eran producto de procesos de aprendizaje sociocultural y no de la estructura genética de los individuos donde el sexo imponía una diferencia "natural". La comprensión de esta diferencia tenía dos objetivos; de una parte estaba el objetivo científico de interpretar mejor la realidad social y de otra el político pues si se argumentaba y demostraba que la desigualdad sexual no era producto de la naturaleza humana sino una construcción cultural del ser humano, entonces había posibilidades de revertir esta desigualdad en favor de las mujeres (Lamas, 1996:327).

Sobre el mismo aspecto, abunda Scott (1996) que la palabra género denotaba rechazo al determinismo biológico implícito en el empleo de términos tales como “sexo” o “diferencia sexual”. “Género” resalta también los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la feminidad. Quienes se preocuparon de que los estudios académicos en torno a las mujeres se centrasen de forma separada y demasiado limitada en las mujeres, utilizaron el término género para introducir una noción relacional en el vocabulario analítico. De acuerdo con esta perspectiva, hombres y mujeres fueron definidos en términos el uno del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados” (Scott, 1996:226-227).

Cervantes (1994) señala que se debe desmitificar que detrás de la desigualdad social existe una lógica natural, de carácter biológico, definida por el sexo, la edad, raza, color de piel, estatura, peso y fenotipo. Los individuos no nacen biológicamente predeterminados a ocupar cierta posición en el sistema social, sino más bien se utilizan sus características biológicas como recurso ideológico para construir y justificar la desigualdad. Por lo tanto es en el orden social, cultural, ideológico y simbólico donde se pueden encontrar las respuestas a las situaciones de inequidad y desigualdad de poder. “Con la desnaturalización o desbiologización del argumento que justifica la desigualdad social basada en la pertenencia a un sexo, se genera el concepto teórico –y a la vez metodológico- que marcará un hito por su enorme fortaleza crítica y analítica: el concepto de género” (Cervantes, 1994:10). Como dice Cervantes, la utilización de género como criterio de agrupación o de diferenciación no es nueva, lo novedoso es que revela el contenido ideológico, cultural y simbólico de la división sexual de la sociedad y con ello cuestiona que el sexo biológico sea el factor determinante de que la sociedad se encuentre diferenciada sexualmente entre hombres y mujeres (Cervantes, 1994:10-11).

Para Harding (1987), género es una construcción social sistemática de lo que se

asume como "lo masculino" y "lo femenino". Precisamente porque se trata de una construcción social, el género no está determinado por la biología (por el sexo), está presente en todas las sociedades y permea todas las dimensiones de la vida social y privada (Harding, 1987:26).

Castro y Bronfman (1998) citan que género es una definición cultural que se traduce, entre otras cosas, en una identidad -la identidad genérica- que los individuos adquieren a través de la socialización y que determina la forma en que se relacionan con la naturaleza y el mundo social que los rodea. Se trata de una categoría situada en el centro mismo de la teoría feminista, tanto por su capacidad analítica como por su contenido crítico respecto de la forma genérica predominantemente masculina en que está organizada la sociedad.

A su vez señala Matamala (*et al.*, 1995), que la mirada de género es una categoría de análisis que busca explicar fenómenos sociales que no son posibles de explicar desde otras categorías; fenómenos que condicionan los significados sociales de ser hombre o mujer en una determinada sociedad y para identificar las múltiples formas en que se reproduce el sistema de relaciones de poder, haciendo visibles las desigualdades genéricas que del mismo se derivan.

Para González, la perspectiva de género, es una construcción dinámica y cambiante, y constituye los cuatro ejes fundamentales de estructuración de las relaciones sociales y de diferenciación más importantes (junto con la raza/etnia, la clase y la edad) (González, 2000).

Careaga (1996), comenta que algunos sociólogos han considerado que la dimensión de género es tan revolucionaria como lo fue la de clase en su momento, ya que proporciona una nueva dimensión de análisis, a la vez que ofrece herramientas para interpretar las relaciones sociales desde otro ángulo.

Scott (1996) hace un esfuerzo importante por sistematizar los diversos enfoques que han utilizado las historiadoras feministas para el análisis del género y propone una interesante clasificación, la que no se desarrollará en detalle, comprende tres posiciones teóricas. La primera constituye un esfuerzo completamente feminista que busca explicar los orígenes del patriarcado, la segunda se ubica en la tradición marxista y la tercera se basa en las distintas escuelas del psicoanálisis para explicar la producción y reproducción de la identidad de género del sujeto. A partir de esta revisión, la autora propone una definición de género donde conecta de manera integral dos proposiciones con varias subpartes que están interrelacionadas pero que en términos analíticos son distintas. "El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder". Relaciones sociales y relaciones de poder son los ejes primarios del planteamiento de esta autora (Scott, 1996:273).

### **El género y la salud.**

A fin de continuar con la importancia del género en los servicios de salud, Checa (1997) señala que el abordaje de la relación mujer-servicios de salud, así como la influencia de la práctica médica sobre las condiciones de salud de la mujer, se clarifica al incorporar la noción de género como un eje articulador explicativo tanto de los procesos de salud-enfermedad como de la atención brindada en los servicios de salud a mujeres en sus episodios relacionados con su salud en general y con la reproductiva en particular.

Desde la teoría feminista varios/as autores/as han analizado diferentes aplicaciones de perspectiva de género en el ámbito de la salud, entre éstos, se pueden mencionar la práctica médica, el saber médico, y la interacción médico-paciente.

Sesia (1996), comenta que Brigitte Jordan desarrolló una aproximación teórica bajo el concepto de conocimiento autoritario (*authoritative knowledge*). El sustento es

que cualquier sistema particular de conocimiento por consenso tiene más peso que otros. El análisis de la construcción del conocimiento dentro de escenarios complejos, hace resaltar las interrelaciones entre procesos de enseñanza y aprendizaje y la reproducción de poder y autoridad. Argumenta que los escenarios sociales tecnológicamente sofisticados, tal como un hospital y el acceso desigual a la información produce o reproduce un distribución de conocimiento, el cual privilegia al médico y al equipo médico (enfermera, trabajador social, entre otros) estableciendo este conocimiento como legítimo y autoritario, por lo tanto, devaluando otras formas de información y prácticas.

Sesia (1996) indica que el que se considere que es en el espacio público donde se da el conocimiento del mundo y la realidad, también reporta consecuencias negativas porque las mujeres están catalogadas, tanto por los hombres como por ellas mismas, como las que no saben, no entienden, no valen. En la consulta médica es frecuente que esto se manifieste, así como que se interprete su silencio ante la autoridad como “el no saber”.

Matamala (*et al.*, 1995) señala que evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género, supone introducirse en el ámbito donde se expresa con más fuerza esta inequidad, porque precisamente allí se ha organizado el sistema.

Castro y Bronfman (1998) citan en su texto a varios autores los cuales han trabajado diferentes aspectos de la salud desde la perspectiva de género. Entre los diversos autores citan a Rothman, quien señala que la medicina masculina considera que una mujer, en trabajo de parto, está bajo control si es capaz de reprimir sus sentimientos y dolores durante esa etapa. Por el contrario, si una mujer decide enfrentar el trabajo de parto con llanto y gritos, pierde por completo su derecho a ser tomada en cuenta para las decisiones que haya que tomar, pues se le considera fuera de control. Se trata,

obviamente, de una definición masculina del concepto de control que es impuesta a las mujeres en estas circunstancias.

Otro de los autores que citan Castro y Bronfman (1998) es a Martin, quien comenta que junto a la crítica del discurso patriarcal, desde la perspectiva feminista se ha impulsado toda una línea de investigación tendiente a rescatar otros saberes, otras formas alternativas de pensar y vivir los fenómenos de la salud y la enfermedad. Este esfuerzo incluye un cuestionamiento al énfasis que nuestra cultura pone en la observación, en lo que se puede ver, y un impulso a lo que se puede oír, a la facultad de escuchar como modo privilegiado de percepción.

Castro y Bronfman, comentan que desde una perspectiva feminista, también se ha producido una cantidad significativa de bibliografía dentro del campo de la práctica médica. Señalan el trabajo de Tood, por ejemplo, que ha investigado el tipo de interacción cara-a-cara que tiene lugar entre doctores (generalmente hombres) y pacientes mujeres que acuden a consulta ginecológica o de planificación familiar. Tood se propone analizar esa interacción en su relación con la estructura social más general que enmarca dichos encuentros. De acuerdo a sus observaciones, las pacientes tienden a presentar sus casos relacionando sus síntomas con diversos aspectos de su vida diaria, así como con sus propias opiniones y creencias a propósito de lo que les pasa. Los médicos, por el contrario, entrenados bajo un modelo masculino de ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos, tienden a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean. En ese marco, ellos deciden qué temas son apropiados y cuáles no para manejarse en el contexto de la entrevista. Es una epistemología que asocia los conceptos de naturaleza, cuerpo, subjetividad, dominio privado, sentimientos, emociones y reproducción bajo la identidad genérica femenina, y

los conceptos de cultura, mente, objetividad, dominio público, pensamiento, racionalidad y producción, bajo la identidad genérica masculina. Así, el mundo queda dividido entre el sujeto que conoce (científico, mente, masculino) y el objeto que es conocido (naturaleza, cuerpo, femenino). Esta epistemología adquiere concreción en los encuentros médicos que la autora analiza, y distingue el mundo natural del social. Confina el primero a las ciencias biológicas y médicas, y el segundo a las ciencias políticas y sociales.

Castro y Bronfman (1998) señalan que la reproducción humana se caracteriza como un evento biológico, que establece las bases para excluir los aspectos sociales en su tratamiento. Por ello, aunque la reproducción incluye tanto los aspectos biológicos como los sociales y emocionales de la mujer, los médicos se centran sólo en los primeros y desechan los segundos como irrelevantes o sobre los que resulta inapropiado hablar.

Otras investigaciones han explorado el tipo de interacción que tiene lugar cuando el médico es una mujer y el paciente un hombre. West ha demostrado que en estos casos los pacientes tienden a interrumpir a la doctora con mucha mayor frecuencia que cuando los papeles están invertidos, esto es, cuando el médico es un hombre y la paciente una mujer (Castro y Bronfman, 1998).

A manera de conclusión de esta sección, se puntualiza que la reproducción es un proceso que lleva lugar en un contexto sociocultural, por ello hay una relación entre lo individual y la dimensión social. Cuando se observa este proceso desde una perspectiva de género, muchas preguntas surgen sobre las relaciones de poder inevitablemente entre los hombres y mujeres en la sociedad. La salud reproductiva depende de los papeles culturalmente definidos, las ideas e ideologías con respecto a las mujeres y a la maternidad. En esta tesis se intenta situar el problema de la atención a la salud del embarazo y parto, como parte del proceso de la salud reproductiva, a través de las

necesidades y percepciones de las mujeres sobre el embarazo y parto.

## **2.5. Interacción médico/a-paciente.**

Un aspecto que interviene persistentemente en la salud de la mujer, comenta Elú (1990), es el tipo de contacto que se crea entre ella y el prestador del servicio, la relación médico/a paciente. Entre ambos se establece indudablemente una dinámica de poder y dependencia que se agudiza cuando aquél es hombre y ésta mujer. Es una queja generalizada por parte de las mujeres que los médicos no les brindan la información que ellas necesitan, información que no se atreven a preguntar por miedo a que se enoje el médico o figuren como tontas ante él. El no ser “bien tratada” es otro argumento que se maneja para no asistir a consultas perinatales o de planificación familiar.

Checa (1997) indica que la interacción que se da entre el médico/a y la mujer, incide decisivamente el posicionamiento médico-ideológico, producto de la formación y práctica de la medicina a partir de una concepción acerca de la salud-enfermedad de la población que prioriza el carácter asistencial/curativo en detrimento del preventivo, las representaciones de género, donde se privilegia y naturaliza el rol productivo y materno asignado a la mujer, y finalmente la vinculación asimétrica médico/a-paciente que se establece en concordancia con dicho imaginario.

A su vez Fisher (1986) comenta que la relación médico/a paciente es producida y construida dentro de un contexto social y político, el cual en un sentido común, es iluminado y comprendido en el discurso entre los participantes durante los encuentros médicos. Campero (*et al.*, 2000), declara que la información que la mujer recibe del médico/a y de la enfermera/o es, en general, muy poca, además de caracterizarse por ser autoritaria y unidireccional. Asimismo, Jasis (2000) puntualiza que en las interacciones de médico/as y usuarias de países de tercer mundo –según lo indica Puentes- variables como las económicas, sociales, étnicas y de género interactúan con la estructura de los

servicios de salud, la actitud de los proveedor/as y las políticas económicas (Jasis, 2000). La autora indica que con frecuencia se observa en los servicios de salud reproductiva en México, que sólo el “experto” (el proveedor de servicios) es quien identifica, describe, asume y pretende resolver las necesidades de las usuarias, a quienes se les considera elementos vacíos de conocimiento “científico”.

Tood (1989), analiza esa interacción en su relación con la estructura social más general que enmarca dichos encuentros. De acuerdo a observaciones, las pacientes tienden a presentar sus casos relacionando sus síntomas con diversos aspectos de su vida diaria, así como con su propias opiniones y creencias a propósito de lo que les pasa. Los médicos, por el contrario, entrenados bajo un modelo masculino de ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos, tienden a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean. En ese marco, ellos deciden qué temas son apropiados y cuáles no para manejarse en el contexto de la entrevista. La autora propone que la explicación de fondo de este fenómeno radica en los fundamentos epistemológicos de la visión del mundo que poseemos –visión permeada del discurso científico- que, con su sesgo masculino, fuerzan a actores a dar por sentadas ciertas cosas, por ejemplo que el cometido fundamental de las mujeres es la reproducción, que desde una perspectiva racional y no emocional se logra un mejor entendimiento de las cosas; que con su entrenamiento clínico los médicos están mejor preparados para entender lo que las pacientes sienten y temen, de modo que ellos pueden incluso reinterpretar apropiadamente las explicaciones de ellas y decirles lo que en realidad sienten.

En esa misma línea de investigación, Fisher y Groce (1985) han estudiado la manera en que los estereotipos existentes en torno a la condición de la mujer emergen,

en el transcurso de una entrevista médica, en detrimento de las pacientes mujeres. Al analizar el interrogatorio que realizan los médicos, pueden apreciarse con claridad los supuestos a partir de los cuales los médicos abordan a las pacientes. Las autoras muestran que el grado de adecuación de las pacientes a los supuestos culturales que maneja el médico se relaciona directamente con la calidad de la atención que reciben.

Ante esta situación, Elú (1990) señala que como no forma parte de la cultura mexicana protestar o manifestar descontento ante determinadas conductas o actitudes asumidas por quienes detentan el poder, la forma de protestar, entonces, se expresa de otra manera. Las mujeres “hablan” no acudiendo a las consultas más que cuando ya no queda más remedio. Ello deja de lado cualquier tipo de medida preventiva de la práctica del papanicolaou y de la asistencia al control prenatal o a los servicios de planificación familiar, aún en las zonas del país donde éstos están definidos como “accesibles”.

## **2.6. La calidad y el sector salud.**

La consideración de lo social en las ciencias y la práctica médica, así como la determinación social de la salud es algo ampliamente reconocido, argumentado y que se remonta a los orígenes de las Ciencias Sociales y de la Salud.

La sociología según Williams (2003), no es simplemente el estudio del ser humano o de los individuos del mundo. No es una gran teoría psicológica o teología secular. Es el estudio de las estructuras sociales y procesos sociales, de la acción social y de la interacción social (Williams, 2003:131). El autor comenta que para realizar la conexión entre la estructura social y la salud, se debe investigar cómo los factores sociales tales como la política económica, la estructura corporativa, la distribución de los recursos y el uso del poder político, económico y social influyen en la salud y en la enfermedad y como responde la sociedad (Williams, 2003:134).

Con relación a lo anterior, Castro (2004) señala que como objeto de estudio sociológico la atención de la salud y la enfermedad han sido ya planteados desde hace tiempo y también comenta que desde las ciencias sociales se ha discutido y demostrado cómo la salud depende de las condiciones socioculturales, económicas y políticas, y no sólo de la biología. Asimismo, puntualiza, Castro que el estudio de la estructura organizacional y las prácticas de atención, representan un objeto de estudio de la sociología.

En la medida en que la investigación de la salud amplía su espectro de acción y trasciende la clínica para incorporar problemas relacionados con aspectos tales como promoción de salud, evaluación de los servicios de salud, relación médico-paciente, conocimientos en salud, cambios conductuales y estilos de vida, las investigaciones se tornan más complejas y conciernen tanto a los aspectos biomédicos como a los de la cultura y la organización.

Cabe mencionar que desde lo social se ha analizado a partir de diferentes enfoques teóricos los servicios de salud. Su discusión desborda los límites de esta tesis. Lo que se presenta es la calidad desde el sector salud, se presentan sus antecedentes, conceptos y definiciones. Posteriormente se describe la cruzada nacional por la calidad en salud en la presente administración federal y por último se mencionan las otras vertientes de la incorporación de los procesos de calidad desde la óptica de las conferencias internacionales, las propuestas de las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y la calidad en la salud reproductiva.

Una forma de iniciar esta discusión es con la ubicación del proceso de calidad dentro de la administración de los servicios de salud, citando a Learmonth (2003), indica que la aproximación dominante en los estudios de administración ha sido según lo llaman Cooper and Burell “modernismo sistémico”, el cual privilegia la aplicación del

racionalismo formal a todos los aspectos de la vida. El modernismo sistémico busca aplicar la racionalidad para resolver problemas en la sociedad (incluyendo problemas organizacionales) porque es neutral y avalorativa (Learmonth, 2003:95). En la “Nueva Administración” el discurso de modernización continúa con esta tendencia hacia la administración, por ejemplo, en los consorcios líderes de empresas, en la preocupación por la calidad y la medición (Learmonth, 2003:95). Learmonth cita a Pollitt quien argumenta que la transferencia durante la última década o dos de esta tendencia del sector privado hacia las corporaciones de servicios del estado, representa una inyección de una ideología *foreign body* dentro del sector previamente caracterizado por diferentes tradiciones de pensamiento (Learmonth, 2003:103).

Al respecto Castro (2004) comenta que “la calidad de la atención en los servicios de salud se ha traducido en objetivos que han buscado monitorear y tener un mayor control de los recursos, acciones y resultados; dicho enfoque gerencial y eficientista prevalece actualmente” (Castro, 2004:2).

Este tipo de enfoque eficientista lo refleja muy bien una cita de Creel (*et al.*, 2002) cuando señala que la provisión de servicios de alta calidad resulta beneficioso para el personal de salud, ya que al mejorar las normas básicas de atención se atrae a más clientes y se reduce el costo per cápita, lo que garantiza la aptitud para sostener los servicios (Creel *et al.*, 2002:1).

La atención gerencial se ha convertido en el eje central de las reformas de salud. Esta construcción ideológica ha facilitado que se considere a esta modalidad como la única capaz de hacer eficientes los sistemas de salud. Los procesos de reforma tienden a tener una mirada tecnocrática y eficientista basada en diagnósticos económico-financieros. Esta visión gerencial es la que se ha tenido en México, desde hace aproximadamente dos

décadas, en la siguiente sección se abordan los antecedentes de la incorporación de procesos de mejora en la calidad en las instituciones de salud.

### **2.6.1. Antecedentes.**

Las instituciones de salud se interesaron por procesos de mejora en la calidad hasta las décadas de 1970 y 1980 a través del desarrollo institucional de programas de “Garantía de Calidad” en hospitales de Países Bajos, Canadá, Estados Unidos y España. En México, recientemente instituciones públicas y privadas han mostrado avances en aplicación de programas de mejoramiento de la calidad. Sobresalen los casos de IMSS y del ISSSTE, así como de los hospitales privados Ángeles, ABC, Médica Sur y la Torre Médica en el D.F. y el de la clínica Nova de Monterrey. La creación de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en 1985 y de la Sociedad Mexicana para la Calidad de Atención a la Salud (SOMECAS) en 1992 ha dado más realce y difusión a las experiencias orientadas a mejorar la calidad de los servicios de salud.

La calidad de los servicios de salud es un tema que ha tomado relevancia en el país a partir de la década de los ochenta (Hoyos, 1991). El interés por aplicar al sector salud criterios empresariales tales como calidad total, mejora continua, eficacia y eficiencia (entre otros) es muy reciente. Hasta hace muy poco, hacer símiles entre este sector y la empresa productiva era visto con recelo e inclusive con disgusto. Hoy, sin embargo, se ha entrado en una fase cada vez más acelerada de modernización de la gestión de la salud y hay una gran avidez en las instituciones de salud por aprender de la gerencia privada y por aplicar sus herramientas. El desafío actual para el sector salud, radica exactamente en llevar a la práctica todos los principios de las ciencias gerenciales y de las ciencias de la salud para reformular sus instituciones y para aplicar las herramientas de la gerencia moderna a su ámbito (Yepes y Durán, 1994).

### **2.6.2. Conceptos y definiciones.**

En el sector salud, la calidad se ha definido en el área de los servicios personales, donde es posible apreciar la relación entre su producción y la satisfacción de necesidades, sea esto en el ámbito individual como en el social (Donabedian, 1984) y se ha hecho énfasis en el señalamiento de que se trata de un atributo que puede ser poseído en diferentes grados de acuerdo a normas establecidas, por lo que es susceptible de someterse al proceso administrativo al tratarse de algo objetivo y por lo tanto medible (Hoyos, 1991).

Donabedian (1990) define la calidad de la atención a la salud como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras de salud. Una definición más desarrollada es la propuesta por Ruedas y Querol (1994), quienes dicen:

La calidad es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles en la atención médica con los menores riesgos para el paciente. Estos mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos con que se cuenta para proporcionar la atención, y a los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, resultados de la atención, evaluados como la mejoría esperada en la salud atribuible a la atención misma (1994, p. 17)

Para Donabedian, al evaluar la calidad de la atención a la salud, es necesario especificar, desde un principio, los objetivos a seguir y los medios legítimos o más deseables para alcanzar dichos objetivos. En la atención a la salud, el objetivo es mantener, restaurar y promover la salud. Mas precisamente, el objetivo es alcanzar el grado de conservación, restauración y promoción de la salud que las ciencias de la salud permitan. Los medios son un conjunto de intervenciones: algunas técnicas, otras

sicológicas y otras más, sociales. A los medios se les juzga por su efectividad (su contribución a la mejoría de la salud), su costo y por el grado en el que sus otros atributos son aprobados por pacientes individuales y por la sociedad. Por lo tanto, la calidad de la atención a la salud debe definirse como el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar mayores mejoras posibles en la salud (Donabedian, 1990). El autor, menciona que en esencia, "calidad" significa conformidad con normas y que, al respecto, hace más de medio siglo Lee y Jones reconocieron, en su admirable exploración del concepto de calidad, que tales normas no son absolutas, sino que varían de una sociedad a otra. En cuanto a la calidad de la atención de la salud, Donabedian considera tres elementos: la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal y el ambiente físico en el que se desarrolla el proceso de atención (Donabedian, 1990:113-117).

La calidad de la atención técnica como mínimo consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. El manejo de la relación interpersonal debe llenar valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales (Donabedian, 1984). Según él es posible distinguir dos dimensiones en la calidad de la atención a la salud: la dimensión técnica y la dimensión interpersonal. La primera se refiere a la aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal de salud. Este autor considera que la calidad, en cuanto a esta dimensión técnica, podría definirse como "... la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ellos sus riesgos" (Donabedian, 1984:6).

Otro aspecto de la dimensión técnica se refiere al uso de los recursos institucionales (financieros, instalaciones, equipo, materiales y tiempo). Cuando éstos se desaprovechan disminuye la calidad de la atención proporcionada pues no se está produciendo el máximo de beneficios posibles. El abuso de dichos recursos (por ejemplo, exámenes de laboratorio que podrían obviarse, medicamentos que no debieron haberse indicado) también disminuye la calidad puesto que, además del desperdicio que esto representa, es posible que se esté sometiendo a los usuarios al riesgos innecesarios.

La dimensión interpersonal consiste en la interacción social y económica que ocurre entre el cliente y el personal de salud. Donabedian (1984) reconoce que la calidad de la dimensión interpersonal es más difícil de explicar. Al respecto dice:

El manejo de la relación interpersonal debe llenar los valores y normas socialmente definidos que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. Estas normas están reforzadas, en parte, por los dictados éticos de las profesiones relacionadas con la salud y por las expectativas y aspiraciones de los pacientes individuales. De aquí se sigue que el nivel de calidad en el manejo de la relación interpersonal se mide por el grado de apego a estos valores, normas, expectativas y aspiraciones (Donabedian, 1984:6).

Por ejemplo, la propedéutica médica establece que se deberá respetar la intimidad del paciente, a quien es necesario dar un trato digno. Por lo tanto, el trato impersonal y descortés que muchas veces se observa en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, afecta a la calidad de la atención proporcionada. Sin embargo, pareciera que se crea una definición “maleable” de calidad, donde lo que se sacrifica en las instituciones públicas tiende a ser primero el aspecto interpersonal (por falta de tiempo), luego el aspecto técnico (por falta de recursos).

### **Los tres enfoques para evaluar la calidad: estructura- proceso- resultado.**

Para Donabedian la calidad de la atención médica, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, está determinada por tres factores: estructura, proceso y resultado.

La estructura consiste en las características relativamente estables de la organización de salud que proporciona la atención. Esas características se refieren a los recursos (otra vez en términos de dinero, instalaciones, equipo, materiales y personal), pero también en la forma en que éstos están organizados para proveer el servicio de la población (reglas, normas, procedimientos, documentos que integran el sistema de información). La estructura también está constituida por los conocimientos y habilidades que aplica el personal de salud para brindar la atención.

El proceso de atención se refiere al conjunto de actividades realizadas por el personal de salud para atender a los usuarios y solucionar sus problemas de atención. También se considera como parte del proceso las actividades que realizan los propios usuarios en beneficio de su propia salud. Así, la forma en que un médico examina un paciente, sus decisiones diagnósticas y terapéuticas y el apego del paciente al tratamiento recomendado son elementos que forman parte del proceso de atención.

Por último, el resultado se refiere a los cambios en el estado de salud de la población atendida que pueden ser atribuidos al proceso de atención. Por supuesto, que los estados pueden consistir en una mejoría en el estado de salud, pero también, en el peor de los casos (la iatrogenia) en un daño causado por el tratamiento.

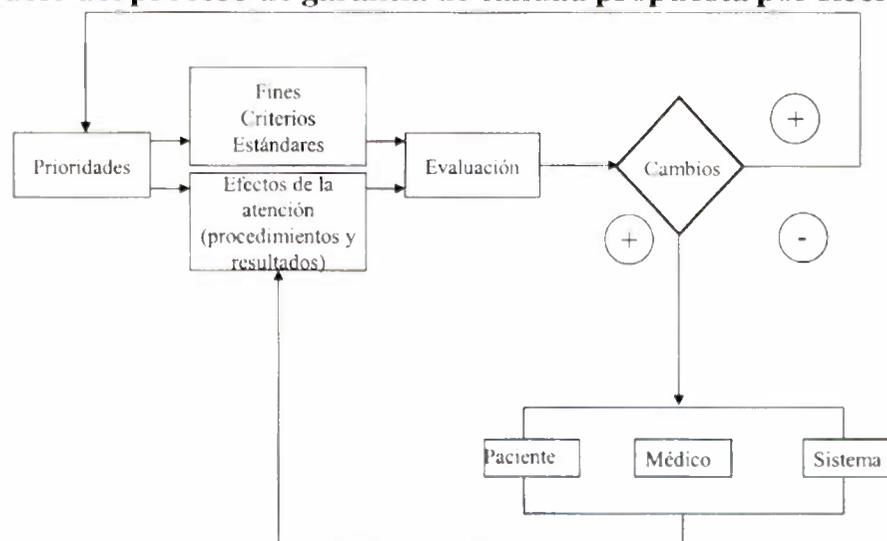
Durante las últimas décadas se han desarrollado diferentes propuestas para abordar el mejoramiento de la calidad de los productos y servicios. En el sector salud han destacado los sistemas de evaluación y aseguramiento de la calidad, en tanto que, en el terreno de las industrias sobresalen las propuestas que se refieren a mejoramiento

continuo de la calidad, al control total de calidad y a la evaluación comparativa de referencia *benchmarking* (Ruelas y Zurita, 1993; Ruelas y Querol, 1994).

Al respecto Ruelas (1990) y Ruelas y Zurita (1993) afirman que el concepto que permite explicar el sentido y propósito de cada una de dichas propuestas es el de "garantía" en tanto que se refiere al "acto y efecto de afianzar lo estipulado", o una "cosa que protege contra algún riesgo o necesidad" o incluso a "responder de la calidad de algo". Así "... garantía de calidad debe ser el término genérico para identificar cualquier esfuerzo tendiente a incrementar beneficios y/o evitar o minimizar riesgos" (Ruelas y Zurita, 1993:236).

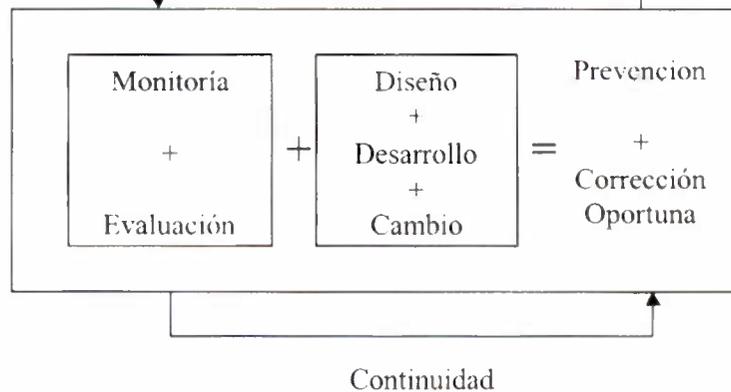
Reerink (1990) propone un modelo de garantía de calidad basado en la retroalimentación a partir de la comparación de la atención actual con criterios y estándares predeterminados. Esta comparación es seguida por un juicio sobre la calidad de la atención. Cuando se considera necesario, se llevan a cabo acciones de mejoramiento dirigidas al personal de la institución, a los pacientes o al sistema de salud (ver figura 2.3).

**Figura 2.3**  
**Modelo del proceso de garantía de calidad propuesta por Reerink**



Por su parte, Ruelas (1992) propone una visión más global del proceso de garantía de calidad de la atención al incluir entre sus elementos, además de la evaluación y la monitoría, de alguna manera representados en el modelo anterior, aspectos organizacionales como el diseño, el desarrollo y el cambio (ver figura 2.4).

**Figura 2.4.**  
**Modelo de garantía de calidad propuesto por Ruelas**



### **2.6.3. La calidad de la atención en el sector salud en la presente administración federal.**

Recientemente la Secretaría de Salud a través de su secretario, Julio Frenk, ha emitido discursos en los cuales se ha definido el concepto de calidad como el grado en que los servicios mejoran los niveles de salud, de manera congruente con las normas profesionales y con los valores de los pacientes. La presente administración retomó el modelo propuesto por Avedis Donabedian, de tal manera que el concepto de calidad que adopta el sector salud incluye las dos dimensiones formuladas en el modelo citado: la técnica y la interpersonal. La primera busca lograr los mejores resultados que la ciencia actual hace posible. La segunda es lo que se ha dado en llamar la “calidez” de la atención; es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción.

La Secretaría de Salud lanzó una cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud, la cual según Frenk (2001), se trata de un magno esfuerzo que habrá de concretarse en servicios de salud más efectivos y eficientes: servicios que respeten la dignidad de los usuarios; servicios que satisfagan las necesidades y las expectativas de la población. La cruzada contempla 70 líneas de acción que se resumen en el decálogo de la cruzada.

Asegura Frenk (2003) que, para enfrentar el reto de la calidad, se desplegó la Cruzada Nacional, la cual ha tenido, entre otros avances, la elaboración de las cartas de los Derechos Generales de los Pacientes y de los Médicos, pues hoy más que nunca se requieren instrumentos que permitan salvaguardar los derechos de los profesionales de la medicina ante un entorno que tiende a ser cada vez más hostil, aun para quienes se conducen apegados a una práctica honesta, ética y sustentada en el conocimiento científico (comunicado de prensa núm. 035., 25/febrero/2003).

**Sonría  
Sonreír es:**

- Sonrisa amable
- Trato digno y respetuoso
- Interés y comprensión
- Información completa, oportuna y veraz
- Satisfacción del público
- Atención efectiva
- Eficiencia
- Equidad
- Innovación y Mejora continua
- Promoción de la participación ciudadana

**saludable  
y contagioso**

**CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD  
SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y GEOGRAFÍA  
SECRETARÍA DE ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA  
SECRETARÍA DE ENERGÍA  
SECRETARÍA DE FOMENTO ECONÓMICO  
SECRETARÍA DE GOBIERNO FEDERAL  
SECRETARÍA DE INTERIORES  
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL  
SECRETARÍA DE MEDICINA PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DEL CONSUMIDOR  
SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ECONOMÍA  
SECRETARÍA DE PROMOCIÓN SOCIAL  
SECRETARÍA DE TURISMO  
SECRETARÍA DE VIVIENDA Y OBRAS PÚBLICAS  
SECRETARÍA DE CULTURA

SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

SECRETARÍA DE SALUD  
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud tiene como objetivos fundamentales promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud servicios más efectivos. Esta cruzada se propone mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar un trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud.

Se propone también colocar a la calidad como un valor fundamental de la cultura organizacional de los servicios de salud, en beneficio de la población. Para ello el sector salud plantea dos grandes acciones: Por un lado, ofrecer un trato digno tanto a los usuarios de los servicios de salud, como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica. Señala la Secretaría de Salud que la Cruzada permitirá que la atención médica sea efectiva, eficiente, ética y segura. Será efectiva porque logrará alcanzar los resultados esperados por el usuario de los servicios de salud; eficiente porque fomentará el uso óptimo de los recursos de los que se dispone; ética porque se apegará a los valores universales y segura porque ofrecerá un servicio que involucre los menores riesgos posibles.

#### **2.6.4 Otra perspectiva de la calidad. Desde las organizaciones civiles.**

Dentro de la comunidad internacional, la calidad de atención se ha considerado un elemento clave en el otorgamiento de los servicios de la salud por considerarse a ésta un derecho humano básico. La provisión de servicios de salud de calidad es algo que ha sido promovido tanto a nivel local como por las organizaciones de salud de la mujer y de atención primaria a la salud y que ha sido también reiterado en conferencias internacionales, como por ejemplo la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo que tuvo lugar en 1994.

Esta sección presenta una revisión somera y no exhaustiva de lo que se ha realizado sobre la calidad de la atención desde una perspectiva de género, y sobre propuestas que se han gestionado desde los movimientos sociales. La mayor parte de estos trabajos corresponden al área de planificación familiar.

Señalan Ortiz y Helzner (2003) que hay que resaltar el rol de las instituciones no sólo como espacio para formulación de estrategias, sino que hay que resaltar el rol que han tenido en la construcción de conocimiento sobre género y cómo éste ha promovido la innovación técnica, la selección y el diseño de políticas (Ortiz y Helzner, 2003:131). Mencionan que el inicio de este movimiento fue a finales de los 80, este hecho fue gracias a la coincidencia de tres factores históricos: (1) el movimiento feminista mundial contemporáneo de esos años, (2) el acuerdo al interior de los grupos feministas, para posiciones clave dentro del staff y en el consejo de las instituciones y (3) la construcción de alianzas con redes de salud de la mujer y movimientos fuera de la organización. Ortiz y Helzner argumentan que estas estrategias a nivel de políticas y programas activaron un cambio social y abrieron la puerta finalmente para una limitada, pero tangible institucionalización de la perspectiva de género (Ortiz y Helzner, 2003:131).

En este sentido, Valdés (2001) señala que muchas redes y organizaciones se incorporaron a la alianza global de las mujeres, para llamar la atención sobre las necesidades de las mujeres y hombres en cada país. Comenta que la década de los 90, habla de la globalización, de las formas globalizadas en que se toman los acuerdos y de la participación feminista en la esfera transnacional. Asimismo argumenta que la ola de Conferencias Internacionales ha ido generando una fuerte capacidad de articulación de los movimientos sociales. En consecuencia, los efectos positivos (los menos) de la globalización han sido los que han facilitado el acceso y uso de instrumentos internacionales de denuncia y de justicia.

