



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y
DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
CIENCIAS SOCIOMÉDICAS

“BARRERAS EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN MUJERES QUE
ASISTIERON A UN CENTRO DE EMBARAZOS EN CRISIS EN UN
CONTEXTO DE PANDEMIA: ESTUDIO CUALITATIVO”

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS

Presenta:

María Alejandra Aguilar Rodríguez

Directora de tesis:

Dra. Lilia Virginia Castro Porras

Centro de Investigación en Políticas, Población y Salud

Miembros del comité tutor:

Dr. Mario Rojas Russell

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Dr. Malaquías López Cervantes

Facultad de Medicina

Ciudad Universitaria, Cd. Mx. Mayo, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Tabla de contenido

RESUMEN	I
1. PRESENTACIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
2.1. ATENCIÓN PRENATAL.....	3
2.2. PANDEMIA POR COVID-19 Y SALUD MATERNA	6
2.3. CENTROS DE EMBARAZOS EN CRISIS.....	8
2.4. BARRERAS Y FACILITADORES EN LA ATENCIÓN PRENATAL	9
3. MARCO CONCEPTUAL	11
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
5. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
6. OBJETIVO DEL ESTUDIO	14
7. JUSTIFICACIÓN.....	14
8. REFLEXIVIDAD.....	15
9. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	16
9.1. POBLACIÓN DE ESTUDIO	19
9.2. SELECCIÓN DE LA MUESTRA	19
9.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	19
9.4. PERIODO Y SITIO DE ESTUDIO.....	19
9.5. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	19
9.6. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	20
9.7. ÁRBOL DE CATEGORÍAS.....	20
9.8. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS	21
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
11. RESULTADOS	23
11.1. POSIBILIDAD DE DECIDIR BUSCAR ATENCIÓN	24
11.1.1. <i>Accesibilidad</i>	24
11.1.2. <i>Capacidad para identificar una necesidad de atención</i>	26
11.1.3. <i>Aceptabilidad</i>	27
11.1.4. <i>Capacidad para buscar atención</i>	27
11.2. POSIBILIDAD DE ALCANZAR LA ATENCIÓN DE SALUD	28
11.2.1. <i>Disponibilidad</i>	28

11.2.2.	<i>Capacidad para alcanzar los servicios</i>	29
11.3.	POSIBILIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN DE SALUD ADECUADA	30
11.3.1.	<i>Asequibilidad</i>	30
11.3.2.	<i>Capacidad para pagar</i>	30
11.3.3.	<i>Idoneidad</i>	32
11.3.4.	<i>Capacidad para involucrarse y participar</i>	33
12.	DISCUSIÓN	35
13.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	39
14.	CONCLUSIÓN	40
15.	REFERENCIAS	41
16.	ANEXOS	50

Agradecimientos

Quisiera aprovechar esta oportunidad para expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones que han contribuido de manera significativa en la realización de mi tesis.

En primer lugar, deseo agradecer a la Dra. Lilia V. Castro Porras, mi asesora de tesis, por su invaluable guía y mentoría a lo largo de todo el proceso de investigación. Su experiencia, sabiduría y dedicación han sido una inspiración constante para mí. Agradezco profundamente su paciencia, compromiso y sus valiosos aportes, los cuales han enriquecido significativamente mi trabajo.

También quiero expresar mi gratitud al Dr. Mario Rojas Russell y al Dr. Malaquías López Cervantes, miembros de mi comité de tesis. Agradezco sinceramente su tiempo, dedicación y conocimientos especializados, que han contribuido a mejorar la calidad de mi investigación. Sus comentarios y sugerencias han sido de gran ayuda para el desarrollo de este trabajo.

Mi más profundo agradecimiento va dirigido a mi familia. A mis papás, cuyo amor incondicional y constante apoyo han sido la fuerza motriz detrás de mis logros académicos. Agradezco infinitamente su escucha atenta, su interés genuino y su aliento constante en cada paso de mi camino. A mis padrinos, quienes han estado siempre dispuestos a brindarme su apoyo incondicional, incluso en las situaciones más desafiantes. Y a Ernesto y Antonio quienes han llenado mi vida de alegría y nueva motivación.

Quiero expresar un agradecimiento especial a Fernando. Tu apoyo constante, tu amor incondicional y tu compromiso con nuestro crecimiento mutuo han sido un pilar fundamental en este proceso. Gracias por infundirme tranquilidad, por tu paciencia infinita y por motivarme a perseverar incluso cuando las dificultades parecían abrumadoras. Te agradezco de corazón por todo lo que has hecho y sigues haciendo por mí.

Además, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a los Centros Pro-mujer, quienes generosamente me abrieron las puertas para realizar las entrevistas que fueron fundamentales en el desarrollo de esta investigación.

Por último, pero no menos importante, deseo agradecer a la Dirección General de Asuntos de Personal Académico y al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) por el financiamiento otorgado. Sin su apoyo financiero, esta tesis no habría sido posible.

A todos ustedes, les estoy sinceramente agradecida por su valiosa contribución, su confianza y su apoyo incondicional.

Resumen

Antecedentes: El embarazo es una ventana de oportunidad única en el ciclo de la vida, por lo que contar con una atención prenatal adecuada es fundamental. Las mujeres que acuden a los Centros de Embarazos en Crisis (CEC) constituyen un grupo vulnerable que enfrenta barreras en el acceso a la atención prenatal, lo cual implica una disminución de la posibilidad de recibir atención prenatal adecuada. Por otra parte, la pandemia por COVID-19 propició un incremento en las complicaciones relacionadas con el embarazo y modificó la manera en que las mujeres embarazadas experimentaron la atención prenatal.

Objetivo: Explorar la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, del acceso a los servicios de atención prenatal de mujeres embarazadas que acudieron a un CEC del área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19.

Material y métodos: En octubre y noviembre del 2021 se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a mujeres mayores de 18 años que acudieron a un CEC del área metropolitana del Valle de México. Se utilizó el paradigma postpositivista y la fenomenología interpretativa como abordaje.

Resultados: Se identificaron diez facilitadores y diecisiete barreras que generaron variaciones en el acceso efectivo a la atención prenatal. Seis de las barreras identificadas estuvieron íntimamente relacionadas con la pandemia por COVID-19, lo cual es reflejo del impacto indirecto de la pandemia en la experiencia colectiva de la atención prenatal.

Conclusiones: Entre las barreras se encuentran la interrupción de servicios por la pandemia, la percepción de los servicios como fuente de contagio por COVID-19, el maltrato experimentado y el modelo de atención paternalista. En cuanto a los facilitadores, destacan la percepción del embarazo como responsabilidad de la mujer, la autonomía y la autoeficacia. El análisis de la experiencia colectiva de mujeres embarazadas durante emergencias sanitarias es esencial para la identificación de barreras y facilitadores como áreas de oportunidad potenciales que orienten los esfuerzos dirigidos a garantizar el acceso a servicios básicos de atención, como la atención prenatal adecuada.

