

Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México

Alternative perspectives of quality of prenatal care in Chihuahua, Mexico

Lourdes Camarena O.

Doctora en ciencias sociales con maestría en salud pública. Facultad de Ciencias Administrativas y Sociales, Universidad Autónoma de Baja California. México
Cibercorreo: lcamarena@uabc.mx

Christine von Glascoe

Doctora en medicina y en ciencias sociales. Departamento de Estudios de Población, El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, México
Cibercorreo: cglascoe@colef.mx

Recibido: 18 diciembre 2006. Aprobado: 24 enero 2007

Camarena L, von Glascoe C. Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México. Rev Fac Nac Salud Pública. 2007; 25(1): 40-9

Resumen

Objetivo: esta investigación aborda la calidad de la atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias de los subsistemas principales del sistema de salud en la ciudad de Chihuahua, México. **Metodología:** se adoptó del campo de la antropología cognitiva a través del empleo de técnicas que revelan la organización de conceptos de calidad basados en el conocimiento y experiencia, los cuales condicionan la decisión sobre dónde buscar atención prenatal. **Resultados:** se da cuenta de los aspectos importantes para las mujeres, en términos de satisfactores, en el momento de acudir a las instituciones de salud para

su atención prenatal. Estas mujeres presentan una predilección por obtener “orientación plena en cuanto a los cuidados” y un trato que vislumbre respeto e “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. También critican la condición de las clínicas y los medicamentos surtidos. Se considera que con las técnicas metodológicas empleadas se coadyuvará a mejorar la calidad de la atención médica y, por ende, a optimizar la continuidad de la atención de las mujeres embarazadas.

----- *Palabras clave:* calidad de atención prenatal, atención prenatal, antropología cognitiva, México

Summary

Objective: this article describes the process and results of a research on the quality of prenatal care from the perspective of pregnant women who use the principal subsystems of the Mexican healthcare system in the city of Chihuahua, Mexico. **Methodology:** the field of cognitive anthropology was adopted using techniques that reveal the organization of concepts of quality in prenatal care based on pregnant women’s knowledge and experience, in terms of where they decided to seek care. **Results:** aspects of care quality assumed as satisfiers that are important to women when they seek prenatal care in different healthcare institutions are presented. These women prefer to

obtain full information from their healthcare providers about how to take care of themselves during their pregnancy, and, additionally, they also wish to be treated in a kind way showing respect and interest in their emotions and feelings on the part of the physicians. They also criticize the condition of the hospitals and the lack of medicines that were supposed to be provided. The methods that were utilized are considered to contribute to the improvement of quality in prenatal service and, furthermore, to optimizing the continuity of care for pregnant women.

----- *Key words:* quality of prenatal care, prenatal care, cognitive anthropology, México

Introducción

El concepto de calidad de atención en salud

Este concepto se define según distintos enfoques y énfasis que van desde el sistema de salud —empezando con los que diseñan la programación para este sector y prestadores de atención— hasta las usuarias que reciben los servicios. En el sector salud, la calidad de la atención se da a través del logro de la eficiencia y la efectividad, fomentando así un énfasis institucional con perspectiva gerencial.¹ Este enfoque hace que los procesos de calidad tiendan a dirigirse hacia los procedimientos técnicos, el personal, el entrenamiento, los equipos, etc., es decir, los aspectos que se pueden controlar dentro del ámbito institucional de la salud.

La administración federal del sexenio 2000-2006 retomó el modelo propuesto por Donabedian,² de tal manera que el concepto de calidad que adoptó el sector salud incluye las dos dimensiones formuladas en su modelo: 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 denominado la “calidez” de la atención; es decir, el respeto al paciente como ser humano integral y la búsqueda de su satisfacción.

Con relación al interés de conocer la opinión de usuarios, las instituciones de salud han realizado encuestas de opinión o consultas en buzones de sugerencias. En estudios previos sobre la calidad de atención prenatal, se ha señalado la necesidad de tomar en cuenta más directamente las consideraciones de las usuarias, como se indicó en estudios que mostraron una apreciación baja de la calidad de control prenatal en Chihuahua. En uno de los estudios se reportó que la calidad de la atención prenatal fue calificada como baja en 36,3% de la población en estudio.³ Otra investigación, efectuada también en la ciudad de Chihuahua con mujeres embarazadas, mostró que 62% de las mujeres entrevistadas consideraban que el trato médico en la consulta prenatal no fue del todo bueno. Así que tenemos una población de mujeres embarazadas, derechohabientes de diversos subsistemas del sector salud, que no están satisfechas con la calidad técnica de la consulta prenatal ni con el trato médico.⁴

