

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE LA MUJER

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y
EPIDEMIOLOGICAS QUE INTERVIENEN EN EL
ACCESO Y UTILIZACIÓN DE LA ATENCIÓN
OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE LA MUJER**

T E S I S

QUE PRESENTA

DR. LUIS ENRIQUE GORDILLO CÓRDOVA

PARA OBTENER EL

TÍTULO DE LA ESPECIALIDAD EN

GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Asesores de Tesis

Dr. Luis Alberto Villanueva Egan

Dra. Ada Karina Contreras Gutiérrez

Agosto, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. LUIS ALBERTO VILLANUEVA EGAN
DIRECTOR
ASESOR DE TESIS

DR. MANUEL CASILLAS BARRERA
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

DRA. JAQUELINE ROSALES LUCIO
JEFA DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA

AGRADECIMIENTOS

**A José Luis, Amelia, Verónica, Héctor, Diego, Yutsil y Anahí...
Colawalik**

**A las pacientes y mis maestros que, con el padecimiento de ellas, la
paciencia y confianza de ambos durante estos cuatro años
contribuyeron a mi formación.**

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES	5
II. JUSTIFICACIÓN	13
III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
IV. OBJETIVOS	14
V. HIPÓTESIS	14
VI. METODOLOGÍA	15
VII. RESULTADOS	22
VIII. DISCUSIÓN	40
IX. BIBLIOGRAFÍA	43

I. ANTECEDENTES

Según el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, el acceso a la atención médica es un derecho humano. Por derecho humano se entiende, en el ámbito internacional, al conjunto de derechos fundamentales. Los derechos fundamentales son los que, por ser inherentes a la dignidad humana y por resultar necesarios para el libre desarrollo de la personalidad, suelen ser recogidos por las constituciones modernas asignándoles un valor jurídico superior.^{1,2}

¿Cómo debe distribuirse el bien salud o el derecho a la protección a la salud? Por contradictorio que parezca, a pesar de su carácter inherente y necesario, no es una pregunta que tenga una respuesta sencilla. Carlos Elizondo toma el reto de darle respuesta partiendo de un análisis realizado por Michael Walzer sobre las reglas de distribución de los distintos bienes sociales, para tratar de entender cuándo tal distribución puede ser considerada justa o no. En relación a esto, Walzer comenta que cada bien social es ponderado en cada sociedad a través de una regla implícita de distribución considerada como justa. La justicia existirá cuando esa regla se respete, es decir, cuando cada bien se distribuya con los criterios que son aceptados por la sociedad. Así, por el contrario, una sociedad se considerará injusta cuando la regla que domina la distribución de un bien dentro de una esfera invade otra; es decir, para Walzer no puede haber justicia si un bien social como el dinero determina la distribución de los bienes sociales.³

En las sociedades desarrolladas contemporáneas, el derecho a los servicios de salud, cada vez más es un bien que el ciudadano espera que sea distribuido de acuerdo con la necesidad, como criterio dominante y de distribución justo, no la capacidad de pago. En algunos países como Canadá, la búsqueda de igualdad en la provisión de este derecho es tan importante que, para efectos prácticos, la medicina privada está relegada al aseguramiento o prestación de intervenciones no esenciales o relativamente sencillas. De esta forma, los ciudadanos con dinero no tienen una mejor atención por poderla pagar. La motivación para esta restricción radica en que al tener un doble sistema, uno público abierto a todos y uno privado solo para quienes tienen dinero, el dinero atrae los mejores recursos humanos y materiales del sistema de salud, y se suelen descuidar los servicios públicos.³

Sin embargo, no en todos los países se presenta esta tendencia y es en los países subdesarrollados donde se pueden ver los efectos de las dificultades en el acceso a los servicios de salud. En la literatura se reporta una gran desigualdad entre pobres y ricos para tener acceso a la atención del parto por personal bien entrenado. Por ejemplo, en mortalidad materna pueden encontrarse reportes de hasta seis veces de diferencia entre ricos y pobres en Perú. Por otro lado, las regiones con la carga más alta de mortalidad (África subsahariana y sud Asia) enfrentan enormes carencias en acceso a la atención, carecen de personal de salud y cuentan con costos excesivos en la atención de la salud materna, que son barreras importantes para progresar.⁴

Las tasas de Atención Calificada son muy bajas en el mundo en desarrollo. Encontrando que se enfrentan problemas de:⁵

- **Disponibilidad:** En algunas partes de Asia y África se estima que hay una persona calificada por cada 15 000 partos al año. Además, los servicios a menudo no están disponibles las 24 horas del día ni los 7 días de la semana.
- **Acceso:** Los obstáculos físicos (caminos intransitables, falta de transporte, etc.) y culturales (la falta de empoderamiento de las mujeres y de capacidad de tomar decisiones), así como una percepción negativa de la calidad de la atención prestada, impide que las mujeres usen los servicios disponibles.
- La falta de **calidad** en los servicios, incluyendo el **respeto** y la **calidez** en el trato a las mujeres.

En relación a los gastos de los pacientes, estos pueden ser especialmente altos para los procedimientos de emergencia o que necesiten tecnología como la cesárea, y en algunos casos pueden alcanzar cantidades catastróficas, las cuales ponen a las familias en situación de pobreza. A lo anterior, se suman los costos de transporte y del tiempo del acompañante, que pueden ser importantes para aquellos que viven lejos de las instalaciones en que son atendidos. Además, la búsqueda de dinero también puede retrasar el acceso a los servicios de urgencia.⁴

Acceso a la atención de la salud y los no asegurados

Durante el 2002, casi el 85% de la población de los Estados Unidos de América (EUA) fue reportada como con cobertura por seguros de atención médica, de los cuales el 55% se trataba de seguro basado en el empleo, 17% por Medicaid y otros programas, y el 13% por Medicare. El 15% restante de la población no contaba con cobertura de ningún tipo para la atención de la salud. No contar con un sistema de seguro se considera el mayor de los obstáculos para obtener acceso a los servicios de atención de la salud.⁶

Se han identificado diferentes obstáculos para el acceso a la atención de la salud que caracterizan a la población no asegurada, de los que destaca la pobreza como el factor aislado que más contribuye a la carencia en la cobertura de un sistema de atención de la salud. El género es otro factor identificado que tiene un menor impacto en el riesgo de no contar con un sistema de atención de la salud. Otro factor que influye de forma importante sobre la cobertura de la atención de la salud es la raza. Independientemente de la raza, los factores más significativos para la carencia un sistema de atención de la salud es ser extranjero, pobre y no tener la ciudadanía.⁶

De los factores mencionados, el género, la edad, la raza y el lugar de nacimiento son características que los individuos no pueden crear ni cambiar. Pero existen otros factores que de alguna manera se encuentran bajo el control de los individuos como la educación y la posesión de un empleo, y que también influyen significativamente en la posibilidad de contar con un sistema de seguro para la atención de la salud. La carencia de un sistema de seguro para la atención de la salud disminuye a medida que aumenta el nivel de educación. En los EUA el porcentaje de no asegurados fue del 28% para aquellos que no contaban con educación superior, pero fue de solo 8% para los que

contaban con bachillerato un nivel superior de estudios. Igualmente, en relación a la posesión de un empleo, el 18% de los empleados de tiempo completo no contaban con un sistema de seguro para la atención de la salud, mientras que el porcentaje aumentó al 26% para los desempleados.⁶

En un reporte realizado por el Comité del Instituto de Medicina sobre las consecuencias de la carencia de un sistema de seguros concluyen que, aunque las personas no aseguradas tienen la capacidad de obtener atención de la salud, en realidad, están más propensos a tener una fuente de atención irregular, aprovechar menos los servicios preventivos, y recibir menos tratamiento para padecimientos crónicos. El retraso en el tratamiento a causa de no ser asegurado puede tener consecuencias mortales. Por ejemplo, el riesgo de muerte para las mujeres no aseguradas con diagnóstico de cáncer de mama es 30% a 50% mayor que para las mujeres con cáncer de mama y que están aseguradas.⁶

▪ El derecho a la protección de la salud en México

El sistema de salud nacional moderno tiene su origen en 1943, cuando se creó la Secretaría de Salud, entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el Instituto Mexicano del Seguro Social. En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.¹

A la par de los servicios de salud establecidos de manera institucional, existe un grupo heterogéneo de prestadores privados de servicios que atiende a las familias no aseguradas con capacidad de pago, así como a la población que cuenta con alguna seguridad social pero que está insatisfecha con la calidad de los servicios que ofrecen sus instituciones.¹

Es así que desde sus orígenes el sistema mexicano de salud ha estado organizado con base en un modelo segmentado, marcado por la separación del derecho a la atención a la salud entre los asegurados del sector asalariado y formal de la economía y los no asalariados.¹

Los mexicanos gastamos en salud, como proporción de nuestra riqueza, menos que otros países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Así, menos de la mitad del gasto total en salud es público. Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, el 40.8 % de la población mexicana cuenta con algún tipo de seguridad social, mientras que el 59,2% no está asegurada. Este último grupo de población contribuye al gasto privado en salud, del que solo un 3% cuenta con un sistema de seguro privado, mientras que el 97% da lugar a lo que se conoce como gasto de bolsillo, es decir, se trata de un bien que se paga en el momento de recibir la atención. Este sistema de financiamiento de los servicios de salud es considerado como el menos eficiente y más desigual de sostener.^{3,7}

El gasto de bolsillo en la atención de la salud trae como consecuencia que la mayor carga recaiga sobre la familia. Cuando el costo de la atención rebasa la capacidad de pago al momento del servicio, ocurren gastos catastróficos y potencialmente empobrecedores, o la atención necesaria se pospone con los riesgos que esta decisión entraña. Una de las definiciones del gasto catastrófico utiliza el límite del 20% del

ingreso disponible. Este sistema no solo es perjudicial para los hogares, sino también para la economía. Existe una relación inversa entre el nivel de desarrollo económico de un país y el grado en que el sistema de salud está financiado por el gasto privado de bolsillo.⁷

▪ **La Atención Obstétrica en México**

Los cuidados perinatales, que incluyen la vigilancia prenatal y la asistencia intraparto, tienen como objetivo conseguir que todo embarazo y parto culminen con una madre y un hijo sanos. La evaluación de la calidad y eficacia de los cuidados perinatales es una preocupación y un objetivo de cualquier institución, hospital, región o país.

Un aspecto fundamental en la disminución de los riesgos maternos y perinatales es la implementación de un sistema de referencia, entre niveles de atención, oportuno y eficaz.

Las instituciones con infraestructura insuficiente para la atención obstétrica tienen costos de tipo social, al perder legitimidad en la comunidad. Mientras que, las instituciones que reciben a las pacientes seguirán viéndose rebasadas por una población creciente y altamente demandante, con los problemas en calidad de la atención médica que esto representa. Así, por un lado vemos infraestructura hospitalaria subutilizada y por el otro instituciones próximas al colapso. Por otra parte, la búsqueda de opciones de atención, tanto pública como privada, contribuye a aumentar el gasto de bolsillo que, como se ha mencionado previamente, puede ser de dimensiones catastróficas y potencialmente empobrecedoras.

La atención materna representa, aproximadamente, la mitad de las intervenciones médicas que se realizan en nuestro país: en el año 2000 correspondieron a la especialidad de ginecología y obstetricia 45.7% de los egresos hospitalarios; 45.7% de las cirugías realizadas fueron procedimientos obstétricos (cesárea, episiorrafia, legrado uterino instrumental, revisión de la cavidad posalumbramiento, aplicación de fórceps) y la atención del trabajo de parto representó 11% del total de urgencias.⁸

Las complicaciones obstétricas ocuparon el décimo octavo lugar como causa de mortalidad hospitalaria y el trigésimo quinto sitio como causa de mortalidad general, y se les define como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer o de su hijo durante el embarazo, parto o puerperio, o que originen secuelas graves e incluso la muerte.

Entre los múltiples factores que influyen en la ocurrencia de la morbilidad y mortalidad maternas, participan aspectos relacionados con la atención hospitalaria y la organización del sistema de salud, como el tamaño y tipo de hospital, la disponibilidad y calidad de los recursos humanos y materiales necesarios para la atención de las pacientes, la calidad de los procesos de atención, la detección oportuna de las complicaciones en el embarazo, el sistema de referencia para embarazos de alto riesgo, la distancia y los tiempos de transportación, y la garantía de acceso a servicios para la atención del parto y de emergencia obstétrica en caso de complicación. Así, la morbilidad y mortalidad maternas son indicadores de la calidad de la atención médica, y de la desigualdad social y de género en las políticas públicas.