1. Presentación

El embarazo representa un período de alto riesgo para madres y niños, a pesar de los esfuerzos internacionales para reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. La atención prenatal constituye un componente fundamental dentro del continuo de atención de la salud materna, neonatal e infantil, y es una intervención costo-efectiva con el potencial de reducir la carga de morbilidad y mortalidad materna siempre y cuando las mujeres embarazadas tengan acceso efectivo a ella. La pandemia por coronavirus (COVID-19) afectó a la salud pública en todo el mundo, y tuvo un impacto significativo en la experiencia colectiva del embarazo y de la atención prenatal y en los resultados en salud materna e infantil (Calvert et al., 2021; Goyal et al., 2021; Mizrak Sahin & Kabakci, 2021; Mortazavi & Ghardashi, 2021).

El objetivo de este trabajo es analizar la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, del acceso a los servicios de atención prenatal de un grupo de mujeres embarazadas. Las participantes acudieron a un Centro de Embarazos en Crisis (CEC) en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19. La pertinencia del proyecto de investigación recae, principalmente, en los siguientes puntos: (A) la atención prenatal constituye una prioridad que forma parte de la agenda pública de nuestro país. En segundo lugar (B), la atención prenatal representa un pilar indiscutible en el continuo de atención materna y perinatal que ha demostrado tener efectos importantes en la salud de mujeres, recién nacidos y niños; (C) aunque se ha reportado que la cobertura de los servicios de atención materna se ha duplicado en los últimos 25 años, la contingencia sanitaria relacionada con el COVID-19 tuvo un impacto negativo en el acceso a la atención prenatal. Finalmente (D), la población que acude a un CEC posee características particulares que afectan la experiencia colectiva relacionada con el acceso a la atención.

En la primera sección del presente documento se exponen los antecedentes relacionados con la situación actual de la atención prenatal en México, la importancia de la atención prenatal en la salud de las mujeres, recién nacidos y niños, así como las inequidades que se han reportado en el tema. Se incluyen los resultados de la revisión de la literatura correspondiente a la atención prenatal tomando en cuenta la pandemia por COVID-19. Para finalizar, se realiza una descripción de los CEC y de la población que atienden.

Posteriormente, se establece el marco conceptual en donde se describen los principales elementos que se estudiaron en la investigación y su interrelación. Se utilizó el marco conceptual del acceso efectivo a los servicios de salud propuesto por Levesque en el 2013, que se explica con detalle más adelante. En seguida, se muestra el planteamiento del problema de investigación, la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación, mostrando la relevancia de esta tesis y enfatizando las aportaciones de ésta al campo de la gestión de salud.

A continuación, se describe la metodología utilizada; en primer lugar, se presenta la información pertinente relacionada con la investigadora principal, con el propósito de evidenciar la posibilidad de sesgos derivados de su experiencia con el tema; a continuación, se describe el diseño de estudio acorde con los objetivos de la investigación. Además, en esta sección se describe el paradigma y el abordaje teórico que guiaron la elaboración de este proyecto, la manera en que ambos concuerdan y el papel que desempeñan en el análisis de la información.

Finalmente, se describen los resultados del estudio y se discuten en términos de relevancia y consistencia con lo reportado en la literatura; asimismo, se exponen las limitaciones y conclusiones del trabajo. Los resultados de este estudio evidencian una serie de barreras y facilitadores del acceso a la atención prenatal, desde la perspectiva de mujeres que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19.

2. Antecedentes

2.1. Atención prenatal

En la actualidad, la morbilidad y mortalidad materna por causas prevenibles continúan siendo inaceptablemente altas a pesar de que la salud y el bienestar materno-infantil es una prioridad para todos los sistemas de salud. En añadidura, las desigualdades encontradas en mortalidad materna entre diferentes países y regiones del mundo reflejan un problema de inequidad importante (Belizán et al., 2021; Calvert et al., 2021). En el estudio publicado por Belizan et al. (2021), se reportó una disminución en todas las causas de mortalidad materna a nivel mundial; sin embargo, la disminución más importante en países de ingreso bajo, mediano bajo y mediano alto, se localizó en las muertes atribuidas a pérdida hemática mientras que las muertes atribuidas a los desórdenes hipertensivos del embarazo mostraron la menor disminución. Dos características importantes de los desórdenes hipertensivos del embarazo son: 1) su diagnóstico, manejo y adecuado tratamiento requiere de contacto cercano entre la mujer embarazada y los sistemas de salud, y 2) existen intervenciones que han mostrado ser efectivas en la prevención de la mortalidad atribuible a dichas enfermedades pero que sólo pueden ser implementadas mediante evaluación clínica oportuna y frecuente. Estas condiciones pueden explicar las diferencias entre los desenlaces del embarazo en países con ingreso mediano bajo en comparación con aquellos en la categoría de ingreso alto.

La mortalidad materna es un buen indicador del nivel de desarrollo de un país, de las inequidades en el acceso a los servicios de salud y la habilidad que tienen las personas para ejercer el derecho a la salud y en consecuencia se presenta como primera evidencia del problema de estudio del presente proyecto de investigación (Navarro et al., 2018; Rodríguez-Aguilar, 2018). A nivel mundial, se estima que hubo una disminución de aproximadamente 38% en mortalidad materna entre los años 2000 y el 2017 (World Health Organization, UNICEF, UNFPA, 2019). En México, se estima que hubo una disminución de 56% en la razón de mortalidad materna en el periodo de 1990-2014, lo cual significó que no se alcanzó la meta estipulada como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 (Rodríguez-Aguilar, 2018).

Dada la tendencia actual de la mortalidad materna, se ha estimado que tampoco se alcanzará a cumplir la meta establecida en la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030. Según la iniciativa para Eliminar la Mortalidad Materna Prevenible (EPMM por sus siglas en inglés) que busca mejorar la salud materna, el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) debe estar fundamentado en el fortalecimiento de los sistemas de salud, específicamente, con el propósito de alcanzar cobertura universal de los servicios que forman parte del continuo de salud materna (WHO & UNFPA, 2021).