Se han realizado estudios con enfoque cualitativo en los cuales se ha intentado resaltar las percepciones y necesidades de las usuarias que cubren los diversos momentos de la consulta. Desde esta perspectiva en el área de los servicios de salud reproductiva, Matamala ha enfatizado 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.⁵ Fisher y Groce investigaron sobre 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.⁶ Checa ha subrayado que la interacción que se da entre el médico y la mujer es asimétrica;⁷ Sesia encontró que en la consulta médica las mujeres son frecuentemente catalogadas como las que no saben, no entienden, no valen, y que su silencio ante la autoridad se interpreta como “el no saber”.⁸ En este mismo sentido, Jasis ha señalado que con frecuencia se observa en los servicios de salud reproductiva en México que solo 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”.⁹ Campero et al. han observado que, en general, la información que la mujer recibe del médico y de la enfermera es muy poca, además de caracterizarse por ser autoritaria y unidireccional.¹⁰

El sistema mexicano de salud

El sistema mexicano de salud está constituido por tres componentes. El primero incluye las diversas organizaciones gubernamentales que prestan servicios a la población no asegurada (alrededor de 40% del total de la población), fundamentalmente los pobres del campo y la ciudad. Esta población es un mosaico completo porque incluye las personas de todos los estratos de la sociedad, desde profesionales independientes hasta trabajadores rurales pobres y grupos de indígenas.¹¹ 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 de la mitad de la población. Este componente lo constituye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que tiene a su cargo los trabajadores del sector formal de la economía y diversas organizaciones para los empleados públicos de nivel federal o local, así como miembros de cooperativas de producción y varios grupos de hacendados y de trabajadores agrícolas. Además, se cuenta con las instituciones de salud de las fuerzas armadas y los empleados de la empresa nacional de petróleo.¹² También existe el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), 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 los pensionistas de dichos organismos. Este último subsistema cubre menos de 10% de la población. Por lo general, las mujeres que acuden a atención de su embarazo en la seguridad social son trabajadoras o beneficiarias de este servicio por sus cónyuges o sus hijos.

El tercer componente del sistema es el sector privado, compuesto por una gran diversidad de prestadores

que trabajan sobre bases lucrativas en hospitales, clínicas ambulatorias, consultorios y unidades de medicina tradicional.¹³ La atención privada de la salud se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales y representa 50% del gasto total en salud.

Por lo general, existe un acceso segmentado de las mujeres a los servicios de salud, lo que 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. En la realidad, las usuarias utilizan más de un componente del sistema nacional de salud.

Calidad de atención en la prestación de servicios de salud

En México, se puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, enfatizando las dimensiones técnica e interpersonal propuestas por Donabedian. Entre las 90 líneas de acción delimitadas por esta cruzada, se propuso mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar el 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. Para ello, el sector salud planteó dos grandes acciones: por un lado, ofrecer 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.¹⁴ Esta calidad ha sido definida por la Secretaría de Salud con base en resultados, indicadores (tiempo de espera, recetas surtidas y porcentaje de usuarios satisfechos) y atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.

El estudio de la calidad de atención prenatal en Chihuahua

Se considera que las prácticas sociales así como los factores culturales deben estar presentes en los actos de búsqueda de atención médica, como es el caso del embarazo. La salud y la conducta relacionada con su búsqueda trascienden entonces la clínica y abordan entramados donde se entretajan aspectos culturales. Se contempla que el enfoque antropológico y sus métodos aportan a la salud pública en general, y a la atención prenatal en este caso, herramientas para aproximarse a conceptos de la salud y percepciones de la resolución de problemas desde su base cultural.

Este estudio consideró como problema la “invisibilidad” de la mujer como co-partícipe en los programas dirigidos a la atención de su propia salud, así como el desconocimiento de las necesidades de la calidad de la misma atención. El objetivo de esta investigación consistió en saber cómo construyen la calidad de la atención prenatal las mujeres embarazadas. Un primer interés fue el de tipificar la utilización de los servicios de salud

por parte de ellas, así como identificar los elementos de calidad que ellas mismas consideran importantes al momento de acudir a la atención prenatal. Se describen estos elementos de calidad de la atención médica desde la investigación antropológica cognitiva, en que se exponen los puntos de vista de la atención prenatal de estas mujeres usuarias embarazadas y se los discuten en comparación con las directrices de calidad emitidas por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (SSA).