▪ Estrategias para la prevención de las complicaciones maternas

Como parte de las estrategias para la prevención de la mortalidad materna, se han planteado marcos conceptuales que permiten identificar factores asociados que son susceptibles de ser modificados con intervenciones concretas. Uno de estos esquemas es el llamado “de los tres retrasos”: a) retraso en la decisión de buscar atención (que incluye el retraso en reconocer una complicación obstétrica por falta de información sobre las señales de peligro de complicación en el embarazo así como el poco valor asignado a la importancia de buscar atención sin demora); b) retraso en llegar al lugar de atención (debido a la falta de medios de transporte o las condiciones de los caminos); y c) retraso en obtener esta atención una vez llegado al sitio capaz de proveerla (debido a la falta de equipamiento o insumos, de personal calificado, falta de financiamiento o debido a las actitudes negativas del personal de salud). Obviamente, los sistemas de referencia entre distintos niveles de atención juegan un papel importante en la reducción de retrasos para recibir los cuidados que la mujer requiere.⁹

a. Enfoque de riesgo en la atención obstétrica

El control prenatal consiste en un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Sus objetivos primordiales son: identificar factores de riesgo, diagnosticar las condiciones generales de la madre y del feto, educar a la madre para limitar las posibilidades de complicaciones y prepararla para el nacimiento de su hijo.

Aproximadamente 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple y no requiere infraestructura de alto costo.

El control prenatal con enfoque de riesgo, ha sido recomendado como un mínimo de cinco consultas para cada embarazo, por la *Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*.¹⁰

b. Definición de calidad y calidad de la atención obstétrica

Calidad abarca todas las cualidades con las que cuenta un producto y/o servicio para ser de utilidad a quien se sirva de él. Es decir, un producto o servicio es de calidad cuando sus características, tangibles e intangibles, satisfacen las necesidades y expectativas de sus usuarios.¹¹

La calidad en los servicios de salud es el atributo que tienen los servicios que se proporcionan a los usuarios, por todos los que intervienen en su producción; con óptimo nivel profesional para lograr los máximos beneficios, con los menores riesgos y al menor costo posible, de acuerdo con los valores sociales imperantes en los contextos en donde se desarrolla, orientados a la satisfacción de las expectativas de los usuarios y prestadores.¹²

No es posible ignorar el gran impacto de las demandas por mala práctica durante la atención obstétrica, que durante los últimos quince años se han incrementado de manera exponencial, y es una de las áreas médicas que se ve involucrada con mayor frecuencia

en demandas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), representando 14.5% del total de inconformidades durante el período 1996-2001.⁸

En este período de las 1431 inconformidades relacionadas con la atención ginecoobstétrica el 57.7% correspondieron a pacientes obstétricas, 34.3% a pacientes ginecológicas y el 8% a otra especialidad. De acuerdo con el nivel de atención, la mayoría de las mujeres fueron atendidas en hospitales de segundo nivel y los médicos involucrados eran ginecoobstetras y médicos en formación (residentes, pasantes e internos de pregrado).⁸ El motivo de inconformidad más importante se relacionó con la percepción de mala práctica médica, sin especificar algún momento particular del acto médico.

c. Estrategias contra la morbilidad y mortalidad maternas

En la última década los expertos se han dado cuenta de que el acceso a la atención prenatal y su uso no ayuda realmente a prever qué mujeres tienen mayores probabilidades de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto. Sin embargo, la atención prenatal sirve para establecer el necesario contacto entre las mujeres y el sistema de salud y facilitar otros servicios sanitarios esenciales. Los investigadores recomiendan en la actualidad un mínimo de cuatro visitas durante el embarazo, concentradas en las siguientes intervenciones que se consideran efectivas:¹³

- Asesoría sobre los signos de peligro que alertan de las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como sobre dónde buscar ayuda en caso de emergencia;
- Suministro de suplementos de folato y hierro donde exista deficiencia de este mineral o altos índices de anemia;
- Suministro de bajas dosis de vitamina A, en países donde exista deficiencia;
- Asesoría sobre la nutrición apropiada durante el embarazo;
- En algunos lugares, tratamiento de ciertas afecciones como la malaria, tuberculosis, uncinariasis, deficiencia de yodo e infecciones de transmisión sexual incluidos el VIH/SIDA;
- Administración de toxoide tetánico;
- Detección de los casos de mujeres que sufren violencia en el hogar, para asesorarlas y referirlas a los lugares donde pueden proporcionarles la ayuda apropiada;
- Pruebas voluntarias de detección del VIH y asesoría al respecto; e Información sobre la lactancia materna y el uso de métodos anticonceptivos.

La maternidad sin riesgos tiene el propósito de asegurar que todas las mujeres tengan un embarazo y parto seguros. La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos nació en 1987, en el marco de una conferencia global celebrada en Kenia. La Conferencia y la Iniciativa surgían del reconocimiento de la mortalidad materna como un gravísimo problema de salud pública, debido a que un elevadísimo número de mujeres muere anualmente por complicaciones durante el embarazo o el parto.⁵

La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos es un esfuerzo global para:

- Concienciar y sensibilizar sobre las nefastas consecuencias de la mala salud materna en los países en desarrollo.

- Movilizar recursos humanos y financieros para reducir la altas tasa de muerte e incapacidad materna.
- Promover la investigación y los cambios y avances en políticas y programas.

La Iniciativa trabaja para identificar y promover las intervenciones más efectivas para la reducción de la mortalidad materna. Durante los primeros años la atención se centró en los cuidados obstétricos para el manejo de complicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS), recomendaba un triple enfoque: reforzar la participación de la comunidad, mejorar los establecimientos de salud y mejorar los sistemas de transporte y alarma.⁵

Pero en la práctica, la mayoría de programas de Maternidad sin Riesgos, desde finales de los ochentas hasta finales de los noventas se centraron en:

- Identificar a las mujeres embarazadas con mayor probabilidad de sufrir complicaciones que pondrían en riesgo su vida, y asegurar que reciban la atención adecuada (el llamado “enfoque de riesgo”).
- Capacitar a las parteras empíricas o tradicionales.

Ninguna de las estrategias ha mostrado ser suficientemente eficaz para reducir la mortalidad materna debido a:

- Las herramientas para detectar futuras complicaciones son imprecisas y las complicaciones no siempre pueden preverse.
- Las parteras empíricas o tradicionales no están formadas para manejar las complicaciones que requieren experiencia y capacitación clínica.
- La evidencia epidemiológica ha demostrado que un mayor porcentaje de partos atendidos por personal calificado pueden asociarse a una disminución de la mortalidad materna.

El proveedor de salud y su entorno

La importancia del entorno en el que trabaja el proveedor de salud se refleja en las definiciones de Atención Calificada que el Grupo Interagencial por una Maternidad sin Riesgos usa y promueve:

- Personal Calificado:** Personas con la destreza necesaria para atender un parto (parteras profesionales, enfermeras, enfermeros, médicas y médicos), capacitas para proveer cuidados competentes durante el embarazo y el parto.
- Atención Calificada:** Proceso por el cual una mujer embarazada y su hijo disponen de atención adecuada durante el embarazo, el parto y posparto, ya sea que reciban la atención en su casa, un centro de salud, o el hospital.

No debemos olvidar que estamos hablando de un proceso, y no solo del proveedor de salud como individuo. Los proveedores de salud son clave y debemos poner especial atención en sus habilidades o destrezas (tanto clínicas como interpersonales), pero ni el obstetra más calificado, puede salvar la vida de una mujer si trabaja sin los equipamientos, suministros ni infraestructura necesarios. Es por ello que el mensaje de la Atención Calificada enfatiza el **entorno habilitante**.

Elementos clave en el control de la morbilidad y mortalidad maternas¹³

- a. **Personal calificado y competente en términos clínicos, cognitivos y de actitud.** Debe ser capaz de manejar el trabajo de parto y el parto normal, reconocer el inicio de complicaciones, realizar intervenciones esenciales, empezar tratamientos y supervisar la referencia de la madre y del bebé si fuese necesario.
- b. **Entorno político de respaldo.** Las políticas, leyes y normas deben autorizar a los profesionales de salud incluso a las parteras profesionales para realizar todas las intervenciones en las que son competentes.
- c. **Infraestructura del Sistema de Salud.** Debe contar con suministros y equipamientos adecuados, así como sistemas de referencia funcionales.
- d. **La comunidad.** Debe valorar la atención calificada, reconocer los signos de complicaciones, y estar preparada para trasladar a tiempo a una instancia de salud adecuada a las mujeres que lo requieran.

I. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, se han identificado diferentes obstáculos para el acceso a la atención obstétrica en la población no asegurada, y aún cuando exista la capacidad de obtener atención de la salud, en realidad, están más propensos a tener una fuente de atención irregular, aprovechar menos los servicios preventivos y recibir menos tratamiento para padecimientos crónicos. El retraso en el tratamiento a causa de no ser asegurado puede tener consecuencias mortales. Por ejemplo, el riesgo de muerte para las mujeres no aseguradas con complicaciones médicas del embarazo como la preeclampsia, la que actualmente representa la primera causa de mortalidad materna en México.

Los estudios epidemiológicos son necesarios para un correcto análisis de las necesidades de la población en materia de salud y gracias a ellos es posible calibrar tanto la frecuencia de las enfermedades como la previsible utilización de los servicios sanitarios por parte de quienes están afectados por ellas. De aquí la importancia de realizar un estudio que permita identificar los problemas en el acceso de las mujeres que acuden para su atención al Hospital de la Mujer y así poder contribuir con el conocimiento indispensable para generar estrategias que permitan elevar la calidad de la atención obstétrica en nuestra región y disminuir las tasas de complicaciones maternas y perinatales.

II. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las características epidemiológicas y sociodemográficas que intervienen en el acceso a la atención obstétrica de las pacientes que acuden al Hospital de la Mujer?

III. OBJETIVOS

a. General

Identificar las características epidemiológicas y sociodemográficas que participan en el acceso a los servicios de atención obstétrica en general y al Hospital de la Mujer en forma específica, en el contexto del Distrito Federal y Estado de México.

b. Específicos

- i. Identificar las características sociodemográficas de la población que acude para su atención obstétrica al Hospital de la Mujer.
- ii. Identificar los factores que intervienen en el acceso a los servicios de atención obstétrica y que al estar ausentes participan en el retraso de la atención.
- iii. Conocer la versión de la paciente sobre el contexto de la atención obstétrica.

IV. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no es necesaria la construcción de una hipótesis.