Es en este ámbito donde comentan Ortiz y Helzner (2003) que durante los años ochenta los movimientos internacionales de mujeres y salud presionaron a favor de la transformación de la aproximación tradicional de la planificación familiar basada en la distribución masiva de anticonceptivos (Ortiz y Helzner, 2003:134). A finales de los 80, el impulso adquirido por el movimiento feminista, junto con la necesidad de las agencias internacionales para alcanzar nuevas poblaciones, tuvo como resultado una importante transformación. Así a través del interés en la mejora del estado de las mujeres empezó el acompañamiento de las iniciativas de planificación familiar a principios de los 70 (Ortiz y Helzner, 2003:134).

Con relación a lo anterior, Valdés (2001) comenta que la instalación de las mujeres y de otros movimientos sociales en el proceso de las Conferencias, ha estado caracterizado por la presencia activa de la sociedad civil, que ha tenido la capacidad de visibilizar temas no abordados en las agendas oficiales e incidir en las resoluciones a través de estrategias de presión (Valdés, 2001:11).

Con respecto a la temática de planificación familiar, Ortiz (Ortiz, 2001) señala que es en 1974 en Bucarest durante la primera Conferencia sobre Población y Desarrollo organizada por Naciones Unidas cuando se discute sobre el control de la natalidad a nivel internacional como un tema de planificación familiar. Después de la conferencia se realizaron acciones por parte de los gobiernos, agencias y asociaciones civiles, particularmente en dos ámbitos: el demográfico y el relativo al desarrollo. Después confluyeron nuevos actores sociales, como los grupos de mujeres quienes lograron tener influencia en las conferencias internacionales para promover una nueva forma de acercamiento a los temas de planificación familiar. Cita Ortiz que el impacto más notable del grupo de mujeres en las conferencias internacionales de Naciones Unidas, fue la celebrada en El Cairo 1994 y en Beijing 1995. En palabras de Ortiz:

Los acuerdos de El Cairo y Beijing resultaron en un cambio paradigmático al permitir que el modelo "tradicional" de la planificación familiar se convirtiera en un nuevo paradigma que incluyó temas tales como el VIH/sida, la violencia contra las mujeres, la mayor participación masculina o las perspectivas de género. Este modelo se denominó de salud sexual y reproductiva. El de El Cairo fue el primer foro internacional en el que se mencionó la salud sexual y los derechos reproductivos como parte de los objetivos o temas fundamentales de la conferencia, lo cual facilitó que la sexualidad fuera abordada como parte esencial del nuevo paradigma, y que la planificación familiar dejara de considerarse meramente como una forma de regular la reproducción biológica (Ortiz, 2001, p 1).

Mejía (2002) comenta que la definición, proclamación y marco normativo de los derechos sexuales y reproductivos se constituyen en la concreción de las más importantes reivindicaciones del movimiento de mujeres y de los acuerdos de las conferencias internacionales sobre población y desarrollo. Las exigencias eran simples, en cierto sentido elementales: que la mujer fuera considerada como humana, que se pidiera su consentimiento para el uso de anticonceptivos y se le dijeran sus efectos, que los servicios de salud vieran a la mujer toda, no sólo su capacidad reproductiva, que los varones se responsabilizaran de sus actos sexuales, que hubiera más equidad entre los géneros, entre los grupos de distintas edades, entre los residentes rurales y urbanos, que no sólo se atendiera la reproducción sino también la sexualidad, y que el placer de mujeres y varones, no sólo su función reproductiva, también se considerara como un componente central de la salud. La autora indica que el concepto de salud reproductiva aprobado en la Conferencia de El Cairo y ratificado en la de Beijing habla de la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y de la libertad

para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Y habla de derechos: del derecho de todas las personas a obtener información y acceso a métodos seguros eficaces, asequibles y aceptables y de su derecho a elegir los que más les convengan para la regulación de su fecundidad, así como del derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y proporcionen a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En este contexto, comenta Ortega (2003) que en el marco de la comunidad internacional la aproximación de las mujeres y la salud obtuvieron reconocimiento oficial a inicios de los 90 cuando Judith Bruce desarrolló el modelo de calidad de la atención (Ortega, 2003:138).

El marco de Bruce (1989) suele considerarse como el paradigma básico para medir calidad en los servicios de planificación familiar a nivel internacional. En este modelo se establecen seis elementos (referentes principalmente a los servicios clínicos) que son importantes para mejorar la calidad de la atención en los programas de planificación familiar. Bruce argumenta que los elementos que integran la calidad de la atención se refieren a la forma en que los individuos o parejas son atendidos por el sistema de servicios. La autora diseñó un instrumento el cuál contiene seis elementos para evaluar la calidad de la atención en el área de la planificación que son: 1) selección de métodos; 2) información otorgada al cliente; 3) la competencia técnica; 4) relaciones interpersonales; 5) mecanismos de seguimiento del usuario; y 6) la gama apropiada de servicios.

En el terreno de agencias internacionales ha habido otras propuestas en relación a la calidad de la atención, en el caso de La Región del Hemisferio Occidental de La Federación de Planificación Familiar (IPPF/WHO) ha presentado una definición sobre la calidad de la atención, al considerar las cuestiones de género en la relación entre clientes

y proveedores. Género en este sentido se refiere al papel, actitudes, valores y la forma de relacionarse de uno y otro sexo en todo el mundo. La Federación (junto con tres asociaciones regionales de planificación familiar y la Red de Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe) elaboró un manual con el objetivo de: evaluar la calidad de la atención desde una perspectiva de género, mejorar la igualdad entre los sexos y los derechos relacionados con la sexualidad, analizar si las instituciones están incorporando estos conceptos de género y fortalecer la capacidad del personal para determinar el grado en que dichos conceptos se aplican en los servicios de salud reproductiva (Creel *et al.*, 2002:3).

Cita Ortega (2003), que el uso de la categoría de género dentro del modelo de calidad de la atención de la salud se dirigió a los derechos de los clientes en una amplia gama de servicios, los cuales incluyen, entre otros, derecho al tratamiento, información imparcial, acceso a un mayor número de tipos de métodos anticonceptivos aplicando el consentimiento informado del cliente (Ortega, 2003:138).

El cambio de la calidad de la atención, con su enfoque en los derechos individuales y el empoderamiento de la mujer, fue profundo, y su incorporación en los programas de IPPF fue atribuible en parte por el triunfo de la inclusión del lenguaje feminista y los principios de las grandes conferencias de la ONU en los 90 (Ortega, 2003:140).

Comenta Matamala (1998), que cuando las mujeres cruzan el umbral de una institución de salud, ellas saben que su conocimiento sobre sus problemas de salud y su importancia en sus vidas diarias, tendrá pequeña o ninguna importancia. Hoy es indispensable en América Latina lograr una calidad de la atención que las mujeres necesitan y merecen. Es necesario reposicionar a la salud dentro de la condición humana, con el estatus de derecho a nivel cultural, así como en las políticas públicas y la

práctica diaria. La autora argumenta que:

El proveer una atención de salud que asegure el máximo posible de bienestar a la mujer depende del sistema de atención a la salud, de los proveedores de la salud, y de la mujer misma. Cualquier modificación en los papeles de cada uno de éstos puede impactar en la calidad de la atención, y promover o impedir los derechos humanos y su desarrollo. Los servicios de salud pública generalmente operan dentro de un modelo biomédico, el cual puede ser descrito como patriarcal y basado en relaciones jerárquicas. Este modelo fomenta la dependencia y sumisión, y afecta las interrelaciones entre los profesionales de la salud y otros trabajadores de salud involucrado en el otorgamiento del servicio y entre los proveedores y los usuarios de servicios. El modelo biomédico de la atención a la salud enfatiza la medicina prescriptiva y considera el conocimiento biomédico la única forma válida de el conocimiento (Matamala, 1998:13).

Mejía (2001) señala que la posibilidad para las mujeres de opinar, de decidir, de elegir en materia de sexualidad y reproducción y de no ser objeto de políticas trazadas y aplicadas sin su consentimiento está en la letra del nuevo enfoque de la salud reproductiva basado en los derechos y en el impulso al empoderamiento y a la autonomía de las mujeres (Mejía, 2002:1).

En vista de lo anterior, es indispensable reconocer y estimular el papel protagónico de la mujer en los espacios del sistema de salud. Una primera acción es como dice Matamala (1998) “hacer visible lo que parece invisible dentro del modelo médico” (Matamala, 1998:10). Eso es lo que plantea esta tesis, incrementar la visibilidad de las opiniones de las mujeres ante los servicios de salud.

### **3.1 Introducción al estudio.**

La idea central de emplear las herramientas metodológicas descritas más adelante, fue conocer las diferencias de opiniones entre los diferentes actores y permitir la producción de un vocabulario que permitiera hablar a uno con el otro. Se trató de elucidar comparaciones de opiniones. Las técnicas empleadas para el trabajo etnográfico fueron la entrevista etnográfica, el listado libre, la semejanza juzgada a través de la agrupación de conceptos. Igualmente se utilizó cuestionario de preguntas abiertas y la aplicación de una encuesta.

#### **Acotaciones metodológicas.**

A lo largo de todo el documento se menciona sobre percepciones, requerimiento de satisfactores, insatisfactores, aspectos deseables y necesidades. Todas ellas se remiten a la forma de interpretar los resultados. En este estudio para el caso de las mujeres embarazadas cuando se cite cualquiera de las acepciones anteriores, se considerarán como **necesidades sentidas** en relación a la calidad de la atención prenatal y parto. Jasis (2000), hace una diferencia entre necesidades sentidas a necesidades expresadas. Lo puntualiza de esta manera:

...diferenciamos las necesidades sentidas por las mujeres de las necesidades expresadas por ellas. Las necesidades sentidas son aquéllas que las pacientes nos refirieron durante la encuesta, o reconocen que tuvieron en algún momento del proceso de atención. Las necesidades expresadas son aquellas necesidades sentidas que las usuarias lograron o pudieron expresar a los proveedores en algún momento de la atención (Jasis, 2000:113).

Respecto a los resultados de la encuesta a mujeres durante el puerperio inmediato y la entrevista a médicos generales, éstos serán conceptualizados como percepciones. Para esta investigación **percepción** es conceptualizada como las apreciaciones que tienen los médicos generales en cuanto el otorgamiento de la atención prenatal y parto desde un punto de vista de la calidad. Desde las mujeres encuestadas durante el puerperio inmediato, la percepción es conceptualizada como las apreciaciones que tienen las mujeres puérperas en cuanto la atención prenatal y parto recibida desde un punto de vista de la calidad.

### **3.2 Metodología.**

#### **3.2.1 Técnicas:**

**Entrevista Etnográfica.** El desarrollo del método etnográfico con relación a la entrevista, es una técnica cuidadosa y detallada de obtención de la conciencia de una persona cuyas creencias y prácticas son distintas de quienes dirigen la investigación, con el objetivo de producir tan exacto como sea posible las creencias y prácticas de la persona con quien se está dirigiendo la obtención, es una forma artística formal en la que se obtienen verbalizaciones y particularidades discursivas. Esta técnica permite acceder al universo de significaciones de los actores, es decir, de esta actividad como evento social surgirán los significados de los informantes. El objetivo entonces, es penetrar en las “realidades” para conocer los significados que ellos dan a su experiencia, para este caso, es ingresar en la realidad de las mujeres embarazadas y sus experiencias con relación a la atención médica recibida durante su embarazo, en otras palabras, es apreciar las cosas desde el punto de vista de ellas, describiendo, comprendiendo e interpretando.

Al contrario de lo que ocurre en una encuesta con preguntas preestablecidas y respuestas restringidas, en este caso las preguntas se fueron creando en el momento

según las respuestas recibidas. Durante este proceso se distinguieron tres elementos importantes:

1. *La explicitación del propósito de la entrevista*, es decir, se dio a conocer a las mujeres embarazadas el propósito del encuentro.

2. *Explicaciones etnográficas*. Se explicó el proyecto, se pidió la autorización para las grabaciones de la entrevista, entrega del consentimiento informado para su firma, se dieron algunas explicaciones sobre la entrevista y sobre las preguntas.

3. *Preguntas etnográficas*. Dentro de ellas se pidió una descripción acerca del actual embarazo con el propósito de iniciar el tema; preguntas donde se solicitaron ejemplos y experiencias; preguntas que permitieron conocer cómo los informantes organizan su conocimiento.

### **Listado libre *Free listing*.**

El listado libre es una de las técnicas de entrevista diseñada para obtener datos sistemáticos sobre un dominio cultural. Un dominio cultural puede definirse como "un set organizado de palabras, conceptos, o frases, todos en el mismo nivel de contraste que en su conjunto se refiere a una sola esfera conceptual" (Weller y Romney, 1988). Muchos de los fenómenos mentales que interesan a antropólogos pueden ser concebidos en términos de dominios culturales. Por ejemplo, algunos de los dominios que los antropólogos han estudiado incluyen condiciones del parentesco, las enfermedades, las prácticas de crianza, términos de plantas, y tipos de remedios caseros.

El primer paso en cualquier estudio es definir los contenidos y límites de la materia. Este principio general no sólo aplica al análisis del dominio cultural, sino a cualquier tipo de investigación. Una de las características de la investigación etnográfica, es el compromiso a definir el tema de estudio en términos del uso del lenguaje,

conceptos y categorías de las personas bajo estudio. La importancia de este compromiso hace del listado libre una herramienta esencial para cualquier etnógrafo, no solamente para antropólogos cognitivos o etnocientistas. Pedir a un grupo de informantes "nombrar todos los X's que conozcan" proporciona una manera sistemática de obtener conceptos y categorías que pertenecen en un dominio. Para abreviar, es la mejor manera de asegurar que el antropólogo está tratando con elementos culturalmente pertinentes (Bernard *et al.*, 1986).

Hay generalmente dos cosas que los antropólogos quieren saber sobre un dominio cultural: (1) ¿qué es lo que le pertenece? y (2) ¿cómo se estructuran sus contenidos? En el listado libre el entrevistador simplemente le pide a cada informante que "liste tantos X's" tantos como él o ella les sea posible, esto contesta la primera pregunta específicamente ¿Qué contenidos y límites de un dominio pueden ser estudiados? El listado libre también contiene información sobre cómo las personas perciben las relaciones entre los elementos en un dominio, y por consiguiente, se puede contestar la segunda pregunta también.

Una de las preguntas que muchos investigadores se hacen del listado libre es ¿cuántos informantes se necesitan? "La mejor respuesta es que depende de la coherencia del dominio. Podría ser un solo informante si todos estuvieran de acuerdo con los contenidos del dominio completo" (Borgatti, 1998). Por esto los lingüistas solían trabajar con un solo informante sobre las reglas de gramática y sintaxis de idiomas nativos. Si unos pocos dominios son coherentes, la mejor estrategia es conocer cómo cambia la distribución de frecuencias de los términos cuando un nuevo informante es agregado. Para la mayoría de los dominios coherentes, de 20 a 30 informantes son, de hecho, suficientes (Séller y Romney, 1988).

### **Semejanza juzgada por agrupación de conceptos *Pile sorts*.**

La agrupación de conceptos es usada en informantes para conseguir semejanza juzgada entre ítems de un dominio cultural. También es usada para obtener atributos que la gente usa para distinguir entre los ítems. La típica técnica de agrupación de conceptos inicia con un set de 3 a 5 tarjetas en las cuales están escritos ítems de un dominio en palabras o descripciones cortas. Por ejemplo, el dominio cultural de enfermedad, se podría tener un set de 80 tarjetas, una para cada enfermedad. Por conveniencia se escribe un número de identificación atrás de la tarjeta. La pila de tarjetas es barajada al azar y es entregada a un informante con las siguientes instrucciones: “Aquí hay un set de tarjetas representando tipos de enfermedades. Me gustaría que usted las ordenara en hileras según se parezcan. Usted puede hacer tantas hileras como guste. Adelante!”

También en lugar de escribir nombres de ítems en las tarjetas, a veces es posible ordenar fotografías de los ítems, o incluso los propios ítems (por ejemplo, al trabajar con el dominio de “bichos”).

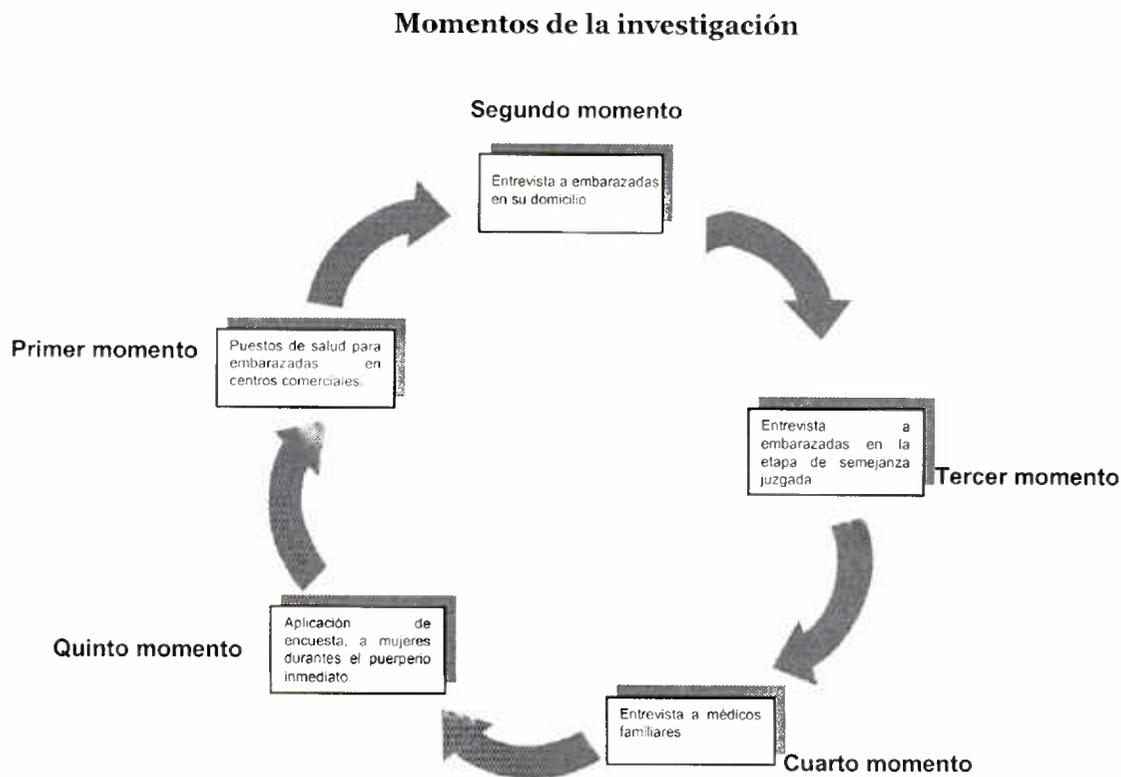
Sin embargo, Borgatti (1998) señala que en caso de informantes instruidos, el método escrito es siempre mejor. Mostrar fotografías o usar los ítems en sí mismos tiende a torcer al informante ordenar los ítems según atributos físicos como el tamaño, color y forma. Normalmente el ejercicio de agrupación de conceptos se aplica alrededor de 30; sin embargo, el número de aplicación depende de la variabilidad de la agrupación de los conceptos o ítems. Por ejemplo, si todos en una sociedad dirán las mismas respuestas exactamente, se necesitaría sólo un informante. Pero si hay mucha variabilidad, se pueden necesitar cientos de agrupaciones para conseguir una buena “fotografía” del modelo de respuestas; es decir, las respuestas más comunes, y para que se puedan cortar los datos en subgrupos demográficos lo cual permita ver diferentes clases de agrupación.

### 3.3 Diseño de la investigación.

El proyecto se desarrolló en la ciudad de Chihuahua comprendiendo seis momentos:

I. Contacto inicial con mujeres embarazadas a través de puestos de salud. II. Entrevista domiciliaria a embarazadas contactadas en el primer momento que aceptaron participar voluntariamente, ahí mismo se aplicó la técnica de listado libre. III. Aplicación de la técnica de semejanza juzgada por agrupación de conceptos a mujeres embarazadas. IV. Entrevista etnográfica a médico(a)s familiares. V. Aplicación de entrevista estructurada a mujeres durante el puerperio hospitalario, o mujeres con puerperio inmediato (primeras 24 horas posparto normal).

A toda/o participante se le proporcionó un formato de consentimiento informado dónde se exponía el propósito de la investigación, se aseguró que no habría ningún costo como resultado de su participación en el estudio, ni riesgo o daño alguno para su persona. También se señaló que toda información proporcionada por ellos era de carácter privado y confidencial.



Momento I. Estrategia de los puestos de salud para mujeres embarazadas.

La estrategia de los puestos de salud surge a partir del aprendizaje obtenido en una primera prueba realizada durante 1994 en una colonia de la ciudad de México y el Municipio de Tepoztlán, Morelos, cuyo diseño estuvo a cargo de un equipo multisectorial (OPS, INSP, INN, CIDHAL, Salud Integral para la Mujer).

El Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México retomó la propuesta y promovió su aplicación en los comités estatales. Los puestos de salud consisten básicamente en la instalación de puestos durante algunos días en lugares donde las mujeres acuden como parte de sus actividades cotidianas: mercados, tianguis, y centros comerciales. En ellos se proporcionan cuatro atenciones sencillas: aplicación de un cuestionario, toma de tensión arterial, exploración de extremidades inferiores (para observar presencia de edema, a la altura del tobillo) y la revisión de las conjuntivas (para observar presencia de anemia). Todo ello con el propósito de identificar factores de riesgo y definir si la mujer debe ser referida al centro de salud correspondiente a su localidad.

En esta investigación se retomó esta estrategia con algunas modificaciones. Aunque se proporcionaron tanto la toma de la tensión arterial, como la exploración de extremidades inferiores y la revisión de conjuntivas, el puesto de salud tuvo por objetivo establecer contacto con las embarazadas que desearan participar voluntariamente en la investigación y obtener información inicial. Para la instalación de los puestos de salud se solicitó la autorización y el apoyo de los Servicios de Salud de Chihuahua a través del Programa de Salud Reproductiva de la Jurisdicción #1. Los apoyos ofrecidos por la Jurisdicción fueron iniciar el contacto con los centros comerciales y la colaboración de una enfermera del programa para estar en los puestos de salud.

Los puestos de salud se instalaron en siete plazas comerciales. No se consideró ningún criterio como selección de los centros comerciales, únicamente se aseguró que estos siete centros comerciales estuvieran aproximadamente distribuidos en toda la ciudad. Los primeros tres puestos de salud fueron instalados por la mañanas y el resto por las tardes, con la finalidad de captar también a la embarazada que trabaja por la mañanas o por las tardes ya que el puesto se desmantelaba alrededor de las ocho de la noche. Además se eligió como día de instalación los martes ya que es el día de oferta en verduras y frutas encontrándose una mayor afluencia por parte de la clientela.

A todas las mujeres que llegaron a los puestos de salud para embarazadas se les aplicó una breve cédula de registro en la cual se le preguntaba nombre, edad, domicilio, ocupación, mes de gestación, pertenencia a algún sistema de salud, utilización de otro sistema de salud a parte del que es derechohabiente, paridad y si estaba acudiendo a control prenatal. Se les realizó toma de tensión arterial, exploración de extremidades inferiores y la revisión de las conjuntivas. Se invitó a participar en el proyecto a todas las mujeres que acudían al puesto así que el número de participantes variaba en cada uno de los puestos, tratando que entre las participantes hubiera mujeres embarazadas de población abierta, de seguridad social y de medicina privada. A las participantes se les informó sobre el proyecto y se les dio un formato de consentimiento informado, el cual se le pedía que leyeran y si estaban de acuerdo se les pedía su firma. Asimismo se le informaba que se les realizaría una visita domiciliaria con la finalidad de platicar sobre su embarazo y el parto. Se les pidió su domicilio y su ubicación a través de un croquis, además de proporcionar una referencia de ubicación de su domicilio, así como su teléfono tanto particular como el de su trabajo o de un familiar o vecina que viviera cerca. El único criterio de inclusión para esta parte del proyecto fue vivir en la ciudad de Chihuahua y estar embarazada.

## Momento II

En esta sección se desarrolló la entrevista etnográfica, la cual se grabó con previa autorización de la mujer embarazada. La duración de la entrevista fue aproximadamente entre 90 y 120 minutos. La entrevista se enfocó en la apreciación de las embarazadas sobre la calidad de la atención tanto en el embarazo como en el parto otorgadas por las instituciones públicas y privadas de salud, es decir, identificar cuáles son los indicadores que son para ellas importantes y significativos con relación a la calidad de la atención prenatal y parto.

El número de entrevistadas fue de 18 mujeres embarazadas. Se determinó este número ya que se cumplió con el criterio de saturación, esto es, cuando las entrevistas ya no proporcionaron información nueva que agregar a los elementos de calidad.

A las mujeres embarazadas se les pidió que escribieran en tarjetas de ¼ de carta, un elemento de satisfacción que a ellas les gustaría fuera otorgada en la consulta prenatal para salir contentas y satisfechas de la consulta. De igual manera se les solicitó que escribieran en otra tarjeta aparte, un elemento de satisfacción que a ellas les gustaría fuera otorgada en la atención del parto para salir contentas y satisfechas de la clínica u hospital. En otro grupo de tarjetas se les pidió que escribieran elementos de insatisfacción y que no les gustaría experimentar en la atención prenatal y del parto. En cada apartado se les preguntó qué significaba lo que habían escrito en cada una de las tarjetas. Las preguntas exactas fueron: ¿Cómo sería en una clínica la atención del/a médico/a, para que las mujeres que se atienden el embarazo en esa clínica salgan contentas y satisfechas? ¿Cómo sería en una clínica u hospital el tipo de atención del/a médico/a, para que las mujeres que se atienden el parto en esa clínica u hospital salgan contentas y satisfechas? ¿Cómo sería en una clínica el tipo de atención del/a médico/a, para que las mujeres que se atienden el embarazo en esa clínica salgan descontentas e

insatisfechas? ¿Cómo sería en una clínica u hospital el tipo de atención del/a médico/a, para que las mujeres que se atienden el parto en esa clínica u hospital salgan descontentas e insatisfechas?

Después se les pidió que jerarquizaran por orden de importancia tanto los de satisfacción como los de insatisfacción. Además se les preguntó la razón de haber hecho esa jerarquización para cada uno de los elementos. Al final de la sesión le entregó a cada participante un paquete de pañales como una bonificación por su participación. Estos elementos permitieron conformar un esquema sistemático sobre las necesidades en la atención prenatal y parto, facilitando la identificación de indicadores clave para la evaluación de la calidad en la atención prenatal y parto.

### Momento III.

Con relación a la aplicación de la técnica de semejanza juzgada por agrupación de conceptos, se llevó a cabo un ensayo piloto con cinco mujeres embarazadas a quienes se les presentaron dos grupos de tarjetas: uno sobre embarazo y el otro sobre parto. Cada uno de los grupos de tarjetas estaba compuesto por 20 ítems; al realizar la práctica de piloteo se realizó una depuración de los ítems. El grupo de tarjetas con elementos de calidad de la atención prenatal quedó conformado por 18 tarjetas y el grupo de tarjetas con elementos de calidad de la atención del parto con 15 tarjetas.

La técnica fue practicada a 12 mujeres embarazadas en sus domicilios, la selección fue a través de bola de nieve. El único criterio de selección fue que aceptaran participar. Primero se hizo un primer contacto con la mujer embarazada a través de visita en su domicilio o vía telefónica. En este primer acercamiento se le explicaba de manera general el objetivo de la investigación y se le hacía la invitación para participar, si aceptaba entonces se acordaba el día y la hora de la cita.

Ya en el domicilio se le otorgaba el formato de consentimiento informado para su lectura y firma, después se llenaba un formato para obtener información socio-demográfica. Anterior a las tarjetas de embarazo y parto, se trabajó con un set de tarjetas conteniendo elementos de utensilios de cocina para ejemplificar cómo se llevaría a cabo la sesión. Posterior al ejercicio de semejanza juzgada, se le entregó a cada participante un paquete de pañales como una bonificación por su participación.

#### Momento IV.

Al igual que en las entrevistas realizadas a mujeres embarazadas en el momento II, se desarrolló con los médico/as generales la entrevista etnográfica. Se seleccionaron cuatro médico/as, dos hombres y dos mujeres. Los criterios de selección fueron dos: 1) Que por lo menos alguno/a de ellos trabajara en la seguridad social, otro/a en la institución que cubre el servicio a la población abierta y los restantes que pertenecieran a alguno de ellos, además de trabajar para la medicina privada; y 2) que aceptaran participar en la entrevista. El lugar de la entrevista para el caso de tres de ellas fue en los lugares de trabajo de los médico/as, sólo una de las entrevistas fue realizada en una cafetería. La duración de la entrevista varió de entre 45 minutos a cerca de 120 minutos. A los cuatro se le pidió autorización para grabar la sesión. Posterior a las entrevistas se transcribieron las cintas y después se analizó su contenido a través del Atlas.ti.

#### Momento V.

La encuesta se llevó a cabo en seis hospitales de la ciudad de Chihuahua. La aplicación fue realizada por tres trabajadoras sociales previamente capacitadas. La entrevista estructurada comprendía los mismos indicadores contenidos en las tarjetas con la que se llevó a cabo la semejanza juzgada a través de agrupación de conceptos, de tal manera, que se contó con 18 ítems de embarazo y 15 sobre el parto. Estos indicadores se plasmaron en la entrevista estructurada por medio de aseveraciones positivas, por

ejemplo “Durante mi trabajo de parto mi esposo me acompañó” en vez de “Durante mi trabajo de parto mi esposo no me acompañó” a través de la escala de Likert con la finalidad de medir el índice de satisfacción. La escala para medir la apreciación sobre las aseveraciones de la entrevistada fue: Totalmente de acuerdo, de acuerdo, ni en acuerdo ni en desacuerdo, el desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Antes de sus aplicación en los hospitales se piloteó la escala con mujeres que en forma reciente habían tenido su parto, la selección de estas mujeres fue por bola de nieve y la aplicación de la escala fue en sus domicilio. En total fueron 189 mujeres puérperas a las cuales se les aplicó la escala de Likert.

Para la aplicación de encuesta en los hospitales se seleccionaron mujeres que transcurrieron con un embarazo de bajo riesgo y el parto vaginal de las mujeres que se atendieron hospitalariamente en la ciudad de Chihuahua. Los criterios de inclusión fueron aceptar participar voluntariamente, tener 37 semanas o más de embarazo, no presentar ninguna de las siguientes patologías diagnosticadas: diabetes, hipertensión, nefropatía, epilepsia, enfermedad hipertensiva del embarazo, no haber tenido embarazo múltiple, y no tener impedimento físico o mental para comunicarse o cooperar. Fue con la finalidad de obtener experiencias comunes de la mayor parte de las mujeres que se embarazan y atienden el parto en el hospital. Se aplicó el cuestionario en seis unidades hospitalarias de la ciudad donde se resuelven más del 95% de los partos hospitalarios, dos fueron de la seguridad social (IMSS, ISSSTE), dos de población abierta (SSA, e Instituto Chihuahuense de Salud), y dos privados.

**Institución**

Clínica de Gineco-obstetricia IMSS  
Hospital Lázaro Cárdenas. ISSSTE  
Hospital General SSA  
Hospital Central ICHISAL  
Clínica del Parque  
Clínica del Centro

La asignación de la muestra de cada una de las seis unidades hospitalarias se realizó a través de muestreo simple por cinco días consecutivos; es decir, se aplicó la entrevista a todas las puérperas que cumplieran los criterios de inclusión durante un periodo de cinco días consecutivos.

---

**Capítulo 4.**  
**La calidad desde la mirada de las embarazadas**  
**(resultados de investigación).**

---

Este capítulo está organizado en seis secciones. En la primera parte se hace una descripción general de las mujeres que acudieron a los puestos de salud; en seguida se presenta la caracterización de las entrevistadas y el uso que tienen del sistema de salud. En la tercera parte se presenta la propuesta de elementos para obtener una atención de calidad. Después se describe la organización cognitiva de calidad (semejanza juzgada). En la quinta, las categorías de insatisfacción en la calidad de la atención prenatal y parto y por último la evaluación de la calidad en el puerperio inmediato.

A continuación se presenta un cuadro donde se comparan datos sociodemográficos de los cuatro grupos de mujeres con los que se trabajó en: puestos de salud, *free listing*, *pile sorts* y el grupo de mujeres en el puerperio inmediato. Los cuatro grupos muestran características muy similares.

**Cuadro No. 4.1**

Comparación de datos sociodemográficos en los cuatro grupos				
Características sociales	Grupos de mujeres			
	Grupo puestos de salud	Grupo <i>free listing</i>	Grupo <i>pile sorts</i>	Grupo puerperio
Promedio de edad	25	26	26	24
Promedio años de escolaridad	11	12	10	10
Vive con el padre de su bebe	89%	89%	92%	84%

**4.1. Aspectos generales: caracterización de las mujeres embarazadas captadas en los puestos de salud y el uso del sistema de salud.**

Se instalaron un total de siete puestos de salud en siete centros comerciales. El total de mujeres embarazadas captadas en estos puestos fue de 57 embarazadas. La selección de los centros comerciales trato de cubrir las diferentes zonas de la ciudad infiriendo que la

ubicación de los centros comerciales refleja en cierta forma la situación socioeconómica de la zona. Las mujeres que más se acercaron a los puestos de salud fueron las que cubren su atención institucional. Es de hacer notar que del total de mujeres embarazadas que se acercaron a los puestos acude en un 22% a la medicina privada. Si estos datos fueran válidos para el resto del estado, ello podría indicar un cambio en el uso del sistema de salud. En otros estudios se ha encontrado que las personas de menos recursos económicos son las que hacen el esfuerzo por acudir a la medicina privada (Frenk, Lozano, González-Block *et al.*, 1994).

La edad promedio de las 57 mujeres embarazadas fue de 25 años; la edad mínima fue de 16 años y la edad máxima fue de 39 años. El promedio del número de años de estudio fue de 11 años; es decir educación media superior. El 90% vive con el padre de su bebé. El 46% trabaja fuera del hogar y el 51% es ama de casa. La mayoría de las mujeres embarazadas acudieron a los puestos en su tercer trimestre de embarazo, representando el 47%; mientras que las mujeres embarazadas que cursaban el segundo trimestre de embarazo fue del 39%, siendo el 14% para el primer trimestre de embarazo. En cuanto al tipo de servicio de salud a la que acuden, el 63% cuenta con algún tipo de servicio de seguridad social.

Con relación al uso de los servicios de salud existe como un movimiento de afluencia a diferentes subsistemas de atención dentro de un mismo “subsistema de salud”, como los llama Carlos Zolla (Zolla y Mellado, 1995:71-92),<sup>1</sup> subsistemas que interactúan, el tradicional, el doméstico y el académico. En el caso de las embarazadas que han sido captadas a través de los puestos de salud se ha encontrado una especie de

---

<sup>1</sup> Según Zolla, la configuración del conjunto de prácticas médicas resulta de la coexistencia de la medicina académica, la medicina tradicional y la medicina doméstica. Esta compleja organización del campo de la atención de la salud da lugar a procesos sintéticos, transacciones en el conocimiento y en las prácticas, y relaciones de conflicto y complementación entre los terapeutas.

interacciones múltiples y sobrepuestas de utilización de los servicios de salud y todo dentro de un solo “subsistema de salud”, el académico. Una embarazada puede ser derechohabiente hasta de dos instituciones de seguridad social, tener ISSSTE como trabajadora e IMSS como beneficiaria por su esposo. Sin embargo, acude para atenderse el embarazo a la medicina privada, aunque piense atenderse el parto en el ISSSTE para obtener su incapacidad como trabajadora. Puede ser el caso de otra embarazada, la cual sea beneficiaria del IMSS por su esposo y acude para atenderse el embarazo a la medicina privada, como el médico que le atiende el embarazo trabaja también en el IMSS, entonces ella se atenderá su parto en el IMSS y para poder atenderse el parto necesita ir a consulta al IMSS, por lo tanto, esta señora acude atenderse el embarazo tanto al médico particular como al IMSS. O bien una embarazada no derechohabiente va al centro de salud de la SSA para atenderse el embarazo, pero está ahorrando para atenderse el parto en una clínica privada para no acudir a algún hospital de la SSA y así se pueden ir encontrando toda una variedad de combinaciones. En el caso de las embarazadas derechohabientes del IMSS, el 70% tiene un comportamiento de fidelidad institucional.