Se han expuesto algunos motivos por los que el embarazo es considerado como un periodo de alto riesgo para la salud de las mujeres embarazadas, sin embargo, también lo es para la salud de sus hijos (Pirjani et al., 2021). Por más de 30 años se ha mantenido un compromiso internacional por respetar y defender los

derechos fundamentales de los niños entre los que se encuentra el derecho a sobrevivir. Estos esfuerzos se han visto plasmados en diferentes estrategias como los ODS. La tasa de mortalidad en menores de 5 años se ha considerado como un indicador de desarrollo social, prosperidad económica y calidad de los servicios de salud. A pesar del importante progreso que se ha alcanzado en las dos décadas pasadas, se estima que 5 millones de niños menores de 5 años murieron en el 2020 principalmente por causas prevenibles (Hug, Sharrow, et al., 2019).

La distribución por edades de la mortalidad en niños menores de 5 años demuestra que los recién nacidos enfrentan el mayor riesgo de morir durante el periodo perinatal. Del total de muertes entre niños menores de 5 años, aproximadamente la mitad ocurre en el periodo neonatal (primeros 28 días de vida). En el 2020 de los 5 millones de muertes en niños menores de 5 años, 2.4 millones acaecieron durante el periodo neonatal (World Health Organization, 2022).

Proteger el derecho que cada niño tiene de sobrevivir precisará que se atiendan las inequidades persistentes en materia de salud materna e infantil mientras se asegura el acceso universal a los servicios de salud de calidad para mujeres y para niños (Hug, Sharrow, et al., 2019). Globalmente se ha registrado una disminución del 51% en la mortalidad neonatal entre 1990 y el 2017; sin embargo, dicha disminución ha sido considerablemente más lenta que la que se ha visto en la mortalidad en menores de 5 años (Hug, Alexander, et al., 2019).

En países de ingresos medios como México, existe limitada evidencia acerca del impacto que la calidad de la atención prenatal tiene en la mortalidad infantil. Un estudio realizado en India encontró una relación estadísticamente significativa entre la calidad de la atención prenatal y el riesgo de mortalidad neonatal e infantil. En concordancia, el estudio ecológico realizado por Chou et al. (2019) que tuvo como propósito estimar el impacto de la atención prenatal de pobre calidad en la mortalidad y morbilidad materna y neonatal, reportó que si se otorgara atención materna y neonatal de calidad a aquellas personas que ya utilizan los servicios de salud existentes, se lograría una reducción del 28% en las muertes maternas, del 28% en las muertes neonatales y del 22% en el número de muertes fetales (Kuhnt & Vollmer, 2017).

La atención prenatal ha sido reconocida también como una herramienta para mejorar los desenlaces del embarazo, además de ser una estrategia eficiente para disminuir la mortalidad materna y neonatal. Holcomb et al. (2021) reportaron que las mujeres que no recibieron atención prenatal presentaban una frecuencia 2.65 (IC 95% [1.95-3.55]) veces mayor de parto prematuro, mayor frecuencia de neonatos con bajo peso al nacer, mayor frecuencia de admisiones a unidad de cuidados intensivos neonatales y neonatos con estancias hospitalarias más largas (Holcomb et al., 2021).

Adicionalmente a la disminución de la frecuencia de complicaciones que se ha reportado en asociación con el acceso a la atención prenatal, también existen estudios que han encontrado una relación dosis respuesta entre la calidad de la atención recibida y los resultados del embarazo. En términos del peso y edad gestacional al nacimiento, se ha encontrado que el peso al nacimiento en los hijos de mujeres que recibieron atención prenatal clasificada como inadecuada fue menor que en los casos en que la atención se clasificó como adecuada; siguiendo la misma direccionalidad la edad gestacional al nacimiento en el primer grupo fue menor en relación con la encontrada en el segundo grupo de mujeres (Liu et al., 2012).

La nutrición y el ejercicio durante el embarazo son componentes que tienen impacto directo en los resultados del embarazo y en la presencia de complicaciones. En el caso de la actividad física, se ha demostrado que representa un factor protector para la ganancia de peso excesiva durante el embarazo, diabetes gestacional y desordenes hipertensivos del embarazo cuando dicha actividad se realiza al menos tres veces a la semana y con una duración de al menos 50 minutos (Díaz-Burrueco et al., 2021). Una mala nutrición se ha asociado con incremento del riesgo de muerte intrauterina, además de que existen una miríada de intervenciones que han demostrado mejorar los resultados del embarazo y disminuir las complicaciones, entre ellas se encuentran la suplementación de ácido fólico, incremento de la ingesta de frutas y verduras, suplementación de vitamina D, vitamina C y vitamina E y suplementación de calcio y suplementación de ácido docosahexaenoico (DHA) (Escamilla-Nuñez et al., 2014). Estas intervenciones pueden ponerse al alcance de las mujeres embarazadas durante la atención prenatal.

Se ha demostrado que el acceso efectivo antes, durante y después del embarazo a los diferentes servicios de salud reproductiva tiene el potencial de mejorar los resultados de salud materno-infantil (de Jongh et al., 2016). Dentro del continuo de la atención reproductiva, la atención prenatal posee particular relevancia ya que es un determinante de la salud materna e infantil y constituye una plataforma para la promoción de la salud, detección y tratamiento de enfermedades, así como para el apoyo social, cultural y psicológico dirigido a las mujeres embarazadas (Okedo-Alex et al., 2019).

A pesar del progreso considerable que se ha visto en los servicios de atención prenatal, persiste la existencia de brechas importantes en la cobertura de muchas intervenciones de salud materna (Organización Panamericana de la Salud, 2016). A nivel nacional, en el 2018 se estimó que el porcentaje de mujeres en edad fértil que acudió a atención prenatal durante el primer trimestre de su embarazo fue de 88.5%, sin embargo, persisten inequidades en la cobertura de estos servicios (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2020).

Por otro lado, para generar políticas que sean verdaderamente efectivas para mejorar los resultados de salud, es necesario tomar en cuenta no solo la cobertura cruda de los servicios de atención prenatal sino también la calidad de estos, dado que la falta de calidad o disponibilidad de los servicios puede retardar su

utilización o impedir una experiencia positiva del embarazo (World Health Organization, 2019). Se ha establecido la relación directa que existe entre el acceso oportuno a la atención prenatal de calidad y la experiencia positiva de las mujeres en este proceso de atención, con un desenlace positivo del embarazo acompañado de una maternidad saludable (World Health Organization, 2016).

Como se mencionó anteriormente, otro factor importante relacionado con la morbilidad materno-infantil es la calidad de la atención prenatal recibida y es también una posible explicación de por qué el incremento en la cobertura de los servicios de atención prenatal no ha sido suficiente en la reducción de las muertes maternas y neonatales (Millogo et al., 2021). Una reducción en la mortalidad materna requiere de mejorar la calidad de la atención prenatal prestada y de promover la atención continua a lo largo del embarazo, parto y puerperio (Renfrew et al., 2014). En este sentido, Heredia-Pi et al. (2016) encontraron que, en términos de los indicadores de calidad recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y aquellos estipulados en las guías de práctica clínica de nuestro país, únicamente el 71.5% de las mujeres mexicanas embarazadas que recibió atención prenatal por personal de salud, tuvo atención oportuna, suficiente y apropiada (Heredia-Pi et al., 2016).