I. METODOLOGÍA

a. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

b. UNIVERSO Y MUESTRA

El universo se conformó con las pacientes hospitalizadas en el Hospital de la Mujer por alguna indicación obstétrica en el período de mayo a julio del 2007.

c. CRITERIOS DE SELECCIÓN

i. Criterios de inclusión:

- Pacientes que ingresaron al Hospital a través del servicio de urgencias por alguna indicación obstétrica.

ii. Criterios de exclusión:

- Pacientes que fueron hospitalizadas a través del servicio de consulta externa por indicaciones ginecológicas.
- Pacientes que fueron hospitalizadas a través del servicio de urgencias por indicaciones ginecológicas.

iii. Criterios de eliminación

- Pacientes que no aceptaron la realización de la encuesta.

d. VARIABLES

Edad	Cuantitativa continua
Estado civil	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Ocupación	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Escolaridad	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Dependencia económica	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Número de dependientes	Cuantitativa, discreta
Sueldo	Cuantitativa, discreta
Motivo de ingreso al hospital	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Número de embarazos	Cuantitativa discreta
Número de partos	Cuantitativa discreta
Número de cesáreas	Cuantitativa discreta
Número de abortos	Cuantitativa discreta
Antecedente de atención prenatal en embarazos previos	Cualitativa, nominal, binaria
Antecedente de control prenatal en el embarazo actual	Cualitativa, nominal, binaria
Número de consultas recibidas en control prenatal	Cuantitativa discreta
Lugar de control prenatal en el embarazo previo	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Lugar de atención del parto previo	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Motivo de atención del parto anterior en el lugar decidido	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Tiempo habitual empleado en transportarse de su casa al Hospital de la Mujer	Cuantitativa, continua
Tiempo transcurrido de la salida de su domicilio hasta recibir atención en el Hospital de la mujer	Cuantitativa, continua
Número de medios de transporte usados para trasladarse de su domicilio al Hospital de la Mujer	Cuantitativa discreta
Tipo de transporte usado para su traslado	Cualitativa, nominal con más de dos categorías

Antecedente de búsqueda de atención en otro hospital	Cualitativa, nominal, binaria
Número de veces en que se buscó atención en otro hospital	Cuantitativa, discreta
Motivo por el que decidió atenderse en el Hospital de la Mujer	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Interés por atenderse en el Hospital de la Mujer en otra ocasión	Cualitativa, nominal, binaria
Medio por el que conoció el Hospital de la Mujer	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Factores que no le agradan a la paciente del Hospital de la mujer	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Motivo para no haberse atendido en el mismo lugar de el último evento obstétrico	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Lugar de preferencia ideal	Cualitativa, nominal con más de dos categorías
Conocimiento del centro de salud más cerca de su domicilio	Cualitativa, nominal, binaria
Conocimiento del hospital público más cerca de su domicilio	Cualitativa, nominal, binaria

e. PROCEDIMIENTOS

Previo consentimiento verbal de la paciente se procedía a obtener la información sobre las variables del estudio, mediante la aplicación de un instrumento construido en forma específica para esta investigación, el cual fue sometido a un proceso de validación por una especialista en epidemiología con amplia experiencia en la construcción de instrumentos para investigación por encuestas.

La información obtenida por el grupo piloto con el que se realizó el proceso de validación, no fue incluida en el estudio definitivo, debido a cambios en la forma de elaborar las preguntas, al hacerlas asequibles para la mayoría de las pacientes que acuden para su atención a este Hospital de la Mujer, considerando una escolaridad con predominio de primaria-secundaria.

Un solo entrevistador participó en la aplicación del instrumento. La información obtenida fue capturada en una base de datos por personal del departamento de Epidemiología ajeno a la investigación, y el análisis se realizó hasta que concluyó la etapa de muestreo.

f. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la presentación de los resultados se calcularon medidas de tendencia central y dispersión acordes con el tipo de escala de medición de las variables estudiadas: porcentajes, media, mediana, moda y desviación estándar. Para el análisis de los datos y la elaboración de gráficos se empleó el paquete Microsoft Excel 2003© Microsoft Corporation.

g. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los procedimientos fueron realizados atendiendo lo estipulado en el Art. 17 Fracción 1 del Reglamento en Materia de Investigación de la Ley General de Salud: Investigación sin riesgo.

Además, se atendieron las pautas éticas internacionales en materia de investigación epidemiológica y con seres humanos de la Organización Mundial de la Salud (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, CIOMS).

h. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fecha de inicio: 01 de mayo del 2007.

Fecha de término: 31 de julio del 2007.

Publicación de resultados: 15 de agosto del 2007

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrucciones:

Léase las preguntas a la persona interrogada, para el caso de las preguntas abiertas poner todo tal y como lo refiere el entrevistado (no interpretar). En caso de preguntas cerradas subraye la opción seleccionada por la entrevistada.

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Domicilio completo: (calle, número. Ext., número interior, colonia, delegación o municipio, _____ entidad _____ federativa) _____
4. Estado Civil:
 - a. soltera
 - b. casada
 - c. unión libre
 - d. divorciada
 - e. otroEspecifique: _____
5. ¿a qué se dedica?

6. ¿Hasta qué año estudió?

7. ¿De quien depende usted y su familia económicamente?

- 7.1 ¿Cuántas personas dependen económicamente de quien las sostiene?

8. ¿Cuánto gana usted o quien la mantiene?
 - a. _____ diario.
 - b. _____ semanal
 - c. _____ quincenal
 - d. _____ mensual
9. Motivo de Ingreso al Hospital de la Mujer (HM):

10. AGO
 - a. Gestas: _____
 - b. Partos: _____
 - c. Cesáreas: _____
 - d. Abortos: _____
11. ¿En sus anteriores embarazos recibió atención médica previo al nacimiento de su bebe (Control Prenatal) a. si b. no
12. ¿Ha recibido atención médica para el control de su último embarazo?
 - a. si
 - b. no
13. ¿Cuántas consultas recibió?

31. ¿Cuántas veces busco atención para su parto en otra institución pública o privada antes de venir a este hospital? _____

32. ¿de dónde y por que fue rechazada?

- a. _____ (hrs.)
- b. _____ (hrs.)
- c. _____ (hrs.)
- d. _____ (hrs.)
- e. _____ (hrs.)
- f. _____ (hrs.)
- g. _____ (hrs.)
- h. _____ (hrs.)
- i. _____ (hrs.)

33. ¿Por qué decidió atenderse en este hospital?

34. ¿Volvería a este hospital para atenderse con nosotros en otra ocasión?

- a. Si
- b. No

35. ¿Por qué?

36. ¿Cómo se entero que este hospital existe?

37. ¿Qué le desagrada del Hospital de la Mujer? _____

38. ¿Por qué no acepto atenderse en el mismo lugar donde se atendió la vez pasada?

39. Si pudiera atenderse en otro lugar ¿Cuál sería este?

33. ¿Qué Centro de Salud existe cerca de su casa?

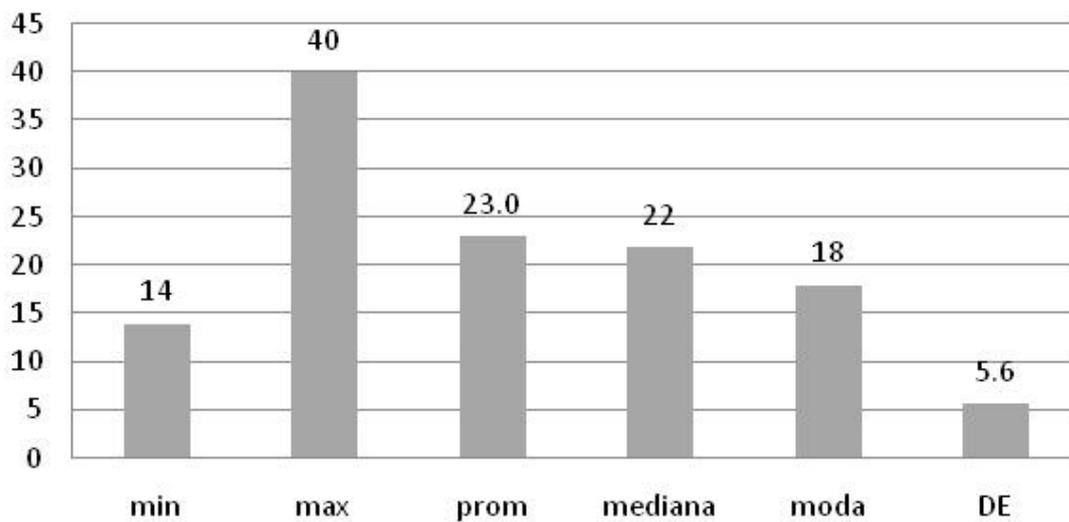
34. ¿Qué hospital público existe cerca de su casa

I. RESULTADOS

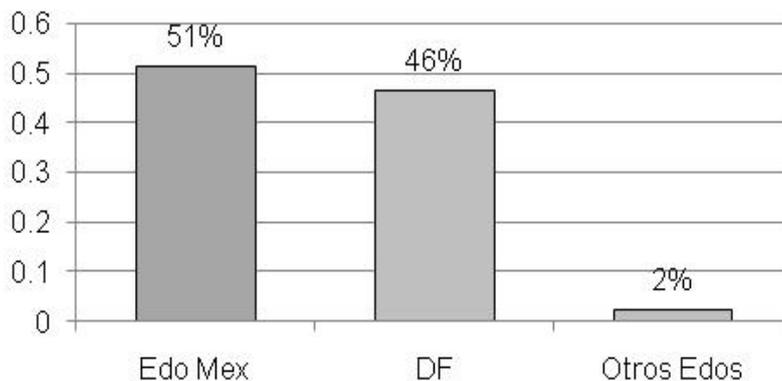
En el período comprendido del 1° de mayo al 31 de julio se realizó una encuesta sobre acceso a servicios de atención obstétrica a 250 pacientes hospitalizadas por indicación obstétrica en el Hospital de la Mujer de la Ciudad de México.

Variables Sociodemográficas.

Edad. En promedio se trató de mujeres de 23 años, con extremos en 14 y 40 años.

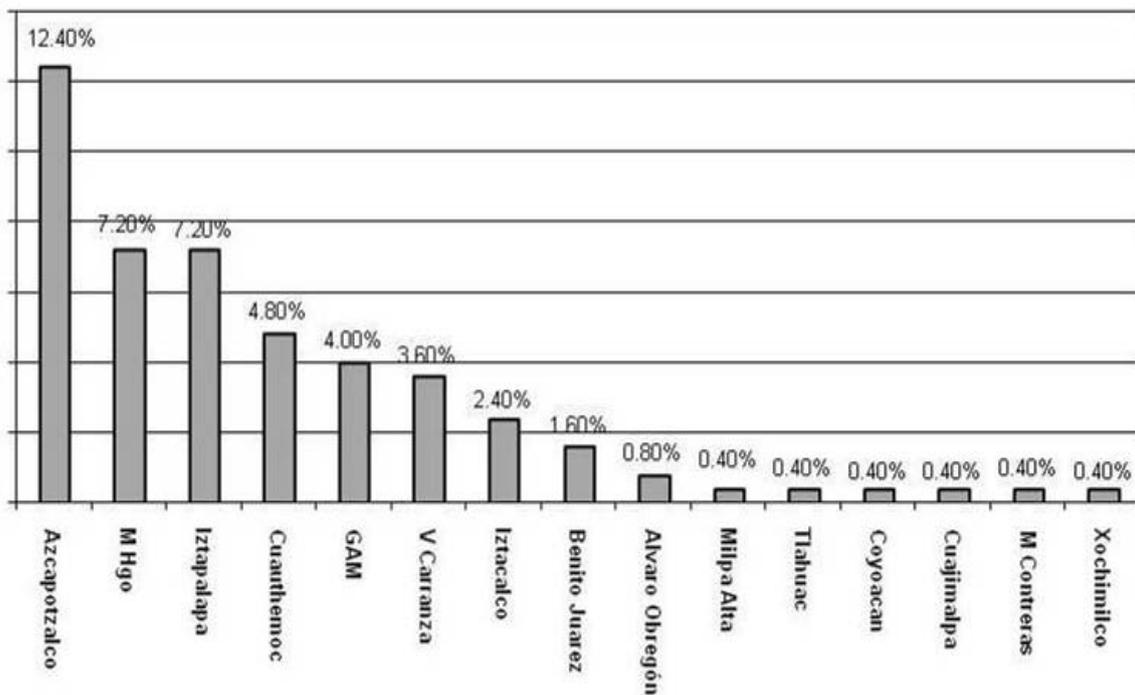


Residencia habitual. El 51% de la población atendida reside en el Estado de México, seguido de mujeres originarias del Distrito Federal en el 46% y en menor porcentaje de otros Estados de la República.

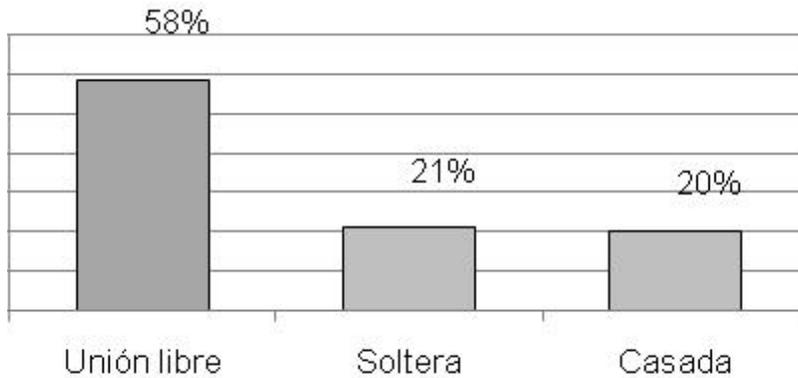


Residencia por Delegaciones y Municipios. El análisis de la distribución por delegaciones o municipios de las diferentes entidades federativas, arrojó que los diez municipios con mayor representatividad del Estado de México corresponden a: Naucalpan (14%), Ecatepec (7.2%), Ciudad Nezahualcóyotl (5.2%), Huixquilucan (3.6%), Chimalhuacán (2.8%), Atizapán (2.4%), Tlanepantla (2%), San Vicente Chicoloapan (1.6%), Tultitlan (1.6%) y Nicolás Romero (1.6%).