**Cuadro No. 4.2**  
**Institución de derechohabencia y lugar donde se atiende el embarazo**

INSTITUCION DERECHOHABIENTE	ACUDE A ATENCION PRENATAL					NO ASISTE A CONTROL	TOTAL
	IMSS	SEDENA	MEDICO PARTICULAR	CENTRO DE SALUD	PENSIONES CIVILES		
IMSS	21	1	7			1	30
ISSSTE			3				3
SEDENA			1				1
PENSIONES CIVILES					2		2
NO DERECHOHABIENCIA			14	6		1	21
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>57</b>

#### **4.2. Aspectos generales: caracterización de las entrevistadas y el uso del sistema de salud.**

Se realizaron un total de 18 entrevistas, se determinó este número ya que se cumplió con el criterio de saturación, esto es, cuando las entrevistas ya no proporcionaron

información nueva que agregar a los elementos de calidad (ver capítulo 3). La media de edad del grupo de mujeres embarazadas entrevistadas fue de 26 años, con una edad mínima de 19 y edad máxima de 38 años cubriendo de esta manera la mayor parte del rango de edades donde más embarazos hay. En cuanto años de escolaridad la media fue de 13 años, con un mínimo de 9 y un máximo 18 de años. El 90% vive con el padre del hijo que esperan. El 39% trabaja en el hogar, mientras que el 61% trabaja además fuera del hogar. En cuanto a la atención en salud, el 33% no cuenta con derechohabencia este dato concuerda con la información otorgada por los Servicios de Salud de Chihuahua el que señala que el 43% no está cubierta por ninguna de las instituciones de seguridad social (ver cuadro 4.3).

**Cuadro No. 4.3**

<b>Características sociodemográficas y uso de servicios de salud</b>					
SE ATIENDE EL EMBARAZO EN	TRIMESTRE DE EMBARAZO	DERECHO A SERVICIOS MEDICOS EN	NUMERO DE HIJOS	ESCOLARIDAD	EDAD
MEDICO PARTICULAR	1	NO TIENE	0	SECUNDARIA	21
MEDICO PARTICULAR	3	ISSSTE	0	PROFESIONAL	27
MEDICO PARTICULAR	2	SEDENA	1	PREPARATORIA	25
MEDICO PARTICULAR	3	IMSS	1	PREPARATORIA	24
MEDICO PARTICULAR	3	IMSS	0	PROFESIONAL	19
MEDICO PARTICULAR	2	NO TIENE	1	POSGRADO	29
MEDICO PARTICULAR	3	IMSS	1	PREPARATORIA	35
MEDICO PARTICULAR	3	NO TIENE	1	PREPARATORIA	24
MEDICO PARTICULAR	2	ISSSTE	0	PROFESIONAL	26
MEDICO PARTICULAR	3	ISSSTE	1	POSGRADO	36
CENTRO DE SALUD	3	NO TIENE	0	SECUNDARIA	20
CENTRO DE SALUD	3	NO TIENE	2	PREPARATORIA	32
CENTRO DE SALUD	3	NO TIENE	1	SECUNDARIA	32
IMSS	2	IMSS	0	SECUNDARIA	20
IMSS	1	IMSS	1	PREPARATORIA	25
IMSS	1	IMSS	0	PREPARATORIA	20
PENSIONES CIVILES	3	PCE	5	PROFESIONAL	38
NO SE ATIENDE	1	IMSS	1	PREPARATORIA	22

El hecho de que haya un acceso segmentado de las mujeres a los servicios de salud ha provocado un gran traslape entre las poblaciones cubiertas por uno y otro sector, el de la seguridad social, el sector público y el privado. Es de hacer notar que sólo el 41% acuden únicamente a su institución a la que es derechohabiente (ver cuadro 4.4).

**Cuadro No. 4.4**

<b>Institución derechohabiente y lugar donde acude la mujer embarazada a atenderse el embarazo</b>						
ACUDE	INSTITUCION					TOTAL
	IMSS	ISSSTE	SEDENA	PENSIONES CIVILES	NO TIENE DERECHOHABIENCIA	
MEDICO PARTICULAR	3		1		3	7
IMSS	3					3
ISSSTE		3				3
CENTRO DE SALUD					3	3
PENSIONES CIVILES				1		1
NO ACUDE A ATENCION	1					1
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>18</b>

#### **4.3. Propuesta de elementos para obtener una atención de calidad.**

La metodología de este estudio permitió producir los datos a través de un proceso dialógico. La construcción de los indicadores y la definición de los mismos fue referido por las mismas usuarias de los servicios a través de sus opiniones y propuestas.

Respecto a los indicadores sobre la atención prenatal y parto declarados por las mujeres embarazadas, se observó en forma general que las mujeres embarazadas presentan una predilección de ser tratadas con “interés”, “respeto” y un “mejor trato”. Otras de las necesidades expresadas fueron tener una “orientación plena en cuanto a los cuidados”, un trato el cual vislumbre el “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. Las apreciaciones de este grupo de embarazadas parecen indicar que encuentran un deterioro de capacidad e imagen de las instituciones públicas de salud.

Como se mencionó en el capítulo sobre la metodología a cada entrevistada se le entregaron tarjetas index de ¼ de carta. Para esta ocasión fueron entregadas cinco tarjetas a cada informante conformando un total de 20 (cinco para necesidades deseados de la atención del embarazo, cinco para lo que no desean que ocurra durante la atención del embarazo y lo mismo se realizó para la atención del parto). La mayoría de las informantes escribió hasta tres tarjetas para cada situación. El total de tarjetas fue de 221. A continuación se expondrán los hallazgos en las situaciones de atención del embarazo y parto. Respecto a cada una de ellas, se abordarán los concentrados con los tres primeros elementos señalados en los listados libres. Estos elementos se agruparon según su similitud (ver página siguiente).

### Cuadro No. 4.5

#### Listado libre sobre la atención en el embarazo referente al médico

- 1 Que dieran un mejor trato
- 1 Que el médico me hablara de mi bebé, sobre su crecimiento y formación y aumentara mi autoestima y amor a mi bebé
- 1 Buen trato
- 1 Buena atención
- 1 Mejor atención en el momento que vas a la cita
- 1 Un buen trato
- 1 Cuando asisto a una dependencia para tratar mi embarazo me gustaría que el doctor fuera amable, interesado, que las instalaciones fueran las adecuadas, el instrumental estuviera todo esterilizado.
- 1 Que sean tan inhumanos
- 1 *Que no se presenten descuidos por parte del médico con las indicaciones*
- 1 Que el doctor(a) no se presente
- 1 *Darle la misma preferencia, trato, duración de consulta, explicación, etc. A los derechohabientes de cualquier institución que tenga que atender particulares*
- 1 *No tener una buena atención. Que el doctor por estar atendiendo otras cosas, no nos hagan caso a nosotras.*
- 1 *Que te demuestren que estas segura o vas a hacer bien atendida, y tú te sientas bien cuando vas a verlo. (no que antes de entrar, ya te adelantas a pensar negativamente; esto a como te trataron anteriormente)*
- 1 Que no atiendan con naturalidad
- 1 Que no hagan tacto tantas veces
- 1 Que fuera muy brusco
- 1 Que no haya otra persona en el momento que se me esta haciendo la revisión.
- 1 Que atendieran con rapidez a las personas que lo necesitan
- 1 Falta de atención oportuna
- 2 Que me preguntara sobre mis dudas y me brindara confianza
- 2 Trato amable del personal
- 2 Que fuera accesible el médico
- 2 Que te den la importancia o atención como persona que eres y que es uno de los derechos
- 2 Tener mas confianza con el doctor
- 2 Que esté más pendiente el doctor de detalles como el estado de la paciente, signos vitales, cambios que se van presentando en el embarazo.
- 2 Que hubiera una doctora que me atendiera en todo el embarazo.
- 2 A veces son muy cortantes los médicos
- 2 Un mal servicio en urgencias
- 2 *Que por un descuido no me den tratamiento para alguna infección a algún otro problema que no se le haya puesto atención*
- 2 Mala atención médica
- 2 Que no sean lujuriosos los doctores
- 2 Que el doctor sea prepotente y no me diga (informe) bien
- 2 Que te lastimaran tanto los doctores al momento de la revisión
- 2 Que te regañen
- 3 Que me reciba con saludo ¡buenos días!
- 3 Atención médica de primera
- 3 Que el doctor sea amable conmigo y con mi esposo
- 3 Tener buena salud para mí y mi bebé. Que me den buena atención e información en cada consulta
- 3 Que el médico o institución vean lo importante que es él que ellos nos muestren su paciencia y confianza para preguntar nuestras inquietudes
- 3 Que estuviera el doctor muy al pendiente de mi embarazo
- 3 Que no me traten como una niña.

En el cuadro de la izquierda se presentan los listados libres escritos por las mujeres embarazadas entrevistadas en su domicilio. El número de la izquierda en la columna representa la jerarquización que las mujeres le dieron a los elementos. Se exhiben los tres primeros lugares, ya que la mayoría de las mujeres trabajó con tres tarjetas de cinco que les fueron entregadas. Los enunciados en cursiva expresan los factores de insatisfacción. Este cuadro agrupa los elementos de los listados, estos se refieren a **Médico: Atento, amable, con actitud comprensiva, interesado por los sentimientos de la embarazada, respetuoso, con disponibilidad para aclarar dudas, que muestre interés por el curso del embarazo, haga una revisión delicada y sea el mismo durante todo el embarazo.**

Los requerimientos agrupados en el cuadro 4.5, resaltan los aspectos interpersonales que se establecen con los/as prestadores/as de los servicios de salud. El sistema no ha orientado sus esfuerzos para dirigirse hacia este tipo de demandas. Este tipo de necesidades de atención en el embarazo parece que no tienen un espacio de manifestación durante la interacción que se da entre los/as prestadores/as de los servicios de salud y las usuarias. El protagonismo de las mujeres usuarias queda imperceptible para los prestadores/as ya que el ejercicio del poder se da en forma vertical, del médico/a a la usuaria creando un marco de poder-subordinación lo cual refleja que el tipo de relación médico/a-usuaria sigue siendo inequitativo. Además dado el poco tiempo que se dispone para la consulta prenatal, difícilmente los/as prestadores/as de los servicios conceden importancia a los aspectos emocionales, dado que el modelo médico biologista bajo el cual actúan no considera la esfera emocional como parte de la salud de sus usuarias. El énfasis de este modelo es la medicina prescriptiva y considera al conocimiento biomédico como el único conocimiento válido.

Hay otros aspectos que vulneran su dignidad entre los que destacan el maltrato:

...Haz de cuenta que también cuando vas a entrar ya con él, ya lo viste, tú ya pensaste que va a estar agachado, con su cara de cansado, con su cara de enojado. Cuando voy a entrar al Seguro, ya lo estoy viendo molesto de que, como que le molesta que uno le esté preguntando. Está uno, le preguntaré o no le preguntaré, y luego ya que la va a estar con su carota ahí, y luego a dejarme acostada y estarme aplastando y lo que me va a doler. Ahí me va a dejar acostada que a ver como me enderezo...<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Entrevista efectuada el 8 de agosto del 2002.

...Que no me regañen, que yo se que estoy embarazada, que a lo mejor ya no estoy tan joven, pues que me den mi lugar como mujer...<sup>3</sup>

Llama la atención que existe una especie de noción de derechos entre las mujeres entrevistadas, y los requerimientos señalan que las atiendan bien, opiniones que expresan los deseos de autoafirmarse como personas, como sujetos:

...Que te den la importancia o atención como persona que eres y que es uno de los derechos...<sup>4</sup>

...Que el médico o institución vean lo importante que es él que ellos nos muestren su paciencia y confianza para preguntar nuestras inquietudes...<sup>5</sup>

En este último requerimiento la usuaria busca una interacción donde se pueda establecer un vínculo de confianza que proporcione bienestar y ella sienta tranquilidad al preguntar sus dudas. Cabe resaltar que el establecer una relación de confianza tiene un impacto favorable en la prestación de la salud. La atención médica es considerada como un proceso en el cual se establece un encuentro entre personas, y que esta relación médico/a paciente es un elemento importante dentro de la práctica médica. La calidad de los servicios depende de manera importante de las actitudes de los proveedores de los servicios (hombres y mujeres).

---

<sup>3</sup> Entrevista efectuada el 5 de agosto del 2002.

<sup>4</sup> Entrevista efectuada el 6 de agosto del 2002.

#### Cuadro No. 4.6

##### Listado libre: atención en el embarazo referente a orientación

- 1 Que cada embarazo, en lo referente a recomendaciones, cuidados etc., el médico de las indicaciones como si fuera el primero, donde traten a la mamá como primeriza o como si no supiera nada, para el bien de la mamá y del futuro bebé. Esto nos hace sentir muy bien y completamente atendidas.
- 1 *Que no te den la suficiente información para llevar un mejor embarazo.*
- 1 *Que sólo el médico se enterara del avance o del estado del embarazo por falta de comunicación y tiempo.*
- 2 Que explicaran bien cómo va el embarazo.
- 2 Que le digan la verdad sobre cómo va uno
- 2 Que den información sobre los cuidados en la alimentación, etc.
- 2 Que me den información sobre si está bien mi presión y peso de acuerdo a mi estado.
- 2 Que en la primer sonografía su papá esté ahí. Que el médico nos explique cómo es lo que vemos.
- 2 *Que el doctor sea prepotente y no me diga (informe) bien.*
- 2 Que se me diga claramente lo que se ve en la sonografía.
- 2 Proporcionar folletos informativos que contemplen todas las dudas que cualquier mujer embarazada puede tener.
- 2 Falta de información
- 3 Más información y recomendaciones sobre el edema de los pies.
- 3 Que me informen de acuerdo a mi peso si debo seguir una dieta en especial.
- 3 Información sobre mi embarazo.
- 3 *Que no me den información.*
- 3 *Que en vez de que me regañen, me orienten.*
- 3 *Que me aclaren las dudas que tengo.*

Los elementos aquí mostrados se agrupan bajo el criterio de: **Orientación completa del médico con palabras sencillas y por escrito.**

El segundo gran agrupamiento de requerimientos refiere a la necesidad de ser informadas sobre el estado de su salud y el de su bebé, información y explicación sobre los resultados de los exámenes. Resaltan que la información sea clara, completa, veraz, sencilla incluso que sea por escrito.

La relación entre la mujer y el médico/a se caracteriza por la falta de diálogo, por la asimetría y por el reforzamiento del poder médico. Este tipo de vínculo no genera un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre el estado de sus salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas. La mayoría de las veces la información que se proporciona es en un lenguaje técnico que gran parte de las mujeres no pueden entender. Además los/as proveedores/as de la atención médica pocas veces hacen el esfuerzo de confirmar si las usuarias comprendieron las instrucciones que ellos/as proporcionan.

<sup>5</sup> Entrevista efectuada el 9 de agosto del 2002.

### Cuadro No. 4.7

#### Listado libre: atención en el embarazo referente al chequeo

- 1 Que tomen exámenes prenatales.
- 1 Que se haga una buena revisión de mi persona.
- 1 Que se manden hacer todos los análisis necesarios para el buen estado de salud de mi bebé y el mío propio. Que me tomen la presión, el peso y me midan la barriga.
- 1 Que sea una buena revisión.
- 1 Que se haga una revisión completa de la paciente, como pesarla, checar la presión, tocar el vientre para sentir al bebé.
- 1 Que el médico vea como necesario ponerse uno las vacunas y vitaminas para bien del bebé y de la mamá.
- 1 *Que no me tomen la presión ni me revisen físicamente.*
- 1 *Que el médico no haga revisión completa de la paciente.*
- 2 Que chequeen bien al bebé (el peso, cuánto mide, sus huesos, el líquido y los movimientos)
- 2 Que al médico no se le pase indicar la vacuna
- 3 Que nos hagan chequeo general.
- 3 Que te hagan chequeo general (análisis, radiografías, etc.) dependiendo del problema que no te quieran decir con sus palabras, si no que tu salgas segura. Qué estés bien o mal (porque ya lo viste)

Los elementos aquí mostrados se agrupan bajo el criterio de: **Chequeo completo de la embarazada.**

Aunque si bien las usuarias no tienen una información formal sobre la técnica de la atención médica, si muestran nociones sobre la competencia técnica que deben ejercer los médicos y a la cual ellas tienen derecho.

Ejemplos de nociones sobre el chequeo completo de la embarazada según entrevistas de los días 8 al 16 de agosto del 2002 son:

...Exámenes de laboratorio que a todas las embarazadas les deben de tomar, para ver cómo andan de hemoglobina, para ver cómo andan en tiempos de coagulación en los exámenes de la sangre, ahí también en esos exámenes hasta se detecta una anemia o para ver cómo anda uno de la azúcar y para que el doctor pueda ver que necesita uno, vitaminas o hierro o simplemente que necesita.<sup>6</sup>

...Por ejemplo que de peso, o de la presión, como he andado baja y todo eso; de la bebé. A mi me tocó que en la clínica 44, antes de pasar a ginecología, las revisiones son el peso, la presión, la niña, cuánto mide y a ver si no se me han inflamado los pies. Por ejemplo con el doctor voy a

<sup>6</sup> Entrevista efectuada el 7 de agosto del 2002.

una revisión de embarazo, verdad, y checan también que los oídos, que la vista, luego que cómo camina uno, la postura de uno.<sup>7</sup>

A pesar de que el personal médico señala que las usuarias no tienen conocimiento sobre la atención médica, muchas de ellas saben o tienen nociones sobre lo que acontece en una revisión médica de control prenatal, por experiencias previas o comentarios de otras mujeres embarazadas. De esta manera, generalmente una usuaria puede evaluar si la revisión que le efectuó el médico/a fue completa.

#### Cuadro No. 4. 8

##### Listado libre: atención en el embarazo referente a horario

- |   |  |
|---|--|
| 1 | Horario de servicio más amplio.                |
| 2 | Que ampliaran las instalaciones y el servicio. |
| 2 | Dedicar más tiempo                             |
| 2 | Que me den la cita para otro día               |

Los elementos aquí mostrados se agrupan bajo el criterio de: **Horarios suficientes para solicitar consulta.**

El tiempo es planeado y programado por las instituciones de salud, pareciera que no es importante para el personal de las instituciones el respeto por el tiempo de las usuarias. Cuando las mujeres buscan atención médica, la mayoría de las veces, han tenido que interrumpir su trabajo doméstico o laboral, incluyendo el cuidado de sus familiares y esta situación genera en gran parte de ellas tensión y ansiedad. Una atención médica amable probablemente disminuiría esta presión. Sin embargo, se ha venido dando un deterioro en la relación, por muchas razones que van desde la utilización hipertrófica de las medidas técnicas a la sobredemanda que a su vez crea la necesidad de ver más pacientes por unidad de tiempo, situación que sólo exacerba la relación asimétrica. Sin embargo, es precisamente esta relación médico-paciente que determina en alto grado el logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas de la paciente. Al sistema no le

<sup>7</sup> Entrevista efectuada el 12 de agosto del 2002.

interesa obstaculizar la planificación cotidiana y el que la usuaria tenga un horario de trabajo.

...Significa que por ejemplo en la clínica 33, a la hora que uno va, la consultan; entonces uno que trabaja y que tiene familia y todo y si se siente uno muy mal, ya perdiste el día de ir a trabajar y los niños la escuela y todo. Entonces así, si yo me sintiera mal, podría dejar al niño en el kinder y me iba y yo sabía que en una o dos horas, ya estaba afuera; y que yo puedo hablar al trabajo y decir, déjenme entrar más tarde, pero en el Seguro, aquí en la 4, no sabe uno ni a qué hora vaya a salir; porque así vaya uno a las cinco de la mañana, le puede tocar a las 12:40 o una de la tarde la consulta.<sup>8</sup>

En los siguientes cuadros se muestran los requerimientos expresados en los listados libres por las mujeres embarazadas entrevistadas en su domicilio respecto al parto. Al igual que los requerimientos de la atención del embarazo se muestran aquí los elementos que más frecuencias mostraron.

### Cuadro No. 4.9

#### Listado libre: parto referente al tipo de atención

- 1 Que atendieran pronto
- 1 Que atendiera un ginecólogo y no un médico interno
- 1 Que sean responsables
- 1 Negligencia médica
- 1 Tomar todas las precauciones necesarias para evitar complicaciones aunque tengan que usar aparatos de registro u otros que sean considerados costosos para la institución
- 1 Que los dos seamos atendidos a tiempo, con higiene y seguridad
- 1 Rápida atención de la paciente al momento de llegar a la clínica.
- 1 Que le pasara algo malo al bebé por culpa de los doctores
- 1 Que el medico sea puntual y responsable para realizar la cesárea
- 1 *Que se me pasara el tiempo del parto por un error del ginecólogo*
- 1 *Que exista personal capacitado, además del médico ginecólogo, para que pueda atender una emergencia y no le pida a la paciente cerrar las piernas o dejar de pujar para evitar el trabajo del parto, eso puede provocar sufrimiento fetal u otras complicaciones*
- 1 Que no hicieran bien su trabajo los doctores
- 1 *Que se me presentara un problema por que no lo esperábamos y no se me atendiera como debe de ser*
- 1 *Si mi bebé sufriera de alguna enfermedad a causa de no haber atendido correctamente mi parto*
- 1 *Que sea un solo doctor*
- 2 Que atiendan bien a la bebé dentro y fuera del útero
- 2 Que sean personas capacitadas por si llegara a presentarse un problema, y que hagan bien el proceso del parto
- 2 Que estén seguros de la anestesia mientras están cociéndote
- 2 Que duren tanto en hacer la cesárea y no tener ayuno de tantas horas
- 2 Que no hubiera descuidos
- 2 *No me gustaría que me dejen que avance el trabajo de parto normal y después me salgan con que mejor cesárea*
- 2 *Que no atendieran con rapidez si es que yo lo necesito*
- 2 *No me gustaría que por culpa de las personas que me atendieron en el momento del parto, sacaran mal al bebé y el tuviera problemas*
- 2 *Que no hubiera un médico pediatra que atendiera a mi bebé inmediatamente*
- 2 *Que no te dejen bien*
- 2 *Descuido por parte del personal*
- 2 Que me atendieran cuando yo sienta que ya va a nacer mi bebé, sin que me regresen y resulta que ya era hora
- 3 Que me lleven a mi bebé lo mas pronto posible y que de ser posible yo lo atienda
- 3 Que no nos hagan bolas con tanto tramite y papeleo. que sea un parto sin muchas complicaciones
- 3 Que al momento que nace el bebé, los cuidados necesarios y la identificación en el bebé
- 3 *Que fuera mas eficiente el personal de anestesia (anestesiólogo)*
- 3 *Que mi bebé esté llorando porque no me baja la leche y no le den nada*
- 3 Que nos dieran una atención impropia y que me hagan esperar

Este cuadro agrupa los elementos de los listados, estos se refieren a una **atención rápida, oportuna, que el personal tenga habilidad técnica y que sea un mismo médico durante el parto.**

Estos requerimientos muestran una insistencia por parte de la usuarias a que el personal médico ejerza con competencia técnica para seguridad de ellas y sus bebé.

Una informante nos expresa:

"... yo iba para cesárea y me pusieron suero para que me dieran los dolores.. Todo y porque no leyeron el expediente. Yo estaba aparte porque iba para quirófano y ya me habían limpiado y pregunta un doctor: ¿por qué no le han puesto suero a ella? No sé, le contesta una enfermera, pues póngaselo, ¿qué espera? Pienso que no hay seguimiento, que existen malos entendidos entre ellos mismos. Que lean nomás los expedientes para que vean a ver esta mujer qué tiene. No somos animales para que nos traten al parejo."

<sup>8</sup> Entrevista efectuada el 14 de agosto del 2002.

Cuadro No. 4.10

**Listado libre: parto referente a la interacción**

- 1 Que no la dejen sola
- 1 Que a la hora del parto fueran más comprensivos que se pusieran en ese lugar
- 1 Amables y buena atención
- 1 Que el doctor o enfermera me checaran frecuentemente como va avanzando las contracciones. Y al momento de ser el momento de que nazca el bebé ellos se den cuenta
- 1 Mas comprensión del estado en que esta uno
- 1 Que el personal este pendiente de todos los acontecimientos.
- 1 *Mala atención médica*
- 1 *Una mala atención*
- 1 *Una mala atención*
- 2 El buen trato
- 2 Que el doctor que me esta atendiendo no se vaya
- 2 Buen trato médico
- 2 Trato amable, comprensión
- 2 *Que no se suban arriba de uno*
- 2 *Que no me atendieran bien*
- 2 *Que les digan a las embarazadas que sientan dolor que no se quejen. Creo que un trato más humano y de respeto por esta etapa tendría mejores resultados que el estar enojados*
- 3 Que los doctores tengan mucha higiene
- 3 Que siempre se encuentre un pediatra en el momento del parto, para al revisión inmediata de el bebé
- 3 *Que al momento que yo vaya me ignoren y me dejen esperando hasta que alguien me pueda atender.*

Este cuadro presenta los listados libres donde se agrupan los elementos que se refieren a: **Buena atención del médico. Comprensivo en el momento del parto, amable, con buen trato, pendiente y respetuoso del trabajo de parto. Médico con higiene.**

Estos elementos, a diferencia del cuadro número 4.9, se relacionan más con la interacción médico-paciente. Son expresiones más subjetivas relacionados con las emociones y actitudes más que con capacidad y destreza técnica, con un “trato más humano” en palabras de una de las informantes.

El trato brusco e indiferente, la no explicación de los procedimientos, el regaño cada una de estas expresiones es un reflejo de un no reconocimiento de los derechos reproductivos.

...Que fueran muy toscos para examinarme y para hablarme, no me gustaría. Pues en la forma de palparte, por ejemplo cuando

uno va con dolor de estómago, le preguntan le duele aquí, pues sí le duele, pero porque le está enterrando los dedos.<sup>9</sup>

#### Cuadro No. 4.11

##### Listado libre: parto referente al trato de enfermeras

- 1 *Que no estuvieran al pendiente de mi y mi bebé*
- 1 *Que las enfermeras se molesten al solicitarles un servicio*
- 2 *Ayuda de las enfermeras con amabilidad*
- 2 *Que las enfermeras sean prepotentes y traten mal a mi bebé*
- 3 *Que la atención sea buena de parte de enfermeras y enfermeros*
- 3 *Que me asignen a la camilla y no tengan dando vueltas y con el suero en la mano porque todavía te falta mucho*

Se muestran en el cuadro los listados libres donde se agrupan los elementos que se refieren a: **Buen trato de la enfermera. Enfermera pendiente y respetuosa del trabajo de parto y amable.**

El personal de enfermería tiene un papel importante durante el transcurso del parto, sin embargo es de hacer notar que éstas prestadoras de salud no respetan ni fomentan los derechos reproductivos de las mujeres. Esto se puede explicar dado que la formación de los recursos es a través de un punto de vista patriarcal y autoritario. Como ya se ha indicado previamente en el capítulo 2, género no se limita solamente a la construcción social de las relaciones entre hombres y mujeres, sino también se refiere a la manera en que está organizado el sistema social y los valores que permean en él. Por la pertenencia a uno u otro sexo, se establecen normas socialmente aceptadas para sus relaciones afectivas, emocionales y culturales. El concepto de género está referido a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y a las respectivas relaciones de poder asimétricas así generadas.

La división sexual de trabajo dentro del sistema de salud, refleja la división sexual de trabajo en la sociedad. Por lo tanto, hay una diferenciación de normas de autoridad y de poder desde una visión tradicional que ubica a las mujeres en un lugar subalterno dentro de la estructura social. El prestigio, la credibilidad y las posiciones en la toma de decisiones en la mayoría de los sistemas de salud son reservadas para el rol médico y no

<sup>9</sup> Entrevista efectuada el 7 de agosto del 2002.

así para el rol de enfermería. De manera tradicional dentro del sistema de salud generalmente la profesión médica, es una profesión predominantemente masculina; mientras que el personal de enfermería es usualmente femenino.

**Cuadro No. 4.12**

<b>Listado libre: parto referente a suficiencia de medicamentos</b>	
2	Que haya mas personal de enfermería que cubra todas las salas de quirófano
2	Falta de médicos
2	Tener el equipo médico necesario
3	Falta de medicamentos
3	Que hubiera el material necesario para trabajar y en buenas condiciones

Se muestran en el cuadro los listados libres donde se agrupan los elementos que se refieren a: **Suficiente medicamento, médicos, enfermeras y equipo.**

La práctica médica institucional en México ha sufrido un gradual deterioro en algunos sectores, en las últimas dos décadas, coincidiendo con las crisis económicas del país, y la implementación de las políticas económicas neoliberales (se ha discutido ya a esta situación en el capítulo 1), que han empobrecido a la población y a las instituciones públicas del Sector Salud. Es en ésta última donde se ha presentado un creciente deterioro de la atención médica por múltiples factores (disminución de recursos económicos que disminuyen los insumos en medicinas, instrumental, material de curación, de laboratorio, etc., y el aumento en el número de derechohabientes sin aumentar el personal médico ni las instalaciones). Por mencionar un dato, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, desde 1982 no ha crecido la población trabajadora y existe una sobredemanda del 23%, además hay un desabasto en todos los rubros (Van Dick, 2002).

**Cuadro No. 4.13**

<b>Listado libre: parto referente a información.</b>	
1	Que me mantengan informada de cómo está mi hijo
1	Que todo salga bien. Por parte del médico ginecólogo, por parte del pediatra, esto es en cuanto a la atención. Que exista comunicación.
3	Que si ponen inyección expliquen para qué es
3	Que se me mantenga informada antes y después del nacimiento

Estos elementos se agrupan bajo las expresiones de la necesidad de ser informadas. Los elementos señalados por ellas son: **Suficiente información durante el parto.**

Como ya se comentó en el capítulo 2, es una queja general de la mujeres usuarias de los servicios de salud que los médicos no les brindan información que ellas necesitan, además en caso de ser otorgada se da de manera muy general, poca y de forma unidireccional. La conversación que se da entre los proveedores de la atención médica y las usuarias tiende a ser autoritaria y en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres expresen lo que ellas deseen. El acceso a la información es un derecho que tienen las mujeres y como se ha mencionado anteriormente la información durante el embarazo y el parto tiene efectos positivos en el proceso de resolución de su salud. En este sentido la práctica de la medicina es interpretada como una profesión masculina, y en consecuencia los comportamientos y actitudes observadas por parte de los/as médicos/as reflejan el dominio del que sustenta el poder, en otras palabras, el dominio de médico/a sobre las pacientes, controlando de esta manera el tipo de información y la cantidad de información que se da a las pacientes durante la consulta médica.

#### Cuadro No. 4.14

<b>Listado libre: parto referente a compañía del esposo.</b>	
1	Que mi esposo esté a mi lado
1	Que mi esposo estuviera conmigo en el momento del parto
1	Que mi esposo esté conmigo en el momento del parto

Estos elementos están agrupados por: **Compañía del esposo en el parto.**

El compartir con su pareja este episodio y sentirse apoyada afectivamente, sólo es parte de los deseos de las mujeres ya que a nivel institucional no hay indicios de poder ejercer este derecho. Hay necesidad de sentirse acompañadas por su pareja, la cual no es reconocida por las instituciones de salud, en los hospitales privados hay más apertura por la satisfacción de esta necesidad.

...En el seguro no lo dejaban entrar, ni a las sonografías ni a nada, entonces por eso es por lo que, uno en ese momento necesita más

de su esposo que de nadie y por eso es que me hace lo más importante.<sup>10</sup>

...Que nos atienda bien tanto a mi esposo como a mí, que no me diga, vamos a revisarla y que no se qué, sin tomar en cuenta a mi esposo, que al contrario mi esposo sienta confianza de cómo me atiende el médico.<sup>11</sup>

#### Cuadro No. 4.15

##### Listado libre: parto referente a parto natural

- 1 Si una persona se va a aliviar normal que no le hagan cesárea
- 1 Que no induzcan el parto
- 3 Que fuera parto natural
- 3 Que no pongan la ráquea

**Parto natural de preferencia.**  
Los requerimientos agrupados bajo éste rubro refleja su derecho a optar por el tipo de parto

#### Cuadro No. 4.16

##### Listado libre: parto referente a número de tactos

- 1 *Que cualquier doctor que no sea el que me atendió llegue a hacerme el tacto*
- 2 Que cada doctor que va a checar no haga el tacto.

**Número de tactos requeridos.**  
Es parte de la rutina obstétrica los tactos seguidos y múltiples, esta acción es molesta e incómoda para la mujeres.

#### Cuadro No. 4.17

##### Listado libre: parto referente a acciones autorizadas

- 1 *Que se hicieran las cosas sin haber contado antes con la autorización del beneficiario del servicio.*
- 2 Que no te pidan opinión para el dispositivo

**Acciones autorizadas por la embarazada.**

Como se ha referido es primordial que los prestadores de los servicios de salud perciban a las usuarias como sujetos con derechos, pues por lo general existe una relación de poder desigual y desfavorable para las usuarias.

<sup>10</sup> Entrevista efectuada el 15 de agosto del 2002.

Sin embargo, el problema como argumenta Cervantes (1999) independientemente de la buena o mala voluntad, de la calificación y preparación profesional de lo/as prestadore/as de servicios, de los errores que se puedan cometer en el desarrollo de sus labores, el sistema de las instituciones tiende más a propiciar y establecer relaciones autoritarias con los usuario/as que relaciones de consideración y respeto por sus necesidades, decisiones, derechos y voluntades (Cervantes, 1999:381).

Además las instituciones formadoras de los recursos médicos consideran el rol profesional de los médicos/as como neutral desde el punto de vista de género, estudiantes masculinos y femeninas son socializados/as esencialmente de la misma manera y los contenidos de la medicina científica no contemplan la socialización desde la perspectiva de género. Como se ha mencionado anteriormente si la medicina y su práctica son consideradas como una profesión masculina, como consecuencia el comportamiento profesional del médico/a refleja actitudes consideradas masculinas. De esta forma es el médico/a quien abre y cierra la interacción, es el médico/a quien pregunta, quien interroga. El médico/a asume que él/ella sabe lo que la embarazada necesita conocer, en otras palabras, controla la información que ella recibe.

Hacer emerger las voces subalternas es un trabajo sumamente difícil ya que frecuentemente estas voces son inaudibles para las grandes estructuras de poder, las cuales al estar alienadas bajo la tendencia del neoliberalismo su interés central es la búsqueda de soluciones tecnocráticas relacionadas a la buena administración y a mantener el equilibrio sobre el costo-beneficio.

No obstante lo anterior, es a través del trabajo de los organismos no gubernamentales, las redes de mujeres y de los acuerdos internacionales desde donde estas voces polifónicas se pueden desarrollar y pueden transformar paulatinamente el

---

<sup>11</sup> Entrevista efectuada el 13 de agosto del 2002.