Metodología

Se utilizó la exploración cualitativa para obtener elementos del ambiente sociocultural que dieron cuenta de los valores y prioridades de un grupo de mujeres embarazadas en la ciudad de Chihuahua. La etnografía y la antropología cognitiva proporcionaron un acercamiento a la conducta que permitió establecer significados, relaciones e interpretaciones que condicionaron la conducta relacionada con la atención prenatal.

Las técnicas empleadas para el trabajo de campo fueron la entrevista etnográfica para explorar las experiencias vividas por mujeres embarazadas, el listado libre para identificar, concretar y asignar importancia a los elementos en la conceptualización de calidad de atención prenatal y la semejanza juzgada a través de la agrupación de conceptos para analizar la estructura del dominio de experiencia de la atención prenatal.

Aproximación metodológica: punto de vista del actor

El análisis del proceso salud-enfermedad-atención en la antropología médica ha promovido el desarrollo de una aproximación metodológica denominada *punto de vista del actor*. Esta metodología supone que existe potencialmente una diversidad de actores colocados en diferentes lugares de la estructura social que pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferentes, conflictivos y hasta antagónicos de los procesos salud-enfermedad-atención. Menéndez¹⁵ argumenta que esta metodología busca recuperar, posibilitar, rehabilitar e incluir la palabra del otro dentro del juego de poderes y micropoderes dominantes; pretende dar la palabra a los objetos sociales que no la tienen, como el enfermo —o mujer embarazada— frente al médico; el saber médico popular frente al hegemónico, al derechohabiente respecto de las instituciones de seguridad social, etc.

Aproximación metodológica: antropología cognitiva

Desde la perspectiva de la antropología cognitiva, se considera que la cultura consiste en “conocimiento compartido”,¹⁶ la cual está compuesta por reglas lógicas basadas en ideas que pueden ser captadas en la mente,

pero que no pueden ser descubiertas en una entrevista. En este caso se considera que el estar embarazada define una subcultura en que los conceptos y experiencias son entendidos, ordenados y compartidos entre los miembros, y que el sistema lógico de pensamiento puede descubrirse y reproducirse a través del análisis. Los datos se obtienen usando métodos formales, en este caso el listado libre y la agrupación por conceptos.¹⁷

Dos estudios cognitivos en el campo de la antropología médica especialmente pertinentes al presente estudio son el de D'Andrade y colaboradores¹⁸ y el de Torres.¹⁹ El primero estudió los conceptos de enfermedad demostrando que las personas usan su propio criterio o el criterio grupal-compartido para clasificar los conceptos de la enfermedad y que los rasgos distintivos que definen las enfermedades son menos importantes que el impacto de estas en las vidas de los sujetos. El estudio de Torres¹⁹ 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, y encontró que las opciones listadas por las mujeres se categorizaban en biomédicas y no biomédicas. Este hallazgo concuerda con el reportado por White²⁰ y con los del presente estudio, en que las usuarias conceptualizan la calidad de atención como una mezcla de factores técnicos (biomédicos o de rasgos distintivos) y factores no biomédicos o connotativos.

Listado libre (*free listing*)

El listado libre es una de las técnicas de entrevista diseñada para obtener datos sistemáticos sobre un dominio cultural, el cual puede definirse como 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.²¹ En este trabajo se estudió la esfera conceptual de control prenatal a través del set de conceptos expresados como frases de experiencias satisfactorias.

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 como a él o ella les sea posible; esto contesta la primera pregunta.²²

Semejanza juzgada por agrupación de conceptos (*pile sorts*)

La agrupación de conceptos se usa para contestar la segunda pregunta de interés sobre un dominio cultural, es decir, se usa para construir la estructura cognitiva a través de la semejanza juzgada entre ítems de un dominio cultural. También se usa para obtener atributos que la gente utiliza para distinguir entre los tipos de ítems.