En la revisión realizada por Kyei-Nimakoh et al. (2017) se reportaron barreras que afectan las diferentes dimensiones del acceso y que pueden estar relacionadas tanto con el lado de la oferta o de la demanda de los servicios de salud, entre los principales resultados se encuentran: bajo nivel de ingresos en el hogar, dificultades de transporte al centro de atención, grandes distancias entre el lugar de residencia de las mujeres y la institución de salud, falta de información o conocimiento acerca de los servicios disponibles, largos periodos de espera para recibir atención, inadecuados horarios de atención, percepción de pobre competencia profesional de los proveedores de servicios, pobres prácticas de referencia, mala relación con el personal (por ejemplo falta de confianza o malas actitudes del personal de salud, verdaderas o percibidas), estigmatización de enfermedades, poca asertividad de las mujeres y poca capacidad de toma decisiones (Kyei-Nimakoh et al., 2017).

2.2. Pandemia por COVID-19 y salud materna

La enfermedad causada por el coronavirus del 2019 fue declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo del 2020 (World Health Organization, 2020). Desde entonces, los hospitales y unidades de atención ambulatoria dirigieron sus esfuerzos a reducir el impacto de la emergencia disminuyendo la transmisión del virus. Esta situación generó el reto de establecer las prioridades de atención no relacionadas con el COVID-19 (Khetrapal & Bhatia, 2020).

En el ámbito de la salud materna en México, desde febrero del 2020 hasta febrero del 2021 se registró un incremento de alrededor del 60% en la Razón de Mortalidad Materna en comparación con el año 2019

(Mendez-Dominguez et al., 2021). Durante el embarazo, el acceso efectivo a los servicios de atención prenatal es un determinante importante de un embarazo y parto saludables y del estado de salud de las madres y sus hijos, en consecuencia, la disminución de aproximadamente 30% de la cobertura de la atención prenatal que se ha reportado durante la pandemia en nuestro país es de particular importancia ya que es posible que sea un determinante del incremento observado de la mortalidad materna (Doubova et al., 2021). Lo más preocupante con respecto a la mortalidad materna es que la mayor parte de los decesos se debe a causas prevenibles, además de que por cada mujer que muere muchas más padecen complicaciones que pueden generar daños irreversibles en su estado de salud. La pandemia por COVID-19 ha exacerbado el riesgo al que se enfrentan las mujeres embarazadas (World Health Organization, 2021).

Secundario a la contingencia sanitaria relacionada con la pandemia, se ha encontrado disminución en el número de visitas de control prenatal y las admisiones en los servicios de ginecología y obstetricia. Se estima que, durante esta emergencia, hubo una disminución de 22 puntos porcentuales en la cobertura de atención prenatal en los dos primeros trimestres de embarazo mientras el número de hospitalizaciones por nacimiento se mantuvo sin cambios (Dell’Utri et al., 2020). Por otro lado, los efectos de la pandemia por COVID-19 ha disminuido no sólo el acceso y la disponibilidad de los servicios de salud materna, sino que también se ha observado una disminución de la calidad de estos (KC et al., 2020; Pant et al., 2020).

Entre los efectos relacionados con la pandemia por COVID-19 se encuentran: incremento de la mortalidad materna, aumento de la depresión postnatal y ansiedad relacionada con el embarazo, muerte fetal, anemia (lo cual implica incremento en la necesidad de transfusiones) y en la detección de complicaciones durante el parto o al final del embarazo (Chmielewska et al., 2021; Goyal et al., 2021; Mizrak Sahin & Kabakci, 2021; Robertson et al., 2020).

Existe poca evidencia acerca del impacto indirecto que la pandemia ha tenido en el embarazo, en el puerperio y en la lactancia materna, sin embargo, se ha reportado en estudios transversales que esta situación epidemiológica en particular ha tenido un impacto negativo en la experiencia colectiva en el periodo perinatal para mujeres embarazadas, así como en la interacción con los servicios de atención de salud. Entre los factores asociados se encuentran: preocupación acerca de las medidas de protección personal recomendado, ansiedad relacionada con interacciones sociales, miedo de contagio por los efectos negativos que pudieran ocasionar en la salud de sus hijos, restringido número de visitas de atención médica, limitado número de acompañantes en los servicios de atención de salud y en general menor apoyo durante la pandemia (Lambelet et al., 2021).

Todos estos resultados reflejan importantes retrocesos en los esfuerzos internacionales encaminados a alcanzar los ODS, derivado de que las personas con necesidades de salud ajenas a la pandemia se enfrentaron

con una gran variedad barreras en el acceso a los servicios de salud, incluyendo de la atención prenatal (Ahmed et al., 2021). Es por esa razón que encontramos una importante área de oportunidad para la investigación científica en la necesidad de explorar las barreras que han experimentado las mujeres embarazadas en el acceso a los servicios de atención prenatal durante la pandemia por COVID-19.

2.3. Centros de Embarazos en Crisis

Los Centros de Embarazos en Crisis (CEC) o Centros de Recursos para el Embarazo (CRE) son Organizaciones de la Sociedad Civil que proporcionan asesoría y otro tipo de asistencia relacionada con el embarazo y la maternidad (pañales, despensa, consejería, ropa para bebé, juguetes, entre otros) sin costo para mujeres embarazadas. Se ha reportado que la mayor parte de las personas que acuden a este tipo de centros lo hacen en busca de pañales (87%) o artículos para bebé (44%), mientras 11% de las personas buscan pruebas de embarazo gratuitas, 5% consejería personal y 2% información relacionada con el aborto o la adopción (Kimport et al., 2016). Se han realizado diferentes estudios con respecto a las actividades que realizan este tipo de centros, sin embargo, prevalece la incertidumbre con respecto al impacto que tienen las visitas a estos centros en las experiencias y toma de decisiones de las mujeres embarazadas.

Los CEC tienen como objetivo proporcionar asistencia y acompañamiento a mujeres en situación vulnerable que se enfrentan a un embarazo inesperado; es decir que la población a la que atienden consiste en mujeres embarazadas en situación vulnerable que solicitan ayuda para continuar con su embarazo y mujeres con un embarazo inesperado que consideraron el aborto, pero finalmente decidieron continuar con su embarazo (Kimport et al., 2016).