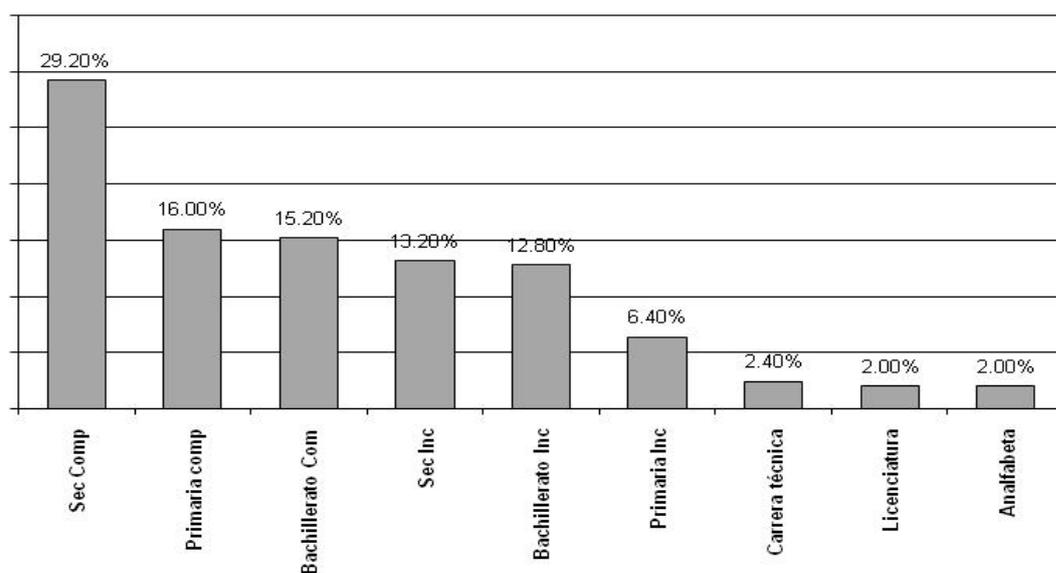
Por otra parte, el mayor número de pacientes del Distrito Federal pertenecen a las delegaciones de Azcapotzalco (12%), Miguel Hidalgo e Iztapalapa (7%). Mientras que solo un 2% reside en otros Estados de la República.



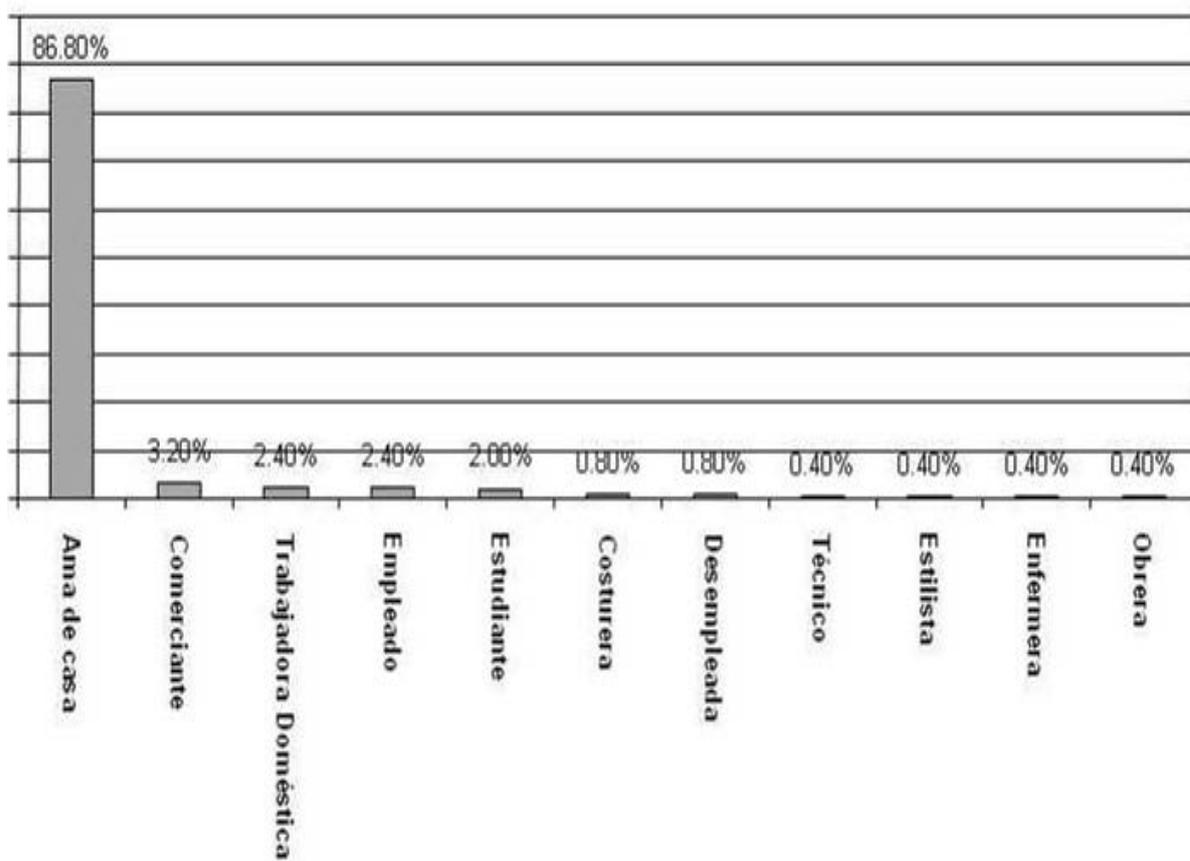
Estado civil. En la distribución de la población según el estado civil se encontró que un 58% de las pacientes vive en unión libre, el 21% es soltera y el 20% de ellas vive casada.



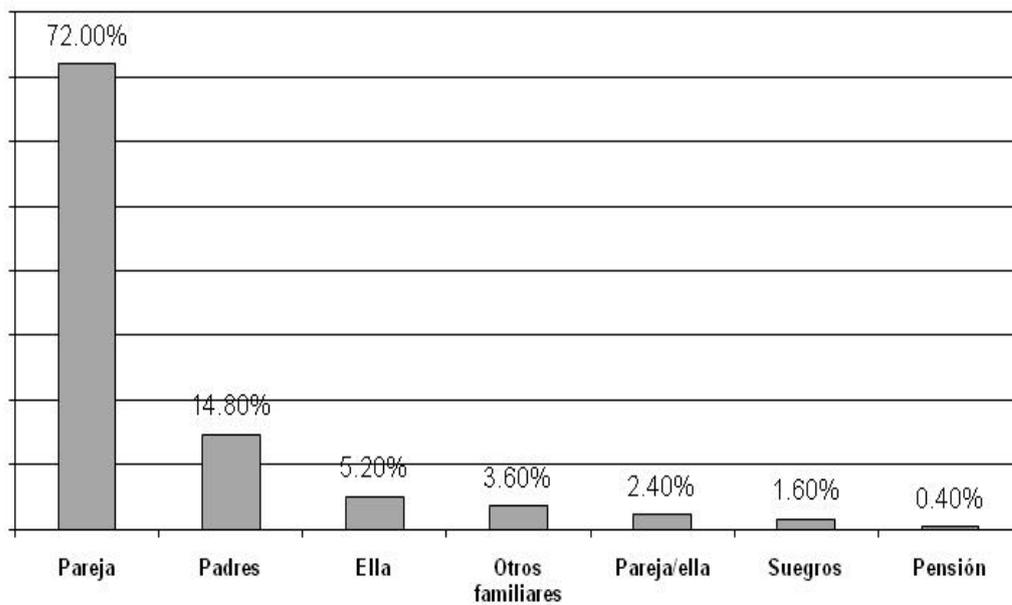
Escolaridad. Cuando se revisó el nivel de escolaridad se encontró que el 29% de las pacientes habían terminado la secundaria, el 16% había terminado la educación primaria, el 15% contaba con bachillerato completo. Las pacientes que refirieron tener secundaria incompleta representó el 13%, el 12% se formó por pacientes con bachillerato incompleto, mientras que en el resto se encontraron pacientes con primaria incompleta, licenciatura, carrera técnica y analfabetas, como se ilustra en la siguiente gráfica.



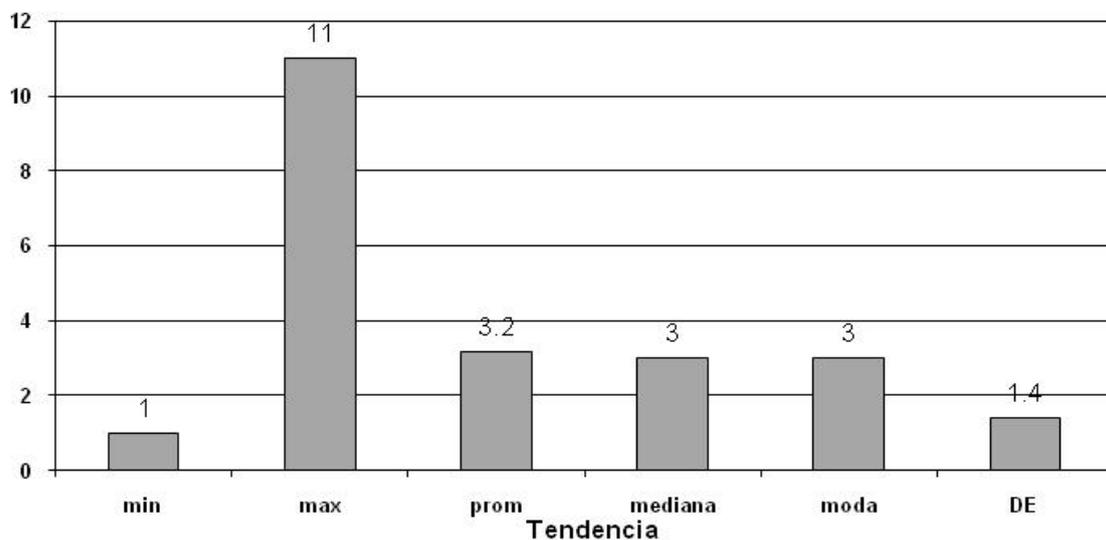
Ocupación. La mayoría de las pacientes se dedica al hogar representando el 87%, mientras que en el resto se ubican las pacientes que tienen por ocupación el comercio, trabajadoras domésticas, empleadas, estudiantes y obreras, con porcentajes entre el 0.4% y el 3%.



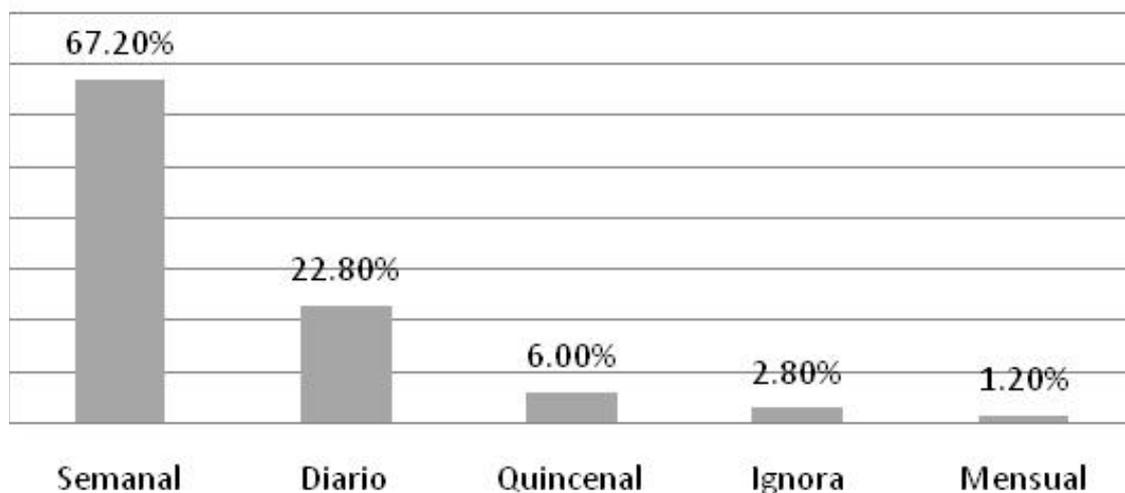
Dependencia económica. Se observó que el 72% de las pacientes depende económicamente de su pareja, el 15% de sus padres, en el 5% de los casos es ella la principal fuente de ingresos y el resto de las pacientes dependen de otros familiares como hermanos, abuelos, son apoyados por sus suegros, o reciben alguna pensión.