Los datos de semejanza juzgada se analizaron con técnicas estadísticas que crearon representaciones de

las relaciones lógicas entre los conceptos que definen el dominio de conocimiento cultural. En general, los propósitos 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.²³ Las representaciones se presentan en forma de dendrogramas (conglomerados jerárquicos) y escalamiento multidimensional; ambos forman representaciones visuales de los patrones de similitud o distancia entre un set de elementos (figura 1). Para esto, se empleó el programa Anthropac, que contiene rutinas para ayudar, tanto en el levantamiento de datos como en su análisis.²⁴

Procedimiento del estudio

El proyecto se desarrolló a través del contacto inicial con mujeres embarazadas que acudían a puestos de salud ubicados en un total de siete centros comerciales, donde se proporcionaron cuatro atenciones sencillas: aplicación de un cuestionario, toma de tensión arterial, exploración de extremidades inferiores para observar presencia de edema y revisión de las conjuntivas para observar presencia de anemia. El total de mujeres captadas en estos puestos fue de 57 embarazadas.* La selección de los centros comerciales trató de cubrir las diferentes zonas de la ciudad, infiriendo que la ubicación de los centros comerciales reflejaría en cierta forma la situación socioeconómica de la zona y, asimismo, se observaron distintos horarios con la finalidad de captar a las mujeres embarazadas trabajadoras.

Se efectuaron visitas domiciliarias subsecuentes para la elaboración de entrevistas con 18 mujeres que aceptaron participar voluntariamente; ahí mismo se aplicó la técnica de listado libre. Se determinó este número ya que se cumplió con el criterio de saturación.

Entrevistas

Se iniciaron las entrevistas con una explicación del proyecto, pidiendo la autorización para grabar la entrevista, y se dieron algunas explicaciones sobre la entrevista y sus preguntas. Aunque se utilizó un guión para las entrevistas, las preguntas se fueron creando en el momento según las respuestas recibidas. Se pidió una descripción acerca del actual embarazo con el propósito de iniciar el tema y se solicitaron ejemplos y experiencias.

* A toda participante se le proporcionó un formato de consentimiento informado después de haber sido revisada y aceptada su participación en el estudio. Este procedimiento fue aprobado, tanto por el centro de investigación como por las instituciones de salud.

Técnicas cognitivas

Listado libre: el proceso por el cual se crearon los indicadores comprende una serie de etapas que inició en el momento mismo de la entrevista domiciliaria, en la cual las mujeres embarazadas elaboraron su listado libre de elementos satisfactorios e insatisfactorios de la atención del embarazo, jerarquizándolos posteriormente según su importancia. Después se les preguntó el significado de cada elemento escrito en las tarjetas con la finalidad de evitar interpretaciones erróneas.

Para la construcción de los indicadores, se elaboraron primero listas con todos los elementos jerarquizados de los aspectos deseables y no deseables durante la atención en el embarazo. Luego se agruparon los elementos parecidos con ayuda de las definiciones que ellas mismas habían dado a sus elementos. Finalmente, se seleccionaron los grupos de elementos con mayor frecuencia, tratando de que estos reflejaran el sentido de los elementos de los listados libres.

Semejanza juzgada: la técnica de agrupación de conceptos inicia con un set de tarjetas en las cuales están escritos ítems de un dominio en palabras o descripciones cortas; para este caso se trató de un set de tarjetas con los elementos escritos por el grupo de 18 mujeres. La pila de tarjetas fue barajada al azar y entregada a cada informante con las instrucciones de ordenarlas según se parecieran, en tantos grupos como se quisiera. Luego se preguntó sobre el razonamiento para haberlo hecho en tal o cual manera, a fin de poder describir la estructura cognitiva que ellas utilizan para apreciar la calidad de su atención prenatal.

Con relación a la aplicación de la técnica de semejanza juzgada en esta investigación, se aplicó a informantes con un perfil semejante al de las mujeres embarazadas entrevistadas. La técnica se aplicó a 12 mujeres embarazadas en sus domicilios.* La selección se hizo a través de bola de nieve; el único criterio de selección consistía en que aceptaran participar.

Resultados

Aspectos generales: caracterización de las entrevistadas y el uso del sistema de salud

Las participantes del estudio fueron mujeres jóvenes que estuvieran por encima del promedio nacional de escolaridad y que vivieran con el padre del hijo que espe-

rabán. Menos de la mitad trabajaba exclusivamente en el hogar y casi las dos terceras partes trabajaban además fuera del hogar. La tercera parte no se consideraba como derechohabientes, dato que aproximadamente concuerda con la información otorgada por los servicios de salud de Chihuahua, que señalaron cómo 43% no está cubierto por ninguna de las instituciones de seguridad social.

Se encontró que en el ámbito de las embarazadas se está dando un fenómeno de afluencia a diferentes subsistemas dentro del sistema de salud. En el caso de las que fueron captadas a través de los puestos de salud, se encontró una especie de interacciones múltiples y superpuestas de utilización de los servicios de salud. 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. 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, sin tener que acudir a ningún hospital de la SSA, y así se puede seguir encontrando toda una variedad de combinaciones.