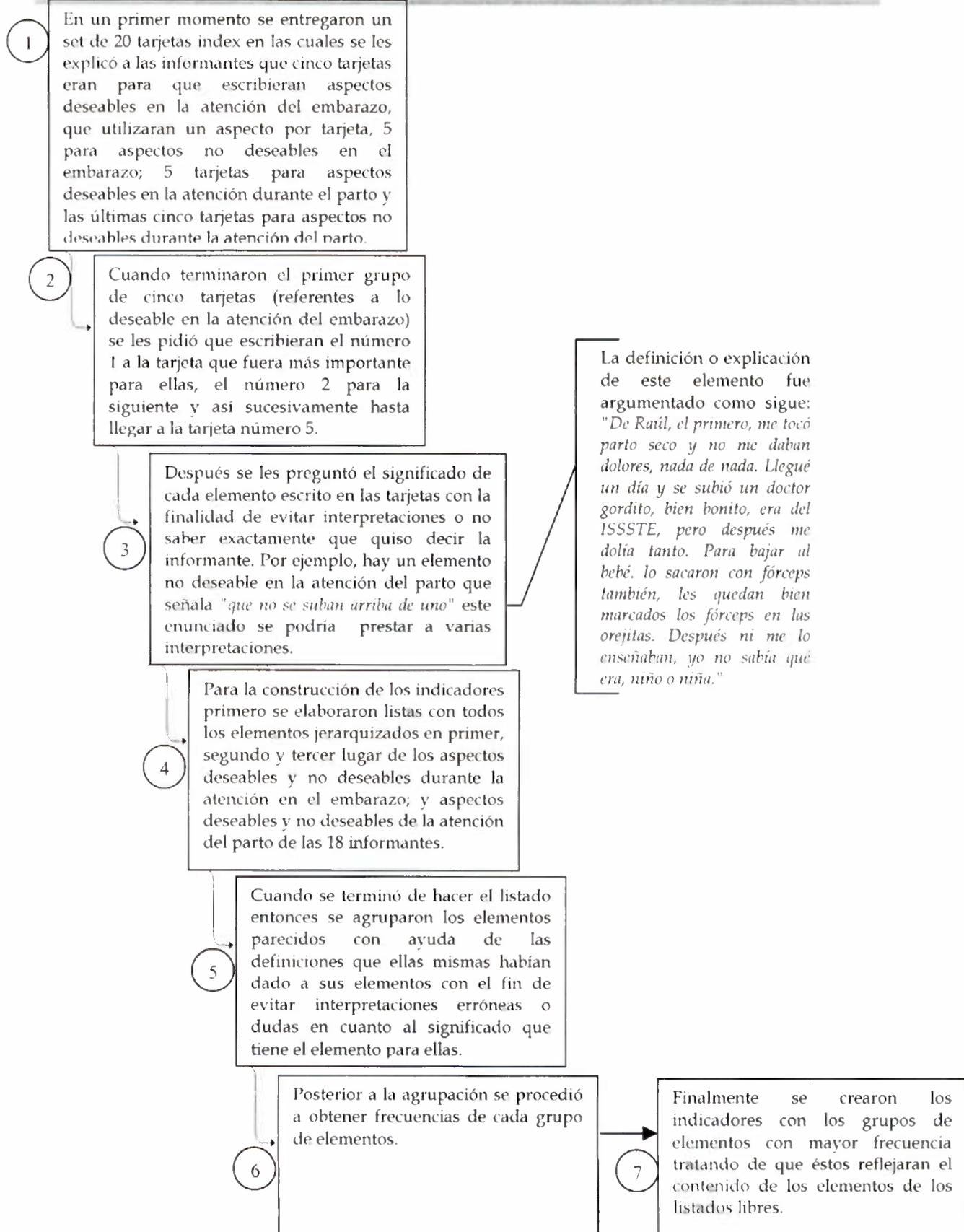
conocimiento que a su vez podrá modificar la acción social. Estos movimientos de demandas de necesidades puede posibilitar que el rol de las mujeres en tanto ciudadanas de derechos, propicien el proceso del cambio.

### **Creación de los indicadores de calidad a través de los listados libres.**

El proceso por el cual se crearon los indicadores comprende una serie de etapas que inicia en el momento mismo de la entrevista domiciliaria en la cual los informantes (las mujeres embarazadas) elaboran su listado libre de elementos de aspectos agradables o desagradables de la atención del embarazo y durante el parto. La secuencia del proceso es explicado en el siguiente esquema: (ver página siguiente).

Figura 4.1

Proceso de construcción de indicadores para la atención del embarazo y parto.



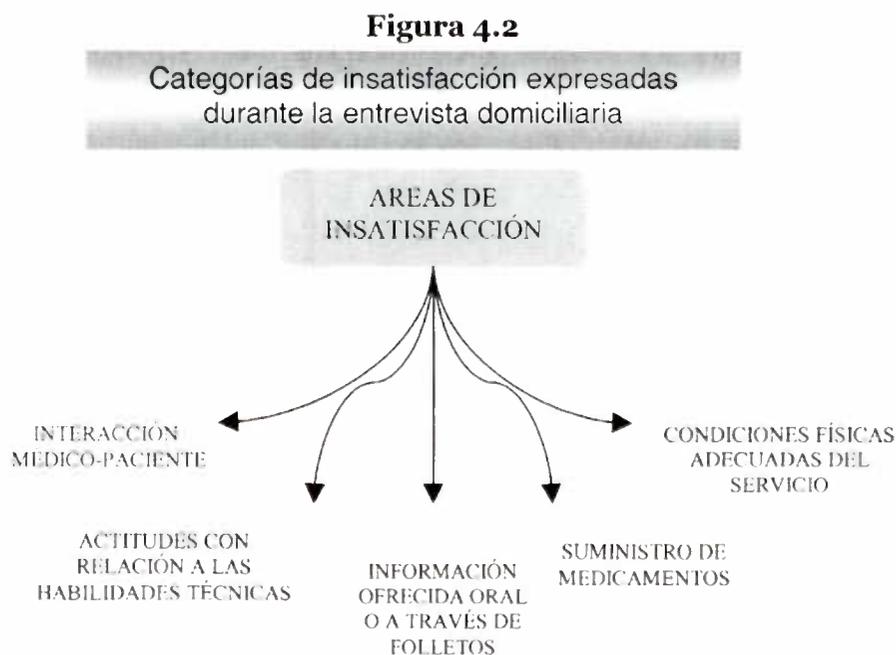
En cuanto al grupo de necesidades expresadas se presentan como elementos o indicadores de calidad que fueron creados a partir del análisis de las necesidades por frecuencia de mención, el orden en que se presentan no está relacionado con alguna jerarquización.

**Cuadro No. 4.18**

<b>Indicadores de calidad de la atención prenatal y parto</b>	
<b>Elementos sobre el embarazo</b>	<b>Elementos sobre el parto</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Citas respetadas</li> <li>2. Médico atento y amable (actitud comprensiva, interesado por los sentimientos de la embarazada, respetuoso, con disponibilidad para aclarar dudas)</li> <li>3. Ultrasonido en cada consulta</li> <li>4. Chequeo completo del bebé en el vientre</li> <li>5. Chequeo completo de la embarazada</li> <li>6. Revisión delicada del médico</li> <li>7. Instalaciones agradables de la clínica</li> <li>8. Instalaciones cómodas de la clínica.</li> <li>9. Instalaciones higiénicas de la clínica</li> <li>10. Medicamentos disponibles en la farmacia de la clínica</li> <li>11. Interés del médico por el curso del embarazo</li> <li>12. Orientación completa</li> <li>13. Orientación del médico con palabras sencillas</li> <li>14. Orientación del médico por escrito.</li> <li>15. Mismo(a) doctor(a) durante todo El embarazo</li> <li>16. Horarios suficientes para solicitar consulta</li> <li>17. Suficiente equipo en la clínica</li> <li>18. Suficiente instrumental en la clínica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital o clínica higiénica</li> <li>2. Compañía del esposo en el parto</li> <li>3. Atención rápida</li> <li>4. Buena atención del médico (comprensivo en el momento del parto, amable, con buen trato, pendiente y respetuoso del trabajo de parto).</li> <li>5. Buen trato de la enfermera (enfermeras pendientes y respetuosas del trabajo de parto. y enfermeras amables)</li> <li>6. Suficiente equipo en la clínica</li> <li>7. Suficiente medicamento en la clínica</li> <li>8. Suficientes materiales en la clínica</li> <li>9. Suficiente información durante el parto</li> <li>10. Suficientes enfermeras en la clínica</li> <li>11. Suficientes médicos en la clínica</li> <li>12. Instalaciones adecuadas</li> <li>13. Número de tactos requeridos</li> <li>14. Parto natural de preferencia</li> <li>15. Acciones autorizadas por la embarazada</li> </ol>

#### 4.4. Categorías de insatisfacción en la calidad de la atención prenatal y parto.

En este apartado el propósito es mostrar lo que las mujeres embarazadas expresaron en la entrevista etnográfica antes de realizar sus listados libres. Al analizar las entrevistas realizadas a 18 mujeres embarazadas acerca de sus experiencias en cuanto la atención prenatal y parto, se identificaron las experiencias no satisfactorias con la atención recibida. Una forma de clasificar éstas, fue agrupándolas según el área de su insatisfacción, de tal manera que se conglomeraron en cinco categorías:



El área donde mayor insatisfacción expresaron las mujeres entrevistadas fue la interacción médico-paciente con 77%, le sigue las actitudes relacionadas con las habilidades técnicas por parte del personal de salud con un 50%, luego el área relacionada con la información ofrecida a la usuaria ya sea oral o a través de folletos con 44%, el suministro de medicamento con 28% y por último las condiciones físicas adecuadas del servicio con un 17%.

A continuación se define cada categoría tratando de sintetizar en manera impersonal lo caracterizado por ellas mismas. Se presentan algunas citas de entrevistas efectuadas del 5 al 16 de agosto del 2002.

1. Interacción médico-paciente: Doctores/as con poca disponibilidad para interactuar de manera amable con la usuaria.

...tuve una experiencia con un ginecólogo ¡que me puso! Dice ¿y usted es maestra? ¿Usted es la que va a atender a mis hijos?, ¿Cómo que se va a embarazar? Él hasta me llegó a decir, si usted tuviera problemas para embarazarse, yo no la voy a atender, porque yo escojo a mis clientes...<sup>12</sup>

2. Actitudes relacionadas con la habilidad técnica: Doctore/as con actitudes pocos favorables y que en cierta forma entorpecen su habilidad técnica.

...llegué como a las seis de la mañana y cuando llegué el doctor estaba dormido, me decían que me aguantara, que todavía no me iba a aliviar, o sea apenas, todavía ni me preparaban, ni nada, cuando me alivié yo sola. Estaba en una cama, ahí ¿Parece cuento, verdad?..<sup>13</sup>

...yo iba para cesárea y me pusieron suero para que me dieran los dolores. Todo y porque no leyeron el expediente. Yo estaba aparte porque iba para quirófano y ya me habían limpiado y pregunta un doctor: por qué no le han puesto suero a ella? No se le contesta una enfermera, pues póngaselo, qué espera? Pienso que no hay seguimiento, que existen malos entendidos entre ellos mismos. Que lean nomás los expedientes para que vean a ver esta mujer qué tiene. No somos animales para que nos traten al parejo...<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> Entrevista efectuada el 14 de agosto del 2002

<sup>13</sup> Entrevista efectuada el 15 de agosto del 2002

<sup>14</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto del 2002

3. Información oral o a través de folletos ofrecida a la usuaria: Doctore/as que no proporcionan información, ni dan explicación alguna, o si lo hacen es con palabras técnicas difíciles de comprender por las usuarias.

...Es muy importante lo que el doctor debe informar, tanto como lo que uno debe de preguntar; pero por lo regular, nunca dicen nada, ni en las particulares ni en las del Estado...<sup>15</sup>

...Que me explique las cosas que no entiendo, porque luego hablan con palabras que no sabe uno y que me diga los riesgos que puede tener un embarazo y todo eso...<sup>16</sup>

...Me refiero a que hay veces de que el doctor o trae mucho apuro o no quiere dar más de la información que él quiere dar y no le comunica a uno lo que uno cree necesario. El nada más dice: está bien y de ahí en más no entra en detalles...<sup>17</sup>

4. Suministro de medicamento y materiales: Doctores/as que sólo recetan Naproxen y otras pastillitas y ya. Carencia de medicamentos en las farmacias del Seguro.

...Sí el médico te da una receta con cinco medicamentos, nomás te dan dos. Hace poco mi cuñada fue y no tenían ni siquiera alcohol...<sup>18</sup>

...El medicamento. Por ejemplo el ácido fólico, ese, tengo que estar hablar y hablar a ver si ya llegó...<sup>19</sup>

5. Condiciones físicas adecuadas del servicio: Equipo que no funciona, instalaciones sucias, quirófanos no disponibles.

---

<sup>15</sup> Entrevista efectuada el 11 de agosto del 2002

<sup>16</sup> Entrevista efectuada el 9 de agosto del 2002

<sup>17</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto del 2002

<sup>18</sup> Entrevista efectuada el 10 de agosto del 2002

<sup>19</sup> Entrevista efectuada el 11 de agosto del 2002

...Cuando me iban a hacer la cesárea, que ya pasamos al quirófano, que me estaban poniendo ya los aparatos. El de tomar la presión de la anestesia, no servía, entonces el anesthesiólogo me tuvo que estar tomando la presión en forma manual, porque el monitor no sirvió...<sup>20</sup>

...Muchas veces no existen los instrumentos, los estetoscopios o simplemente el aparato del ultrasonido, no sirve, y pues vaya a que se lo hagan a otro lado porque no sirve. O sea falta de buen equipo médico...<sup>21</sup>

Las pacientes constantemente están juzgando la competencia de la atención médica de los/as médicos/as mientras se está dando la interacción con ellos, es claro que las pacientes activamente evalúen que es lo que está pasando durante la experiencia de la atención médica. Un serio cuestionamiento es referente a la intervención médica dirigida a las mujeres: las mujeres quieren ser consideradas como personas, quieren ser escuchadas y quieren recibir información. El conocimiento médico se presenta como superior dando a las mujeres poca oportunidad de hablar o de participar activamente en la toma de decisiones acerca de su cuerpo.

### **A manera de corolario**

Se comenta que la *Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000* (Secretaría de Salud, 2000) mostró que la población manifiesta que el nivel de calidad de los servicios de salud había empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, 4 de cada 10 mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y calificaron el nivel de calidad de los servicios de salud por debajo de los servicios públicos de "agua y drenaje", "teléfonos" y "transporte público".

---

<sup>20</sup> Entrevista efectuada el 7 de agosto del 2002

<sup>21</sup> Entrevista efectuada el 9 de agosto del 2002

Mientras que ciertos aspectos de la calidad de la atención tales como la infraestructura, el equipo, medicamentos, aspectos de organización del trabajo y la utilización de los recursos humanos pueden ser evaluados y mejorados, los asuntos demandados por el/la usuario/a como el tener una mejor relación con los/as prestadore/as de los servicios de salud son más difíciles de perfeccionar ya que las necesidades, percepciones y expectativas son construcciones sociales y culturales complejas.

Las percepciones y los requerimientos de lo que es una atención médica de calidad en cierta manera difiere de los/as prestadores/as y lo/as usuarios/as, ya que el concepto de calidad depende de quién lo define. Thomas Rothman (1978) ha señalado que "si las situaciones definidas como reales son reales en sus consecuencias, entonces aquellos que definen, controlan" (1978:124). El concepto de calidad además está influenciado por complejos determinantes sociales. Uno de estos determinantes sociales es el de género. Como anteriormente se ha discutido en los capítulos anteriores, género se refiere a las relaciones socialmente construidas entre hombres y mujeres, que producen un acceso de poder diferenciado.

En los sistemas de salud las relaciones de género entre los proveedores/as de la salud y las usuarias y entre los mismos proveedores/as de la atención médica no han sido adoptados ni reconocidos por los modelos tradicionales de calidad de la atención médica. La tradicional práctica médica refleja la subordinación social de la mujeres. La inequidad de género en salud se manifiesta en la práctica tradicional de la medicina que atribuye la enfermedad a fallas conductuales de las mujeres. Como anteriormente en el capítulo 2 se mencionó que autores como Tood (1989) señala que las pacientes tienden a presentar sus casos con sus propias opiniones y creencias mientras para los/as médicos/as, por el contrario, entrenados/as bajo un modelo masculino de ciencia, tienden a dirigir

autoritariamente la conversación en términos técnicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean, de tal manera que ellos/as deciden qué temas son apropiados y cuáles durante la consulta.

#### 4.5. La organización cognitiva de calidad (semejanza juzgada.)

Con relación de la aplicación de la técnica de semejanza juzgada, se practicó la técnica a 12 informantes a través de la técnica de muestreo bola de nieve. Como perfil sociodemográfico de esta muestra se observó que la media de edad fue de 26 años, con una edad mínima de 15 y una máxima de 34. El número de años de estudio fue de una media de 10, con una mínima de 6 y una máxima de 17 años. Sólo el 41.7% comentó tener derecho a una institución de seguridad social (ver cuadro No. 19).

**Cuadro No. 4.19**

Características sociodemográficas y uso de servicios de salud de informantes de semejanza juzgada					
DONDE SE ATENDIO EL EMBARAZO	TRIMESTRE EMBARAZO	DERECHOHABIENCIA A SERVICIOS MEDICOS	NUMERO DE HIJOS	ESCOLARIDAD	EDAD
CENTRO DE SALUD	2	NO TIENE	1	SECUNDARIA	27
CENTRO DE SALUD	1	NO TIENE	1	PREPARATORIA	20
CENTRO DE SALUD	2	NO TIENE	2	SECUNDARIA	31
CENTRO DE SALUD	3	NO TIENE	3	PRIMARIA	31
CENTRO DE SALUD	2	NO TIENE	0	SECUNDARIA	15
MEDICO PARTICULAR	1	IMSS	2	PROFESIONAL	32
MEDICO PARTICULAR	1	IMSS	1	PROFESIONAL	25
MEDICO PARTICULAR	2	IMSS	3	PREPARATORIA	32
MEDICO PARTICULAR	3	NO TIENE	4	PRIMARIA	34
IMSS	2	IMSS	1	PRIMARIA	23
IMSS	2	IMSS	1	PREPARATORIA	19
IMSS	3	NO TIENE	3	SECUNDARIA	25

Como se observa en el cuadro número 4.1 (página 118) los promedios de edad y escolaridad son semejantes a los de los otros grupos de usuarias aunque en este caso este grupo tienen menos porcentaje de derechohabiente en una institución de seguridad social. Esto se explica por la utilización de la bola de nieve. Cabe aclarar que la técnica de semejanza juzgada es una técnica muy robusta puesto que la relación de semejanza es muy fuerte en la cognición de conceptos para un mismo grupo cultural y no varía mucho

según índices de escolaridad, edad, etc., y se considera que con doce individuos miembros de un grupo social – en este caso las mujeres embarazadas de la ciudad de Chihuahua – se puede conocer su estructura cognitiva de un dominio de conocimiento y experiencia.

#### **4.5.1 Medición de la estructura cognitiva de conceptos a través de semejanza juzgada por conglomerado jerárquico y escalamiento multidimensional.**

Se usan dos métodos para analizar los datos de semejanza juzgada: conglomerados jerárquicos (*hierarchical clustering*) y la escala multidimensional (*multidimensional scaling*). En general, el propósito de estos análisis son: a) revelar las dimensiones perceptuales que las personas usan para distinguir entre los elementos, y b) detectar las agrupaciones de elementos que comparten atributos o comprenden los subdominios (Schensul y LeCompte, 1999).

Existen docenas de métodos de análisis por conglomerado, pero el más comúnmente usado es el Conglomerado Johnson's (1967). El método es conglomerativo, lo cual significa que inicia con varias pequeñas aglomeraciones y gradualmente confluyen en una aglomeración mayor. El principal producto del conglomerado jerárquico es un diagrama de aglomeración o dendrograma (ver gráfico No. 1).

La escala multidimensional desde un punto de vista no técnico, es una representación visual de los patrones de similitud o distancia entre un set de elementos (Borgatti, 1996) (ver figuras 4.3 y 4.4). Básicamente es un programa computacional diseñado para reconstruir la configuración métrica de un set de puntos en un espacio Euclidiano sobre la base de información no-métrica acerca de esa configuración. El propósito de esta escala es 1) sostener cualquier patrón o estructura de una matriz de datos empíricos que en otra forma no sería visible y 2) representar la estructura del modelo geométrico en una forma más visible (Shepard, Romney y Nerlove, 1972). Con

tal representación se puede entender la manera de pensar de los miembros de un grupo social – en este caso las embarazadas de Chihuahua – con el fin de poder hablar con ellas en sus propios términos sobre los conceptos. Este tipo de información tiene implicaciones profundas para el desarrollo y comunicación de los conceptos de calidad de atención prenatal y de parto.

### **Análisis respecto a los indicadores de calidad de atención prenatal.**

El dendrograma que resulta del análisis de la semejanza juzgada muestra todos los conceptos de calidad divididos en subgrupos, resultando en una especie de mapa cognitivo. Lo que se aprecia en el diagrama (gráfico 4.1) es un primer grupo (etiquetado Grupo A), después se observan dos grupos más grandes con varios subgrupos (Grupo B y Grupo C).

El primer conglomerado que se observa en el dendrograma son los indicadores relacionados con la orientación durante el embarazo (cuadro No. 20, grupo A; ver página 151). El siguiente conglomerado contiene conceptos relacionados con la organización de la clínica en cuanto a las citas y consultas, y el trato del médico y está conformado por dos subgrupos. El primero contiene citas respetadas, horarios suficientes para solicitar consulta y sonografía en cada consulta. El segundo subgrupo a su vez tiene dos conglomerados: médico atento y amable; mismo médico durante todo el embarazo; el segundo conglomerado: chequeo del bebé en el vientre; revisión delicada del médico; chequeo completo de la embarazada; y interés del médico por el curso del embarazo. Este conglomerado está conformado por dos subgrupos: el primero revisión delicada del médico e interés del médico por el curso del embarazo. El segundo subgrupo: chequeo del bebé en el vientre y chequeo completo de la embarazada.

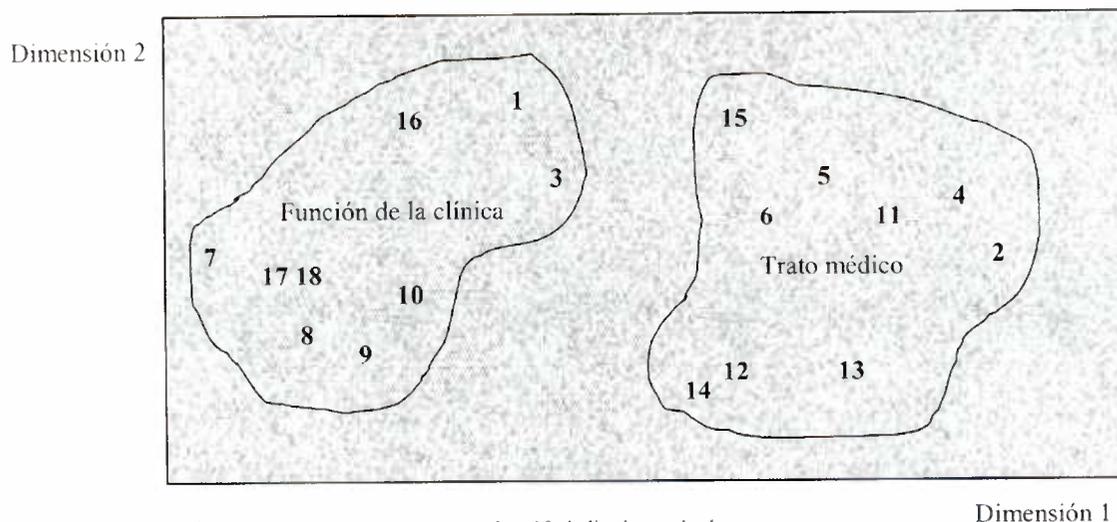
El tercer gran conglomerado trata de la clínica en su aspecto físico y operacional y cuenta con dos subgrupos a) instalaciones cómodas e instalaciones higiénicas en la

clínica (ligeramente relacionado en el dendrograma con elementos del conglomerado B de citas respetadas y horarios suficientes para solicitar consulta). El siguiente conglomerado es b) suficiente equipo en la clínica y suficiente instrumental. Este grupo cuenta con un subgrupo: instalaciones agradables en la clínica y en un menor grado medicamentos disponibles en la farmacia de la clínica.

El escalamiento multidimensional (en dos dimensiones) muestra el espaciamiento de los indicadores. Claramente van juntos 7, 8, 9, 10, 17 y 18 (la agrupación referente a la clínica -- por un lado limpia, agradable y cómoda, y por otro bien equipada). Otro grupo espacial es 2, 4, 5, 6, 11, con 15 cerca (la agrupación de trato del médico tanto interpersonal como técnico). Otro grupo menor, cerca es con 12, 13, 14 (el grupo de orientación). El grupo final es 1, 3 y 16 (el de citas y horarios). Realmente el concepto de ultrasonido en cada consulta no cabe bien con ningún grupo. Según este análisis, una dimensión se puede definir como trato del médico (en sus diferentes formas), y la otra se puede decir que es: función de la clínica (en sus varios aspectos) (ver figura No. 3).



**Figura No. 4.3**  
**Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores**  
**Atención prenatal**



Nota: Los número representan los 18 indicadores de la atención prenatal. Los números cercanos son las agrupaciones de estos indicadores.

### **Análisis respecto a los indicadores del parto.**

El dendrograma presenta tres grandes aglomeraciones: 1) Grupo de importancia del personal médico y enfermería (grupo A); 2) Grupo de suficiencia en la clínica y hospital en varios rubros (grupo B) ; y 3) Grupo de indicadores que se relacionan con información y autorización de acciones por la usuaria (grupo C).

El grupo 1 a su vez contiene dos subgrupos. El primer subgrupo consiste en: buena atención del médico, buen trato de la enfermera. Cerca de este subgrupo hay un elemento, atención rápida. El segundo subgrupo es suficientes enfermeras en la clínica y suficientes médicos en la clínica.

El grupo dos está conformado por los conceptos de: suficiente equipo en la clínica y suficiente medicamento en la clínica y hospital. Cerca se encuentra el indicador hospital y clínica higiénica; y suficientes materiales en la clínica y hospital e instalaciones adecuadas.

El último grupo cuenta con dos subgrupos: suficiente información durante el parto, número de tactos requeridos y acciones autorizadas por la usuaria. El siguiente subgrupo está conformado por acompañamiento del esposo en el parto y parto natural de preferencia, suficiente información durante el parto y número de tactos requeridos. (ver gráfico No. 4.2 y cuadro No. 21).

**Gráfico No. 4. 2**  
**Diagrama conglomerado de los indicadores de parto.**

	Grupo A: Importancia del personal médico y enfermería					Grupo B: Que haya todo lo suficiente en la clínica				Grupo C: Información y pedir autorización a la usuaria							
	1	1				1	6	7	8	2	2	4	9	3	5		
Nivel	3	4	5	0	1	1	6	7	8	2	2	4	9	3	5		
0.9167	.	.	.	.	.	.	X	X	X	.	.	.	.	.	.		
0.8056	.	.	.	.	.	.	X	X	X	X	.	.	.	.	.		
0.7500	.	.	.	X	X	X	.	X	X	X	X	.	.	.	.		
0.7278	.	.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	.	.	.	.		
0.7156	.	.	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	.	.	.		
0.6667	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	.	X	X	X	
0.5833	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X
0.5000	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X
0.4167	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0.3944	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0.3704	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0.3369	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0.1398	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Cuadro No. 4.21**  
**Agrupación por semejanza juzgada de los indicadores de parto**

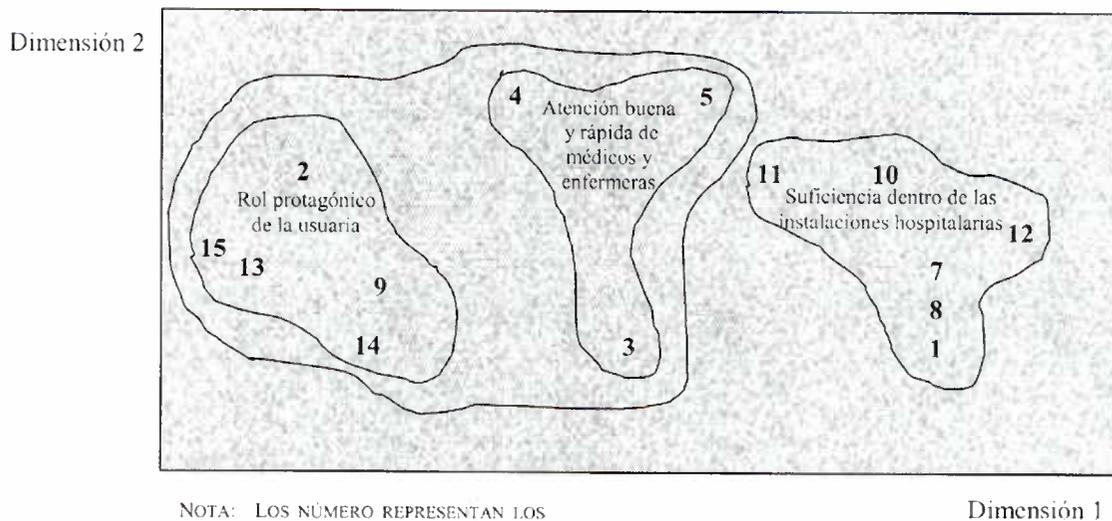
Indicadores Grupo A	Indicadores Grupo B	Indicadores Grupo C
Atención rápida (3)	Hospital y clínica higiene (1)	Compañía del esposo en el parto (2)
Buena atención del médico (4)	Suficiente equipo en la clínica (6)	Parto natural de preferencia (14)
Buen trato de la enfermera (5)	Suficiente medicamento en la clínica (7)	Suficiente información durante el parto (9)
Suficientes médicos (11)	Suficientes materiales en la clínica (8)	Número de tactos requeridos (13)
Suficientes enfermeras (10)	Instalaciones adecuadas (12)	

En el escalamiento multidimensional se observa la cercanía de los indicadores 15, 13, 2, 9 y 14. Estos indicadores reflejan un rol más protagónico, mayor control sobre su

cuerpo como lo es un número de tactos requeridos, la elección de tener un parto natural y acciones autorizadas por ellas mismas, por otro lado el acompañamiento del esposo en el parto. Hay un grupo espacial menor que se relaciona con el anterior grupo y es 4, 5 y 3 referentes a buena atención del médico, buen trato de la enfermera y atención rápida.

El siguiente grupo mayor es, 11, 10, 7, 8, 1 y 12 referentes a suficientes médicos en la clínica, suficientes enfermeras en la clínica, suficiente medicamento en la clínica, suficientes materiales en la clínica y hospital, hospital y clínica higiénica y por último instalaciones adecuadas. Conforme a este análisis, una dimensión se puede definir como protagonismo de la usuaria en la atención del parto (en sus varios aspectos) junto con una atención buena y rápida tanto del médico como de la enfermera, y la segunda dimensión con relación a suficiencia dentro de las instalaciones de las clínicas y hospitales (en sus varios rubros) (ver figura No. 4.4).

**Figura No. 4.4**  
**Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores**  
**Atención del parto**



NOTA: LOS NÚMERO REPRESENTAN LOS 15 INDICADORES DE LA ATENCIÓN DEL PARTO. LOS NÚMEROS CERCANOS SON LAS AGRUPACIONES DE ESTOS INDICADORES.

#### 4.6. La evaluación de la calidad en el puerperio inmediato.

La aplicación de la encuesta fue en seis hospitales de la ciudad de Chihuahua los cuales se seleccionaron por ser las instituciones donde más recurren las mujeres para atenderse el parto. El total de mujeres captadas para la encuesta durante el puerperio inmediato fue de 189 puérperas. La encuesta fue aplicada durante cinco días consecutivos a todas las mujeres que tuvieron parto vaginal y sin complicaciones. El cuadro 4.22 muestra la distribución de las mujeres puérperas por hospital y clínica.

**Cuadro No. 4.22**

<b>Distribución de mujeres encuestadas por hospital</b>		
<b>HOSPITAL</b>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
IMSS	83	44
Hospital General	50	26
Clínica del Parque	24	13
Clínica del Centro	17	9
Hospital Central	12	6
ISSSTE	3	2
<b>Total</b>	189	100

Algunas de sus características sociodemográficas fueron, un promedio de edad de 24 años, el 26 % tienen hasta el tercer año de secundaria, el 22% sexto de primaria, y el 19% preparatoria. El 84 % vive con el padre del hijo que espera.

**Cuadro No. 4.23****Lugar donde se atendió el embarazo**

<b>HOSPITAL</b>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
IMSS	63	33
Médico Particular	22	12
Hospital General	19	10
IMSS-Particular	18	10
Centro de Salud	16	8
Pensiones Civiles	15	8
Seguro Médico	11	6
No se atendió	8	4
Hospital Central	3	2
Hospital Regional/Aldama	3	2
Dispensario	3	2
ISSSTE	2	1
Hospital Central-Particular	2	1
Hospital General-Particular	2	1
ISSSTE-Particular	1	1
DIF	1	1
<b>Total</b>	<b>189</b>	<b>100</b>

De las mujeres que se atendieron el parto utilizando su misma institución, se presenta en el siguiente cuadro:

**Cuadro No. 4.24**

<b>Distribución porcentual de utilización Institucional del embarazo y parto</b>	
<b>Hospital donde se atendió el parto</b>	<b>Porcentaje de mujeres que se atendió el embarazo en la misma Institución</b>
IMSS	75%
ISSSTE	67%
Hospital General	62%
Hospital Central	21%

En el caso de las usuarias del IMSS, alrededor de tres cuartas partes se atendió el embarazo en la misma institución donde se realizó el parto. Este dato coincide con las mujeres entrevistadas en su domicilio que son usuarias del IMSS ya que reportaron alrededor del 70% que se atendían el embarazo exclusivamente en esa institución.

#### **4.6.1 Análisis de los puntajes otorgados por las mujeres puérperas a la atención del embarazo y parto.**

El análisis de las puntuaciones de la encuesta de evaluación de la calidad de la atención recibida durante el embarazo y el parto, por un lado, presentan los indicadores que más frecuencia reportaron al estar altamente satisfechas, por otra parte, se exhiben las puntuaciones más frecuentes de los indicadores en los cuales estuvieron las mujeres puérperas muy insatisfechas. En la escala de Likert, el valor 5 corresponde estar totalmente de acuerdo, el valor 4 estar de acuerdo, el valor 3 ni en acuerdo ni en desacuerdo, el valor 2 en desacuerdo y el valor 1 estar totalmente en desacuerdo. En seguida se presentan las aseveraciones construidas a través de los indicadores tanto de embarazo como de parto para el formato de la escala de Likert.

##### **Aseveraciones sobre embarazo:**

1. Me tocó el/a mismo/a doctor/a durante todo el embarazo
2. El/a doctor/a que me atendió la mayor parte del embarazo mostró interés por el curso de mi embarazo
3. Cada vez que fui a consulta durante mi embarazo, la actitud del/a doctor/a fue atenta, amable, comprensiva, se interesó por mis sentimientos, fue respetuoso/a y aclaró mis dudas.
4. Cada vez que fui a consulta con el/a doctor/a, me realizó un chequeo o revisión completa
5. Cada vez que fui a consulta con el/la doctor/a, realizó un chequeo o revisión completa del bebé en el vientre
6. Cada vez que fui a consulta el/a doctor/a me hizo un ultrasonido
7. Hubo medicamentos disponibles en la farmacia de la clínica
8. Las veces que fui a consulta por mi embarazo, hubo suficiente equipo en la clínica o consultorio
9. Durante mi embarazo respetaron las citas.

10. El/a doctor/a me dio orientación completa sobre mi embarazo.
11. El/a doctor/a me dio orientación con palabras sencillas sobre mi embarazo.
12. El/a doctor/a me dio orientación por escrito sobre mi embarazo.
13. El/a doctor/a que me atendió durante el embarazo me trató y revisó con delicadeza
14. La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones higiénicas.
15. La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía suficiente instrumental.
16. La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones agradables.
17. La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones cómodas.
18. La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía horarios suficientes para solicitar consulta.

**Aseveraciones sobre parto:** (En esta sección se presentan 14 aseveraciones en vez de 15 que conforman los indicadores de parto, el indicador **parto natural de preferencia** se eliminó del cuestionario ya que el diseño del estudio fue con mujeres que cursaron con parto normal).

1. Durante el parto el/a doctor/a que me atendió me dio una atención rápida
2. Durante el parto el/a doctor/a que me atendió me dio buena atención, fue comprensivo en el momento de parto, amable, de buen trato, pendiente y respetuoso del trabajo de parto.
3. Durante mi trabajo de parto hubo suficientes enfermeras.
4. Mientras esperaba que me pasaran a la sala de expulsión me hicieron el número de tactos requeridos.
5. Durante mi parto, el/a doctor/a me dieron suficiente información
6. Durante mi trabajo de parto las enfermeras me dieron buen trato, fueron respetuosas del trabajo de parto, estuvieron al pendiente y fueron amables.