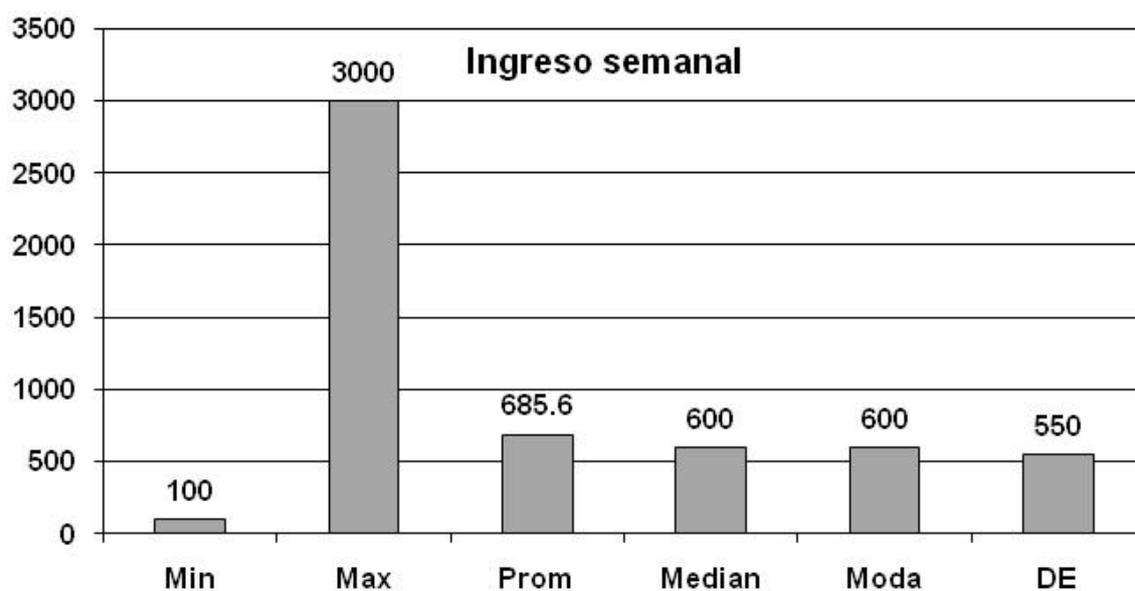
En relación al número de personas que dependen económicamente del o la responsable del sustento de la familia, se encontró un máximo de 11 personas y un mínimo de 1, con un promedio de 3 individuos.



Periodicidad en la percepción de ingresos económicos. La mayoría de las familias obtiene sus ingresos por semana en un 67%, 22% lo hace diariamente, mientras que el 11% restante los puede obtener de manera quincenal, o mensual.

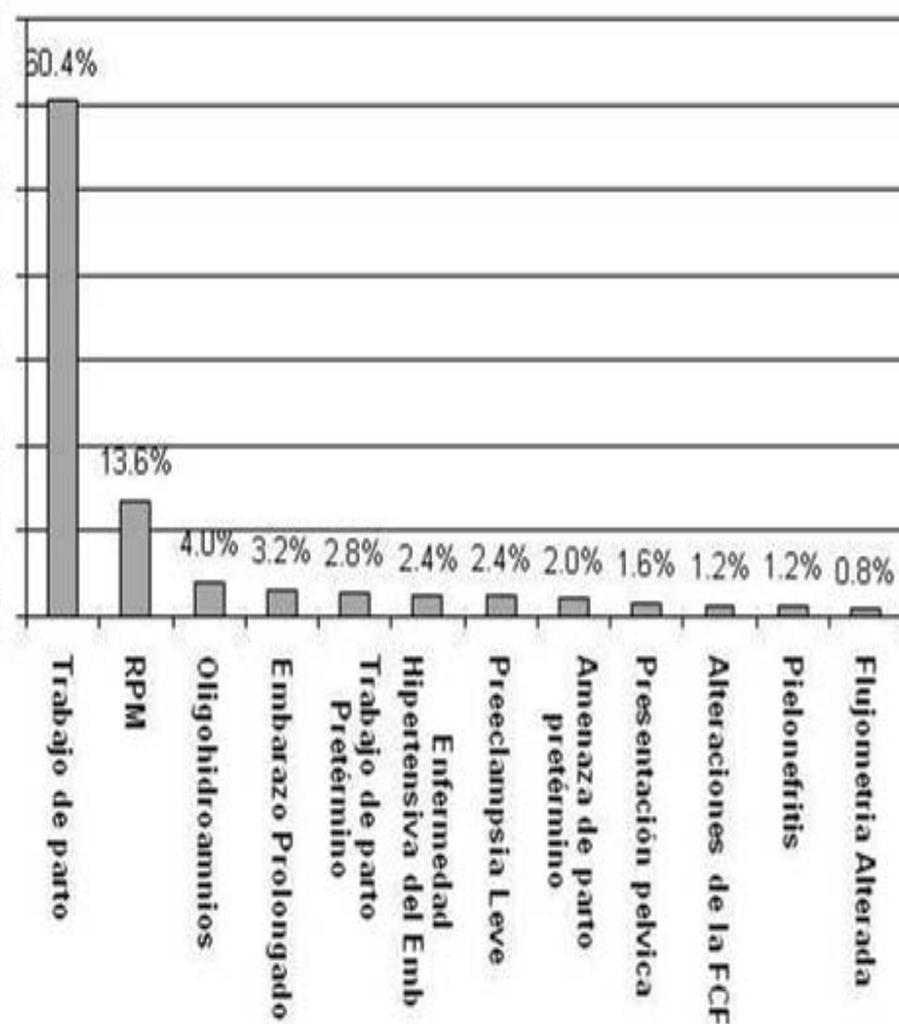


Ingresos familiares. El promedio de los ingresos por familia fue de 685 pesos semanales, con un máximo de 3000 pesos y un mínimo de 100 pesos.



Variables clínicas y epidemiológicas.

Motivo de hospitalización. Se encontró que el 60% de la población fue hospitalizada por presentar trabajo de parto; por ruptura de membranas el 13%; y el oligohidramnios fue responsable del 4% de los ingresos hospitalarios.

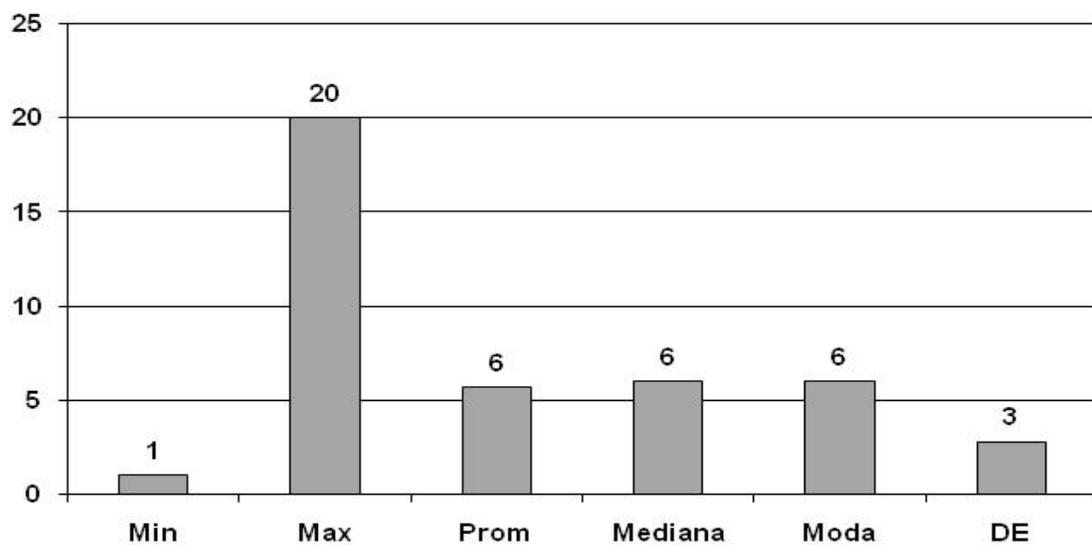


Además, se incluyeron casos aislados de amenaza de aborto, aborto incompleto, tamiz de glucosa alterado, situación fetal transversa, placenta previa sangrante, restricción del crecimiento intrauterino, malformaciones fetales, hiperemesis gravídica, hemorragia transvaginal y fiebre.

Control prenatal. De las pacientes que fueron hospitalizadas el 58% tuvo control prenatal en su embarazo previo, 36% eran primigestas y el 6% de las que tuvieron un embarazo previo no acudió a control prenatal en ese embarazo.

En relación al último embarazo, el 91% de las pacientes acudió a control prenatal, mientras que solo el 9% no lo hizo.

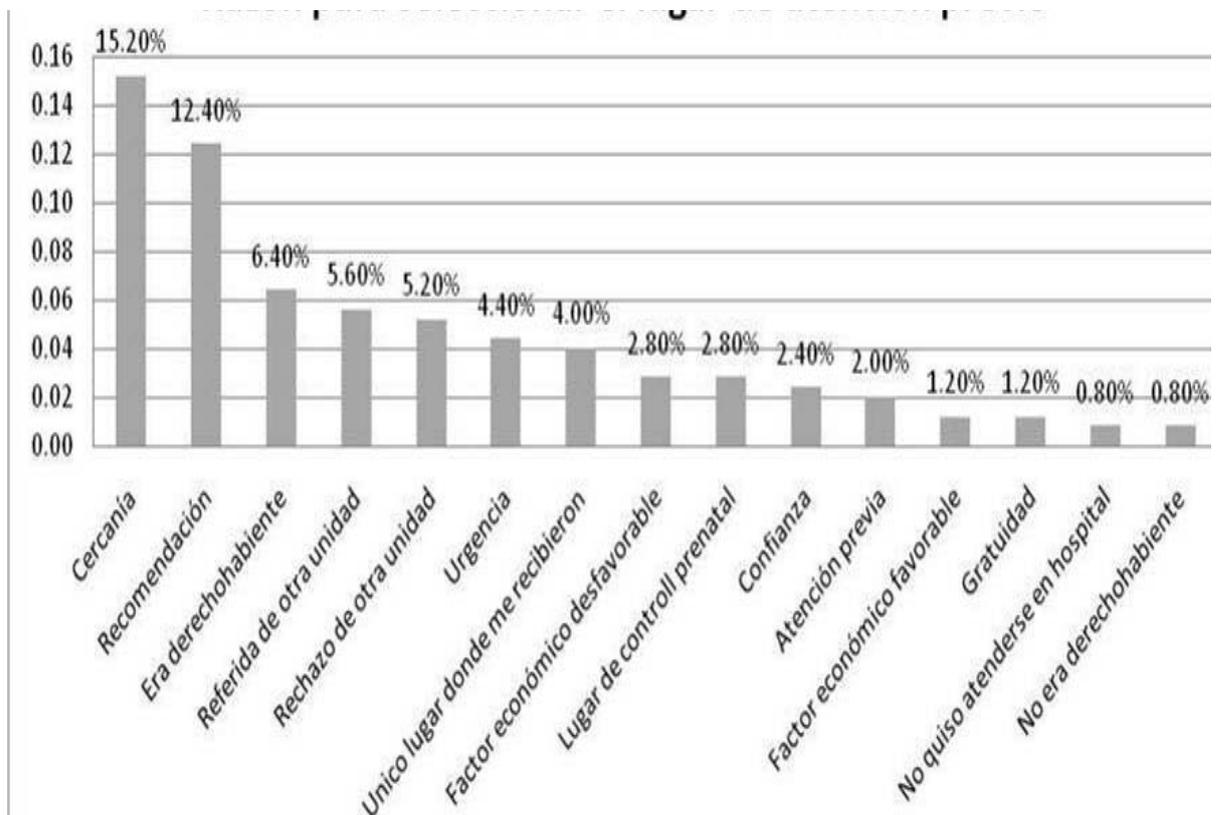
Número de consultas de control prenatal. Se observó un promedio de 6 consultas, con una máxima de 20 y un mínimo de 1 consulta.