En el caso de las embarazadas derechohabientes del IMSS, menos de tres cuartas partes tiene un comportamiento de fidelidad institucional; si se considera el total de embarazadas derechohabientes, solo las dos terceras partes son fieles a su institución, es decir, no utiliza ningún otro servicio más que el que le corresponde como derechohabiente o beneficiaria.

Entrevistas etnográficas

En este apartado, el propósito fue mostrar lo que expresaron las mujeres embarazadas en la entrevista etnográfica, antes de realizar sus listados libres. Resaltan los aspectos interpersonales que se establecen con los prestadores de los servicios de salud. El protagonismo de las mujeres usuarias queda imperceptible para los prestadores, ya que el ejercicio del poder se da en forma vertical y crea un marco de poder-subordinación que refleja cómo el tipo de relación médico-usuaria sigue siendo inequitativo.

Tuve una experiencia con un ginecólogo, ¿que me puso...! Dijo: “¿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”. (Entrevista 5)

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 pregun-

* Cabe aclarar que la técnica de semejanza juzgada es una técnica robusta, puesto que la relación de semejanza es bastante fuerte en la cognición de conceptos para un mismo grupo cultural y no varía mucho según índices de escolaridad, edad, etc. Por eso, se considera que con doce individuos de un grupo social —en este caso las mujeres embarazadas de la ciudad de Chihuahua, usuarias del sistema de salud— se puede conocer su estructura cognitiva de un dominio de conocimiento y experiencia

taré. Y luego que 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, a ver cómo me enderezo. (Entrevista 3)

La relación entre la mujer y el médico se caracteriza por la falta de diálogo, la asimetría y el reforzamiento del poder médico. Este tipo de situación va en contra de la generación de un proceso de retroalimentación y el reconocimiento de las necesidades que tienen las mujeres de recibir información sobre su estado de salud y la aclaración de dudas sobre las indicaciones médicas. Muchas veces la información que se proporciona se expresa en un lenguaje técnico incomprensible para gran parte de las mujeres. Además, los proveedores de la atención médica pocas veces se esfuerzan por confirmar si las usuarias comprenden las instrucciones que ellos proporcionan.

Es muy importante lo que el doctor debe informar, tanto como lo que uno debe de preguntar; pero, por lo regular, nunca dicen nada. (Entrevista 18)

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. (Entrevista 12)

Me refiero a que hay veces de que el doctor 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. (Entrevista 6)

En las instituciones públicas del sector salud se ha presentado un creciente deterioro de la atención médica por múltiples factores (disminución de recursos económicos que merman los insumos en medicinas, instrumental, material de curación y de laboratorio, entre otros, así como el aumento en el número de derechohabientes sin que se incremente el personal médico ni las instalaciones). Por mencionar un dato, en el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social, existe sobre demanda de servicios de 23% y hay desabastecimiento en todos los rubros.²⁵

Si el médico te da una receta con cinco medicamentos, no más te dan dos. Hace poco mi cuñada fue y no tenían ni siquiera alcohol. (Entrevista 9)

Por ejemplo, el ácido fólico: tengo que estar hable y hable, a ver si ya llegó. (Entrevista 17)

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 buen equipo médico.

Las usuarias muestran nociones sobre la competencia técnica que deben ejercer los médicos y a la cual ellas tienen derecho:

Que esté más pendiente el doctor de detalles como el estado de la paciente, signos vitales, cambios que se van presentando en el embarazo.

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.

Que chequen bien al bebé (el peso, cuánto mide, sus huesos, el líquido y los movimientos).

Propuesta de elementos y creación de indicadores de calidad

Las apreciaciones de este grupo de embarazadas parecen indicar que encuentran un deterioro de capacidad e imagen de las instituciones públicas de salud. Respecto de los indicadores sobre la atención prenatal declarados por las mujeres embarazadas, se observó en forma general que ellas presentan una predilección porque las traten con “interés” y “respeto”; un trato que vislumbre el “interés de los médicos por sus emociones y sentimientos”. Otra de las necesidades expresadas fue la de recibir “orientación plena en cuanto a los cuidados”.