7. Durante mi trabajo de parto mi esposo me acompañó
8. Durante mi parto, todas las acciones fueron autorizadas por mí
9. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía instalaciones higiénicas.
10. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficiente equipo.
11. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía instalaciones adecuadas
12. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes materiales
13. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes medicamentos.
14. La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes médicos

El análisis en esta sección contempla sólo dos instituciones que fueron las más utilizadas para la atención del parto, una es de seguridad social, el IMSS y la otra es de población abierta, el Hospital General.

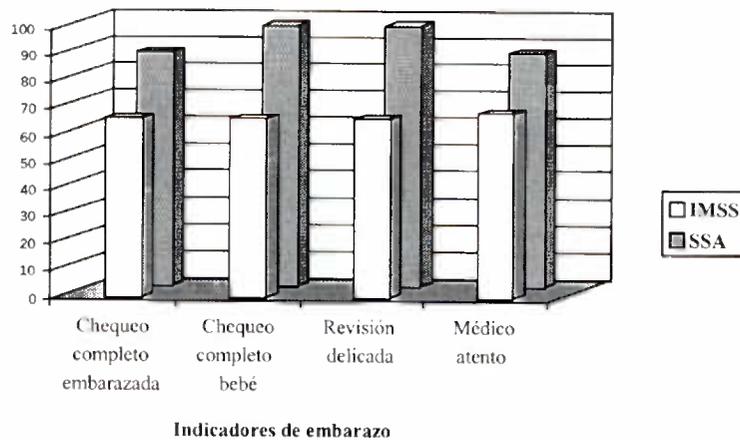
Prácticamente los aspectos mejor evaluados tanto en el embarazo como en el parto fueron los mismos para las dos instituciones (ver cuadro 4.25 y 4.26, siguientes páginas). Lo que se presenta en el cuadro No. 4.25 son los datos únicamente de las usuarias que acudieron a la atención del embarazo al servicio de salud a la que pertenecen (es el caso del IMSS) y para las usuarias que no pertenecen a una institución de seguridad social y acuden exclusivamente para su atención del embarazo a los Centros de Salud de la SSA y al Hospital General. La razón de descartar a la usuaria que acude a más de una institución para atenderse el embarazo obedece a que al momento de preguntarle sobre su evaluación de este proceso respondería en base a su experiencia ante los servicios de salud, no exclusivamente de la institución a la que es derechohabiente o acude la mayoría de las veces.

Lo que se aprecia en el cuadro No. 4.25, es el porcentaje del grado máximo de satisfacción (valor 5 de la escala de Likert- totalmente de acuerdo) apreciados por las usuarias del IMSS y de la SSA. Los indicadores mejor evaluados por la usuarias de ambos servicios de salud fueron: a) chequeo completo del bebé en el vientre; b) chequeo

completo de la embarazada; c) revisión delicada del médico/a; y d) médico/a atento. Al comparar los porcentajes de evaluación de estos indicadores entre la SSA y el IMSS, se observa que las usuarias de población abierta tienen mayor calificación para los indicadores señalados en comparación de las usuarias del IMSS (ver gráfico 4.3).

Al analizar el gráfico se observan diferencias visibles entre el porcentaje de las mujeres del IMSS y de las SSA. Cuando se comparó el número de años de estudio de las mujeres puérperas que acudieron a la atención del parto en estas dos instituciones se observó que la media de años de estudio para las usuarias que acudieron al IMSS fue de 10 años de estudio y para las usuarias que acudieron a la SSA fue de 7 años de estudio, se consideró que quizá estuviera interactuando la diferencia de escolaridad entre los dos grupos de usuarias. Para explorar la esta posible relación se analizó la información en forma porcentual y se graficó considerando la distribución de los indicadores con mayor

**Gráfico No. 4.3**  
**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE**  
**SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO**  
**INDICADORES DE EMBARAZO SEGUN SERVICIO DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 4.25

evaluación, el número de años de estudio (transformando la variable en forma dicotómica: menos de seis años de estudio y más de seis años de estudio) según usuarias del IMSS y de SSA.

**Cuadro No. 4.25**  
**Distribución porcentual de las puntuaciones de evaluación de calidad**  
**Puérperas que se atendieron el embarazo sólo en su institución.**

INDICADORES DE EMBARAZO	INSTITUCIÓN Y VALORES DE LAS RESPUESTAS											
	IMSS (Valor 5)	H. GENERAL (Valor 5)	IMSS (Valor 4)	H. GENERAL (Valor 4)	IMSS (Valor 3)	H. GENERAL (Valor 3)	IMSS (Valor 2)	H. GENERAL (Valor 2)	IMSS (Valor 1)	H. GENERAL (Valor 1)		
1. Mismo(a) doctor(a) durante todo el embarazo	44%	50%	26%	7%	5%	0%	26%	17%	0%	23%		
2. Interés del médico por el curso del embarazo	63%	87%	32%	7%	0%	0%	3%	7%	2%	0%		
3. Médico atento y amable	68%	87%	24%	3%	0%	3%	7%	3%	2%	3%		
4. Chequeo completo de la embarazada	66%	83%	24%	10%	0%	3%	10%	3%	0%	0%		
5. Chequeo completo del bebé en el vientre	66%	87%	24%	7%	0%	0%	10%	3%	0%	3%		
6. Ultrasonido en cada consulta	0%	13%	21%	3%	2%	10%	34%	23%	42%	50%		
7. Medicamentos disponibles	52%	30%	27%	0%	0%	0%	8%	3%	5%	7%		
8. Suficiente equipo en la clínica	14%	57%	79%	23%	0%	3%	5%	7%	2%	3%		
9. Citas respetadas	33%	22%	32%	3%	0%	0%	2%	0%	0%	0%		
10. Orientación completa	58%	77%	29%	7%	2%	0%	5%	7%	2%	10%		
11. Orientación del médico con palabras sencillas	61%	80%	26%	3%	5%	3%	3%	0%	2%	10%		
12. Orientación del médico por escrito.	13%	33%	7%	0%	0%	0%	13%	0%	52%	53%		
13. Revisión delicada del médico	66%	97%	26%	0%	0%	0%	5%	3%	3%	0%		
14. Instalaciones higiénicas de la clínica	50%	90%	37%	10%	5%	0%	3%	0%	2%	0%		
15. Suficiente instrumental en la clínica	58%	77%	37%	13%	0%	7%	5%	3%	0%	0%		
16. Instalaciones agradables de la clínica	52%	73%	40%	13%	3%	7%	5%	3%	0%	0%		
17. Instalaciones cómodas de la clínica.	50%	73%	42%	17%	3%	7%	5%	0%	0%	3%		
18. Horarios suficientes para solicitar consulta	53%	73%	40%	7%	2%	3%	5%	13%	0%	3%		

**Cuadro No. 4.26**  
**Distribución porcentual de las puntuaciones de evaluación de calidad de la mujeres puérperas**

INDICADORES DE PARTO	INSTITUCION Y VALORES DE LAS RESPUESTAS													
	IMSS (Valor 5)	H. GENERAL (Valor 5)	IMSS (Valor 4)	H. GENERAL (Valor 4)	IMSS (Valor 3)	H. GENERAL (Valor 3)	IMSS (Valor 2)	H. GENERAL (Valor 2)	IMSS (Valor 1)	H. GENERAL (Valor 1)	IMSS (No resp.)	H. GENERAL (No resp.)		
1. Atención rápida	48%	64%	37%	16%	1%	2%	8%	6%	4%	10%	1%	2%		
2. Buena atención del médico	59%	90%	36%	8%	2%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	2%		
3. Suficientes enfermeras en la clínica	58%	86%	37%	8%	0%	0%	2%	0%	1%	0%	1%	2%		
4. Numero de tactos requeridos	53%	78%	37%	8%	0%	4%	7%	4%	0%	4%	2%	2%		
5. Suficiente información durante el parto	58%	86%	36%	8%	0%	0%	2%	4%	0%	0%	4%	0%		
6. Buen trato de la enfermera	59%	92%	39%	6%	0%	2%	0%	0%	1%	0%	1%	0%		
7. Compañía del esposo en el parto	0%	4%	5%	18%	1%	0%	16%	12%	75%	36%	2%	30%		
8. Acciones autorizadas por la embarazada	60%	88%	39%	12%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%	0%		
9. Hospital o clínica higiénica	54%	70%	39%	16%	0%	6%	5%	8%	0%	0%	0%	0%		
10. Suficiente equipo en la clínica	57%	90%	41%	10%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	1%	0%		
11. Instalaciones adecuadas	36%	68%	54%	30%	4%	2%	5%	0%	0%	0%	1%	0%		
12. Suficientes materiales en la clínica	60%	94%	40%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%		
13. Suficiente medicamento en la clínica	61%	82%	39%	6%	0%	10%	0%	2%	0%	0%	0%	0%		
14. Suficientes médicos en la clínica	57%	82%	42%	14%	0%	0%	1%	4%	0%	0%	0%	0%		

Al desglosar los datos de la SSA y del IMSS por años de estudio (más de seis años y menos de seis años), se observa que las mayores puntuaciones para el valor 5 de la escala de Likert, del indicador **chequeo completo de la embarazada** y **chequeo completo del bebé** las otorgan las usuarias con menos de seis años de estudio, (ver cuadro No. 4.25 y gráfico 4.4).

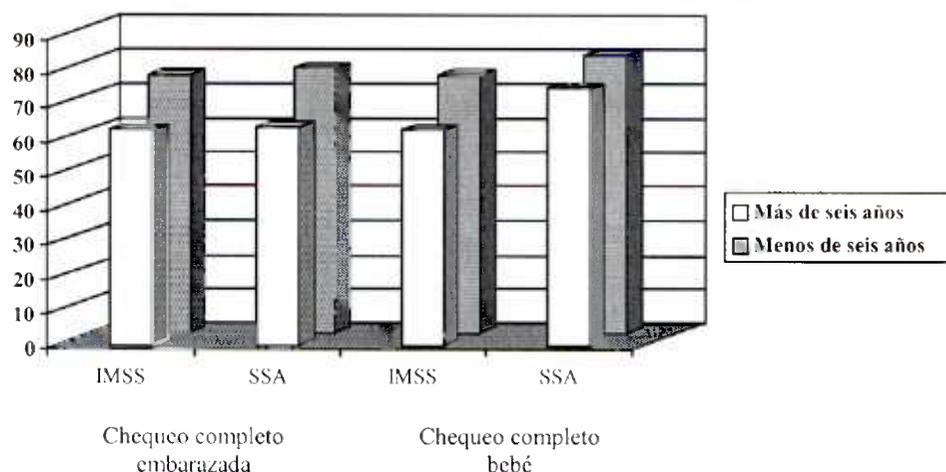
Para los indicadores **revisión delicada del/a médico/a** y **médico/a atento** sólo las usuarias del IMSS emitieron alta puntuación las usuarias con menos de seis años de estudio, no así las usuarias de la SSA. (ver cuadro 4.25 y gráfico No. 4.5).

**Cuadro No. 4.27**  
**PORCENTAJES OTORGADOS POR LAS MUJERES PUÉRPERAS**  
**QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO**  
**INDICADORES DE EMBARAZO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIO DE SALUD**

Indicadores embarazo	IMSS		SSA	
	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio
Chequeo completo de la embarazada	75	63	77	75
Chequeo completo del bebe	75	63	81	75
Revisión delicada	75	63	81	87
Médico atento	75	65	77	79

**Gráfico No. 4.4**

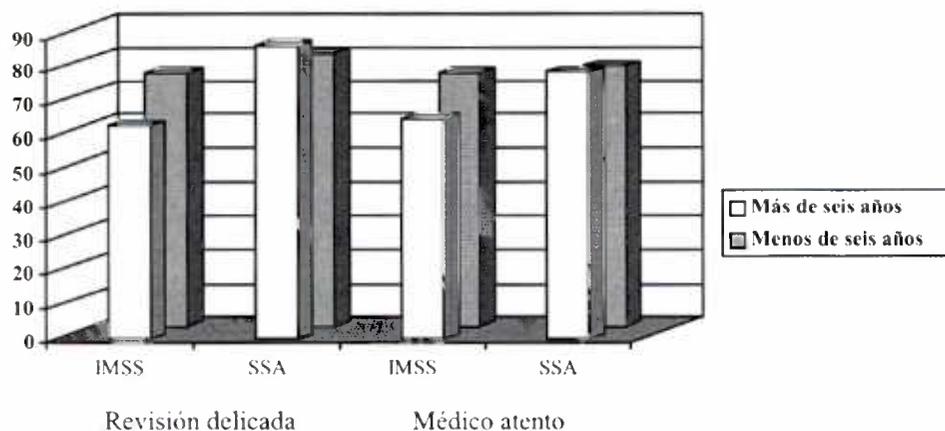
**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS**  
**QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO**  
**INDICADORES DE EMBARAZO SEGUN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIO DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 24

**Gráfico No. 4.5**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO INDICADORES DE EMBARAZO SEGUN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIOS DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 24

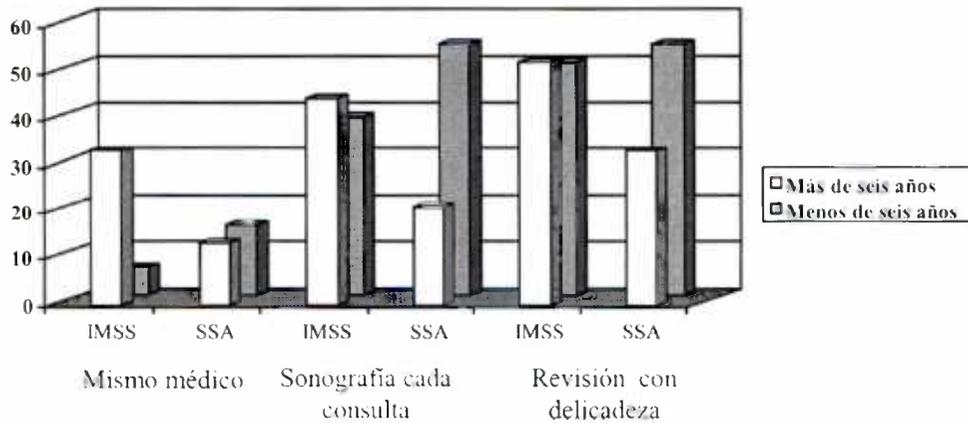
Ahora bien, los porcentajes mayores para los indicadores que obtuvieron una baja puntuación (valor 1 de la escala de Likert-totalmente en desacuerdo), en los dos servicios de salud fueron para los indicadores: a) ultrasonido en cada consulta; b) orientación por escrito; y c) mismo médico/a durante todo el embarazo. Para estos indicadores se observa que para las usuarias del IMSS fueron más críticas para el subgrupo de más de seis años de estudio. Para las que acuden a la SSA las más críticas fueron las mujeres que presentaron menos de seis años de estudio. (ver cuadro No. 4.25 y gráfico No. 4.6).

**Cuadro No. 4.28**  
**PORCENTAJES OTORGADOS POR LAS MUJERES PUÉRPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE EN DESACUERDO INDICADORES DE EMBARAZO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIO DE SALUD**

Indicadores embarazo	IMSS		SSA	
	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio
Mismo médico/a durante el embarazo	6	33	15	13
Sonografía en cada consulta	38	44	54	21
Revisión con delicadeza	50	52	54	33

**Gráfico No. 4.6**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE EN DESACUERDO INDICADORES DE EMBARAZO SEGUN AÑOS DE EDAD Y SERVICIO DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 25

### **Parto.**

En el cuadro No. 4.26, se presentan los porcentajes de los puntajes de la escala de Likert para la evaluación de los indicadores de la atención del parto. El siguiente gráfico muestra la distribución porcentual de las frecuencias más altas otorgadas por las usuarias de los dos servicios de salud. Como en el caso de los indicadores de embarazo, los del parto muestran también diferencias notables entre los dos hospitales emitiendo una mayor evaluación las usuarias de la SSA en comparación de las usuarias del IMSS. Los mayores puntajes fueron para los siguientes indicadores: a) buena atención del médico/a; b) Buen trato de la enfermera; c) información suficiente durante el parto y d) acciones autorizadas por las púerperas (ver cuadro No. 4.29).

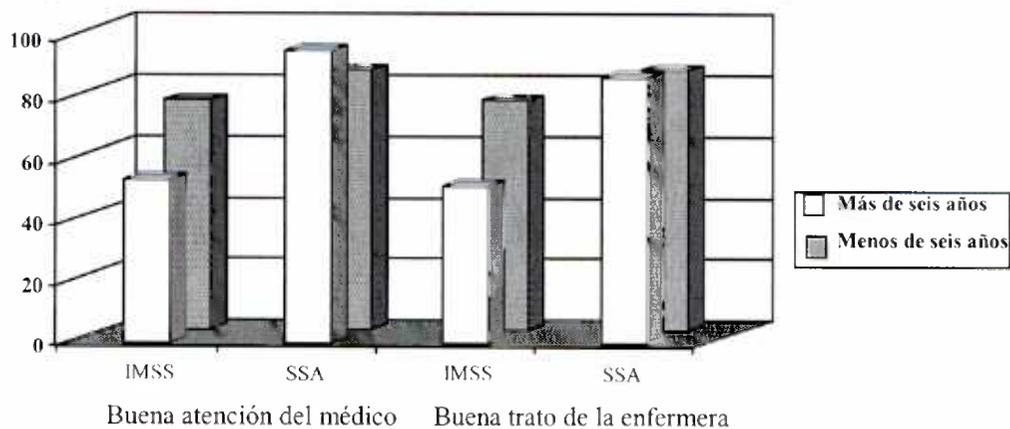
Al observar la distribución porcentual según años de estudio, las mujeres usuarias del IMSS con seis años de estudio confirieron mayor evaluación al indicador **buena atención del/a médico/a** y **buen trato de la enfermera**, no así las usuarias de la SSA.(ver gráfico No. 4.7).

**Cuadro No. 4.29**  
**PORCENTAJES OTORGADOS POR LAS MUJERES PUÉRPERAS**  
**QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO**  
**INDICADORES DEL PARTO SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIO DE SALUD**

Indicadores embarazo	IMSS		SSA	
	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio	Menos de 6 años de estudio	Más de seis años de estudio
Buena atención del médico/a	75	54	85	96
Buen trato enfermera	75	52	85	87
Información en el parto	80	52	88	95
Acciones autorizadas por usuaria	75	56	85	92

**Gráfico No. 4.7**

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS**  
**QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO**  
**INDICADORES DEL PARTO SEGUN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIOS DE SALUD**

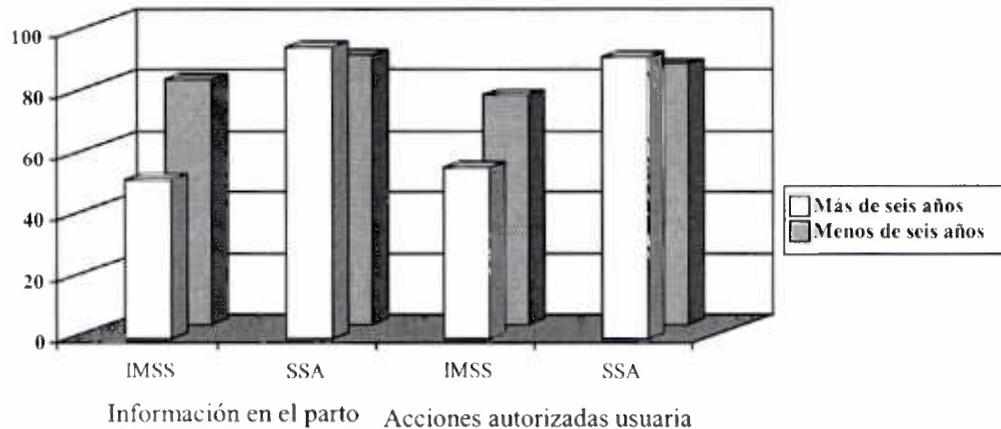


Fuente: Cuadro No. 26

Para los indicadores del parto, **información suficiente en el parto** y **acciones autorizadas por las usuarias**, las mujeres usuarias de la SSA con más de seis años de estudio los evaluaron con alta puntuación, caso inverso para las usuarias del IMSS, ya que las usuarias de menos de seis años de estudio evaluaron más alto estos indicadores (ver gráfico No. 4.8).

**Gráfico No. 4.8**

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO INDICADORES DEL PARTO SEGUN AÑOS DE ESTUDIO Y SERVICIOS DE SALUD**



Fuente: Cuadro No. 26

El porcentaje mayor de la escala con más baja evaluación “totalmente en desacuerdo”(valor 1) fue de manera notoria para el indicador **compañía del esposo en el parto**. Las usuarias del IMSS mostraron un porcentaje del 75%, y las usuarias del Hospital General un 36%.

En tabla 4.1 se muestran los resultados de las asociaciones considerando la variable hospital (IMSS y SSA) y las variables que conformaron cada uno de los aspectos del parto. El total de mujeres que cursaron su embarazo y se atendieron el parto en la misma institución IMSS y SSA fue de 133 mujeres puérperas. Las asociaciones más altas correspondieron a hospital y pregunta 11 (hospital con instalaciones adecuadas) con un valor de  $X^2= 23.59$  con una significancia estadística de 0.000; hospital y pregunta 1 (durante el parto el médico atendió con rapidez) con un valor de  $X^2=15.20$  y una significancia estadística de 0.001; finalmente hospital y pregunta 14 (suficientes médicos en el hospital) con una  $X^2=14.14$  y una significancia estadística de 0.006.

Las asociaciones más bajas fueron para: hospital y pregunta 12 (el hospital tenía suficientes materiales con una  $X^2= 1.915$  y una significancia estadística de 0.153; hospital y pregunta 6 (buen trato de las enfermeras) con una  $X^2 = 2.74$  y una significancia

estadística de 0.482; por último hospital y pregunta 2 (el médico fue comprensivo en el momento del parto...) con una  $X^2 = 4.50$  y una significancia estadística de 2.170 (ver tabla 4.1).

La diferencia en la percepción de las mujeres que se atendieron en el hospital IMSS y SSA quizá es por cuestiones de demanda. En el 2002 la SSA atendió alrededor de 5,000 eventos obstétricos, mientras que el IMSS atendió 35, 000. Por otra parte, ha aumentado la cobertura del IMSS más no el personal, por cuestiones de desfinanciamiento no se ha contratado personal, y se han reducido los gastos de mantenimiento y en medicamentos. Posiblemente esta divergencia en la opinión se deba a la diferencia de nivel educativo y por ende a una diferencia en el tipo de información de las usuarias. En este sentido, Bronfman *et al.* (1997) reportan que al entrevistar a los proveedores de los servicios públicos de salud, éstos caracterizaron a la población usuaria del ISSSTE como pacientes exigentes e inconformes por motivos de una mayor escolaridad o porque ocupan cargos en las instituciones federales, en comparación con la población usuaria de la SSA la cual se caracteriza por mayor pobreza y con menor nivel educativo, esta población fue considerada por muchos de los entrevistados como la más necesitada y la más “dócil”.

**Tabla de resumen 4.1**  
**Hospital del IMSS-SSA e indicadores de parto**

Tipo de hospital	N	X2	G.L	Prob de Ho	Valor de bondad del ajuste	Probabilidad de la bondad de ajuste
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 1	133	15.20	5	0.010	19.82	0.001
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 2	133	4.50	4	0.342	5.78	2.170
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 3	133	9.85	5	0.079	11.03	0.051
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 4	133	7.79	5	0.168	9.89	0.780
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 5	133	9.02	5	0.108	10.56	0.061
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 6	133	2.74	4	0.603	3.47	0.482
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 8	133	13.30	4	0.010	13.45	0.009
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 9	133	11.56	3	0.009	14.89	0.002
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 10	133	7.58	3	0.055	9.07	0.028
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 11	133	23.59	4	0.000	28.07	0.000
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 12	133	1.915	1	0.166	2.041	0.153
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 13	133	8.46	4	0.077	9.415	0.052
HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 14	133	14.14	4	0.007	14.55	0.006

Ho: No hay asociación entre la pregunta y el tipo de hospital

Ha: Existe asociación entre la pregunta y el tipo de hospital

Probabilidad:<.05

### **Tipo de hospital (público-privado) e indicadores de parto.**

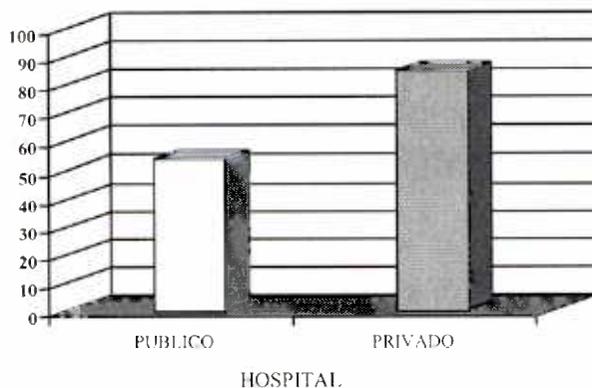
El análisis de esta sección comprende sólo lo que corresponde a los indicadores de parto y a la reclasificación de las unidades hospitalarias en hospital público y hospital privado, en los cuales se aplicó la encuesta sobre la satisfacción de la atención prenatal y parto.

El cuadro No. 4.27, presenta la distribución porcentual de los puntajes otorgados por las mujeres púerperas a cada uno de los indicadores del parto. Para este caso, sólo se analizarán los indicadores que presentaron mayor diferencia porcentual entre los dos tipos de hospital.

Para el caso del indicador **atención rápida**, se observa una diferencia porcentual importante para los dos tipos de hospital, en gran parte explicado por el número de pacientes que se concentran mayoritariamente en los hospitales públicos que en los privados (ver gráfico No. 4.9).

### Gráfico No. 4.9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO DURANTE EL PARTO CON UNA ATENCION RAPIDA

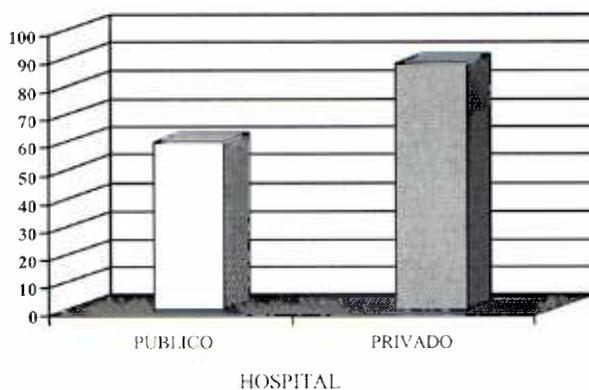


Fuente: Cuadro No. 32

Respecto a la higiene de los hospitales un porcentaje menor de mujeres están totalmente de acuerdo de que en los hospitales públicos estén higiénicos en comparación con los hospitales privados (ver gráfico 4.10).

### Gráfico No. 4.10

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO DURANTE EL PARTO EN QUE EL HOSPITAL ESTABA LIMPIO



Fuente: Cuadro No. 32

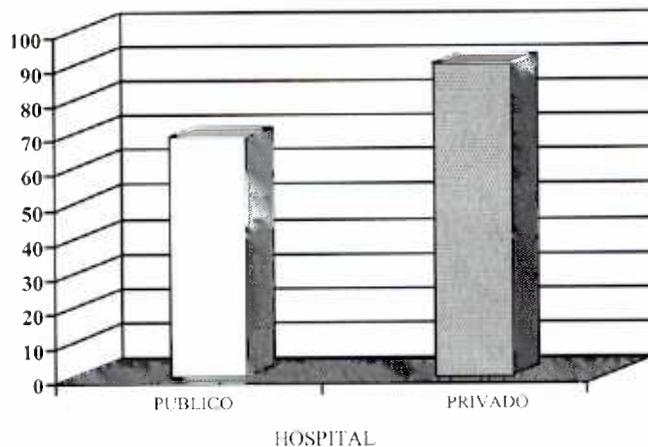
**Cuadro No. 4.27**  
**Distribución porcentual de las puntuaciones de evaluación de calidad**  
**de la atención del parto por tipo de hospital**

INDICADORES DE PARTO	TIPO DE HOSPITAL Y VALORES DE LAS RESPUESTAS											
	PUBLICO (Valor 5)	PARTICULAR (Valor 5)	PUBLICO (Valor 4)	PARTICULAR (Valor 4)	PUBLICO (Valor 3)	PARTICULAR (Valor 3)	PUBLICO (Valor 2)	PARTICULAR (Valor 2)	PUBLICO (Valor 1)	PARTICULAR (Valor 1)	PUBLICO (Valor 0)	PARTICULAR (Valor 0)
1. Atención rápida	54%	85%	31%	12%	1%	2%	7%	0%	5%	0%	0%	0%
2. Buena atención del médico	70%	85%	27%	15%	1%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
3. Suficientes enfermeras en la clínica	67%	83%	28%	12%	1%	5%	1%	0%	2%	0%	0%	0%
4. Numero de tactos requeridos	63%	76%	24%	12%	3%	5%	5%	0%	1%	0%	0%	0%
5. Suficiente información durante el parto	68%	83%	26%	15%	0%	2%	3%	0%	1%	0%	0%	0%
6. Buen trato de la enfermera	71%	83%	27%	17%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%
7. Compañía del esposo en el parto	1%	15%	12%	2%	1%	0%	14%	32%	59%	24%	0%	0%
8. Acciones autorizadas por la embarazada	70%	85%	29%	10%	0%	0%	0%	2%	0%	2%	0%	0%
9. Hospital o clínica higiénica	60%	88%	31%	12%	3%	0%	5%	0%	0%	0%	0%	0%
10. Suficiente equipo en la clínica	69%	90%	30%	10%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
11. Instalaciones adecuadas	48%	90%	45%	10%	3%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
12. Suficientes materiales en la clínica	72%	83%	28%	17%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
13. Suficiente medicamento en la clínica	68%	83%	28%	15%	3%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%
14. Suficientes médicos en la clínica	66%	83%	32%	12%	0%	2%	2%	0%	0%	0%	0%	0%

Con relación a los indicadores de **suficientes materiales en la clínica e instalaciones adecuadas**, sobre todo esta última, muestran una mayor divergencia entre las apreciaciones de los dos tipos de hospital (ver gráfico 4.11 y 4.12).

**Gráfico No. 4.11**

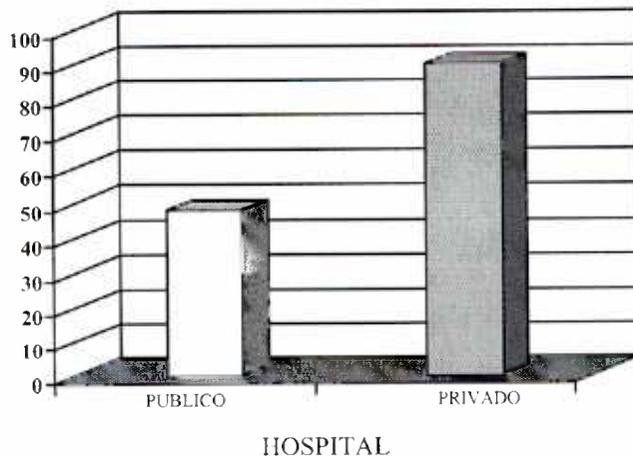
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO DURANTE EL PARTO EN QUE HABIA SUFICIENTE EQUIPO EN EL HOSPITAL



Fuente: Cuadro No. 32

**Gráfico No. 4.12**

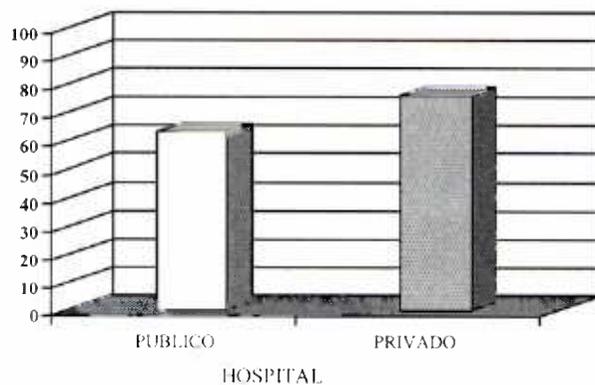
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO DURANTE EL PARTO EN QUE LAS INSTALACIONES FUERON ADECUADAS



Fuente: Cuadro No. 32

Llama la atención en que en el caso tanto de los hospitales públicos como privados, porcentualmente están por debajo del 80% en lo que respecta al indicador número de tactos requeridos (ver gráfico 4.13).

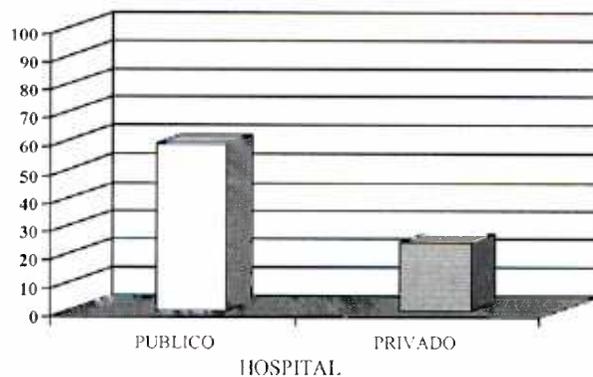
**Gráfico 4.13**  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS  
QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE DE ACUERDO  
DURANTE EL PARTO EN EL NUMERO REQUERIDO DE TACTOS



Fuente: Cuadro No. 32

El único indicador en el que coincidieron en estar totalmente en desacuerdo los dos tipos de hospitales fue con **compañía del esposo en el parto** (ver gráfico No. 4.14)

**Gráfico 4.14**  
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES PUERPERAS  
QUE SEÑALARON ESTAR TOTALMENTE EN DESACUERDO  
EN QUE DURANTE EL PARTO SE LES PERMITIO LA COMPAÑIA DEL ESPOSO



Fuente: Cuadro No. 32

En cuanto a la búsqueda de significancia estadística de estos indicadores según el tipo de hospital público y privado se muestra la tabla 4.6 en la cual se muestran las siguientes asociaciones: Las más altas correspondieron para tipo de hospital y pregunta 7 (mi esposo me acompañó en el parto) con una  $X^2 = 36.98$  con una significancia estadística de 0.000; hospital y pregunta 11 (hospital con instalaciones adecuadas) con una  $X^2 = 23.58$  con una significancia estadística de 0.000; hospital y pregunta 1 (atención rápida durante el parto) con una  $X^2 = 15.19$  con una significancia estadística de 0.001. La asociación más baja fue para hospital y pregunta 4 (número de tactos requeridos) con una  $X^2 = 7.78$  con una significancia estadística de 0.078.

**Tabla de resumen 4.6**  
**Tipo de hospital público y privado e indicadores de parto**

Tipo de hospital	N	X2	G.L.	Prob. de Ho	Valor de Bondad del Ajuste	Prob. de Bondad de Ajuste
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 1	189	15.19	5	0.010	19.82	0.001
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 4	189	7.78	5	0.168	9.89	0.078
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 7	189	36.98	6	0.000	34.04	0.000
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 9	189	11.56	3	0.009	14.88	0.002
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 10	189	7.58	3	0.055	9.07	0.028
TIPO DE HOSPITAL Vs PREGUNTA_P 11	189	23.58	4	0.000	28.07	0.000

Ho: No existe asociación entre la pregunta y el tipo de hospital

Ha: Existe asociación entre la pregunta y el tipo de hospital

Probabilidad: <.05

La medicina privada no se ha enfrentado a situaciones de desfinanciamiento debido al crecimiento de los costos de este tipo de servicios médicos, asociada a una práctica hospitalaria industrializada, plena de alta tecnología. Estos costos resultan inaccesibles para la mayoría absoluta de la población, o accesibles únicamente bajo la condición del deterioro notable en el patrimonio familiar. Por otro lado, atiende mucho menor población en comparación con los hospitales públicos. En cuanto al número de tactos requeridos, una explicación posible es que en los hospitales públicos los médicos internos y residentes son los que atienden los partos y como mencionó una medica "difícilmente un ginecólogo atiende institucionalmente un embarazo, lo hacen los

internos y residentes y así es como aprenden a atender un parto".<sup>22</sup> En cambio en los hospitales privados los especialistas son los que atienden el parto.

### **Opinión de las mujeres puérperas encuestadas vs opinión de las mujeres embarazadas entrevistadas.**

Llama la atención que al comparar los resultados de la encuesta a mujeres puérperas con las entrevistas de la mujeres embarazadas, las primeras calificaron altamente la calidad de atención, mientras que las embarazadas expresaron una opinión evaluando la calidad de la atención en forma menor.