Establecimiento que otorgó el control prenatal. El 54% de las pacientes acudió a control prenatal en un centro de salud, el 15% en un hospital público, el 14% en algún consultorio privado, mientras que las restantes acudieron a otro lugar de atención como consultorios similares, DIF, algún hospital privado o un dispensario médico.

Cuando se interrogó sobre el lugar de atención del embarazo previo, de las 157 pacientes (n=250) que tuvieron un evento obstétrico anterior, se encontró que el 45% de ellas fue atendida en un hospital público, el 11% en un hospital privado, y el resto fue atendida en algún otro lugar como el DIF, centro de salud, consultorio privado o domicilio.

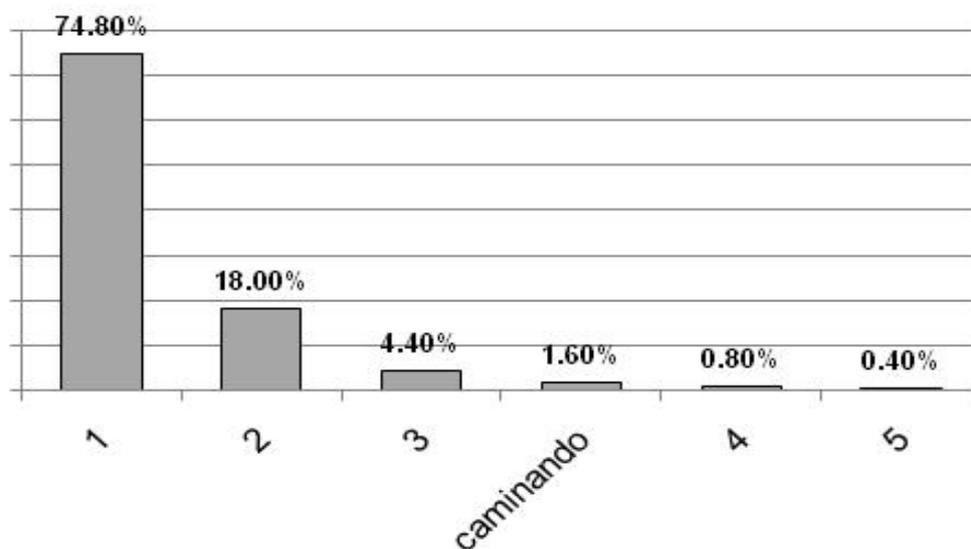
Motivos para atenderse en otro lugar en el embarazo previo. La mayoría lo hace por la cercanía del lugar de atención representando el 15%, 12% por algún tipo de recomendación, 6% porque era derechohabiente y no menos importante es el hecho que las pacientes que fueron referidas o rechazadas de algún hospital suman el 11%.



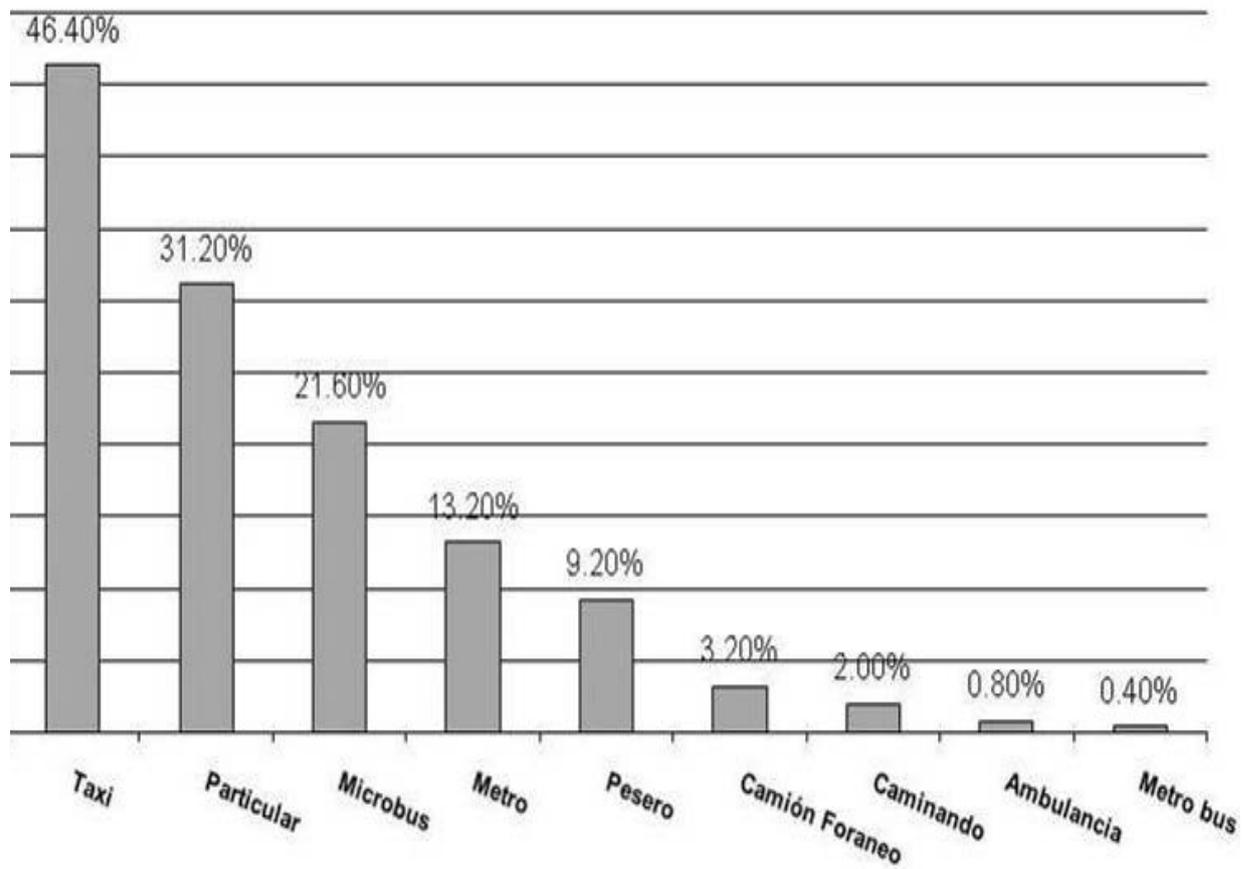
Transporte.

Tiempo de transportación. En relación al tiempo que emplean regularmente las pacientes en transportarse de su casa, se encontró un promedio de 66 ± 40 minutos, con una máxima de 180 minutos y una mínima de 5 minutos. Además, el tiempo que transcurrió desde el momento en el que salió de su casa hasta que recibió atención en el hospital correspondió en promedio a 2 horas, con una máxima de 23 horas y una mínima de 10 minutos.

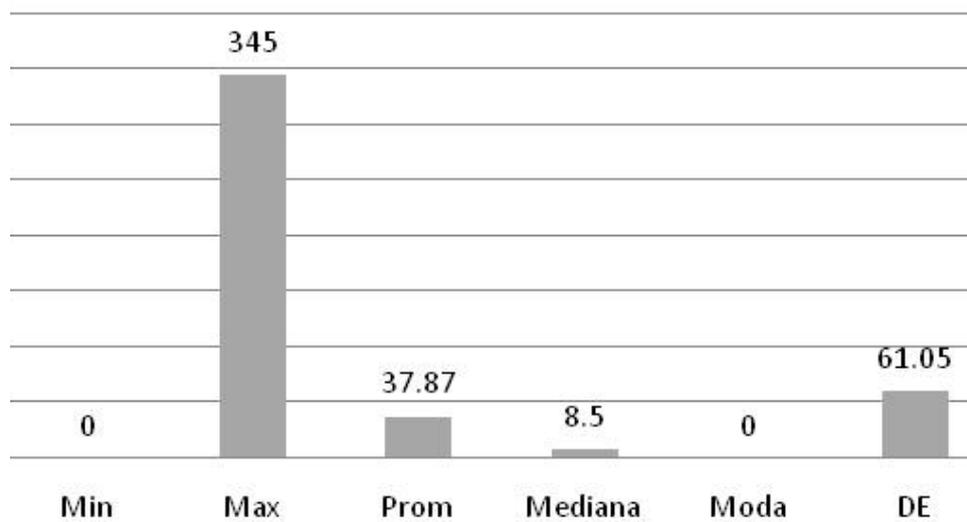
Número de medios de transporte utilizados. Se observó que el 75% utiliza un solo medio de transporte, el 18% dos medios de transporte, tres medios de transporte el 4%, y el resto de las pacientes acudieron caminando o usaron cuatro o cinco medios de transporte.



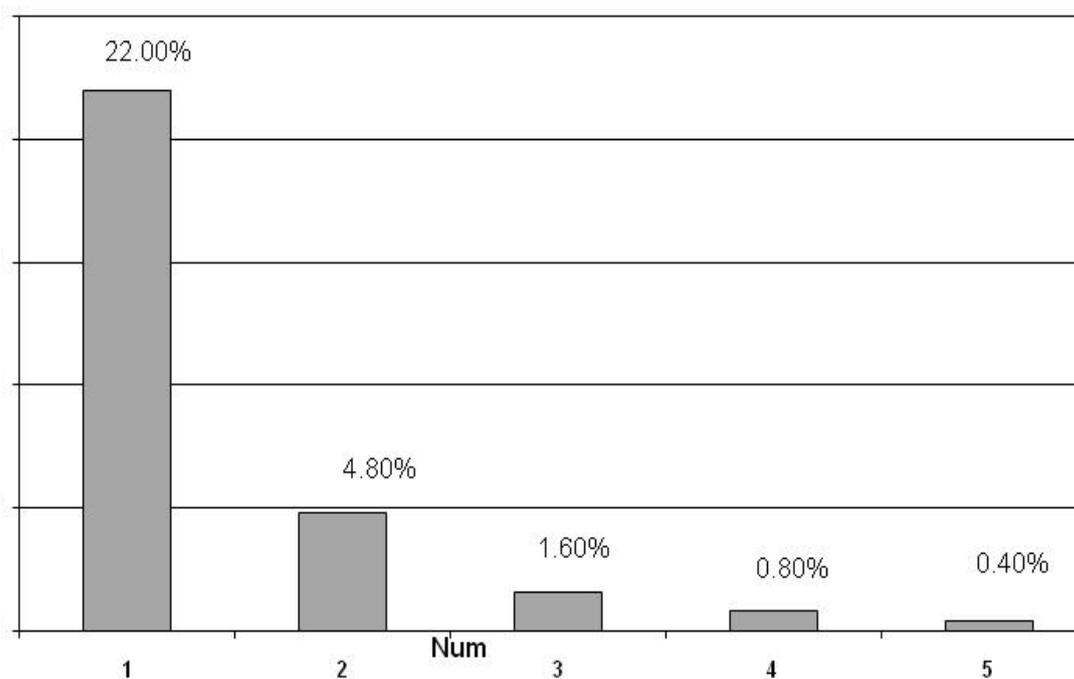
Tipo de medio de transporte. Se encontró que el 46% acudió en taxi, 31% en carro particular, 21% usó como medio de transporte el microbús, 13% usó el metro, 9% acudió en pesero.