En cuanto al grupo de necesidades expresadas, la mayor parte se refiere a las clínicas a donde acuden para su atención prenatal. Otro tema de segundo orden se refiere a la actitud y atención médica. También se incluyeron tres indicadores referentes a la orientación médica. Los indicadores de calidad se ven plasmados en el resultado de la técnica de semejanza juzgada (figura 1).

La organización cognitiva de calidad (semejanza juzgada)

La figura 1 representa la estructura cognitiva a través de un dendrograma. En el dibujo la base define la totalidad de los conceptos y se pueden apreciar las agrupaciones por la distancia arriba de la base. Más alto está su nivel de semejanza (escala a la izquierda de la figura), y más coherente la estructura cognitiva. En este caso, la máxima semejanza existe entre suficiente equipo e instrumental en la clínica (elementos 17 y 18), seguido por instalaciones higiénicas y agradables (elementos 8 y 9).

En esa figura se puede apreciar que algunos elementos forman grupos sucintos, por ejemplo, el grupo de orientación, mientras que otros grupos se componen por subgrupos. Este es el caso del grupo B, referente al médico y a las consultas, en que existen tres subgrupos: uno referente a los aspectos técnicos de la consulta (chequeo completo y delicado de la madre y del bebé (elementos 4, 6 y 5), que al parecer definen para estas mujeres el grado de interés del médico por su embarazo (elemento 11); otro subgrupo se refiere al trato interpersonal, que parece relacionarse con la continuidad de la atención (es decir, que es más probable que uno puede recibir un trato atento y amable si siempre ve el mismo médico); y el tercer subgrupo corresponde al tiempo dedicado a cada consulta y el respeto de las citas. La situación del elemento “sonografía en cada

	Grupo A Orientación			Grupo B Médico y consultas						Grupo C La clínica										
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
Nivel	3	2	4	4	6	5	1	2	5	3	1	6	8	9	7	0	7	8		
0,9167	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	X	X	
0,8333	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	X	X	X	.	.	X	X	X
0,7500	.	.	.	.	.	X	X	X	.	.	.	.	X	X	X	.	.	X	X	X
0,7222	.	.	.	.	X	X	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	X	X
0,6389	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X	.	X	X	X	.	X	X	X	X	X
0,6250	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,6000	X	X	X	X	X	.	X	X	X	X	.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,5625	X	X	X	X	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	X	X	X	X	X
0,3667	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,3611	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,2283	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,1513	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
0,0556	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Indicadores Grupo A	Indicadores Grupo B	Indicadores Grupo C
Orientación con palabras sencillas (13)	Chequeo del bebé en el vientre (4)	Instalaciones cómodas en la clínica (8)
Orientación completa (12)	Revisión delicada del médico (6)	Instalaciones higiénicas en la clínica (9)
Orientación por escrito (14)	Chequeo completo de la embarazada (5)	Instalaciones agradables en la clínica (7)
	Interés del médico por el embarazo (11)	Medicamentos disponibles (10)
	Médico atento y amable (2)	Suficiente equipo en la clínica (17)
	Mismo doctor durante el embarazo (15)	Suficiente instrumental en la clínica (18)
	Sonografía en cada consulta (3)	
	Citas respetadas (1)	
	Horarios suficientes para consulta (16)	

Figura 1. Diagrama conglomerado (dendrograma) de los indicadores de calidad de atención prenatal.

Fuente: análisis estadístico con el software Anthropac

consulta” (número 3) indica que, para ellas, eso depende de tener suficiente tiempo para hacerlo, algo que al parecer piensan que puede suceder dada una continuidad de atención (“mismo doctor durante el embarazo”). En el grupo C, referente a la clínica, se puede deducir que para estas mujeres, el concepto “agradable” (elemento 7) depende de instalaciones higiénicas y cómodas (elementos 8 y 9), al igual que la disponibilidad de medicamentos y suficiente equipo e instrumental (elementos 10, 17 y 18). Esta interpretación del agrupamiento de los elementos de calidad es útil para entender los resultados de la escala multidimensional que se presentan a continuación.

El escalamiento multidimensional en dos dimensiones también representa la estructura cognitiva de los indicadores. Una de las agrupaciones mayoritarias hace referencia a la clínica —por un lado limpia, agradable, cómoda y bien equipada— por otro lado, los horarios de atención y la manera de manejar citas. Otro grupo espacial grande habla del trato del médico, tanto interpersonal como técnico; un grupo pequeño relacionado con ese grupo grande hace referencia a todos los tipos de orientación. Según este análisis, dos grupos de factores (del lado derecho) se pueden definir como “trato del médico” (en sus diferentes formas) y de otros dos



Figura 2. Representación visual en dos dimensiones de la agrupación de indicadores de calidad de atención prenatal.