En algunas publicaciones se ha señalado que los informantes pueden cambiar o variar su información según lugar donde se realiza la entrevista. Respecto a los estudios de salud se ha comentado que la información otorgada al entrevistador es diferente si la entrevista es llevada a cabo en su domicilio que cuando es realizada dentro o cercano a las instalaciones de salud (Ojeda, 1999). Una de las limitantes de esta investigación fue el no poder realizar la entrevista en el puerperio mediano ya estando las informantes en su domicilio tanto por razones presupuestarias como de tiempo. Sin embargo, investigaciones anteriores en las cuales se aplicó encuesta hospitalaria mostraron que las informantes sí reportaron información de censura hacia las instituciones de salud (Jasis, 2000).

Es posible que una explicación para los resultados aparentemente contradictorios entre las informantes entrevistadas y las informantes encuestadas del IMSS y SSA, es que las mujeres puérperas fueron elegidas bajo el criterio de selección de parto natural de bajo riesgo y sin complicaciones. Probablemente, esta circunstancia hubiera influenciado el tipo de respuesta de las informantes, en otras palabras, el haber cursado un parto sin problemas de salud tanto de ellas mismas como de sus hijos, pudo haber influenciado el

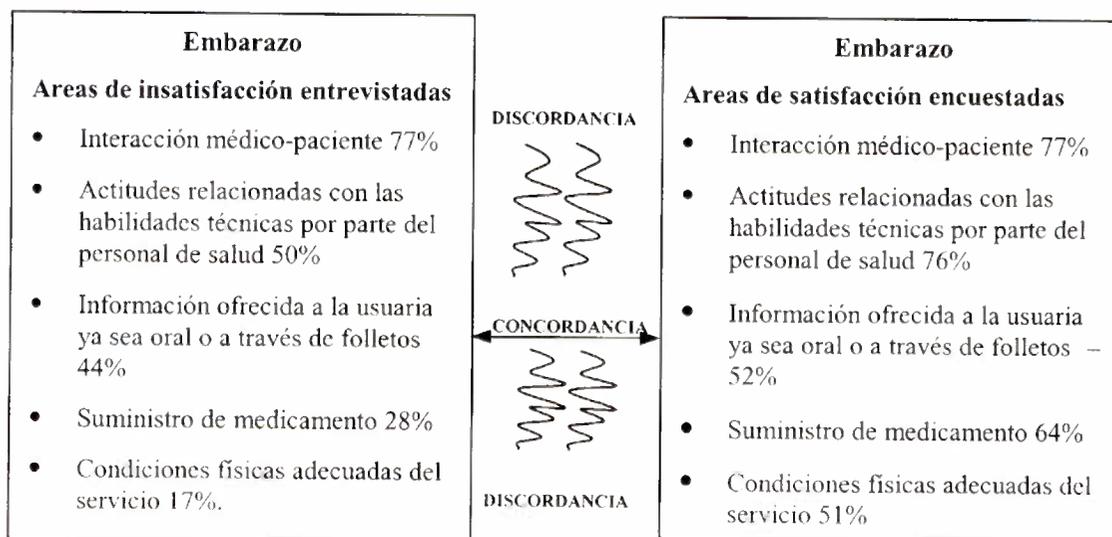
---

<sup>22</sup> Entrevista efectuada el 22 de febrero de 2003.

contestar en forma satisfactoria casi todos los indicadores, tanto de la atención recibida durante el embarazo como de la atención recibida durante el trabajo de parto. Otras consideraciones que podrían haber influenciado el tipo de respuestas son cambio hormonal, fatiga, poco interés.

La figura tres muestra que el único indicador de insatisfacción durante el embarazo en la que coinciden las mujeres embarazadas entrevistadas y las mujeres puérperas encuestadas (en el caso de las usuarias del IMSS y la SSA) fue **información ofrecida a la usuaria en forma escrita u oral**. En lo referente a la insatisfacción durante el parto fue la **presencia del esposo en el parto**.

**Figura No. 4.5**  
**Comparación de satisfacción según indicador y fuente de información.**  
**Entrevistadas vs encuestadas de IMSS y SSA.**



Fuente: Figura No. 4.2

Fuente: Cuadro No. 4. 25

## **Discusión de resultados.**

Es a partir de las instituciones de salud donde emergen las normas, los programas y las acciones en salud reproductiva y por ende la intencionalidad y el diseño de los modelos de calidad de la atención. En el caso específico de la calidad de la atención del embarazo y parto no es la excepción. El punto a discutir es que estas directrices de acción institucional establecen relaciones autoritarias con las usuarias más que propiciar relaciones más participativas y de respeto por las necesidades, decisiones y derechos de las mujeres. Dada esta situación, la visión institucional es unilateral, dejando de lado la expresión y voz de las mujeres en las cuales recaen las acciones del/a médico/a.

De esta manera, las definiciones de calidad por lo regular parten de los/as proveedores/as de la salud en vez de la perspectiva de los/as usuarios/as. Como ya se ha comentado en secciones anteriores, por lo general la perspectiva de la calidad de la atención médica es predominantemente definida por los gobiernos nacionales e internacionales, compañías de seguros y los/as proveedores/as de los servicios. La perspectiva de los/as usuarios/as, particularmente la perspectiva de las mujeres, es continuamente ignorada. Para el sector salud la calidad de la atención a la salud se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, es decir, riesgos y beneficios son balanceados y se decide por lo más favorable. Los procesos de calidad son dirigidos hacia los procedimientos técnicos, staff, entrenamiento, equipo, etc., de tal manera que se pone poca atención a la relación proveedor/a-usuario/a. Esta omisión ha sido subrayada en Beijing, en la Plataforma de Acción en la cual se señala que la calidad de la atención médica hacia la mujer es frecuentemente deficiente en varias formas, dependiendo de circunstancias locales. Las mujeres a menudo no son tratadas con respeto, no se les garantiza privacidad y confidencialidad y no siempre reciben información completa acerca de los servicios disponibles.

Escuchar al otro, significa que la usuaria de estos servicios pueda naturalmente definir lo que siente, piensa, e imagina con relación a la calidad de la atención prenatal y parto. Esto conlleva a recuperar, posibilitar, e incluir su palabra dentro del proceso de atención a la salud proporcionada por las instituciones de salud. Al incluir las opiniones de las mujeres en cuanto la atención prenatal y parto recibidas, expresaron mayor insatisfacción en: a) interacción médico/a-paciente; b) actitudes relacionadas con la habilidad técnica; c) información oral o a través de folletos ofrecida a la usuaria; d) suministro de medicamento y materiales; y e) condiciones físicas adecuadas del servicio.

Si se continúa con la idea anterior respecto a la función de las instituciones de salud, éstas deberían intervenir para dar respuesta a las necesidades de las personas, de las usuarias a los servicios. La inclusión de las necesidades sentidas y expresadas de las usuarias favorecería el empoderamiento de éstas y con ello, el ejercicio de sus derechos. Como comenta Figueroa (1999), en la Conferencia de Maternidad sin Riesgos se propuso entre otras cosas, que no sea una sola instancia de la sociedad de que cuide de la calidad de los servicios de salud y los derechos de la población. En palabras de Figueroa (1999: 166) “evitar que la calidad de los servicios dependa únicamente del prestador y su actitud paternalista hacia la población”.

En unas cuantas palabras, las necesidades sentidas y expresadas en el embarazo y parto se pueden agrupar en emocionales y físicas, en coincidencia con el estudio de Jasis (2000). Por ejemplo, se pueden considerar necesidades emocionales aspectos involucrados en la interacción médico paciente como *que te den la importancia o atención como persona*. Necesidades físicas como: *que se manden hacer todos los análisis necesarios para el buen estado de salud de mi bebé y el mío propio*.

Los resultados hasta ahora presentados dan cuenta, primero de los aspectos que son importantes para la mujer en el momento de acudir a las instituciones de salud para

su atención prenatal y parto en términos de satisfactores y segundo la agrupación de conceptos permitió obtener la concentración de éstos dando cuenta del dominio cultural de las mujeres embarazadas entrevistadas, lo cual refleja la organización y el significado de estos satisfactores. El grado de estructura cognitiva otorga competencia de entender y evaluar el mundo de experiencia de los miembros de una cultura. Estas estructuras cognitivas permiten la comunicación de estados complejos de percepciones entre trabajadores de salud y sus pacientes. La diferencia de opinión de las mujeres de la encuesta y de las entrevistas es que las primeras calificaron altamente la calidad de atención, mientras que las entrevistadas expresaron una valoración menor a la calidad de los servicios.

Ojeda (1999) informa en su estudio que se encontraron algunas coincidencias y diferencias en cuanto a la percepción que tuvieron un grupo de mujeres de la ciudad de Tijuana respecto a la calidad y calidez de los servicios de salud reproductiva, según se trate de mujeres que fueron entrevistadas en los hogares y en los centros de salud.

Es posible que una explicación para los resultados aparentemente contradictorios entre las embarazadas entrevistadas y las mujeres durante el puerperio inmediato es que las mujeres púerperas fueron elegidas bajo el criterio de selección de parto natural de bajo riesgo, sin complicaciones y que fueron encuestadas horas después de haber parido en el mismo hospital. En otras palabras, el haber cursado un parto sin problemas de salud tanto de ellas mismas como de sus hijos y el haber concluido todo el proceso con el resultado favorable, pudo haber influenciado el contestar en forma satisfactoria casi todos los indicadores, tanto de la atención recibida durante el embarazo como de la atención recibida durante el trabajo de parto. Otras consideraciones que podrían haber influenciado el tipo de respuestas son cambio hormonal, fatiga, poco interés.

Desde el punto de vista género estos resultados reflejan las normas que las mujeres tienen socializadas, entre ellas, la sumisión y el silencio ante las personas que representan autoridad. De igual manera el considerar que la autoridad del médico/a está basada en el conocimiento técnico hace que el conocimiento de las pacientes sea considerada por ellas mismas como irrelevante. Esta situación afecta la habilidad de las mujeres para hablar abiertamente sobre la actuación de los médicos/as.

---

## **Capítulo 5.**

### **La calidad desde los proveedores de los servicios de salud.**

---

Actualmente la práctica médica pública presenta dificultades institucionales y económicas que el sistema económico vigente ha impuesto. Dentro de esta situación se desempeña el quehacer médico entre habilidades técnicas, actitudes, e interacciones sociales con otros médicos/as y en especial con pacientes. El presente capítulo presenta el punto de vista de médicos/as generales sobre la calidad de la atención y los obstáculos para su alcance. Al igual que en las entrevistas realizadas a mujeres embarazadas, la entrevista etnográfica se desarrolló con los/as médicos/as generales.

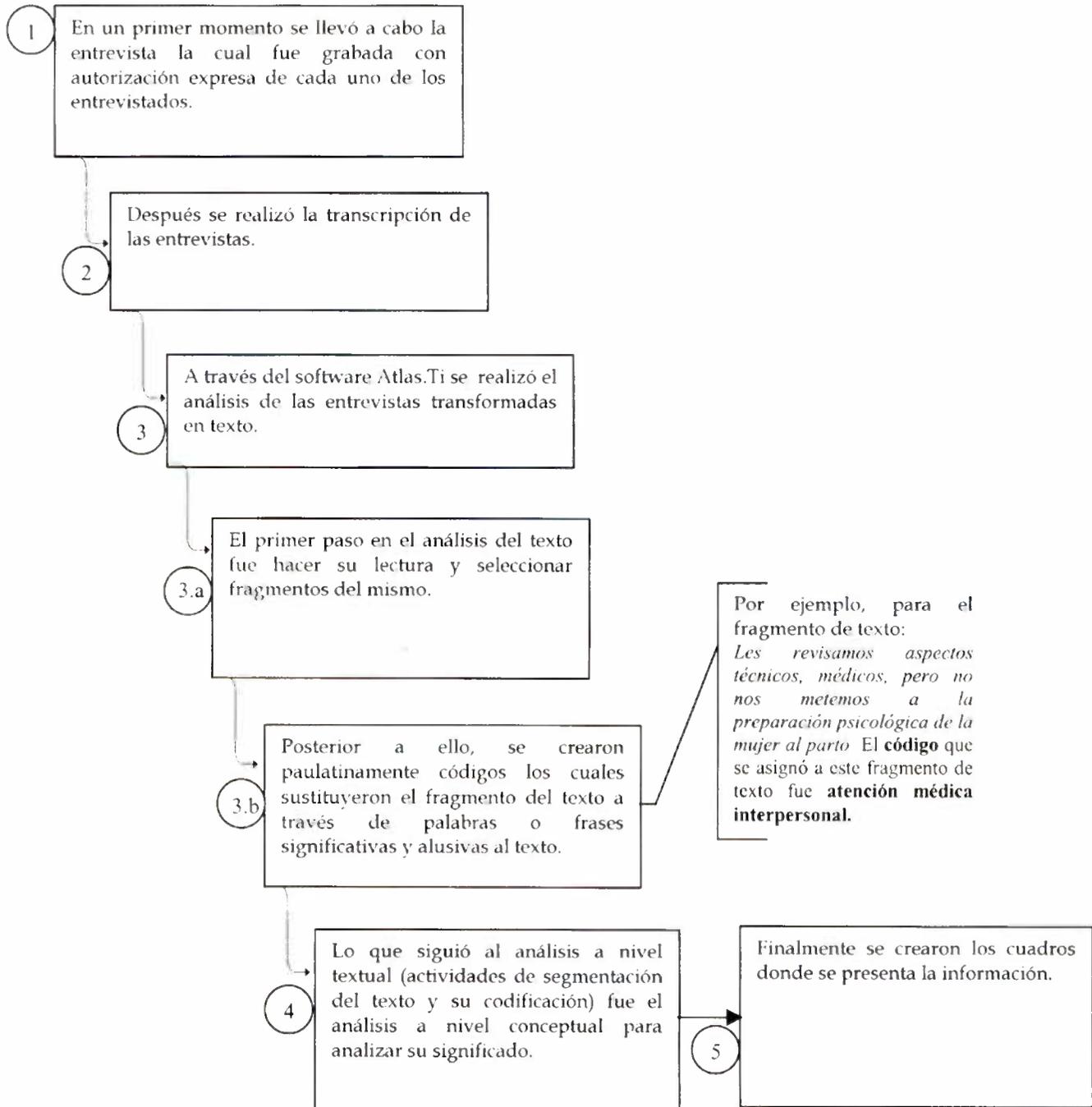
#### **5.1 La representación de la calidad por los médicos generales.**

Nota metodológica.

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas etnográficas. En tres de las cuatro entrevistas, el sitio de encuentro fue en los lugares de trabajo de los médicos/as, sólo una de las entrevistas fue realizada en una cafetería. Cabe mencionar que la diferencia relacionada con la ubicación de la entrevista es debido a que los médicos/as seleccionaron los lugares. Los/as entrevistados/as fueron seleccionados bajo los criterios 1) que por lo menos alguno de ellos/as trabajara en la seguridad social, otro/a en la institución que cubre el servicio a la población abierta y los restantes que pertenecieran a alguno/a de ellos, además de trabajar para la medicina privada; y 2) que aceptaran participar en la entrevista. El propósito de realizar entrevistas etnográficas a médicos/as por un lado fue describir su opinión sobre la calidad de la atención del embarazo y por otro, identificar cuáles son los obstáculos para brindar una atención médica de calidad con mujeres embarazadas.

Figura No. 1

Proceso de análisis de las entrevistas etnográficas a médicos y médicas

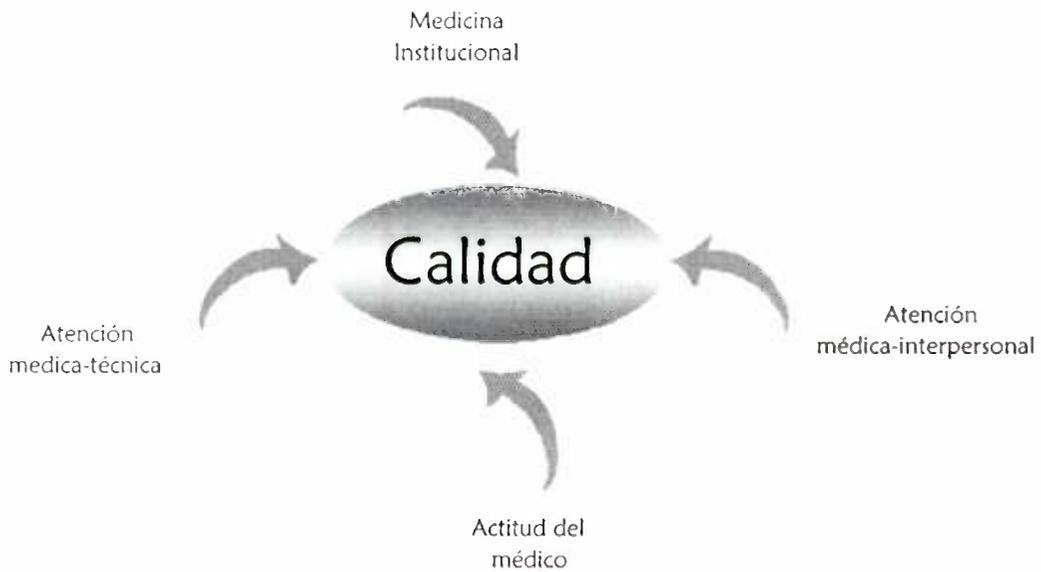


## 5.2. Elementos de la calidad.

A lo largo de las entrevistas los/las médicos/as fueron comentando sus percepciones en torno a los aspectos de la atención médica en el embarazo y parto, sobre el proceso administrativo institucional y otras circunstancias específicas que condicionan el otorgamiento de una atención con calidad.

A continuación se presenta una figura con los elementos mencionados por los/las médicos/as, posteriormente se describen y comentan estos aspectos.

**Figura 5.2**  
**Elementos que intervienen en la calidad de la atención médica de la mujer embarazada**



### Cuadro No. 5.1

<b>Elementos que intervienen en la calidad de la atención medicina institucional</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* A nivel de medicina familiar están establecidos los parámetros para conducir a la mujer dentro del período del embarazo.</li><li>* Mejor atención que con un ginecólogo particular.</li><li>* No se ha valorado lo que es la atención institucional.</li><li>* Hay una discrepancia entre los ingresos de los médicos, no hay un tabulador adecuado.</li><li>* Institucionalmente un ginecólogo no atiende un parto, te hace cesárea, pero no te atiende un parto.</li><li>* Institucionalmente los partos los atiende el médico interno, o el residente</li></ul>

El modo del médico de ejercer la medicina, tiene un condicionamiento social y cultural. Por ejemplo, las conductas terapéuticas no sólo se basan en los fundamentos científicos y técnicos, sino que también en valores, creencias y costumbres. De tal forma que un médico/a institucional otorga de una manera la atención a la usuaria, mientras que el médico/a privado lo hace de otra.

Con relación a la seguridad social, concretamente con el Instituto Mexicano del Seguro Social, otro estudio indica que el/a prestador/a del servicio siente la necesidad de reconocimiento individual, social y profesional además de incentivos económicos (Van Dick, 2002).

### Cuadro No. 5.2

<b>Elementos que intervienen en la calidad de la atención. Atención médica-internacional</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>* El atender bien a un paciente es cuestión de convicción personal y de estar capacitado.</li><li>* Lo único que tiene que hacer uno es ganarse la confianza del paciente</li><li>* Tenemos que tener la cultura de enseñar y platicar primero y ganarme la confianza del paciente.</li><li>* La relación médico-paciente es fundamental.</li></ul>

Muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica, se deben a una interacción insatisfactoria con el médico/a más que a eventuales insuficiencias técnicas del prestador/a del servicio de salud. Como es señalado por Llovet (1999) la relación médico paciente es sometida a una fuerte despersonalización en la cual están diluidos los lazos de intimidad. En este sentido, Bronfman (*et al.*, 1997) comenta que la interacción que se establece entre médicos/as y pacientes, sobre todo en las instituciones públicas de salud, en muchos sentidos se caracteriza por el enfrentamiento o, por lo menos, por un desencuentro entre ambos dado por la falta de comunicación e intercambio de la información o inclusive por un trato autoritario de los médicos/as y otros agentes de salud, hacia los pacientes.

Matamala (*et al.*, 1995) explica que la formación académica de los médicos/as priva de capacidades orientadas a dar contención a las emociones y a conectarse con la subjetividad de las personas, particularmente de las mujeres. En este mismo sentido Castro y Bronfman (1998) señalan que Tood argumenta que los médicos/as están entrenados bajo un modelo masculino de ciencia que enfatiza la objetividad y tienden a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean.

**Cuadro No. 5.3**

<b>Elementos que intervienen en la calidad de la atención. Actitud del médico</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hay médicos que en lo privado actúan de una manera y en lo institucional actúan de otra.</li> <li>* Hay médicos muy fríos, hay médicos muy cálidos, hay médicos extremadamente cálidos y nada tiene que ver con lo privado o institucional, ni el interés que exista de por medio.</li> <li>* Las actitudes de los médicos, ese es el mayor reto.</li> <li>* Mejorar la actitud del personal médico en cuanto a la atención de la mujer embarazada.</li> </ul>

La práctica de la medicina se inscribe dentro de una institución social, con normas de gobierno para sus miembros, derechos, privilegios y formas de prácticas apropiadas (Mishler *et al.*, 1981). La institución es caracterizada por ser burocrática, jerárquica e impersonal. La verticalidad y discrecionalidad son las dos lógicas que controlan la planeación, la programación y la ejecución institucional. La forma en que se toman las decisiones concernientes a las actividades de todos y a la orientación de las acciones son emprendidas por la institución (Cervantes, 1999).

Es posible que la actitud apática de los/as médicos/as institucionales se deba a un clima laboral inadecuado que a ido deteriorando la satisfacción laboral y la motivación, aunado a la falta de incentivos económicos, la sobresaturación del número de pacientes por médico/a. Bronfman (1997) comenta que los bajos salarios y los escasos estímulos para el personal, favorece el ausentismo y el incumplimiento de la jornada.

**Cuadro No. 5.4**

<b>Elementos que intervienen en la calidad de la atención médica-técnica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* El médico tiene que medir a la paciente, pesar a la paciente, revisar su presión arterial, medir su frecuencia cardíaca, medir el fondo uterino, checar si se escucha perfectamente bien el foco fetal. Revisarle sus oídos, su garganta que no tenga alguna infección, revisar sus piernas que no tengan edemas. Si ha tenido abortos, si es un embarazo de alto riesgo, si es una persona añosa, si es una persona muy joven, o sea son muchos los factores. Si es una persona obesa o si ha tenido algún padecimiento de tipo infeccioso previo al embarazo o cursa alguna infección durante el embarazo.</li> <li>* Hay que cuidar a la paciente en forma integral, completa.</li> <li>* Yo creo que la atención prenatal debe ser por un médico familiar, no por un especialista.</li> <li>* El especialista se debe de dejar cuando se detecta algún factor de riesgo o algo que rebase la capacidad del médico familiar.</li> </ul>

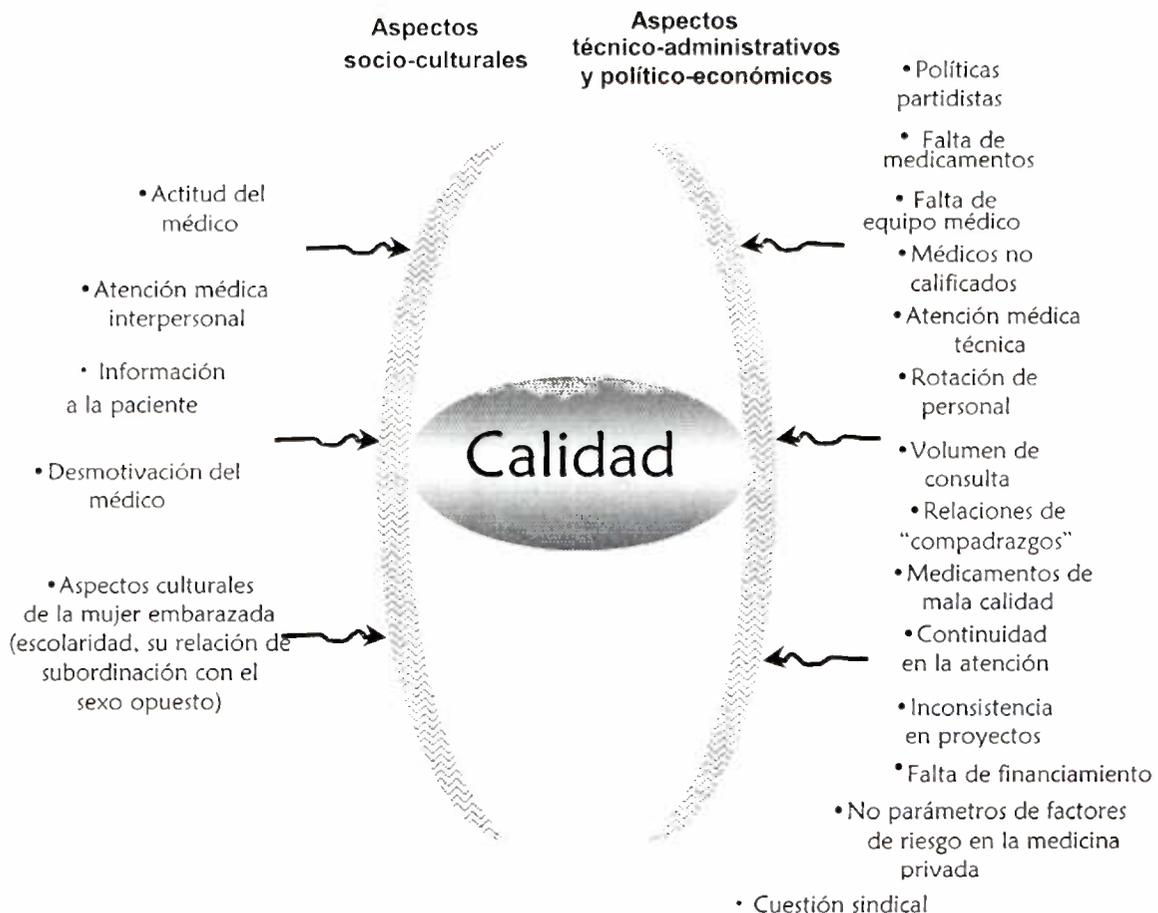
Con relación a la capacidad técnica de la atención de la consulta, los/as médicos/as no expresaron tener falta de preparación o capacitación. Es de llamar la atención, que para los médicos/as institucionales el personal está mejor capacitado y existen mejores parámetros para dar seguimiento a la mujer embarazada que en la medicina privada.

### 5.3. Los obstáculos para dar una atención de calidad.

Durante la entrevista se preguntó directamente a los/as médicos/as cuál o cuáles obstáculos consideraban ellos que se presentaban para otorgar una atención médica de calidad. A continuación se presenta la figura No. 5.2 en la cual se agrupan estos obstáculos en dos grandes rubros: aspectos socio-culturales y aspectos técnico-administrativos.

Cabe mencionar que esta agrupación la llevó a cabo la autora con el propósito de facilitar el manejo de la información. De igual manera se presentan cada uno de los elementos que se percibieron como obstáculos con una definición que se elaboró en forma sucinta a partir de lo expresado por los/as médicos/as.

**Figura No. 5.3**  
**Elementos que obstaculizan otorgar una atención médica de calidad a la mujer embarazada**



A continuación se presentan las características que definen a estos elementos, empleando la misma agrupación, es decir, en aspectos socioculturales y aspectos técnicos-administrativos y político-económicos. Las definiciones fueron elaboradas a partir de lo expresado por los/as mismos/as médicos/as.

### **Aspectos socioculturales definidos:**

- Mala actitud del/a médico/a.- “Se refiere a gente apática que tiene más de 20 años trabajando para la institución que le gusta sentirse autoridad; personal que su mala calidad de vida la traslapan a su trabajo teniendo una actitud negativa y que no le gusta los cambios. Personal que tiene la capacidad para hacer las cosas, pero no quiere hacerlas porque le da flojera, no le gusta su trabajo.”
- Atención médica {dimensión interpersonal}.- “Personal médico que no establece contacto con la paciente. No existe la relación médico/a-paciente. Se revisan aspectos técnico-médicos, pero no se interviene en la preparación psicológica de la mujer al parto. Hay médicos/as que no tienen la capacidad de escuchar y eso no se puede cambiar.”
- Información al paciente.- “Los/as médicos/as están acostumbrados/as a decir: tómese esto y le dan la receta, pero no le explican ya después de qué escribieron, ni qué rayos es. El/a médico/a nunca le informa a la paciente y tampoco la paciente nunca le pide informes al/amédico/a de nada. El/a médico/a no le dice a la paciente lo que tiene que hacer. Parte de los obstáculos para dar información a la paciente es el grado de escolaridad que tenga la paciente. No hay información expedita del/a médico/a para la paciente.”
- Aspectos culturales de la mujer embarazada.- “Muchas veces existe el tabú de la mujer embarazada con baja escolaridad de hacer preguntas, por muchas cosas; porque la acostumbró su papá que no hable, así la acostumbró su marido a que no hable y

cuando se enfrenta con un hombre pues lo ve como un ejemplo y a veces, ésa es la limitante que existe en comunicarse más abiertamente con el médico. El grado de escolaridad que tenga la paciente que vaya con el/a médico/a es importante, porque muchas veces trata el/a médico/a de explicarle a la paciente a su nivel obviamente, de escolaridad y de entendimiento porque el/a doctor/a le instruye, le sugiere muchas medidas higiénicas o dietéticas a la mujer embarazada, pero de diez conceptos, a la mejor por su escolaridad, entiende uno o dos. Institucionalmente ese es un problema serio.”

### **Aspectos técnico-administrativos y político-económicos definidos:**

- Políticas partidistas.- “Por cuestiones políticas la cruzada nacional por la calidad no se ha implementado bien en la Secretaría de Salud, o sea hay un gobierno federal panista con un gobierno estatal priísta, que es ahí el rechazo. Me parece insensato, me parece muy pobre una actitud en que no pueden ni siquiera decir, o sea te dicen lo que tienes que decir, te dicen lo que tienes que pensar.”
- Falta de medicamentos.- “No hay medicamentos y los controles de calidad que se llevan no son los adecuados.”
- Falta de equipo.- “Carencias en las instituciones de equipos tan elementales como es el sonógrafo.”
- Médicos no calificados.- “Hay médicos/as que están certificados/as, hay médicos/as que no lo están y eso redundando obviamente en la calidad de la atención.”
- Atención médica {Dimensión técnica}.- “El/a médico/a lo ve como si fuera una maquiladora, como si fuera un proceso: viene el paciente, escribo. Ok., se toma esto, se va y pásame otro. Hay errores de diagnóstico por la celeridad de verlos.”

- Rotación del personal.- “Es como la política, el que la hace hoy de diputado, mañana la hace de senador y así. Están rolando por todas partes y nunca las dejan cuajar en un proyecto.”
- Volumen de consulta.- “A mayor cantidad de o mayor volumen de consulta, pues sí disminuye probablemente la calidad de la atención. No me gusta que en un lapso de seis horas, tengas que ver a los 32 pacientes, de así: qué le pasa, cómo se siente, bueno ya vete, tenga. Tienes un tiempo limitado para atender a un paciente, tienes de 10 a 15 minutos para atender a un paciente, como médico familiar debes atender un mínimo de 24 pacientes en seis horas. Hay clínicas que tienen el doble de gente derechohabiente de la que se contempló al inicio y sobresaturamos. No tenemos la capacidad para dedicarle el tiempo a los pacientes, es tanta la demanda y cada vez es más. Hay tanta sobrecarga que incluso se ponen consultorios que se llaman de desfogue, con tal de deslindar la consulta porque tienes que darla, si ya al médico tuyo ya le cubrieron sus 28 pacientes y tu requieres la atención, te pasan con otro; se pierde también la identificación con el médico, no es lo mismo.”
- Relaciones de compadrazgos.- “Lo más importante no es el perfil académico o la capacitación dentro de tu profesión como médico/a, sino más bien de quién eres amigo o de quién eres pariente.”
- Continuidad en la atención.- “Una paciente embarazada necesita tener confianza en el médico y la confianza se da en el número de entrevistas, como yo le decía, se va ganando, no es que mañana esté con un médico/a y el otro mes esté otro médico/a.”
- Inconsistencia en proyectos.- “Hoy llegan y te dicen vamos a hacer esto y mañana te salen con se acabó, ahora vamos a hacer esto otro.”

- Falta de financiamiento.- “El Seguro Social está cayendo en un falta de financiamiento, porque tiene muchos programas por los que no cobra; IMSS-Solidaridad que le cuesta a todo derechohabiente, a todos los asegurados y van y llevan la salud a regiones aisladas del país. Tenemos un hospital en Juárez, y una unidad de medicina familiar que están parados, que no se pueden echar a andar, que no pueden trabajar y que la gente está pidiendo y está demandando que se le brinde lo que la ley dice que se le debe de otorgar. Pero no tienes medicamentos, no tienes médicos suficientes, no tienes materiales de calidad. Los controles de calidad que se llevan no son los adecuados. Tenemos en el IMSS hospitales totalmente terminados y equipados, que están desocupados, porque el Instituto no tiene dinero para contratar personal. Recursos no va a haber, porque dijeron de allá de arriba que no va a haber, que no va a haber más médicos, no va a haber nada, pero equipamiento sí hay. Lo que pasa es que no hay dinero para comprar los insumos que se requieren también de calidad.”
- Parámetros de factores de riesgo.- “En Instituciones privadas, son pocos los médicos/as que llevan un registro de acuerdo a la norma oficial de la atención para la mujer embarazada.”
- Cuestión sindical.- “No se ha congeniado bien lo que es la labor del médico, desde el punto de vista de la empresa. Cuántos pacientes puedes ver en tanto tiempo, si está calculado.”

### **Comentarios.**

Con relación a la medicina institucional que se comenta en la Encuesta Nacional de Salud II reportan Bronfman (*et al.*, 1997), que el ejercicio profesional del médico fue visto, por la mayoría de los entrevistados, como desvalorizado, debido a los bajos salarios con que se retribuye su trabajo.

Sobre la información que se le otorga a la usuaria el/a médico/a se encuentra en un lugar de poder y saber, colocando de esta manera a la usuaria en una situación de sumisión y dependencia, quedando con poco lugar para las preguntas.

La autoridad institucional se revela en la estructura del discurso: es el/a médico/a quien abre y cierra la interacción, es el médico/a quien pregunta, quien interroga. La estructura del discurso es asimétrica. El/a médico/a asume que él sabe lo que la embarazada necesita saber, en otras palabras, controla la información que ella recibe. El/a médico/a está en una situación de ventaja frente a la usuaria ya que es una relación de poder. La relación que se establece es diferenciada, entre alguien que solicita y otro que otorga. Esta diferenciación de poder representa una desventaja para los/as pacientes y en forma más acentuada cuando el paciente es una mujer. En una sociedad caracterizada por relaciones asimétricas (ricos-pobres, profesionistas-no profesionistas, mestizos-indígenas) la relación médico/a-paciente es una variante más de este tipo de relaciones.

En un estudio reportado por Jasis (2000), se señala que la mayor parte de los médicos entrevistados en esa investigación, reconocieron tener dificultades de comunicación con las usuarias de servicios reproductivos. Las razones declaradas por ellos fueron que la comunicación se ve impedida por el “bajo nivel cultural de las usuarias” y a la “timidez de las usuarias”. Y comenta que las causas del problema de comunicación señaladas por los médicos entrevistados fueron características propias de las usuarias en donde ellos no tienen intervención. En otras palabras, depositan toda la responsabilidad del problema de comunicación a la usuaria.