Aday (1994) propone como definición de poblaciones vulnerables, aquellas que están en riesgo de peores resultados físicos, psicológicos y sociales como consecuencia de menor disponibilidad de recursos y oportunidades para mejorar su salud (Aday, 1994). Esta definición corresponde con la población que atienden los CEC, además de estar relacionada con el tipo de servicios que ofrecen. Adicionalmente, es fundamental resaltar la asociación existente entre la deprivación socioeconómica con los pobres resultados perinatales, con la salud materno-infantil y con inequidades en la atención prenatal (de Graaf et al., 2013; Origlia et al., 2017; Timmermans et al., 2011; WHO, 2008).

Por otro lado, existe limitada evidencia con respecto a las mujeres que consideran el aborto a lo largo de su embarazo, pero finalmente continúan con él. Se ha reportado que las mujeres en esta subpoblación tienen una más amplia gama de necesidades sociales y se ha postulado que estas necesidades están relacionadas con la situación socioeconómica de las mujeres que se enfrentan a un embarazo inesperado (Berglas et al., 2019). Con respecto a la atención prenatal, que es el foco central del presente estudio, ha sido reportado que las mujeres embarazadas que consideraron el aborto tienen 60% menos posibilidades de iniciar la atención

prenatal en el primer trimestre de embarazo en comparación con las mujeres que no consideraron la posibilidad de abortar durante su embarazo (Toscano et al., 2022).

2.4. Barreras y facilitadores en la Atención Prenatal

La búsqueda de atención durante el embarazo va precedida por un proceso de toma de decisión que está determinado por la interacción entre el lado de la demanda, es decir, el comportamiento individual y del hogar, las normas de la comunidad y las expectativas de las mujeres, y el lado de la oferta que se refiere a las características y comportamiento de los proveedores de salud. Estos conceptos forman parte de lo que se conoce como acceso a la atención prenatal y reflejan la razón y pertinencia de analizar el tema contextualmente (Oberoi et al., 2016).

Finlayson y Downe (2013) describen tres temas que pueden interferir con el comienzo y continuidad de la atención prenatal. El primer tema está relacionado con la concepción del embarazo como un estado natural con potenciales complicaciones sociales o religiosas; estas creencias pueden disuadir a las mujeres de buscar atención prenatal ya que resultaría en una declaración pública del embarazo. El segundo tema se relaciona con los costos de recibir atención prenatal, costos directos e indirectos y el costo oportunidad. La disponibilidad de recursos influye directamente en el acceso a la atención prenatal por el lado de la demanda; sin embargo, es importante también abordar este aspecto desde el lado de la oferta, si los costos de la atención superan los beneficios percibidos por las mujeres se dificulta el acceso. El tercer tema se relaciona con el ajuste entre los servicios y las necesidades del cliente. Las mujeres que reconocen los potenciales beneficios de la atención prenatal pueden verse convencidas de interrumpirla debido a la percepción de falta de recursos en las instituciones de salud, los largos tiempos de espera, las pobres actitudes por parte del personal y las experiencias de maltrato (Finlayson & Downe, 2013).

Entre los facilitadores del acceso a la atención prenatal, desde el lado de las mujeres embarazadas, se han reportado las actitudes positivas hacia el embarazo, la capacidad de involucrarse activamente en la atención prenatal, el identificar los beneficios que representa la atención prenatal durante el embarazo, y la confianza en los servicios de salud. Este último facilitador se relaciona también con la percepción de que los servicios de atención prenatal representan una fuente de conocimiento, acompañamiento y apoyo hacia las mujeres embarazadas. Otro tema importante con potencial de facilitar el acceso a la atención prenatal es la actitud y comportamiento del personal de salud, la honestidad, la imparcialidad, el trato empático y alentador fueron identificados como facilitadores en la revisión sistemática realizada por Escañuela-Sánchez et al. (2022).

En un estudio realizado en el estado de Chiapas, se reportaron como barreras para el parto institucionalizado: barreras económicas y geográficas, incompatibilidad entre las políticas de la institución y las tradiciones, miedo por experiencias previas de maltrato y abuso, percepción de pobre calidad de

atención en las instituciones de salud, barreras políticas y de lenguaje (Sacks et al., 2022). Como facilitadores para el parto institucionalizado se han identificado: la cercanía geográfica, la percepción de que existe un potencial beneficio del parto institucionalizado en caso de complicaciones, apoyo por parte de su pareja o familia y la actitud positiva del personal de salud desde la perspectiva de las mujeres embarazadas (Shah et al., 2018). Los resultados reportados muestran congruencia con lo encontrado en otros estudios con respecto a barreras y facilitadores de la atención perinatal además de que resaltan factores relacionados con la oferta y la demanda de los servicios.

La experiencia del embarazo en general y de la atención prenatal en particular, se ha modificado como consecuencia indirecta de la pandemia por COVID-19. A continuación, se hace una revisión de ambos casos siguiendo un orden, de lo general a lo particular. La experiencia del embarazo fue influenciada por la interrupción de las rutinas y la tranquilidad de la vida diaria; este tema se relacionó a su vez con respuestas emocionales (estrés, miedo, soledad y falta de apoyo social y depresión) y de comportamiento (obsesión, cambios en la alimentación, adhesión a las medidas higiénicas y adhesión a las medidas de distanciamiento). Adicionalmente, las mujeres embarazadas debieron enfrentarse a nuevos retos relacionados con la disrupción de los servicios como consecuencia de la pandemia. Finalmente, otra diferencia con respecto a la experiencia del embarazo estuvo relacionada con las estrategias de manejo de las situaciones expuestas con anterioridad, tanto estrategias para enfrentarse a la disrupción de servicios (clases virtuales y grupos en redes sociales) como estrategias de manejo del estrés y comportamientos y emociones obsesivos (Mortazavi & Ghardashi, 2021).

Con respecto al impacto que la pandemia por COVID-19 tuvo en la experiencia de la atención prenatal de las mujeres, existieron características que impidieron el acceso de las mujeres a los servicios de salud. En primer lugar, la incertidumbre, falta de información, el miedo de contagio y el miedo de ser puestas en cuarentena impidieron que las mujeres decidieran acudir a buscar atención prenatal y propiciaron una disminución voluntaria del número de visitas prenatales a las que decidieron acudir. En segundo lugar, la falta de recursos económicos, la inflación y aumento de precios, el miedo de contagiarse al utilizar transporte público y demás problemas de transporte durante la contingencia sanitaria afectaron negativamente la capacidad de las mujeres embarazadas de alcanzar los servicios de atención prenatal. En cuanto a la experiencia de la atención recibida en las unidades médicas, si bien algunas mujeres reportaron que la calidad de la atención recibida permaneció constante, también se ha reportado falta de recursos materiales, falta de recursos humanos, maltrato y modificaciones estructurales en el sistema de atención de salud que menguaron la satisfacción con la atención recibida durante la contingencia sanitaria (Hailemariam et al., 2021; Masjoudi et al., 2020; Mizrak Sahin & Kabakci, 2021; Onchonga et al., 2021).