Fuente: análisis estadístico con el *software* Anthropac

(del lado izquierdo), se puede decir que es “función de la clínica” (en sus varios aspectos).

Discusión y conclusiones

Se investigó sobre la calidad de atención prenatal desde la perspectiva de las usuarias, utilizando sus propios conceptos y criterios de calidad, con el objetivo de entender cómo construyen la calidad de la atención prenatal las mujeres embarazadas, identificando los elementos de calidad que ellas mismas consideran importantes al momento de acudir a la atención prenatal. Para ello, se utilizó una metodología para la integración de percepciones sobre la atención a la salud. Las necesidades sentidas y expresadas en el embarazo se pueden agrupar en emocionales y físicas, en coincidencia con el estudio de Jasis.

Por ejemplo, se pueden considerar necesidades emocionales los aspectos implicados en la interacción médico-paciente como “que te den la importancia o atención como persona”, y necesidades físicas, como “que se manden hacer todos los análisis necesarios para el buen estado de salud de mi bebé y el mío propio”.²⁵ Esta definición bifurcada coincide con el modelo de Donabedian y la Cruzada Nacional de Salud. Mientras que el sistema distingue dos vertientes de calidad (la interpersonal y la técnica) las usuarias identifican dimensiones que se nombraron como “trato del médico” y “clínica”. Para ellas, la dimensión “médico” corresponde a la vertiente “interpersonal” del sistema de salud, la cual dividen en dos: el trato médico y la información

proporcionada por el médico. Según ellas, el trato médico al parecer incluye algunos aspectos técnicos, como son el chequeo completo, tanto de la embarazada como del bebé en el vientre; asimismo, algunos aspectos organizacionales, como contar con el mismo doctor durante todo el embarazo. A la dimensión técnica —la cual se denominó “clínica”— agregan otros aspectos organizacionales referentes a horarios. Para las mujeres de este estudio, parece más importante el tiempo otorgado para la consulta, que el tiempo de espera. Asimismo, dentro de estos aspectos organizacionales están las citas, así como el ultrasonido en cada consulta. Para este grupo de mujeres embarazadas, los aspectos técnicos tienen más que ver con el abastecimiento de medicamentos, suficiente instrumental y equipo y que las instalaciones sean agradables, cómodas e higiénicas.

Mientras que ciertos aspectos de la calidad de la atención, tales como la infraestructura, el equipo y medicamentos, están por fuera de la influencia de los prestadores de los servicios de salud, aspectos de organización del trabajo y la utilización de los recursos humanos pueden ser evaluados y mejorados por ellos. Sin embargo, los asuntos demandados por las usuarias, como el de tener una mejor relación con los prestadores, son más difíciles de perfeccionar, ya que las necesidades, percepciones y expectativas son construcciones sociales y culturales complejas.

Las conclusiones de este estudio se limitan solo al grupo de mujeres embarazadas entrevistadas en la ciudad de Chihuahua. No obstante, la naturaleza de este

tipo de técnicas puede suponer que en cualquier ciudad se presentarían experiencias y características de la calidad de atención similares a la de este grupo. Se supone que poblaciones rurales e indígenas tienen otro tipo de experiencia, educación y percepción, hechos que podrían determinar el hallazgo de resultados diferentes utilizando las mismas técnicas.

Este estudio ha resaltado la contribución de la organización cognitiva de los conceptos de la calidad de control prenatal. Esta contribución es, por una parte, la de hacer visible para los prestadores de salud la visión de calidad de atención prenatal experimentada por las usuarias y, por otra parte, la de influir en el sistema de salud y en los prestadores de atención en la definición de estrategias sobre cómo mejorar la percepción de calidad y fortalecer así la continuidad institucional de los derechohabientes.

Las lecciones que han de asimilarse implican la idea de que se debe considerar al individuo integral y a su ambiente, inclusive con sus propias interpretaciones de ese conjunto. Ya no es suficiente la “aplicación” de conocimiento médico a las personas sujetas al alcance del sistema médico, especialmente cuando esas personas no están realmente “enfermas” y se puedan beneficiar de la incorporación de conocimientos adecuados para permitirles cuidar su propia salud y aplicar criterios adecuados de atención a su salud. En palabras de Menéndez,²⁶ se pretende dar la palabra a los objetos sociales que no la tienen —como el enfermo frente al médico y el saber médico popular frente al hegemónico— al derechohabiente respecto de las instituciones de seguridad social.