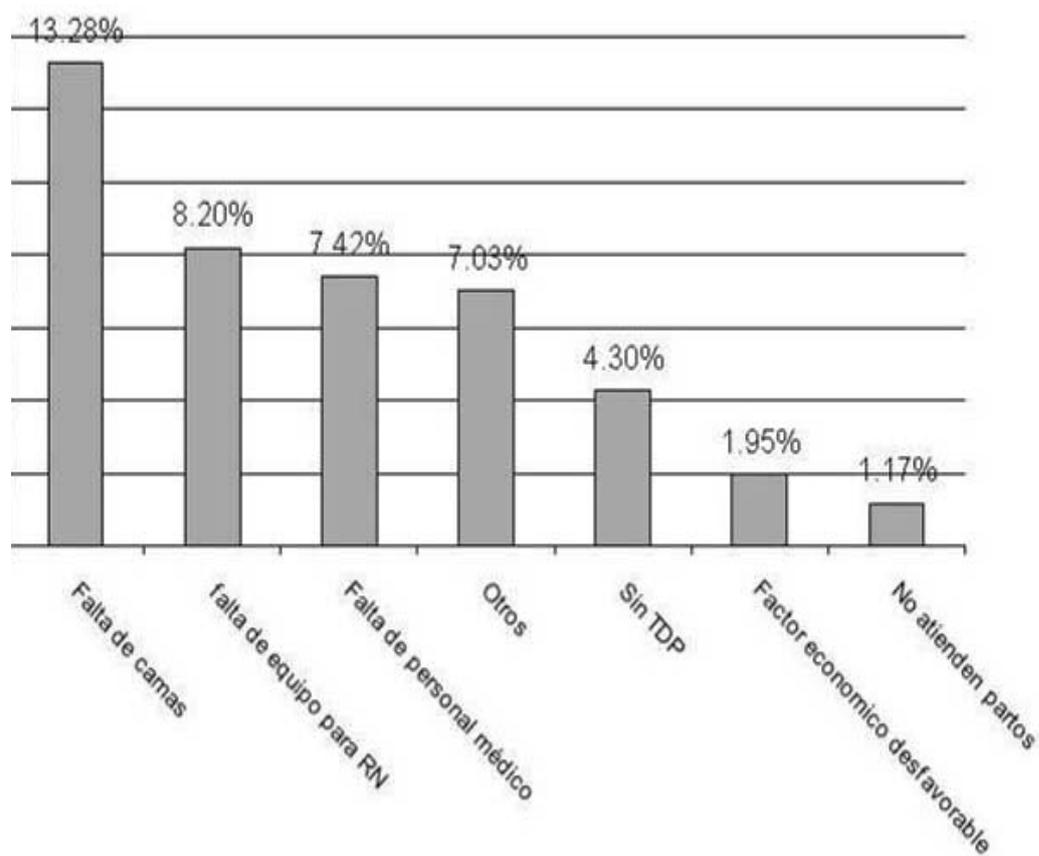
Gasto por transportación. Los gastos derivados de la transportación de la paciente mostraron lo siguiente: un promedio de 38 pesos, con una máxima de 345 pesos y una mínima de cero pesos.



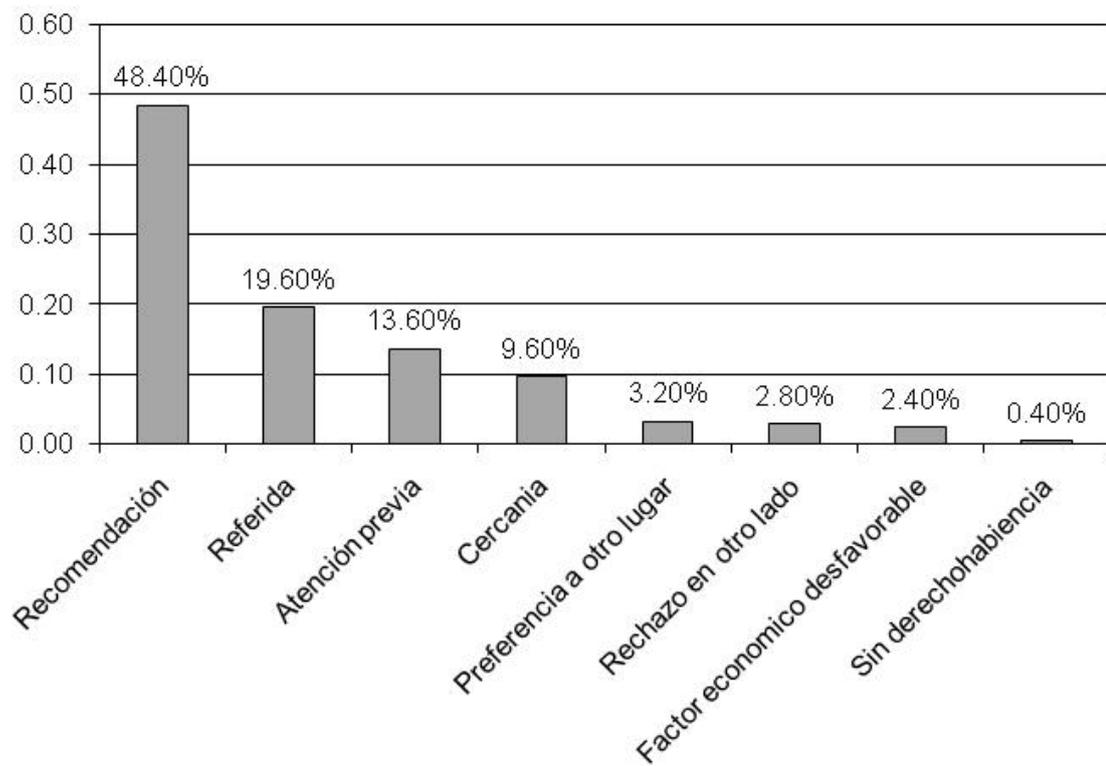
Solicitud de atención en otras instituciones antes de acudir al Hospital de la Mujer. De las 250 pacientes que fueron encuestadas el 30% solicitaron atención en otra institución antes de acudir al Hospital de la Mujer, de ellas 22% lo hizo una sola vez, el 5% en dos ocasiones, el 2% en tres ocasiones, y el resto lo hizo cuatro o cinco veces.



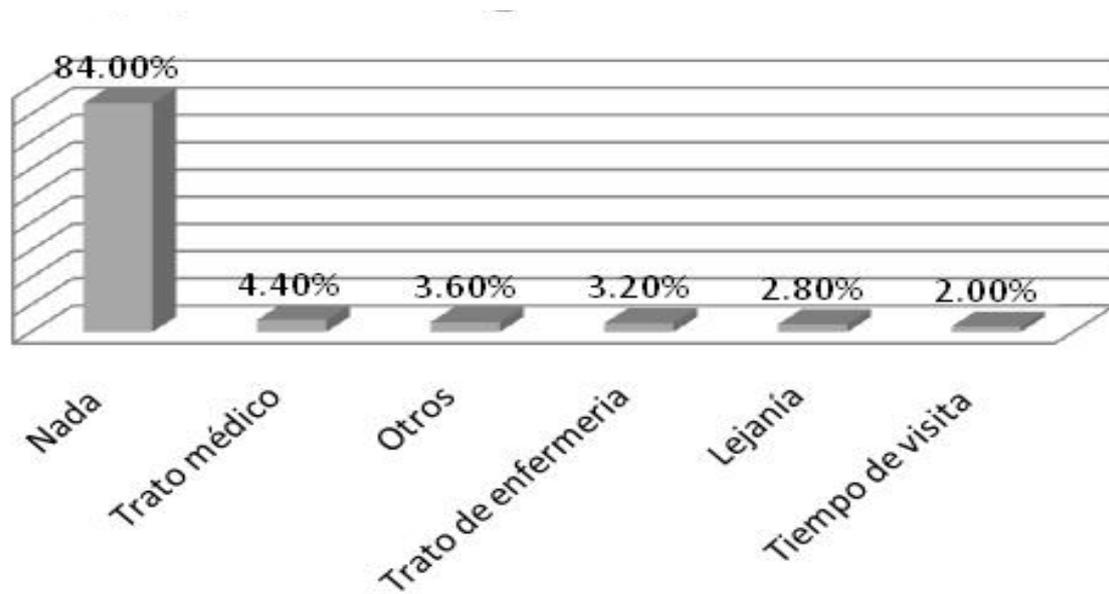
Motivos de Rechazo en otras instituciones de salud. Los tres principales motivos de referencia o rechazo de la institución que se visitó previamente a ser atendida en el Hospital de la Mujer fueron la falta de camas en un 13%, el 8% por falta de equipo para el recién nacido y el 7% por falta de personal médico.



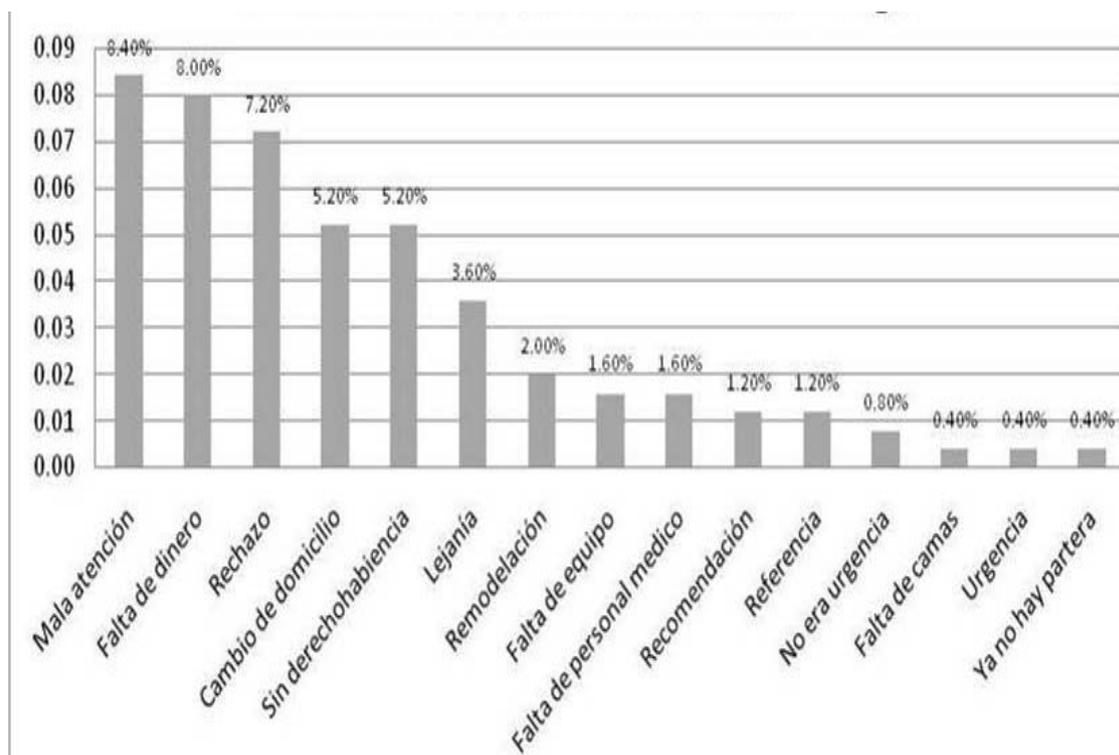
Motivo para acudir al Hospital de la Mujer. Las tres principales razones por las que la paciente decidió atenderse en este hospital fueron por recomendación en el 48%, por referencia o rechazo de un hospital previo en el 22%, mientras que el 13% de las pacientes decidieron atenderse porque ya habían sido atendidas previamente en este hospital.