Por otro lado, se han reportado facilitadores de acceso a la atención en relación con la pandemia por COVID-19: la adherencia a los protocolos de higiene y protección personal, la implementación de estrategias para prevenir aglomeraciones que disminuyeron tiempos de espera, la separación de mujeres embarazadas de pacientes con enfermedades respiratorias y la priorización de la atención del embarazo por parte del sistema de salud (Akaba et al., 2022; Herwansyah et al., 2023). Cabe destacar que estos resultados están directamente relacionados con el contexto en el que se desarrollaron los estudios debido a que existió una gran diversidad en cuanto a los protocolos implementados en los diferentes países como respuesta a la pandemia por COVID-19.

3. Marco conceptual

Existen diferentes definiciones de acceso a los servicios de salud en el ámbito de la investigación en sistemas y políticas de salud. En esta tesis se adoptó la definición propuesta por Levesque que incorpora (1) la capacidad de identificar las necesidades de atención de salud, (2) de buscar servicios de atención de salud, (3) de alcanzar los servicios de salud, (4) de utilizar los servicios u obtener la atención y finalmente (5) de satisfacer la necesidad en salud (Levesque et al., 2013).

En el contexto de los servicios de atención de salud, el término acceso siempre se define en relación con un servicio, un proveedor o una institución. Sin embargo, existe divergencia en las definiciones propuestas en la literatura científica de lo que implica el acceso a los servicios de salud. Daniels y Whitehead proponen la aplicación de los principios de justicia en la gestión de los sistemas de salud de manera que plantea que el acceso a los servicios representa la justa igualdad de oportunidades para utilizar servicios adecuados en función de las necesidades de salud (Daniels, 1982; Whitehead, 1992). Esta lógica se encuentra incluida en la definición de acceso propuesta por Levesque.

Según lo propuesto por Penchansky y Thomas (1981), el acceso representa la interacción entre los proveedores de servicio y los usuarios. Es de ahí que surge la idea de que, para explorar el acceso a los servicios de salud, es necesario considerar si las características de los servicios, proveedores y sistemas están alineadas con las características y capacidades de las personas, hogares y comunidades (Penchansky & Thomas, 1981).

Otra característica destacable del modelo propuesto por Levesque es que toma en consideración diferentes dimensiones de acceso, lo cual permite una mejor operacionalización de su medición. En ese sentido, la definición propuesta no se limita a considerar únicamente las características de los servicios como su disponibilidad, precio o recursos disponibles, sino que incluye también factores relacionados con los usuarios, la utilización de los servicios, la obtención de atención y la satisfacción de las necesidades de salud identificadas por los usuarios. En conclusión, esta definición considera dimensiones del lado de la oferta,

capacidades del lado de la demanda y los procesos por medio de los cuales se ejecuta el acceso. Implica que el acceso a los servicios de salud abarca desde la posibilidad de identificar necesidades de salud, alcanzar los servicios de salud, utilizarlos y obtener atención en concordancia con las necesidades de salud identificadas. Al cumplir todas estas características se alcanza el acceso efectivo a los servicios de salud. A continuación, se presentan las definiciones de cada una de las dimensiones del acceso a los servicios según el marco conceptual propuesto (Levesque et al., 2013):

Accesibilidad: La primera de las dimensiones se relaciona con que las personas que tienen alguna necesidad de salud pueden identificar algún servicio de atención con dos características importantes: que es alcanzable para el individuo y que puede tener un impacto en su salud.

Capacidad para identificar una necesidad de atención: La capacidad correspondiente a la accesibilidad es crucial en el acceso a los servicios de salud e incluye diferentes factores como el conocimiento práctico y teórico en salud y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad.

Aceptabilidad: Esta dimensión está relacionada con los factores sociales y culturales que son determinantes para la posibilidad que las personas de aceptar las características de los servicios y para que las personas consideren que es apropiado acudir a ellos en busca de atención.

Capacidad para buscar atención: Correspondiente a la aceptabilidad se encuentra esta capacidad que incluye los conceptos de autonomía, capacidad para escoger buscar atención, conocimiento de las alternativas de servicios de atención y de los derechos individuales que le corresponden.

Disponibilidad: La característica de los servicios que los hace geográficamente accesibles de manera oportuna. También se refiere a la existencia de suficientes recursos para producir los servicios necesarios. En esta dimensión se pueden clasificar las características físicas de los establecimientos (p.ej. accesibilidad a las instalaciones), del contexto urbano (p.ej. sistema de transporte), de los individuos (p.ej. horario laboral), de los proveedores (p.ej. presencia de profesionales de la salud calificados) y de los modos de prestación de servicios (p.ej. horario de atención, asignación de citas, posibilidad de otorgar atención a distancia).

Capacidad para alcanzar los servicios: Incluye las características individuales que le permiten a una persona físicamente alcanzar los proveedores de servicios de salud. Entre las que se encuentran: la movilidad personal, el acceso a medios de transporte, la flexibilidad ocupacional y el conocimiento acerca de los servicios de salud y su funcionamiento.

Asequibilidad: Dimensión del acceso que considera el precio directo de los servicios, así como los gastos adicionales que deben solventar las personas para recibir la atención, también se refiere al costo-oportunidad de recibir atención.

Capacidad para pagar: Se refiere a la capacidad de generar recursos económicos para pagar por los servicios de salud apropiados sin caer en gastos catastróficos.

Idoneidad: Denota el ajuste entre los servicios y las necesidades del cliente. Implica que la atención sea oportuna, la cantidad de atención dedicada a evaluar los problemas de salud y determinar el tratamiento más adecuado, además de la calidad de los servicios proporcionados. Esta dimensión tiene dos ámbitos particulares: el tipo de servicio que se proporciona y su calidad.

Capacidad para involucrarse y participar: Considera la participación e involucramiento del cliente en el proceso de toma de decisiones y en su tratamiento; esta capacidad está relacionada por la capacidad y motivación del individuo para participar en su atención y con su compromiso con el tratamiento.

En la Figura 1 se representan los pasos necesarios para que las personas puedan entrar en contacto con los servicios de salud y recibir atención de salud adecuada. Adicionalmente, la figura ayuda a comprender que los diferentes pasos que los pacientes experimentan, constituyen transiciones importantes en las que se pueden identificar barreras o facilitadores del acceso a los servicios de salud según si incrementan o disminuyen la oportunidad de dar el siguiente paso.