Agradecimiento

Las autoras desean agradecer el apoyo que ofrecieron el Colegio de Sonora, el Programa de Formación de Investigadores en Salud Reproductiva (Profisar) y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan por la asesoría del presente estudio. Profisar está financiado por la beca N.º D43-TW01276 del Fogarty International Center y el National Institute of Child Health and Human Development, de los Estados Unidos.

Referencias

1. Castro C. Cruzada nacional por la calidad en salud: una mirada sociológica. *Revista de El Colegio de Sonora* 2004; 16(30).
2. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
3. Camarena L, González M, Hernández F, Sanín L. Continuidad, adecuación, calidad y asignación de la atención médica prenatal y del parto de bajo riesgo en el Estado de Chihuahua, México. Tijuana, Baja California: NUREDESS-Norte; 1992.
4. Camarena L, Gómez L. Calidad de la atención de la salud reproductiva: caso de mujeres referidas por puestos de salud. Chihuahua: Síntesis; 1997
5. Matamala M. Gender-related indicators for the evaluation of quality of care in reproductive health services. *Reprod health matters* 1998;6(11):10-21.
6. Fisher S, Groce S. Doctor-patient negotiation of cultural assumptions. *Sociol health illn.* 1985; 7(3):342-74.
7. Foro por los derechos reproductivos. Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Buenos Aires: Foro por los derechos reproductivos; 1997. 163 p.
8. Sesia P. Women come here on their own when they need to: prenatal care, authoritative knowledge, and maternal health in Oaxaca. *Med anthropol q.* 1996; 10(2):121-40.
9. Jasis M. 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, Echarri C, compiladores. *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación.* México: COLMEX; 2000. p. 97-146.
10. Campero L, Díaz C, Ortiz O, García C, Reinoso S, Langer A. Apoyo psicosocial durante el parto: experiencias y percepciones de las madres, doulas y el personal clínico del hospital. En: Stern C y Echarri C (comps.) *Salud reproductiva y sociedad: Resultados de investigación.* México: COLMEX; 2000.
11. Tamez S, Molina N. The context and process of health care reform in Mexico. En: Fleur S, Belmartino S, Barris E. *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and México.* Washington: IDRC; 2000
12. Tamez S, Molina N. The context and process of health care reform in Mexico. En: Fleur S, Belmartino S, Barris E. *Reshaping health care in Latin America. A comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil and México.* Washiwnton: IDRC; 2000
13. Gómez O. Reforma de la atención de la salud en México. *Boletín Informando & Reformando* 1999; (1): p. 6.
14. Ruelas E, Querol J. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994.
15. Menéndez, E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones.* 1997; 69: 237-70
16. D’Andrade R. Cultural meaning systems. En: Shweder RA, Levine R. A, editor. *Culture theory: essays on mind, self and emotion.* Cambridge: Cambridge University Press; 1984.

17. Bernard HR. Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches. Walnut Creek, CA: Altamira Press; 1995.
18. D'Andrade R. Cultural meaning systems. En: Shweder RA, editor, Levine R.A, editor. Culture theory: essays on mind, self and emotion. Cambridge: Cambridge University Press; 1984.
19. Torres V. Choice behavior relevant to the prenatal experience of working-class women in Tijuana, Baja California: The case of female "maquiladora" workers. (dissertation). Irvine: Universidad de California; 1998.
20. White GM. The ethnographic study of cultural knowledge of mental disorder. En: Marsella AJ, White GM (comps.) Cultural concepts of mental health and therapy. Dordrecht, D Reidel Publishing, 1982.
21. Weller S y Romney AK. Systematic data collection. Newbury Park, CA: Sage; 1988.
22. Bernard HR et al. The construction of primary data in cultural anthropology. *Current Anthropology* 1986; 27(4):382-96.
23. Schensul JJ, LeCompte MD. Ethnographer's toolkit. Walnut Creek, CA: Alta Mira Press; 1999.
24. Borgatti SP. Anthropac 4.0. Methods Guide. Columbia: Analytic Technologies;1996: 46
25. Camarena, L. Calidad de la atención prenatal y parto en la ciudad de Chihuahua: un enfoque basado en la usuaria [tesis doctoral]. Tijuana B C El Colegio de la Frontera Norte; 2004.
26. Menéndez, E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*. 1997; 69: 237-70