Esta misma situación se presentó en este estudio, uno de los informantes comentó:

Porque muchas veces trata uno de explicarle a la paciente a su nivel obviamente de escolaridad y de entendimiento, e institucionalmente ese

es un problema serio, porque uno le instruye, le sugiere muchas medidas higiénicas o dietéticas a la mujer embarazada, pero de diez conceptos a lo mejor por su escolaridad, entiende uno o dos, aunque sea uno muy repetitivo y aunque se le den de siete a diez consultas prenatales antes del alumbramiento. (Informante A)

Respecto al tiempo que se otorga para la consulta, el progresivo acortamiento del tiempo otorgado a la consulta médica, junto con la despersonalización de la atención ha originado, entre otras cosas, el desmedro de la calidad de la atención. Otros de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud II, fue la mención de los médicos institucionales de la limitada duración de la atención durante la consulta externa. El elevado número de pacientes que los médicos deben atender al día les impide dedicarle, a cada uno de ellos, el tiempo necesario para realizar todos los procedimientos requeridos a fin de establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

El principal problema se refiere a la falta de recursos humanos para satisfacer la demanda de atención. Por ello, se prolongan los tiempos de espera de los pacientes, se difieren inadecuadamente las citas y existen limitantes para otorgar consulta o atención médica hospitalaria en condiciones óptimas, siempre como resultado de los volúmenes de población que atienden (Bronfman *et al.*, 1997). Tal información coincide con los resultados de esta investigación en la cual se argumenta en varias ocasiones que el volumen de consultas no permite dar una atención completa e integral a la usuaria.

En cuanto a los obstáculos o vetos para aplicar un programa de acción, en este caso, el programa calidad de la salud por cuestiones índole partidario, podría pensarse que son maniobras tácticas que podrían ser parte de la negociación cotidiana de la política pública. Quizá no es ésta una lógica apropiada de negociación y sólo sean errores de políticos “miopes”. Después de todo, atrás de cualquier administración

gubernamental, se encuentra el partido político que agrupa los intereses de ciertos grupos. Cualquiera que sea la razón está claro que los conflictos de intereses sólo obstaculizan la implementación de programas.

En la seguridad social y concretamente en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), diversas fuentes han señalado la situación de definanciamiento y desabasto en todos los rubros. Declaraciones del director del IMSS Santiago Levi apuntan que las perspectivas a corto y mediano plazos para el Instituto no son favorables. De forma creciente, -según señala Levi- el Instituto tiene que tomar recursos de su gasto de operación para pagar las pensiones de sus propios trabajadores, en detrimento de los/as derechohabientes. El pago para las jubilaciones de los propios trabajadores aumentará en más de 60% en términos reales y como los ingresos del Instituto, aun si hay crecimiento económico, no van a aumentar en esa magnitud, el Instituto tomará aún más recursos del gasto de operación para las pensiones. Ello se traducirá en que en los próximos cuatro años habrá una reducción del gasto disponible por derechohabiente en medicamentos y mantenimiento en alrededor de 30% real (*Vértigo*, 2002). En esta misma línea, Van Dick (2002) apunta que desde 1982 no ha crecido la población trabajadora y existe sobredemanda del 23%, además de existir un desabasto en todo los rubros.

En el reporte presentado por Bronfman sobre la Encuesta Nacional de Salud II, apunta también sobre esta problemática en el caso de la SSA se comentó que respecto al equipamiento de las instituciones, mientras que las de seguridad social cuentan con una mayor disponibilidad de tecnología médica avanzada y equipamiento para estudios, tratamiento y cirugía, en la SSA es más limitada y, en ciertos casos, el equipo es insuficiente y obsoleto. También se mencionaron problemas de irregularidad e insuficiencia en el abasto de medicamentos, además de que constantemente son

cambiados por otros de menor calidad. El cuadro básico es muy limitado, no tiene la variedad tan alta de medicamentos que tenemos a nivel privado; a nivel institucional son unas marcas de laboratorios no tan prestigiadas.

#### 5.4. Perspectiva de los elementos de calidad de médicas y médicos.

<p>PUNTO DE VISTA FEMENINO <b>Atención con médica o médico</b> Las mujeres prefieren ginecólogas Es igual No interviene en la consulta</p>	<p>PUNTO DE VISTA MASCULINO <b>Atención con médica o médico</b> La médica atiende mejor a la embarazada en cuanto comunicación. Hasta cierto punto es una limitante el que la embarazada sea tratada por un hombre por cuestiones de comunicación.</p>
<p>PUNTO DE VISTA FEMENINO <b>Dimensión interpersonal</b> Se revisan aspectos técnicos, no emocionales. Pocos médicos tienen la capacidad para este tipo de relación.</p>	<p>PUNTO DE VISTA MASCULINO <b>Dimensión interpersonal</b> Los médicos no establecen contacto con el paciente Lo que se tiene que hacer es ganarse la confianza del paciente No existe la relación médico-paciente Lo menos que puede pedir un paciente es que lo trates bien.</p>
<p>PUNTO DE VISTA FEMENINO <b>Información al paciente</b> Los médicos no explican. Se debe informar a la paciente. Debemos ser capacitadores.</p>	<p>PUNTO DE VISTA MASCULINO <b>Información al paciente</b> No hay información expedita para el paciente. Tabú de la mujer con baja escolaridad para hacer preguntas al médico. Es limitante la poca escolaridad.</p>
<p>PUNTO DE VISTA FEMENINO <b>Actitud del médico</b> Gente añeja y apática. No cambia sus actitudes. No les gusta su trabajo.</p>	<p>PUNTO DE VISTA MASCULINO <b>Actitud del médico</b> El médico sabe lo que hace y le gusta. Si no hace bien las cosas es porque no les gusta su trabajo o por flojera. La actitud del médico es el mayor reto. En lo privado son de una manera y en lo institucional de otra.</p>

PUNTO DE VISTA FEMENINO

**Atención médica-técnica**

Sobrecarga de trabajo y no hay tiempo para revisión completa.

Hay errores de diagnóstico por la celeridad en la consulta.

PUNTO DE VISTA MASCULINO

**Atención médica-técnica**

No hay opciones de elegir médico/a.

Ya se tienen parámetros para atender a la embarazada.

Es como maquiladora, como un proceso.

PUNTO DE VISTA FEMENINO

**Calidad de la atención**

Rotación de personal.

Habrà calidad cuando no se sea elitista con la gente.

Se elige personal por compadrazgos no por competencia.

No hay consistencia en los proyectos.

Nadie quiere dar mala calidad, son otros argumentos.

PUNTO DE VISTA MASCULINO

**Calidad de la atención**

No hay dinero para comprar los insumos que se requieren de calidad.

Los medicamentos no tienen la calidad adecuada.

Para la calidad influye todo el personal de salud.

A nivel institucional sí existe la calidez en el trato.

La rotación de personal médico/a influye en la calidad.

La puntualidad influye en la calidad.

La competencia técnica.

El trato amable.

Hay carencia de equipo y eso determina la calidad.

PUNTO DE VISTA FEMENINO

**Volumen de consultas**

No me gusta ver a 32 pacientes en 6 horas.

Cada vez es más la demanda, no tenemos la capacidad.

Hay tanta sobrecarga que se tienen que poner consultorios de desfogue.

PUNTO DE VISTA MASCULINO

**Volumen de consultas**

Se debe atender 24 pacientes en seis horas.

Hay sobresaturación.

Disminuye la calidad por el volumen de consultas.

Como ya se ha mencionado en capítulos anteriores, mientras el sexo depende de las características físicas y biológicas que identifican a las personas como varones o mujeres, el género es una construcción social por la que se prescriben los diferentes roles y responsabilidades de ambos sexos. Históricamente, se han marcado unos roles sociales y unas características bien definidas para lo masculino y lo femenino, de manera que está clara la diferenciación de estereotipos.

En relación a las diferencias de comportamiento entre médicos y médicas, Roter, Hall y Aoki, (2002) han determinado que las médicas conducen consultas más largas que los médicos y presentan significativamente más comportamientos de negociación, lenguaje positivo, información psicosocial y un lenguaje más emocional. También las médicas despliegan mayor comportamiento positivo no verbal que los médicos.

Durante el entrenamiento universitario, los aspirantes a la profesión médica adquieren no solamente conocimiento y habilidades médicas, también actitudes, sentimientos y valores de los miembros de la profesión. Se ha encontrado que la socialización de la profesión inculca valores y comportamientos similares entre los médicos y las médicas. Así como similitud en los estilos de la práctica médica y conocimientos son aprendidos durante la socialización de la profesión (Maheux, Dufort y Beland, 1988).

Dentro de la profesión médica también existen diferencias de género en la forma de comunicarse con el/a paciente. En varios estudios se ha encontrado que las consultas de las médicas suelen ser más largas y además ellas prestan más atención a los aspectos psicológicos, sociales y familiares, en general, negocian más con el paciente y escuchan más. En las consultas de ellas la mujer facilita más información al paciente, le escucha más y negocia más con él o ella.

Como menciona Llovet (1999), en su artículo gran parte de la bibliografía acerca de la feminización de la medicina sugiere que las mujeres son más hábiles que los hombres para relacionarse y comunicarse con los pacientes. Interroga en el sentido de que si el ingreso de las mujeres a la medicina remueve los criterios y los valores hegemoníamente masculinos y patriarcales, o es que las mujeres que ingresan se enfrentan a un rol cuya rigidez las obliga a homologarse en sus actitudes y valores con sus pares varones a fin de poder adaptarse.

De igual manera se encontró diferencia en la percepción en cuanto a la información que se le brinda al paciente, mientras que para las profesionistas mujeres la responsabilidad de no brindar la información al paciente es responsabilidad del proveedor del servicio de salud, para los profesionistas hombres la dificultad recae en la baja escolaridad y bajo nivel cultural de las usuarias, en otras palabras, trasladan la responsabilidad a la usuaria de los servicios de salud. Esto coincide con lo reportado por Jasis, en donde los médicos entrevistados identificaron las causas del problema de comunicación a características propias de las usuarias en donde ellos no tienen intervención (Jasis, 2000). En lo concerniente a los demás elementos que intervienen en la calidad de la atención, hubo cierta concordancia entre los médicos y las médicas.

## **Discusión de resultados.**

En la actualidad, una nueva era entra a dominar la relación médico/a paciente. La era de la burocracia y de la salud administrada. Esta nueva era está basada fundamentalmente en el análisis de costos. La calidad de la atención médica, siempre difícil de definir, no es más un fin en sí misma y será balanceada con los costos mucho más fácil de cuantificar. El/a médico/a hace frente a los múltiples intereses de los grandes empleadores, de las corporaciones de la salud administradas, de las compañías de seguros, de las políticas hospitalarias, etcétera. En este contexto, la relación médico-paciente, se ve afectada por corrientes importantes y decisivas que escapan a su ámbito profundo.

La práctica de la medicina se inscribe dentro de una institución social, con normas de gobierno para sus miembros, derechos, privilegios y formas de prácticas apropiadas. La institución se caracteriza por ser burocrática, jerárquica e impersonal. Los médicos no sólo aplican conocimiento técnico, imparten mensajes sociales. Estos mensajes están incorporados dentro de una ideología específica, la cual representa los intereses clases y grupos establecidos de la sociedad. La relación médico-paciente refuerza la relación social, relación social que se determina por ser patriarcal, dominante, autoritaria. En este mismo sentido, Cervantes (1999), señala que cuando las instituciones prestan servicios de salud, hay una dimensión que se incorpora y entreteje al ejercicio de las relaciones de poder: el discurso, la organización y disciplina médicos. El ejercicio del poder de los/as médicos/as se expresa verticalmente desde el saber médico hacia las demandas y necesidades cotidianas así como el saber común popular y no especializado de las personas. Otro argumento en esta misma dirección la puntualiza por Szasz (1999): “Los prestadores de servicios de salud, entrenados en un modelo de ciencia que enfatiza la objetividad y la separación entre sujeto que conoce y objeto que se conoce, tienden a dirigir autoritariamente la interacción con las usuarias que intentan

relacionar síntomas con experiencias y condiciones de vida, opiniones, creencias, sentimientos y relaciones” (Szasz, 1999:115).

En este estudio los/as prestadores/as de salud entrevistados/as, ubicaron los elementos de calidad de la atención básicamente en procesos administrativos institucionales (como el volumen de consultas, tiempo de espera, características de la medicina institucional) en situaciones político-económicas (políticas partidistas, y desfinanciamiento institucional) y en un tercer grupo que se relaciona con el proceso de la atención médica (información al paciente, atención médica-técnica, la atención médica-interpersonal) y finalmente al actitud del médico.

Es de llamar la atención que los comentarios expresados por los/as entrevistados/as fueron matizados con cierta crítica en su papel como proveedores de servicios de salud, esto fue más notorio en las dos médicas que en los dos médicos. Al separar algunos de los comentarios desde la perspectiva de las mujeres médicas y de los hombres médicos, fue notorio que en los elementos donde intervenían más elementos subjetivos (emociones, rasgos psicológicos y sentimientos) al hablar de la actitud del médico, y la dimensión interpersonal en la relación médico-paciente, fueron expresados por las mujeres. Gran parte de la bibliografía acerca de los roles de médicas y médicos en los servicios de salud sugieren que las mujeres son más hábiles que los hombres para relacionarse y comunicarse con los pacientes, al destacarse en ellas una actitud de cuidado y un mayor grado de empatía. En el terreno específico de la salud reproductiva, las médicas tenderían a tener en cuenta los aspectos psicosociales que rodean la prestación y situación de la paciente (Llovet, 1999).

---

## Conclusiones.

---

Este capítulo está integrado por tres secciones. El propósito de la primera es entretrejer los hallazgos de la investigación con los acercamientos metodológicos de las temáticas sociales presentadas en los capítulos anteriores. En la segunda sección se recapitulan los principales resultados del estudio. Por último, en la tercera parte se proponen algunos desafíos a la luz de los hallazgos.

El estudio planteó un diseño que posibilitó escuchar las voces de quienes menos son escuchadas - las usuarias de los servicios de salud- a través de una serie de métodos que emergen de la antropología cognitiva. La expectativa de este trabajo fue recuperar las voces de las usuarias respecto a su interés de cómo desean ser tratadas en la atención prenatal y parto, así como retomar la perspectiva de los y las prestadores/as de servicios de salud en cuanto a la calidad de la atención prenatal y parto.

### **Los hallazgos y los abordajes temáticos.**

**Punto de vista de los actores.** En esta tesis se consideraron tres tipos de actores sociales: las mujeres embarazadas, las mujeres en el puerperio inmediato y los/las médicos/as. El hecho de que la usuaria de los servicios de atención prenatal haya naturalmente expresado lo que pensó con relación a la calidad de la atención prenatal y parto, posibilitó recuperar su palabra respecto a la atención médica proporcionada por las instituciones de salud. Esto coincide con el argumento de Menéndez, donde menciona que esta metodología pretende dar la palabra a los objetos sociales que no la tienen como el enfermo frente al médico, el saber médico popular frente al hegemónico, al derechohabiente respecto de las instituciones de seguridad social (Menéndez, 1997).

Con respecto a la participación de las mujeres en el puerperio inmediato, la aplicación de la encuesta a través de la escala de Likert permitió obtener la evaluación de la atención del embarazo y parto empleando los indicadores de calidad de la atención contruidos por las mujeres embarazadas. Esta condición proporciona una visión distinta de las encuestas aplicadas usualmente para evaluar la calidad de la atención, ya que los indicadores plasmados en los formatos de encuesta no son elaborados por los sujetos de investigación.

Con relación a la palabra de los/as proveedores/as de los servicios de salud, -otro de los actores implicados en la atención prenatal y parto- sus voces reflejaron cuáles fueron los puntos de máxima tensión y los indicadores que marcan el otorgamiento de la atención prenatal y parto con calidad, así como los obstáculos para su otorgamiento.

**Antropología cognitiva.** Como ya se ha mencionado, su aporte en los estudios culturales sobre enfermedad y salud, ha sido proporcionar un acercamiento de la representación de la organización conceptual del conocimiento cultural sobre la enfermedad y la salud, más específicamente, a descubrir el conocimiento compartido y la organización cognitiva del sentido común sobre la enfermedad (White, 1982).

Esta investigación presentó una metodología novedosa para la integración de necesidades de las mujeres sobre la atención médica durante el embarazo y parto, lo que aporta elementos para seguir una posible estrategia en el sistema de salud para prevenir riesgos de la salud en la mujer y mejorar la calidad de la atención. Es decir, provee la visión de las usuarias de los servicios de salud.

El listado libre y la semejanza juzgada facilitaron la expresión de las necesidades y creencias de la mujer, en el ámbito de la atención médica durante el embarazo y parto. El grado de estructura cognitiva permitió medir la competencia de entendimiento y evaluación del mundo de experiencia de las mujeres que fueron entrevistadas en este

estudio. Los resultados presentados dan cuenta en primer lugar, de los aspectos que son importantes para la mujer en el momento de acudir a las instituciones de salud para su atención prenatal y parto en términos de necesidades.

En segundo lugar, exponen la concentración de las necesidades mostrando el dominio cultural de las mujeres embarazadas entrevistadas, con lo cual reflejan la organización y el significado de sus necesidades. Aunque el diseño cualitativo de este estudio y el número de participantes no constituyen una muestra estadísticamente representativa, éstas técnicas son robustas e implican entendimientos generalizables a otros grupos de mujeres (dejando fuera a la población indígena, ya que su contexto cultural es distinto). Autores como Dreyfus (1987), Romney y Weller (1988) y D'Andrade (1995) coinciden en señalar que muestras pequeñas en estudios etnográficos (menores a 20 personas) son suficientes para obtener confiabilidad de que los miembros de una cultura concuerdan sobre la selección de items o símbolos que constituyen un dominio cultural o están de acuerdo sobre los atributos principales usados para identificar similitudes entre estos items (Munck y Sobo, 1998: 34).

**Perspectiva de género.** La configuración de género introduce en el debate de la salud, la reflexión acerca de las inequidades producidas por las consecuencias psicológicas, institucionales y políticas de las diferencias sexuales. Las problemáticas de salud que impactan específicamente a las mujeres, ubican en un espacio de tensión a lo subjetivo y lo social, resultando género y calidad de la atención médica, como categorías clave en el abordaje de la atención prenatal y parto.

Las producciones culturales construidas sobre la diferencia sexual tanto en usuarias como en los proveedores/as del sistema de salud -mediante estereotipos, ideales, normas y regulaciones-, condicionan los esquemas de necesidades y demandas, posibilitando o limitando responsabilidades. Para el caso de las opiniones entre médicos

y médicas el factor común reflejado en ambos casos fue una práctica médica inscrita en un modelo médico dominante de carácter patriarcal, y curativo-asistencial, en donde la tradicional práctica de la atención médica invisibiliza las asimetrías y las subordinaciones de la condición femenina. Con respecto a las usuarias, los relatos expresados por ellas muestran que la atención y trato recibido por parte de los médicos, fueron enmarcadas por actitudes desvalorizantes y paternalistas. Estas actitudes colaboran a perpetuar en estas mujeres el paradigma de la mujer ignorante de su cuerpo, de su sexualidad.

### **Interpretación de los hallazgos.**

La construcción de los conceptos que se tomaron como indicadores de calidad de la atención prenatal y parto surgieron a través de los listados libres que elaboraron 18 mujeres embarazadas. Estos indicadores de la atención del embarazo y el parto se agrupan en tres grandes apartados, los que corresponden a aspectos emocionales, los que se conforman en aspectos técnicos y los relacionados a la infraestructura hospitalaria y los recursos. Por ejemplo, se denominan como indicadores emocionales a los aspectos involucrados en la interacción médico/a paciente y como indicadores técnicas las relacionadas con la habilidad técnica del/a médico/a (la toma la tensión sanguínea, pesar a la embarazada, etc.). Los vinculados con la infraestructura y recursos se refiere a la limpieza y aspecto del inmueble hospitalario, la funcionalidad de los equipos y a la existencia de medicamentos.

A través de la semejanza juzgada 12 mujeres embarazadas agruparon según semejanza los indicadores elaborados por el anterior conjunto de 18 mujeres embarazadas. Las mujeres embarazadas durante la tarea de agrupación crearon tres conjuntos de agrupación de indicadores tanto para la atención prenatal, como para la atención del parto.

A través del análisis e interpretación de las agrupaciones de indicadores, se identificaron dos dimensiones para los indicadores del embarazo: el trato del médico y la función de la clínica. Para el parto se reconocieron dos dimensiones: una definida como protagonismo de la usuaria en la atención del parto junto con una atención buena y rápida tanto del médico como de la enfermera, y la segunda dimensión relacionada a la suficiencia dentro de las instalaciones de las clínicas y hospitales.

Por medio de las entrevistas etnográficas se reconstruyeron las historias de las 18 mujeres embarazadas en cuanto sus anteriores experiencias con el sistema de salud durante su atención del embarazo y parto. Se encontró que la atención que se brinda a las mujeres en los servicios institucionales, es no sólo deficitaria, sino además excluyente ya que las mujeres de los sectores más postergados socialmente tienen en la comprensión de los mensajes (tanto verbales, como actitudinales) transmitidos por los profesionales de la salud. Además, la visión institucional es unilateral, dejando de lado la expresión y voz de las mujeres en las cuales recaen las acciones del personal médico.

Con relación a la información brindada por las 189 mujeres durante el puerperio inmediato, el análisis e interpretación de los resultados revelan una mejor evaluación para los servicios del parto en los hospitales y clínicas particulares. Sin embargo, llama la atención que los hospitales institucionales fueron evaluados satisfactoriamente, no obstante que las mujeres embarazadas entrevistadas habían manifestado descontento con los servicios de salud públicos. Posibles explicaciones para esta aparente inconsistencia entre lo encontrado en la encuesta y lo manifestado en los relatos de las mujeres embarazadas entrevistadas, podrían ser: la expresión de cierta cortesía por parte de las mujeres puérperas durante su estancia hospitalaria la cual bloqueara la expresión de opiniones negativas de la atención recibida; la mínima posibilidad de opción de las mujeres en términos de elegir el tipo de hospital donde desean ser atendidas lo cual

conlleva a aceptar los estándares de la atención recibida como razonables; y por último quizá la más importante son las bajas expectativas de las mujeres de escasos recursos que se atienden el parto en los servicios ofrecidos por el sector público, por esta razón fácilmente pueden manifestar satisfacción con la atención recibida, aún y cuando ésta haya sido de baja calidad.

Algunas de las conclusiones que se derivan a partir del análisis de las entrevistas de los médicos/as generales son que la atención prenatal y parto por parte de los proveedores/as de los servicios de salud públicos se inscriben en la profunda crisis producto de las políticas de ajuste que padece el conjunto del sistema de salud. Las transformaciones provocadas por la política neoliberal llegan al sector salud tanto por la vía de los proveedores, como por la vía de la usuaria. La reducción del Estado ha tenido implicaciones para los proveedores de salud reflejada en una restricción presupuestaria traducida en menores inversiones en infraestructura hospitalaria, falta de incorporación de nueva tecnología y disminución de personal. Por otra parte, la práctica médica no tiene en cuenta el desarrollo de estrategias preventivas y la recuperación de la mujer como sujeto, ya que la ubica en una situación de desigualdad (paciente). La relación entre la mujer y el/a médico/a se caracterizó por la falta de diálogo y por la relación de poder diferenciado, en la medida en que no existió transferencia de conocimientos, es decir, no se brindó la suficiente información necesaria a la usuaria. Si bien, en el caso de las médicas se expresó la necesidad de capacitar, se argumentó, sin embargo que no era posible por el volumen de consulta.

Por parte de los médicos se advierte que existe baja disposición de comunicar en términos entendibles la información necesaria para la atención del embarazo, sobre todo en el caso de mujeres con poca escolaridad; esto hace inferir que existe en los/as médicos/as entrevistados, prejuicios sociales que operan sobre las mujeres pobres, lo

cual influye en la comunicación y en el trato médico/a-paciente. Este tipo de vínculo no genera un proceso de retroalimentación o un reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres.

Como ya se ha mencionado, el sector salud -en lo que se refiere a la seguridad social y asistencia social- está cursando por una progresiva falta de financiamiento de dichas instituciones, y por otra parte, el Estado se retira paulatinamente de su rol de garante de los derechos sociales básicos, delegando su capacidad regulatoria en el “libre mercado” y responsabilizando a los individuos por su “capacidad” para acceder a la salud.

Atención Médica



A CRÉDITO  
MENSUALIDADES  
6 SIN INTERESES

CON SUS TARJETAS DE CRÉDITO

Banamex

Scotiabank Inverlat

Serfir

HOSPITAL CIMA CIBOLA DE LA

CIMA

TEL 439-2300

Asimismo, el negocio de la salud ha privilegiado distintos socios en este contexto, el capital financiero despliega hoy múltiples estrategias para incrementar su participación en el “mercado de la salud”. La figura de la izquierda refleja que en el sector salud el consumo de servicios de salud es como adquirir cualquier otro servicio, la afinación del automóvil, o la adquisición de ropa, pagando mensualidades con cargo a tarjeta de crédito. De esta forma, el ciudadano se procura en el mercado los bienes que desee comprar, en el caso alusivo a la figura lo que compra es salud.

La posición que tienen las mujeres en la sociedad sugieren diferentes necesidades y expectativas respecto a los servicios de salud. Las mujeres utilizan en mayor frecuencia que los hombres los servicios de salud y tienen menores ingresos. Las mujeres entonces llevan la mayor carga del gasto en el sistema de salud.

La atención de salud para las mujeres depende en cierto grado de los recursos financieros y de la inversión de los gobiernos para la salud pública. Más específicamente de los presupuestado para ser asignado a la salud de la mujer. En particular los servicios básicos de salud frecuentemente son insuficientes.

En síntesis, detrás de cada uno de los diferentes momentos de la investigación, el análisis y la interpretación de los resultados dejan entrever que hay una acumulación de imposibilidades para el ejercicio pleno del derecho a la salud de las mujeres entrevistadas. Sin desconocer los múltiples esfuerzos realizados por las instituciones de salud, hay que señalar que todavía están lejos de ser suficientes para garantizar que dicho derecho se conviertan en realidad. Las mujeres y sus parejas tienen el derecho a recibir información completa y accesible sobre lo que ocurre en el cuerpo durante los procesos de embarazo, parto, puerperio; al igual que sobre los cuidados que ellas necesitan para prevenir complicaciones, los posibles signos de alarma, y a dónde acudir cuando se presentan.

### **Los desafíos.**

Uno de los primeros desafíos es que en la relación médico/a-paciente el primero facilite la manifestación de las subjetividades no alienadas de las mujeres embarazadas y de las que se atienden el parto, en otras palabras; que coadyuve a que las mujeres se recuperen a sí mismas como sujetos, y no sólo como seres despositarias pasivas de las decisiones de los otros, -en este caso por ejemplo, de los programas de calidad de la atención prenatal y parto de las instituciones de salud-. Para ello, la relación médico/a-paciente tendría que ser personalizada, considerando las condiciones socio-económicas y culturales de cada tipo de mujer embarazada, adecuando así las indicaciones médicas y la información para cada tipo de realidad y nivel de entendimiento. Es aquí donde las técnicas cognitivas

pueden ayudar pues construyen ventanas a través de las cuales los proveedores de salud pueden empezar a conocer la perspectiva de las usuarias.

El/a médico/a tendría que reconocer a la mujer usuaria como fuente de poder y de conocimiento debido a que participa activamente en el cuidado de su salud, presentando sugerencias y brindándole al profesional información sobre su vida privada. De esta forma el médico informaría y a la vez incorporaría el conocimiento cotidiano de las mujeres. Para lograr lo anterior se debería introducir un plan intensivo de capacitación y acción sobre género y la importancia de la reflexión sobre la práctica, tanto para mujeres como para hombres, que laboran en el sector salud. El objetivo sería que el sistema de salud se enfocara hacia el otorgamiento de un servicio digno, disponible y preventivo, con los suministros necesarios en función de las necesidades específicas de las diversas usuarias organizado en un sistema que de prioridad a la atención primaria en salud y no solamente a la acción curativa, y en donde su principal función sea la vigilancia del otorgamiento del derecho a la salud.

Otro desafío tanto para el ámbito académico como para las propias instituciones de salud es el de construir desde una discusión teórica, los diseños de procesos mediadores que funcionen de puente entre la lógica de las necesidades de las usuarias y la lógica de las instituciones de salud. Posicionarse en el enfoque de género desde las instituciones de salud permitiría articular un campo de análisis y de acción, que favorezca las opciones de autonomía e impulse la constitución de mujeres protagonistas de decisiones sobre la vida, la sexualidad, el cuerpo y la conformación de ciudadanas con derecho a recibir una atención médica con calidad.

En cuanto a las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector salud, su desafío es fomentar el cambio de actitud y de enfoque hacia un modelo médico más humanista que respete y reconozca a la usuaria como sujeto pleno de derechos, que

esté abierto a escucharlas y que tenga en cuenta los aspectos psicológicos y sociales que la rodean, esto redundaría en un mejor entendimiento y un trato menos autoritario en la interrelación médico/a-paciente. Es fundamental la incorporación de estos puntos en la currícula de la enseñanza de la medicina que actualmente exhiben una concepción biologista y curativa, tendiente a concentrarse puntualmente en la enfermedad.

### **A manera de corolario.**

El objetivo de esta investigación se centró en la obtención de las necesidades de las mujeres embarazadas en cuanto la calidad de la atención prenatal y parto creando con estas necesidades indicadores para la evaluación de la atención prenatal y parto. Asimismo se incorporó la percepción de la calidad de la atención prenatal y parto de los profesionales de servicios públicos de salud que atienden la salud reproductiva de las mujeres. Se articularon un conjunto de ejes como el punto de vista de los actores, la antropología cognitiva y la perspectiva de género a fin de permitir un acercamiento al objeto de estudio: la calidad de la atención prenatal y parto desde la visión de las mujeres embarazadas a manera de recuperar el lado del sujeto. Desde el punto de vista metodológico el abordaje que se consideró más adecuado fue de carácter cualitativo a través de la aplicación de técnicas de entrevistas etnográficas, listado libre y semejanza juzgada, y cuantitativas a través de la encuesta a mujeres en el puerperio inmediato.

Una atención a la salud con enfoque de género consideraría la construcción social de la diferencias de roles entre hombres y mujeres en todos los aspectos de la atención, incluyendo la atención clínica, reproductiva, cuidado de la salud, información, educación y la investigación en salud, aspectos de infraestructura, políticas y financiamientos. Una atención de la salud con perspectiva de género consideraría que la mujer tiene diferentes problemas de salud que el hombre y que las experiencias de estos problemas son experiencias diferentes.

---

## Bibliografía

---

1. Abrantes, R., y Almeida, C. (2002) "Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México." *Cad. Saúde Pública*. vol. 18, no. 4, p.971-989
2. Andrews, G. J. ,&Phillips, D. R.(2000). Moral dilemmas and the management of private residential homes: The impact of care in the community reforms in the UK. *Ageing and Society* 20 (5),599-622.
3. Baer, R., Weller, S., and et al. (1999) "Cross-cultural perspectives on the common cold: data from five populations." *Human Organization*, Vol. 58, No. 3
4. Berlin, Brent, D. E. Breedlove, and Peter Raven (1974) *Principles of Tzeltal Plant Classification: An Introduction to the Botanical Ethnography of a Mayan-Speaking People of Highland Chiapas*. New York: Academic Press.
5. Bernard, H.R. (1995) *Research methods in Anthropology. Qualitative and quantitative approaches*. Altamira Press.
6. Bernard, H.R., et al. (1986) "The Construction of Primary Data in Cultural Anthropology." *Current Anthropology* 27(4):382-395.
7. Borgatti, S.P. (1998) "Elicitation Techniques for Cultural Domain Analysis." in *Ethnographer's Toolkit*, edited by J. Schensul. Newbury Park: Sage.
8. Borgatti. S. (1996) *Anthropac 4.0. Methods Guide*. Analytic Technologies.
9. Braidotti, R. et al. (1994) *Women, the environment and sustainable development. Towards a Theoretical Synthesis*. ZED BOOKS/INSTRAW. London.

10. Bronfman, M., *et al.* (1997) "Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización". *Salud Pública Méx*; 39:546-553
11. Bruce, J. (1989) *Fundamental elements of the quality of care: simply framework*. Population Council. USA
12. Camarena, L., González, M., Hernández, F., Sanín, L. (1992) "Continuidad, adecuación, calidad y asignación de la atención médica prenatal y del parto de bajo Riesgo en el estado de Chihuahua, México." *NUREDESS-Norte*. Tijuana
13. Camarena, L., González, M., Hernández, F., Sanín, L.(1994) "Continuidad, adecuación, calidad y asignación de la atención médica prenatal y del parto de bajo riesgo en el estado de Chihuahua, México" Mimeo.
14. Camarena, L; Gómez, L. (1997) "Calidad de la atención de la salud reproductiva. Caso de mujeres referidas por puestos de salud." *Synthesis. U.A.Ch.* Año 1, Vol. 1. Num. 4. Chihuahua, Chih.
15. Campero, L., *et al.* (2000) "Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital." en Stern, C., y Echarri, C. (comp.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. COLMEX. México
16. Careaga, G., (1996) *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva*. Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. México.
17. Castro, C. (2004) "Cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica." *Revista de El Colegio de Sonora*. Vol. XVI No. 30 mayo-agosto, (en prensa).
18. Castro, R., y Bronfman, M. (1998) "Teoría feminista y sociología médica: Bases para una discusión", en J. G. Figueroa (ed) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México DF: El Colegio de México, pp. 205-238.

19. Cervantes, A. (1994) "Identidad de género de la mujer: tres tesis sobre la dimensión social, en *Revista Frontera Norte*, Vol. 6, COLEF, Tijuana.
20. Cervantes, A. (1999) "Políticas de población, control de la fecundidad y derechos reproductivos: Una propuesta analítica." en García, B. (coord.). *Mujer, género y población en México*. COLMEX. SOMEDE. México, pp. 363-429
21. Clark, L. et al. MDS and QAP: How do children rate painful experiences? In Munck, V., and Sobo, E. *Using Methods in the Field. A Practical Introduction and Casebook*. AltaMira Press. USA, pp. 229-247
22. Colby, B. (1996) "Cognitive Anthropology". In *Encyclopedia of Cultural Anthropology*, vol 1, 209-214. David Levinson and Melvin Ember, eds. New York: Henry Holt & Company.
23. *Comunicado de prensa no. 035. 25/febrero/2003*
24. Conklin, H.C. (1954) *The relation of Hanunoo culture to the plant world*.
25. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. (1994) Ed. Sista. México.
26. Creel, I. et al (2002) "Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de la calidad." *Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención: No. 1*. Population Council y Population Reference Bureau. p. 1
27. Checa, S. (1997) "La salud reproductiva en la perspectiva de los profesionales de la salud. Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos." *Foro de los derechos reproductivos*. Buenos Aires. (Ponencia)
28. D'Andrade. R. (1984) *Cultural Meaning Systems*. In *Culture Theory: Essays on Mind, Self, and Emotion*. R.A. Shweder and R.A. Levine, eds. Cambridge: Cambridge University Press.

29. D'Andrade, R. (1995) *The Development of Cognitive Anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
30. Davies G. (1995) "Servicios alternativos de salud reproductiva y calidad de atención: una experiencia del Centro Flora Tristan." Paper presented at *Conference on Gender and Quality of Care in Reproductive Health Services*, San Salvador, El Salvador, PAHO.
31. Dereck, Y., Douglas, B. (1998) "The globalization of public health, I: Threats and opportunities." *American Journal of Public Health*. Vol 88, Iss 5; pp. 735-738
32. Días, J., y Maingon., T. (1999) "¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?" en: Bronfman, M., Castro, R. (coord). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex, México
33. Donabedian, A. (1984) *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. La Prensa Médica Mexicana. México
34. Donabedian, A. (1990) "La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad." *Revista Salud Pública de México*. 2 (32), 113-117.
35. Donabedian, A. (1990) *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. INSP. México.
36. Duarte, E. (1991) "Trayectoria de la medicina social en América Latina. Elementos para su configuración." en Franco, S., Nunes, E., Breilh, J., y Laurell, C. *Debates en medicina social*. OPS-ALAMES. Ecuador.
37. Elu, M., (1990) "La salud de la mujer en la crisis." en *Salud y crisis en México*. Textos para un debate. Almada, I, (coord.) Siglo XXI, México.