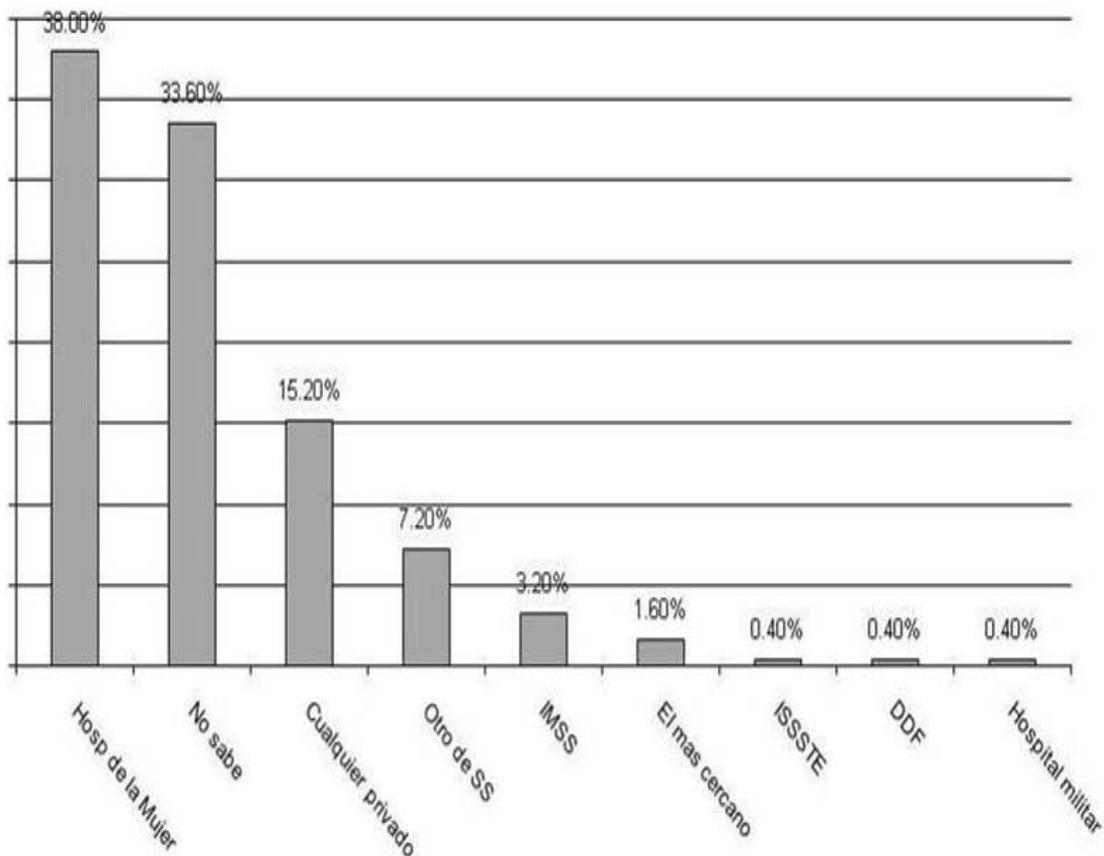
¿Qué les desagrada del hospital a nuestras pacientes? Aunque 84% no expresó inconformidad, no dejan de ser importantes las quejas expresadas por la minoría de las pacientes en donde figuran factores tan importantes como el trato médico y del personal de enfermería.



¿Por qué las pacientes que en un embarazo previo recibieron atención en otro hospital no se atendieron esta vez ahí? El 8% respondió que por la mala atención que recibió, un 8% más por falta de dinero y al sumar a las pacientes referidas y rechazadas de otro hospital encontramos que también representan el 8%.



¿Qué prefieren nuestras pacientes? Si ellas tuvieran la oportunidad o el dinero suficiente para decidir a qué lugar acudir, el 38% de ellas regresaría a este hospital, el 34% no sabe, el 15% preferiría cualquier hospital privado, y el resto de las pacientes optarían por ser atendidas en otro hospital de la Secretaría de Salud, en el IMSS o en el hospital más cercano a su domicilio.



De las 250 pacientes a quienes se les aplicó la encuesta el 74% conoce el centro de salud más cercano a su casa, mientras que no lo conoce el 26% restante.

Por otro lado, el 82% de ellas conoce el hospital público más cercano a su domicilio, mientras que el 28% no lo conoce.

II. DISCUSIÓN

¿Se cumple el derecho humano a la atención médica en nuestro medio? Es en este contexto que el Hospital de la Mujer presta los servicios de salud a la población que los solicita. Una población de composición heterogénea y que igualmente puede acudir de la delegación a que pertenece el Hospital como de otras delegaciones, algunas muy alejadas, y aun de otras entidades federativas. Como hemos visto en nuestro estudio, el 51% de las pacientes obstétricas que son atendidas en nuestro hospital pertenecen al estado de México, 46% de ellas son residentes del Distrito Federal y el 2% corresponde a pacientes de otros Estados.

¿Cuál es el motivo por el que las mujeres que no pertenecen a las áreas cercanas al Hospital de la Mujer acuden al servicio de urgencias? Recordemos que el 30% de las 250 pacientes obstétricas que fueron interrogadas solicitó atención médica en otro hospital, y que al preguntarles directamente sobre el motivo por el que decidieron atenderse en este hospital se encontró que, la segunda razón por la que nuestro hospital se convierte en una opción de atención se debe a que las pacientes fueron referidas o rechazadas de otra institución en el 22% de los casos.

En relación al apartado anterior, la principal razón por la que las pacientes decidieron atenderse en este hospital está representada por todas aquellas que recibieron un comentario positivo del Hospital de la Mujer, es decir, el 48% de nuestras pacientes acudieron por recomendación de algún familiar, sus vecinos, porque algún conocido se atendió aquí y consideró haber recibido una buena atención. Esta observación puede sugerir, al menos, dos comentarios que concuerdan con lo expuesto en los antecedentes. Por un lado, nos habla de la aceptación, y por qué no, del prestigio que tiene nuestro hospital entre la población. Pero por otro lado, también genera otras interrogantes: ¿Qué ha sucedido con los hospitales cercanos al domicilio de las pacientes? ¿La población ha dejado de confiar en la atención que ofrecen? ¿Si es así, por qué se ha perdido la credibilidad? ¿Todos los hospitales tienen la infraestructura y personal para dar respuesta a las necesidades de atención?

En nuestro estudio hemos encontrado que, aunque no es la mayoría, un porcentaje importante de la población no conoce los centros de atención cercanos a su domicilio. El 26% de las pacientes no conocía el centro de salud más cercano, mientras que el 18% no conoce el hospital público más cercano. Por otro lado, las tres principales causas de que una paciente no regrese al lugar en que fue atendida en un evento obstétrico previo están representadas por la mala atención recibida, por la falta de dinero para quienes se atendieron en medio privado, y por haber sido referidas o rechazadas, siendo responsables del 24% de las causas. Además, las tres principales causas de rechazo o referencia las ocupan la falta de camas con un 13%, la falta de equipo necesario para la atención del recién nacido en un 8%, y la falta de personal médico en el 7% de los casos. De lo anterior podemos concluir que, para dar explicación a las razones que llevan a una paciente a decidir ser atendida en un hospital es necesario un enfoque multifactorial.

No menos importantes son los datos que se obtuvieron al preguntarles a las pacientes sobre el lugar que ellas preferirían si tuvieran la posibilidad de hacerlo. Del total de

pacientes 34% regresaría al Hospital de la Mujer, 33% no sabe qué lugar escogería, mientras que en tercer lugar con el 15% de las pacientes preferiría cualquier hospital privado. Estos datos concuerdan con la literatura haciendo referencia a que las pacientes suponen que los medios privados de atención de la salud atraen los mejores recursos humanos y materiales, descuidando los servicios públicos.³

No podemos dejar de lado factores tan prácticos como los gastos y el tiempo empleados en el proceso de búsqueda de atención médica, y que pueden influir sobre la posibilidad de recibir una atención médica oportuna. Aunque nuestro estudio no estaba dirigido a realizar un recuento minucioso de los gastos realizados por las pacientes y su familia durante todo el proceso de atención, si hemos obtenido datos orientadores en relación al costo de la transportación, encontrando que el promedio de las pacientes gasta 37 pesos en trasladarse de su domicilio al hospital, con una máxima de 345 pesos. Si recordamos que una de las definiciones del gasto catastrófico en salud considera como tal el gasto del 20% o más del ingreso, podemos decir que por sí solo el gasto realizado en el transporte representa un riesgo para la economía de las familias. Por otro lado, es sabido que el tiempo es un factor decisivo en la calidad de atención que recibe una paciente. El tiempo promedio que tarda una paciente en ser atendida en este hospital desde que sale de su domicilio es de 2 horas, con una máxima de 23 horas. Este factor está relacionado con el hecho de que una paciente haya buscado atención en otra institución. Así, encontramos que del 30% de las pacientes que buscaron atención previa el 22% lo hizo una vez, el 5% en dos ocasiones, el 1.6% tres veces, 0.8% de las pacientes buscaron atención en cuatro hospitales antes de ser internadas y 0.4% de ellas acudieron a 5 instituciones antes de su hospitalización.

Como hemos visto, no podemos hablar de un solo factor condicionante de que una paciente obstétrica solicite atención en el Hospital de la Mujer. Hemos observado la importancia que juega la preferencia de la paciente, la experiencia positiva o negativa de una atención previa, el desconocimiento del centro de atención al que le corresponde acudir, así como factores ajenos a ella como la disponibilidad de camas en los hospitales, la falta de equipo para la atención del recién nacido, la falta de personal médico para su atención en el caso de las pacientes que solicitaron atención en otro hospital, con el retraso en la atención que esto supone.

Por esta razón se vuelve importante abordar la problemática de la atención de la salud, y en nuestro caso, específicamente la atención de la paciente obstétrica desde un enfoque plural, en el que se tomen en cuenta todos los niveles que participan en el proceso de atención. Tanta importancia tiene el papel activo de la paciente en la búsqueda atención como la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicio, y la calidad de su personal a nivel médico y humano; y no menos trascendentes son los riesgos sociales que implican los gastos generados por la atención de la salud. Así, cobra mayor importancia la participación de la atención de la salud a nivel institucional y su fortalecimiento, no solo para mejorar la calidad de la atención médica sino también porque en la medida que ésta crece se disminuyen los riesgos de generar gastos catastróficos que ponen en peligro la economía familiar y nacional.

Si bien, muchos de los esfuerzos que se necesitan para que el sistema de salud posibilite que todas las mujeres que solicitan atención obstétrica cuenten con un hospital cercano a su domicilio, en la que atienda personal capacitado, con los insumos necesarios para ofrecer un servicio de calidad, proviene de la voluntad política de quienes encabezan los gobiernos locales y federal, reconociendo que cuando una mujer enfrenta obstáculos para la atención a la que tiene derecho por mandato constitucional, el Estado está incurriendo en violencia institucional contra los propios ciudadanos. Ninguna mujer debe quedar fuera de la atención adecuada de su embarazo, parto o puerperio, así como de la interrupción legal de su embarazo, por su capacidad de pago, o por consideraciones de carácter ideológico de quienes ocupan los ministerios de salud o de los mismo prestadores de servicios, Además, está en nuestras manos como servidores públicos críticos y comprometidos de la salud materna y perinatal trabajar por que la atención que reciban nuestras pacientes, en este el Hospital de las Mujeres ocurra en un ámbito científico, profesional y profundamente humano.

I. BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezama M, Knaul F. Reforma Integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México* 2007; 49: S23-S36.
2. DRAE (Diccionario de la Real Academia Española. Disponible en: <http://buscon.rae.es/draeI/>. Acceso el 10 de junio de 2007.
3. Elizondo C. El derecho a la protección de la salud. *Salud Pública de México* 2007; 49: 144-155.
4. Filippi V, Ronsmans c, Campbell O, Graham W, Mills A, Borghi J, Koblinsky M, Osrin D. Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action. *The Lancet*; 368: 1535-41
5. Sheffield J. Atención del parto por personal calificado. En: Elu MC, Santos PE (eds). *A lo largo del camino*. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos (CPMSR)/ Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C., 2005: p.59-65.
6. Trotochaud K. Ethical Issues and Access to Healthcare. *Journal of Insusion Nursing*; 29: 165-170.
7. Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn Ch, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. *Salud Pública de México* 2007; 49: S70-S86
8. Grupo coordinador para la emisión de recomendaciones Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 295-331.

9. Langer A, Hernández B, García Barrios C, Saldaña G and the Nacional Safe Motherhood Comité of Mexico. Identifying interventions to prevent maternal mortality in México: a verbal autopsy study. En: Berer M, Ravindran TKS, Safe Motherhood Initiatives: Critical Issues. Reproductive Health Matters, London; 1999: 127-36.
10. Norma Oficial Mexicana. NOM-07-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Diario Oficial de la Federación. México: 31 de octubre de 1994.
11. Higuera Mantilla A, Espinel Chávez F. Diseño de un programa de garantía de calidad para los servicios de salud. En: Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. Garantía de calidad en salud. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 1999: p.45-62.
12. Lineamientos Operativos del Sistema de Monitoreo para la Gestión de la Calidad. Atención Hospitalaria/Segundo Nivel. México, enero 2003.
13. Ransom EI, Yinger NV. Por una maternidad sin riesgos. Washington, DC: EE. UU. : Population Referente Bureau, 2002.