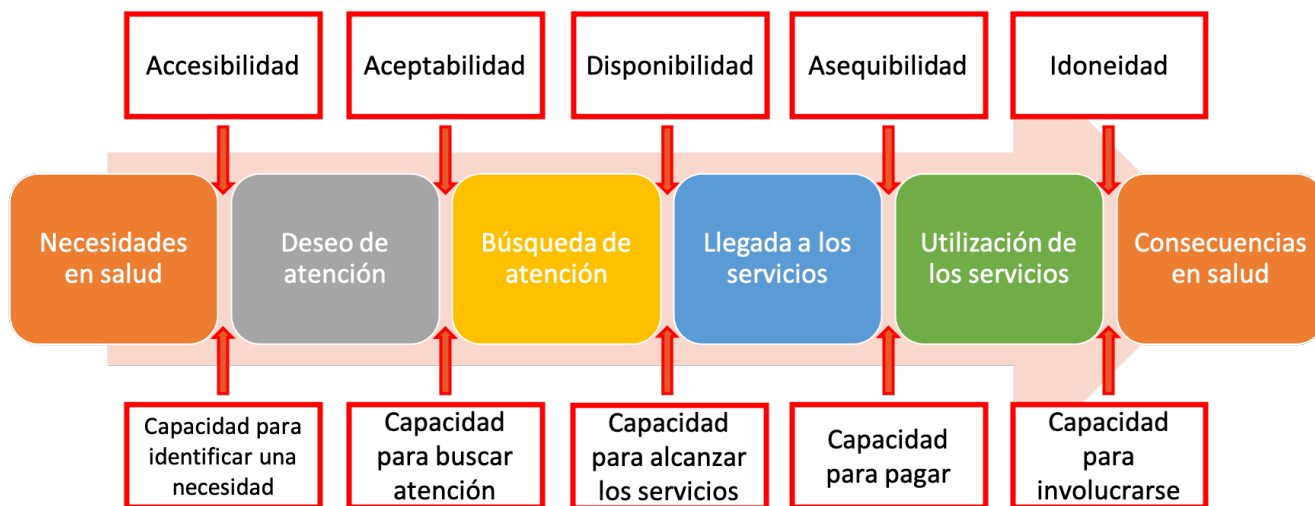


Figura 1. Acceso efectivo a los servicios de atención de salud. Fuente: "Patient-centered access to health care: conceptualizing access at the interface of health systems and populations", JF, Levesque, 2013, *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18. Licencia: Creative Commons Attribution.

4. Planteamiento del problema

Existen barreras en el acceso a los servicios de atención prenatal en México que condicionan un incremento en la frecuencia de resultados desfavorables en salud materna e infantil e impide alcanzar las

metas internacionales relacionadas con el embarazo, parto y puerperio saludables. Adicionalmente, la población que acude a los CEC constituye un grupo vulnerable debido a la deprivación socioeconómica y a la más amplia gama de necesidades sociales que experimentan. Esta condición de vulnerabilidad condiciona la experiencia de barreras en el acceso a la atención prenatal lo cual se refleja en la disminución de oportunidades de recibir atención prenatal adecuada en las mujeres que acuden a este tipo de centros.

La pandemia por COVID-19 propició un incremento en las complicaciones relacionadas con el embarazo y modificó la manera en que las mujeres embarazadas experimentaron la atención prenatal. Hasta el momento existe una necesidad de evidencia con respecto a la experiencia colectiva del acceso a los servicios de atención prenatal en las mujeres que acuden a un CEC sobre todo considerando los nuevos retos que la contingencia sanitaria por la COVID-19 impuso en los sistemas de salud.

5. Pregunta de investigación

- ¿Cómo fue la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, del acceso a los servicios de atención prenatal de mujeres embarazadas que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19?

6. Objetivo del estudio

- Explorar la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, en el acceso a los servicios de atención prenatal de mujeres embarazadas que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19.

7. Justificación

La atención prenatal es esencial para la salud materna e infantil, por lo que es una prioridad garantizar el acceso a atención prenatal adecuada. La pandemia modificó la experiencia colectiva del embarazo y la atención prenatal de formas sin precedentes. Analizar la experiencia colectiva de la atención prenatal en este contexto puede contribuir a garantizar atención adecuada durante el continuo de atención materna, neonatal e infantil en situaciones de emergencia sanitaria. Por estos motivos, este estudio se considera pertinente al sumar al abanico de evidencia científica resultados que contribuyan al área de gestión de los servicios de salud y a la preparación de los servicios para dar una mejor respuesta a las necesidades de la población.

8. Reflexividad

Soy una mujer con título de Médico Cirujano. Como parte de mi formación académica tuve la oportunidad de observar el funcionamiento del sistema de atención de salud mexicano, así como algunas de sus deficiencias y el impacto que tienen en la evolución clínica de los pacientes y en su calidad de vida en general.

En mi experiencia como parte de los servicios asistenciales de salud en el sector público del Sistema de Salud mexicano, existen barreras de acceso a los servicios de salud a las que se enfrentan los pacientes a lo largo del proceso de salud-enfermedad-atención. Desde el momento en el que una persona identifica un problema de salud, los pacientes reconocen que deberán enfrentarse a un proceso largo y tardado. Desde la primera hora de la mañana se encuentran filas para obtener una “ficha” de atención sin previa cita ese día y las salas de espera se encuentran llenas porque las personas saben que, si no toman todas las medidas de precaución posibles, no sólo se les negará el acceso a la atención médica, sino que muchas veces tendrán que empezar el proceso burocrático de solicitud de atención de salud desde el principio.

Como parte de la formación académica en la licenciatura de médico cirujano, en muchas ocasiones los estudiantes nos vemos en la posición de realizar ciertas actividades administrativas que implican enfrentarse a los largos y complejos procesos burocráticos que forman parte de los servicios de salud en México. Por lo que todos los médicos y estudiantes estamos familiarizados con la externalización de inconformidades que se manifiestan todos los días en las oficinas administrativas de las instituciones de salud en el sector público. Estos comentarios de descontento generalmente se presentan de manera descortés y, en ocasiones, incluso con diversos grados de violencia que refleja la frustración que experimentan los pacientes al navegar por el sistema. Además de tener que aprender a lidiar con estas situaciones, el personal de salud se da cuenta de que, si bien la forma en la que se expresan las inconformidades no es ideal, las demandas son en su gran mayoría legítimas, que el descontento manifestado lleva formándose mucho tiempo, que la persona probablemente ya había externado su inconformidad de un modo más saludable y que no había proporcionado ningún resultado o que incluso había ocasionado que el paciente se sintiera menospreciado. Estas experiencias propiciaron mi interés en el tema de investigación y fueron parte de la motivación para realizar este proyecto con la perspectiva que se discute a lo largo de todo el documento.