38. "Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva. México, 1997."  
*Salud Pública de México*. vol.41, no.2, marzo
39. Figueroa, J. (1999) "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana." en Ortiz-Ortega, A. (comp.)  
*Derechos reproductivos de las mujeres: Un debate sobre justicia social en México*.  
Edamex. UAM. México. pp. 147-190.
40. Fisher, S. (1986) *In the patient's best interest. Women and the politics of medical decisions*. Rutgers University Press. New Jersey.
41. Fisher, S. y Groce, S. (1985) "Doctor-patient negotiation of cultural assumptions."  
*Sociology of Health and Illness* 7(3), pp. 342-374
42. Frake, Charles O. (1962) "Cultural ecology and ethnography." *American Anthropologist* 64:53-59.
43. Frenk J, Lozano R, González-Block M, et al. (1994) *Economía y Salud: Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México. Informe Final*. México, D.F.:Fundación Mexicana para la Salud.
44. Frenk, J. (2001) *Lanzamiento de la cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*. Discurso. México.
45. Frenk, J. Gomez-Dantes, O. (2002) "Globalization and the challenges to health systems." *British Medical Journal*.. Vol 325, p. 95-97
46. Frenk, J., y Gómez, O. (1995) "La integración global y la salud." en: Freeman, P., Gómez, O., y Frenk, J. *Los sistemas de salud ante la globalización. Retos y oportunidades para América del Norte*. México-Washington, D.C: Academia Nacional de Medicina-Instituto de Medicina.

47. García, N. (1999) *La globalización imaginada*. Paidós. México.
48. García de Alba, J. et.al. (1998) "Consensus analysis: high blood pressure in a Mexican barrio." In Munck, V., and Sobo, E. *Using Methods in the Field. A Practical Introduction and Casebook*. AltaMira Press. USA, pp. 197-210.
49. Giddens, A. (2001) *Sociology*. Fourth edition. Cambridge, UK: Polity Press.
50. Gilson L, Magomi M, Mkanga E. (1995). The structural quality of primary health facilities. *Bulletin of the World Health Organization* 73: 105-115.
51. Gilson, L. (1999) "Implementación y evaluación de la reforma en salud: lecciones de la literatura" *Boletín Informando & Reformando*. No. 1. p.5
52. Gill, S. (1995) "Globalization, market civilization, and disciplinary neoliberalism." *Millennium: Journal of International Studies* 24 (3): 399-423
53. Gobierno del Estado de Chihuahua, *Programa Estatal de Salud 2002-2004*. COPLADE. Secretaría de Fomento Social.
54. Gobierno del Estado de Chihuahua. *Ley del Instituto Chihuahuense de Salud de 1987*. Texto vigente.
55. Gobierno del Estado de Chihuahua. Secretaría de Fomento Social. (2001) *Manual de organización y funciones de los Servicios de Salud de Chihuahua*.
56. Gómez, O. (1999) "Reforma de la atención de la salud en México." *Boletín Informando & Reformando*. No. 1. p.6
57. González, M. (2000) "Las artesanas de la supervivencia, género y pobreza urbana." en *Los dilemas de la política social ¿Cómo combatir la pobreza?* Ed. Amaroma. México.

58. Goodenough, W. (1956) "Componential Analysis and the Study of Meaning." *Language* 32:195-216.
59. Granda, E. (2000) "Salud: globalización de la vida y de la solidaridad." *XI Congreso de la Asociación Internacional De Políticas De Salud. VIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social*. Cuba. (Ponencia)
60. Green, J. (1996) "Resistance is possible." *Canadian Woman Studies* 16 (3): 112-115
61. Haddad, S. et al. (1998) "What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care in Guinea." *Social Science and Medicine*. 47:381-394
62. Harding, S. (1987) "Is There a Feminist Method?", en Nancy Tuana (ed.), *Feminism & Science*, Bloomington e Indianapolis, Indiana University Press. p. 26
63. Hartman S. (1992) *Mortalidad en la mujer adolescente, adulta, anciana y su salud*. México, SSA/OPS/UNICEF.
64. Hoyos, P. (1991) *El concepto de calidad en los servicios de atención a la salud*. Mimeo. COLEF.
65. <http://www.chihuahua.gob.mx/sfs/>
66. Hymes, D., (with J. Gumperz, eds.) (1964) *The Ethnography of Communication*. *American Anthropologist* 66:6, Part 2.
67. INEGI. (1990) *La salud de la mujer en México*. Programa nacional "Mujer, salud y desarrollo". Sistema Nacional de Salud.
68. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000) *XII Censo General de Población y Vivienda*.

69. Isla, A. (1993) "The debt crisis in Latin America: An example of unsustainable development." *Canadian Woman Studies* 13(3):65-68
70. Jasis, M. (2000) "A palabras de usuaria...¿Oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur." en Stern, C., y Echarri, C. (comp.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. COLMEX. México, pp 97-146.
71. Jay, E. Poniéndole género a la agenda: impacto del movimiento transnacional de derechos de la mujer en las conferencias de la ONU, en los 90. pp 1-3 [www.laneta.apc.org/cgi-bin/Webx30@@.ee6flac](http://www.laneta.apc.org/cgi-bin/Webx30@@.ee6flac).
72. La respuesta social organizada: los sistemas de salud. lectura [ilce/ites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/TOC.HTM](http://ilce/ites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/TOC.HTM)
73. Lamas, M. (1996) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género" en *El Género: la construcción útil para el análisis histórico*, PUEG/Porrúa. México. p. 328
74. Langer, A. (1995) "La calidad de la atención a la salud reproductiva, un desafío para los servicios de salud." en *Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. The Population Council. Calidad de la atención*. Aportes. México.
75. Langer, A., y Lozano, R. (1998) "Condición de la mujer y salud." en *La Condición de la mujer en el espacio de la salud*. COLMEX. México.
76. Langer, A., y Romero, M. (1998) "El Embarazo, el parto y el puerperio ¿Bajo qué condiciones se reproducen las mujeres en México?" en Langer, A., y Tolbert, K. *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*. EDAMEX. México, pp 13-37
77. Laurell, A. (1994) "La salud: de derecho social a mercancía." en: Laurell, A. (coord). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. Fundación Fiedrich Ebert.

78. Laurell, A. (1999) "La política en el contexto de las políticas sociales." en: Bronfman, M., Castro, R. (coord). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex, México,
79. Laurell, A. (2000) "Structural adjustment and the globalization of social policy in América Latina." *International Sociology*. Vol 15(2): 306-325
80. Laurell, A. (2001). *Mexicanos en defensa de la salud y la seguridad social. Como garantizar y ampliar tus conquistas históricas*. Editorial Planeta Mexicana, México.
81. Laurell, A., (1997). *La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social*. México, D.F.: Editorial ERA/ Fundación Ebert.
82. Learmonth, M. (2003) "Making health services management research critical: a review and suggestion." *Sociology of Health & Illness* 25 (1), 93-119.
83. Lenz I. (2003) "Globalization, gender, and work: perspectives on global regulation." *The Review of Police Research*. Vol 20 No. 1 page 21-43
84. *Ley General de Salud*. (1994) Ed. Sista. México.
85. Londoño J., y Frenk, J. (1997) *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de Trabajo 353. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D.C, E.U.A.
86. Londoño M. (1995) "Servicios de salud para la mujer: enfoque humanista". Paper presented at Conference on *Gender and Quality of Care in Reproductive Health Services*, San Salvador, El Salvador, PAHO
87. Londoño, J., Frenk, J. (1997) "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina." en: Frenk, J. *Observatorio de la Salud. Fundación Mexicana para la Salud*. 1ª. Ed.

88. López, O., (1992) "La política de salud en México: ¿Un ejemplo de liberalismo social?" en *Estado y políticas sociales en el Neoliberalismo*. Ed. Era. México
89. López, O., y Blanco, J. (1993) *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. Universidad Autónoma Metropolitana. México.
90. Llovet, J. (1999) "Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo." en Bronfman, M y Castro, R. (coord). *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex. México.
91. Maheux, B., Dufort, F. and Beland, F., (1988) Professional and sociopolitical attitudes of medical students: gender differences reconsidered. *Journal of The American Medical Women's Association* 43, pp. 73-76
92. Matamala M, Berlagosky F, Salazar G, Nuñez L. (1994) Calidad de en salud reproductiva desde un enfoque de género: Investigación en salud reproductiva desde un enfoque de género: Investigación Cualitativa con mujeres beneficiarias de los servicios de salud metropolitana Occidente. Mimeo. Santiago de Chile: Colectivo Mujer y Medicina Social (COMUSAMS-ACHNU).
93. Matamala, M. (1998) "Gender-relater indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services." *Reproductive Health Matters*, Vol. 6, No. 11, pp. 10-21.
94. Matamala, M. y et al. (1995) *Calidad de la atención, género ¿Salud de las mujeres?*, COMUSAMS-ACHNU, Chile.
95. Mayorga, P. *Hospital de Gineco-Obstetricia testigo del nacimiento de más de 100 mil ciudadanos*. en Heraldo de Chihuahua. Noviembre del 2001
96. McGregor, S. (2001) "Neoliberalism and health care." *International Journal of Consumer Studies*. 25(2) pp 82-83

97. Mejía, M. (2002) *El nuevo enfoque de la salud reproductiva: un reconocimiento a los derechos*. Católicas por el derecho a decidir. México. Disponible en <http://www.catolicasporelderechoadecidir.org/saluder.htm>
98. Menéndez, E. (1997) "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad" *Relaciones*, Número 69 pp. 237-272
99. Metzger D. y Paul Kay (1973b) "On Ethnographic Method," in *Drinking patterns in Highland Chiapas: A Teamwork Approach to the Study of Semantics through Ethnography*, Henning Siverts (Ed.), University of Bergen Press, 17-34.
100. Metzger D. y Williams G. (1963) "A Formal Ethnographic Analysis of Tenejapa Ladino Weddings," *American Anthropologist*, 65:1076-1101.
101. Metzger, D. con Williams, G. (1967) "Patterns of Primary Personal Reference in a Tzeltal Community," ("Patrones de referencia primaria personal en una comunidad tzeltal"). *Estudios de Cultura Maya*, III, 337-420.
102. Metzger, D. y Williams, G (1966) "Some Procedures and Results in the Study of Native Categories: Tzeltal Firewood," *American Anthropologist*, 69:389-407.
103. Metzger, D., (1973a) "Semantic Procedures for the Study of Belief Systems," in *Drinking Patterns in Highland Chiapas: A Teamwork Approach to the Study of Semantics through Ethnography*, Henning Siverts (Ed.), University of Bergen Press, 37-47
104. Mishler, E. (et. al.) (1981) *Social Contexts of health, illness, and patient care*. Cambridge University Press. Canada.
105. Navarro, V. (1998) "Comment: Whose globalization?" *American Journal of Public Health* 88 (5): 742-744

106. Navarro, V. (1998) "Neoliberalism, globalization, unemployment, inequalities, and the welfare state". *International Journal of Health Services* 28(4): 607-612.
107. Ortega, F. (2001) "Globalización y salud." en Segovia, J., Mora, F. (coord). *Siglo XXI: desafíos científicos y sociales*. Ed. Farmaindustria. Madrid.
108. Ortiz, A. (1999) "Los derechos reproductivos vistos desde la óptica de las mujeres." en *Serie Investigación Demográfica en México. México diverso y desigual. Enfoques sociodemográficos*. COLMEX. SOMEDE. México. pp. 289-295
109. Ortiz, A. (2001) *El largo camino de Bucarest a Beijing. La huella de Sanger*. La Jornada. Los lunes en la ciencia.  
<http://www.jornada.unam.mx/2001/oct01/011008/cien-ortega.html>
110. Ortiz, A. (comp) (1999) *Los derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México*. Edamex. México
111. Ortiz, A. y Helzner, J. (2003) Opening windows to gender: A case study in a Mayor International Population Agency. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society* 10:129-152
112. Passos Nogueira R. (1993). La gestión de calidad total en la perspectiva de los servicios de salud. Qualidade na perspectiva dos servicios da saude. Unpublished monograph.
113. Pautassi, L. (1995) "¿ Primero... las damas? La situación de la mujer frente a la propuesta del ingreso ciudadano" en: *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano*. CIEPP, Miño y Dávila Editores, Bs As.
114. Pittman P and Hartigan P. (1996) "Gender inequity: an issue for quality assessment researchers and managers." *Health Care for Women International* 17: 469-86.
115. Poder Ejecutivo Federal. (1996) *Programa de reforma del sector salud*. México

116. Reerink, E. (1990) "Garantía de la calidad de la atención a la salud en los Países Bajos." *Revista de Salud Pública de México.*; 32(2):118-130.
117. Revista Vértigo. (2002) Año II, Número 73. México.
118. Rivas, M., et al. (1999) "La negociación de los derechos reproductivos en México." en Ortiz, A. (comp). *Los derechos reproductivos de las mujeres. Un debate sobre justicia social en México.* Edamex. México.
119. Roemer, MI. and Montoya-Aguilar, C. (eds). (1989). *Quality assessment and assurance in primary health care.* World Health Organization, Geneva.
120. Roberts, J. con B. Sutton-Smith y R. M. Kozelka, (1963), "Game involvement in adults", *J. Soc. Psychol.* 60:15-30
121. Romero M. Rumbo a los 10 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994. Una mirada del Foro Nacional de Mujeres y Políticas de Población en México (FNMPP) p.1  
<http://www.laneta.apc.org/foropob/boletines/poblacionmaru.doc>
122. Romney, A. con Metzger, D. (1963) "On the Process of Change in Kinship Terminology," *American Anthropologist*, 65:584-592.
123. Roter, D.L., Hall, J.A and Aoki Y. (2002) Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *J. Am. Med. Assoc.* 288, pp. 756-764
124. Rothman, B. K. (1978), "Childbirth As Negotiated Reality", *Symbolic Interaction* 1 (2), pp. 124-137.
125. Ruelas, E. (1990) "De la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía." *Revista de Salud Pública de México.*; 32(2) .
126. Ruelas, E. (1992) "Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones." *Revista de Salud Pública de México.*; 34:29-45.

127. Ruelas, E. y Querol, J. (1994) "Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud." *Fundación Mexicana para la Salud*. México.
128. Ruelas, E. y Zurita, B. (1993) "Horizontes de la calidad de la atención a la salud." *Salud Pública de México*.; 35(3).
129. Salas, M., y Hernández, A. (2001) "Los sutiles hilos del poder médico no son fáciles de romper...Percepción de proveedoras de servicios de una experiencia de calidad de la atención con perspectiva de género." en Salas, M. (coord). *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*. Plaza y Valdés. México.
130. Salazar, M. (2000) "Construcción de una agenda política en defensa de la salud." *Salud Pública de México*. Vol. 42, no. 4.
131. Sassen, S. (1999) *The state and the New Geography of power*. mimeo.
132. Sassen, S. (2001) *¿Perdiendo el control? La soberanía en la era de la globalización*. Bellaterra. España.
133. Scott, J. (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico." en *El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG/Porrúa. México. pp 226-227
134. Schensul, J.J., & LeCompte, M.D. (1999) *Ethnographer's Toolkit*. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
135. Sesia, P. (1996) "Women come here on their own when they need to: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca." *Medical Anthropology Quarterly*., Vol. 10, no. 2. pp 121-140
136. Shepard, Romney and Nerlove. (1972) *Multidimensional Scaling: Theory and applications in the behavioral sciences*. Seminar Press.

137. Szasz, I. Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja. en Bronfman, M y Castro, R. (coord). 1999. *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. Edamex. México.
138. Tamez, S. y Molina, N. (2000) "The context and process of health care reform in Mexico." In Fleur, S., et al. *Reshaping health care in Latin American*. IDCR. Canada. p. 2 (versión electrónica)
139. Thompson, J. (1998) *Los medios y la modernidad*. Paidós, Comunicación.
140. Tood, A. (1989) *Intimate adversaries. Cultural conflict between doctors and women patients*. Philadelphia. University of Philadelphia Press.
141. Torres, V. (1998) *Choice behavior relevant to the prenatal experience of working-class women in Tijuana, Baja California: The case of female "maquiladora" workers*. Doctoral Dissertation. University of California.
142. Tyler, S. A., editor. (1969) *Cognitive Anthropology*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
143. UNFPA.(1994) Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, Egipto. [www.unfpa.un.hn/documentos.html](http://www.unfpa.un.hn/documentos.html)
144. UNFPA.(1995) Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. China. [www.unfpa.un.hn/documentos.html](http://www.unfpa.un.hn/documentos.html)
145. Valdés, A. (2001) *Seguimiento de acuerdos internacionales en educación y género: Nuevos aprendizajes de ciudadanía activa*. REPEM. Trabajo presentado en LASA. Washington, D.C.
146. Valencia, E., Gendreau, M., y Tepichín, A. (2000) "Introducción." en *Los dilemas de la política social ¿Cómo combatir la pobreza?* Ed. Amaroma. México.

147. Van Dick, M. (2002) *Cultura de la calidad. Caso SNTSS, Jalisco*. Ponencia presentada en el II Curso de alto nivel de calidad y mejora continua en servicios de salud. Ensenada, B.C.
148. von Glascoe, C. (1979) "Evidence for Multiple Cognitive Realities in Yucatec Game Cognition," en Boas, Sapir, Whorf Revisited: *Cultural Meaning in Grammar and Lexicon*. The Hague: Mouton and Company.
149. von Glascoe, C. (1975) "The Patterning of Game Preferences in the Yucatan," *Procedimientos del primer congreso anual de la Asociación Antropológica para el Estudio de Juegos*, Detroit, pp. 108-122.
150. von Glascoe, C. con Metzger, D. (1979) "Game Cognition and Game Preference in the Yucatan," en *Proceedings of the American Ethnological Society*, Robert F. Spencer, General Editor. St. Paul: West Publishing Company.
151. von Glascoe, C. y Metzger, D. (1977), "La percepción de riesgo ambiental del plomo: una comparación entre tres grupos en Tijuana, B.C." en *Frontera Norte*, vol. 9, núm. 17, Tijuana, El Colegio de la Frontera Norte, enero-junio de 1997.
152. von Glascoe, C., Metzger, D. y Palomino, A. (1976), "The Confirmation of Folk Theories under the Similarity Relation." ("La confirmación de teorías populares bajo la relación de semejanza"). *Ensayos Preliminares de Ciencias Sociales*, Universidad de California, Irvine.
153. Wallerstein, I. (2000) Globalization or the age of transition? A long-term view of the trajectory of the world system. *International Sociology*. Vol 15(2):249-265
154. Weller, S., and Romney, K. (1988) *Systematic data collection*. Newbury Park. Sage Publications.

155. White, G.M. (1982) "The ethnographic study of cultural knowledge of mental disorder," In A.J. Marsella and G.M. White. *Cultural Concepts of Mental Health and Therapy.*, eds. Dordrecht, Holland: D Reidel Publishing Co.
156. WHO Position Paper. (1995) *Women's health: Improve our health improve the world.* Fourth World Conference on Women, Beijing, China. Geneva: World Health Organization.
157. Williams. G. (2003) "The determinants of health: structure, context and agency." *Sociology of Health & Illness* 25 (3), 131-154.
158. Yepes, F. Duran, L. (1994 )"Bases conceptuales para una gestion empresarial de los sistemas locales de salud." *Salud Publica Mex*; 36:190-199
159. Zolla, C., Mellado, V. (1995) "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano". En González, S. (comp.) *Las mujeres y la salud.* El Colegio de México. México, pp. 71-92.

---

**Anexo**

---



PUESTOS DE SALUD PARA EMBARAZADAS

Formato de Datos Generales

FOLIO

1. INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

EN ESTE MOMENTO LE VOY A PREGUNTAR ACERCA DE ALGUNOS DATOS TALES COMO SU EDAD, ESTUDIOS ETC.

1.1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?-----

1.2. ¿Cuál es su máximo grado de estudios?-----

0 1 2 3 4 5 6      7 8 9      10 11 12      13 14 15 16 17      18 19 20  
PRIMARIA      SEC.      PREPA.      PROFESIONAL      POSGRADO



Pregunte:

1.2.1. ¿Sabe usted leer?-----

1 Si

2 No

98. No corresponde

1.2.2. ¿Sabe usted escribir?-----

1 Si

2 No

98. No corresponde

1.3. ¿Cuál es su ocupación?-----

1 Ama de casa

2 Oficinista

3 Vendedora

4 Profesionista

5 Maestra

6 Obrera

7 Empleada

8 Otros. Cuál \_\_\_\_\_

1.4. ¿Vive usted permanentemente con el padre de su hijo?-----   
1 Si  
2 NO

AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE SU ESTADO REPRODUCTIVO.

1.5. ¿Cuántos trimestres de embarazo tiene usted?-----

1.6. ¿Ha ido usted con alguien para que le revise este embarazo?   
1 Si  
2 No

1.7. ¿Con quién acudió?   
1 IMSS  
2 ISSSTE  
3 SEDENA  
4 MARINA  
5 PEMEX  
6 Seguro médico privado  
7 Médico particular  
8 Dispensario  
9 Centro de Salud (SSA)  
10 Pensiones Civiles del estado  
98 No corresponde

1.8. ¿A cuántas consultas médicas ha ido desde que se embarazo?-----

1.9. ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a su primera visita con el médico?

1.10. Si no ha ido a revisión ¿Por qué no ha ido?-----

1.11. ¿Cuántos hijos tiene?

1.12. ¿Tiene derecho a servicios médicos en alguna institución?   
1 Si  
2 No

1.13. ¿En que institución?   
1. IMSS  
2. ISSSTE  
3. SEDENA  
4. MARINA  
5. PEMEX  
6. Seguro médico privado  
7. Pensiones Civiles del estado  
98 No corresponde

1.14. ¿Fue referida?   
1 Si  
2 No

1.15. ¿Por qué motivo?

- 1 No asiste a control prenatal
- 3 Edema
- 4 Presión alta
- 5 Anemia
- 6 Problemas con el embarazo actual
- 7 Edad: menor de 18 años o mayor de 35
- 98 No corresponde



---

Nombre de la encuestadora

---

Lugar de encuesta

---

Fecha



EJERCICIO SEMEJANZA JUZGADA

Formato de Datos Generales

FOLIO

2. INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA

EN ESTE MOMENTO LE VOY A PREGUNTAR ACERCA DE ALGUNOS DATOS TALES COMO SU EDAD, ESTUDIOS ETC.

1.1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?-----

1.2. ¿Cuál es su máximo grado de estudios?-----

0 1 2 3 4 5 6      7 8 9      10 11 12      13 14 15 16 17      18 19 20  
PRIMARIA      SEC.      PREPA.      PROFESIONAL      POSGRADO



Pregunte:

1.2.1. ¿Sabe usted leer?-----

1 Si

3 No

98. No corresponde

1.2.2. ¿Sabe usted escribir?-----

1 Si

3 No

98. No corresponde

1.3. ¿Cuál es su ocupación?-----

9 Ama de casa

10 Oficinista

11 Vendedora

12 Profesionista

13 Maestra

14 Obrera

15 Empleada

16 Otros. Cuál \_\_\_\_\_

1.4. ¿Vive usted permanentemente con el padre de su hijo?-----   
3 Si  
4 NO

AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE SU ESTADO REPRODUCTIVO.

1.5 ¿Cuántos trimestres de embarazo tiene usted?-----

1.6 ¿Ha ido usted con alguien para que le revise este embarazo?   
1 Si  
2 No

1.7 ¿Con quién acudió?

- 11 IMSS
- 12 ISSSTE
- 13 SEDENA
- 14 MARINA
- 15 PEMEX
- 16 Seguro médico privado
- 17 Médico particular
- 18 Dispensario
- 19 Centro de Salud (SSA)
- 20 Pensiones Civiles del estado
- 98 No corresponde

1.8 ¿A cuántas consultas médicas ha ido desde que se embarazó?-----

1.9 ¿Cuántos meses de embarazo tenía cuando fue a su primera visita con el médico?

1.10 Si no ha ido a revisión ¿Por qué no ha ido?-----

1.11 ¿Cuántos hijos tiene?

1.12 ¿Tiene derecho a servicios médicos en alguna institución?   
3 Si  
4 No

1.13 ¿En que institución?

- 8. IMSS
- 9. ISSSTE
- 10. SEDENA
- 11. MARINA
- 12. PEMEX
- 13. Seguro médico privado
- 14. Pensiones Civiles del estado
- 98 No corresponde

\_\_\_\_\_  
Fecha



**CUESTIONARIO SOBRE SATISFACCION EN LA ATENCIÓN PRENATAL Y PARTO  
(PUERPERIO HOSPITALARIO)**

FOLIO
-------

Este cuestionario forma parte de una investigación sobre "Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: Un enfoque desde la usuaria." Sus respuestas se tratarán en forma confidencial y anónima. Gracias por su colaboración.

1. HOSPITAL O CLÍNICA	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------

- 1 Clínica del Centro
- 2 Clínica del Parque
- 3 Gineco-obstetricia del IMSS
- 4 ISSSTE
- 5 Hospital Central
- 6 Hospital General SSA

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA
------------------------------

EN ESTE MOMENTO LE VOY A PREGUNTAR ACERCA DE ALGUNOS DATOS TALES COMO SU EDAD, ESTUDIOS ETC.

1.1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?-----

1.2. ¿Cuál es su máximo grado de estudios?-----

0 1 2 3 4 5 6    7 8 9    10 11 12    13 14 15 16 17    18 19 20  
 PRIMARIA    SEC.    PREPA.    PROFESIONAL    POSGRADO



Pregunte:

1.2.1. ¿Sabe usted leer?-----   
 1 Si  
 2 No

1.2.2. ¿Sabe usted escribir?-----   
 1 Si  
 2 No

1.4 ¿Vive permanentemente con el papá de su hijo?-----

- 1 Si
- 2 No

1.5 ¿Dónde se atendió el embarazo?-----

- 1 IMSS
- 2 IMSS y particular
- 3 ISSSTE
- 4 ISSSTE y particular
- 5 Hospital Central
- 6 Hospital Central y particular
- 7 Hospital General
- 8 Hospital General y particular
- 9 Clínica de salud (SSA)
- 10 Clínica de salud y particular
- 11 Sólo particular
- 12 Particular por Pensiones Civiles del Estado
- 13 Particular por Seguro Médica
- 14 No se atendió el embarazo

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PRENATAL Y PARTO:

**INSTRUCCIONES:** A continuación voy a dar lectura a una serie de oraciones o declaraciones que elaboraron un grupo de mujeres embarazadas y le voy a preguntar que tan de acuerdo está usted con cada una de estas oraciones. Si usted está totalmente de acuerdo será un cinco, si sólo está de acuerdo le corresponderá un cuatro, si usted está ni en acuerdo ni desacuerdo será un tres, si está en desacuerdo será un dos y si usted está totalmente en desacuerdo entonces corresponderá a 1.

**Recuerde si está muy de acuerdo entonces será un 5.**

PRIMERO LE VOY A LEER ORACIONES SOBRE SU EMBARAZO:

2.1 Me tocó el mismo(a) doctor(a) durante todo el embarazo

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.2 El doctor(a) que me atendió la mayor parte del embarazo mostró interés por el curso de mi embarazo

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.3 Cada vez que fui a consulta durante mi embarazo, la actitud del (de la) doctor(a) fue atenta, amable, comprensiva, se interesó por mis sentimientos, fue respetuoso y aclaró mis dudas.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.4 Cada vez que fui a consulta con el (la) doctor(a), me realizó un chequeo o revisión completa

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.5 Cada vez que fui a consulta con el (la) doctor(a), realizó un chequeo o revisión completa del bebé en el vientre

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.6 Cada vez que fui a consulta (la) doctor(a) me hizo un ultrasonido

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

**Preguntar sólo si se atendió el embarazo en ISSSTE, IMSS, SSA ↓**

2.7 Hubo medicamentos disponibles en la farmacia de la clínica

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.8 Las veces que fui a consulta por mi embarazo, hubo suficiente equipo en la clínica o consultorio

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

**Preguntar sólo si se atendió el embarazo en ISSSTE, IMSS, SSA ↓**

2.9 Durante mi embarazo, respetaron las citas.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.10 El (la) doctor(a) me dio orientación completa sobre mi embarazo.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.11 El (la) doctor(a) me dio orientación con palabras sencillas sobre mi embarazo.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.12 El (la) doctor(a) me dio orientación por escrito sobre mi embarazo.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.13 El (la) doctor(a) que me atendió durante el embarazo me trató y revisó con delicadeza

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.14 La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones higiénicas.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.15 La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía suficiente instrumental.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.16 La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones agradables.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.17 La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía instalaciones cómodas.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

2.18 La clínica o consultorio donde acudí para atender mi embarazo tenía horarios suficientes para solicitar consulta.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3. AHORA LE VOY A PREGUNTAR SOBRE SU PARTO.

**Recuerde si está muy de acuerdo entonces será un 5.**

3.1 Durante el parto el (la) doctor(a) que me atendió me dio una atención rápida

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.2 Durante el parto el (la) doctor(a) que me atendió me dio buena atención, fue comprensivo en el momento de parto, amable, de buen trato, pendiente y respetuoso del trabajo de parto.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.3 Durante mi trabajo de parto hubo suficientes enfermeras.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.4 Mientras esperaba que me pasaran a la sala de expulsión me hicieron el número de tactos requeridos.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.5 Durante mi parto, el (la) doctor(a) me dieron suficiente información

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.6 Durante mi trabajo de parto las enfermeras me dieron buen trato, fueron respetuosas del trabajo de parto, estuvieron al pendiente y fueron amables.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

Preguntar sólo cuando haya manifestado la entrevistada vivir con el papá de su bebé

3.7 Durante mi trabajo de parto mi esposo me acompañó

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.8 Durante mi parto, todas las acciones fueron autorizadas por mi

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.9 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía instalaciones higiénicas.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.10 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficiente equipo.

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.11 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía instalaciones adecuadas

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.12 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes materiales

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.13 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes medicamentos

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

3.14 La clínica u hospital donde me atendí mi parto tenía suficientes médicos

5. Totalmente de acuerdo	4. De acuerdo	3. Ni en acuerdo ni en desacuerdo	2. En desacuerdo	1. Totalmente en desacuerdo
--------------------------	---------------	-----------------------------------	------------------	-----------------------------

**MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION**



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

Doctorado en Ciencias Sociales

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### **Para la participación en el estudio “Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua. Un enfoque basado en la usuaria”**

El propósito de este estudio es conocer las opiniones que tienen las mujeres embarazadas acerca de “¿cómo sería en un hospital, el servicio del personal de salud para que las mujeres que se atienden el embarazo y el parto en ese hospital salgan contentas y satisfechas?”. Esta información será enviada a las instituciones de salud a la cual usted acude con la intención de mejorar la calidad de atención otorgada por los médicos.

Para ello quisiéramos hacerle una entrevista en su domicilio, sobre sus opiniones al respecto. En un primer momento le solicitaremos su nombre y su domicilio, así como la ubicación del mismo en un croquis que se le proporcionará. También le pediremos su teléfono con el fin de comunicarnos con usted y acordar fecha y hora de la cita para la entrevista.

En el momento de trabajar con la información proporcionada por usted, no se tomará en cuenta ni su nombre, teléfono ni domicilio, su información se manejará en forma totalmente anónima y confidencial. Esperamos que la entrevista dure aproximadamente una hora.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. No le va a generar ningún costo, ni daño o riesgo alguno a su persona. Si usted decide no participar, su decisión no tendrá ninguna consecuencia.

Ahora que usted tiene esta información, ¿está usted dispuesta a participar? Recuerde que su participación es totalmente voluntaria.

He recibido una copia de esta forma de consentimiento:

Firma de recibido de una copia de esta forma de consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

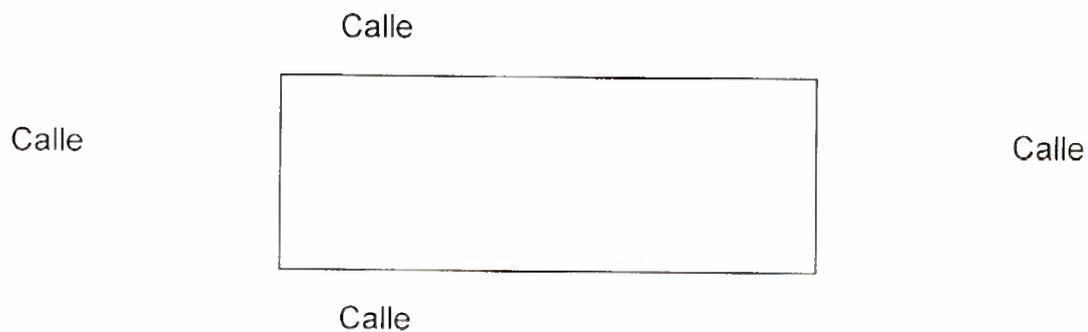
## DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono para recados \_\_\_\_\_

## CROQUIS



ALGUNA REFERENCIA PARA UBICAR SU CASA:

\_\_\_\_\_



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el estudio "Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: Un enfoque basado en la usuaria"

El propósito de este estudio es conocer las opiniones que tienen las mujeres embarazadas acerca de "¿cómo sería en un hospital, el servicio del personal de salud para que las mujeres que se atienden el embarazo y el parto en ese hospital salgan contentas y satisfechas?". Esta información será enviada a las instituciones de salud a la cual usted acude con la intención de mejorar la calidad de atención otorgada por los médicos.

Para ello quisiéramos hacerle una entrevista en su domicilio, sobre sus opiniones al respecto. Las tarjetas con las que usted trabajará, son necesidades sobre la atención prenatal y parto expresadas y escritas por 18 mujeres embarazadas de esta ciudad. El objetivo de la entrevista es que usted agrupe estas necesidades según las semejanzas que encuentre entre ellas y después ordene las tarjetas según la importancia que tenga para usted.

En la información proporcionada por usted, no se tomará en cuenta ni su nombre, teléfono ni domicilio. Su información se manejará en forma totalmente anónima y confidencial. Esperamos que la entrevista dure aproximadamente de 30 a 45 minutos.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. No le va a generar ningún costo, ni riesgo alguno. Si usted decide no participar, su decisión no tendrá ninguna consecuencia.

Ahora que usted tiene esta información, ¿está usted dispuesta a participar? Recuerde que su participación es totalmente voluntaria.

He recibido una copia de esta forma de consentimiento:

Firma de recibido de una copia de esta forma de consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Doctorado en Ciencias Sociales

## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el estudio "Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: Un enfoque basado en la usuaria"

El objetivo general de esta investigación es describir las necesidades de las embarazadas desde su propia percepción sobre la atención que reciben en la etapa del embarazo y en la atención del parto. Esta información será enviada a las instituciones de salud con la intención de mejorar la calidad de atención otorgada por los médicos.

Para ello quisiéramos contar con su participación contestando una breve entrevista que una asistente le aplicará. Recuerde que su participación es muy valiosa ya que queremos informar a los hospitales y clínicas de esta ciudad como desean ser tratadas cuando se están atendiendo el embarazo y el parto.

En la información proporcionada por usted, no se tomará en cuenta ni su nombre, teléfono ni domicilio. Su información se manejará en forma totalmente anónima y confidencial.

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. No le va a generar ningún costo, ni riesgo o daño alguno a su persona. Si usted decide no participar, su decisión no tendrá ninguna consecuencia.

Ahora que usted tiene esta información, ¿está usted dispuesta a participar? Recuerde que su participación es totalmente voluntaria.

He recibido una copia de esta forma de consentimiento:

Firma de recibido de una copia de esta forma de consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para la participación en el estudio "Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: Un enfoque basado en la usuaria"

Estamos realizando un estudio para evaluar la calidad de la atención. El objetivo general de esta investigación es describir las necesidades de las embarazadas desde su propia percepción sobre la atención que reciben en la etapa del embarazo y en la atención del parto. Esta información será enviada a las instituciones de salud con la intención de mejorar la calidad de atención otorgada por los médicos.

Una parte importante del estudio es la consulta con los proveedores del servicio. Para ello quisiéramos contar con su participación contestando una breve entrevista. Su participación es muy valiosa ya que queremos contar con su experiencia. Le agradeceré si usted podría dedicar de 30 a 45 minutos a responder algunas preguntas sobre el hospital. Su información se manejará en forma totalmente anónima y confidencial. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria

Ahora que usted tiene esta información, ¿está usted dispuesta a participar? Recuerde que su participación es totalmente voluntaria.

He recibido una copia de esta forma de consentimiento:

Firma de recibido de una copia de esta forma de consentimiento:

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_