Esta tesis se realizó como parte de los requerimientos para obtener el título de Maestra en Ciencias en el área de conocimiento de Gestión y Políticas de Salud. La elección del tema de investigación también estuvo determinada por el área de estudio del posgrado, es por eso por lo que se intenta aportar al campo de conocimiento de la gestión de los servicios de salud en relación con cómo se deben preparar los servicios de atención prenatal en situaciones de contingencia y cómo deberán responder los servicios para satisfacer las necesidades de la población.

Como antecedentes en el campo de la investigación tengo experiencia realizando investigación cuantitativa en estudios con diseño observacional. He tenido la oportunidad de participar con equipos de investigación tanto en análisis secundario de bases de datos con representatividad nacional como en el desarrollo de estudios desde su concepción, diseño de instrumentos de recolección de información y procesamiento y análisis de datos. Esta formación y experiencia ha tenido un impacto importante en la elección del paradigma y orientación metodológica que se emplean a lo largo de este proyecto de investigación.

En cuanto a la fase de recolección de información, no existía ninguna relación previa con los participantes. Sin embargo, previo a cada entrevista fui presentada por una persona que ya mantenía una relación de confianza con los participantes; repetí mi presentación, presenté el título del proyecto de investigación y su objetivo por lo que los participantes tenían conocimiento del propósito de la entrevista. Realicé personalmente cada entrevista y fui la única entrevistadora involucrada en la fase de campo.

9. Diseño del estudio

A continuación, se describirá el diseño de estudio elegido, así como el paradigma y abordaje teórico de investigación que guiaron la selección de método de recolección de información y el análisis de la información recabada.

Con base en los supuestos filosóficos (ontológico, epistemológico y metodológico) que se adoptan como parte de la elección de metodología cualitativa para responder una pregunta de investigación, se utilizó el paradigma postpositivista para guiar el desarrollo de este estudio. Los métodos cualitativos no son específicos de un paradigma en concreto, sin embargo, sí se espera que exista consistencia entre los supuestos y valores que guían las decisiones en el proceso de investigación y los métodos empleados (Rose & Johnson, 2020).

Según Guba (1990) un paradigma es un conjunto de creencias básicas que guían la acción. También se ha caracterizado un paradigma como un conjunto de supuestos o ideas que conducen a una manera particular de ver el mundo. A lo largo de nuestra vida diaria utilizamos diferentes paradigmas que guían nuestras acciones, sin embargo, para hablar de investigación científica, existe un conjunto determinado de paradigmas que pueden adoptarse. Cabe mencionar que la propuesta de nuevos paradigmas o combinación de ellos surgen continuamente, conforme se confrontan los supuestos de los paradigmas existentes. Estos paradigmas pueden ser caracterizados según las respuestas a tres preguntas que se han denominado preguntas ontológica, epistemológica y metodológica; este es el punto de partida que determina lo que la investigación científica es, cuál es su objetivo y cómo debe realizarse (Guba, 1990; Khan, 2014).

En el postpositivismo, el supuesto ontológico ha sido definido como “realismo crítico”, lo que significa que concibe una realidad “real” pero que sólo puede ser imperfectamente percibida por los mecanismos intelectuales defectuosos que poseemos los seres humanos; el supuesto epistemológico dualista modificado del postpositivismo se refiere a que el investigador y el investigado no son entidades perfectamente independientes e incapaces de influenciarse entre ellas ya que se reconoce que es imposible alcanzar la completa objetividad. No obstante, el postpositivismo sugiere la existencia de ciertos “guardianes de la objetividad” como la tradición crítica (conocimiento preexistente) y la comunidad crítica (revisión por pares). El supuesto metodológico busca atender algunas de las críticas presentadas realizando la investigación en los entornos naturales, recolectando información situacional y con diferentes puntos de vista para determinar el significado y propósito que las personas les atribuyen a sus acciones (Guba, 1990).

Una manifestación inicial del postpositivismo se puede encontrar en el trabajo de Max Weber en los siglos XVIII y XIX. Este trabajo se ha ligado a la fenomenología ya que reconoce que los sujetos de estudio están involucrados en un proceso continuo de interpretación (“verstehen”) de la realidad y que esas interpretaciones deben convertirse en objeto de estudio de la ciencia aceptando la limitación del conocimiento a un contexto específico y descartando la limitación simplista a los “hechos sociales”. Derivado del trabajo de Weber, Alfred Schutz señaló que los investigadores deben reconocer también el segundo nivel de interpretación que realizan al interpretar la interpretación de los actores involucrados en una investigación, por lo tanto reconoce también que el objeto de estudio es la capacidad de interpretación de los sujetos y que el investigador debe practicar la reflexividad en favor de la objetividad en sus trabajos de investigación mientras acepta la imposibilidad de alcanzar la objetividad completa (Fox, 2008).

Tomando en cuenta los supuestos presentados con relación al paradigma de investigación elegido, un abordaje apropiado para este proyecto de investigación fue el abordaje fenomenológico ya que se enfoca en la experiencia colectiva o significado que los individuos atribuyen a la realidad. Este abordaje está alineado con la pregunta de investigación y con el objetivo de este trabajo.

En este estudio se utilizó un abordaje fenomenológico interpretativo (IPA, por sus siglas en inglés) ya que el objetivo de investigación incluyó el estudio de un proceso que forma parte de la experiencia humana (el acceso a la atención prenatal) siendo que la exploración de experiencias y su significado constituyen los dos ejes teóricos principales de la fenomenología. Adicionalmente, el IPA se consideró como un abordaje adecuado para responder la pregunta de investigación dado que asume que la realidad sólo puede ser entendida de manera imperfecta a través de la medición de lo observable y que lo inobservable es aquello que explica el funcionamiento y tendencias de lo observable. El IPA representó un abordaje apropiado para entender el significado de la experiencia humana y poder así explorar la experiencia colectiva de la atención

prenatal en relación con las barreras de acceso a los servicios durante la pandemia por COVID-19 en mujeres embarazadas que acudieron a un CEC del área metropolitana del Valle de México.

El IPA es informado por tres áreas clave de la filosofía: fenomenología, hermenéutica y la ideografía, con el propósito de realizar una examinación detallada de la experiencia humana. Por el lado de la fenomenología, el IPA concibe a la persona como una criatura que da significado a sus experiencias, en consecuencia, lo que indaga el IPA es el significado que el participante asigna a la experiencia conforme este reflexiona y se involucra activamente en su dilucidación. “Las personas son entes físicos y psicológicos. Hacen cosas en el mundo, reflexionan acerca de lo que hacen y dichas acciones tienen consecuencias significativas y existenciales” (Smith et al., 2021).

La hermenéutica es la teoría de la interpretación. Schleiermacher fue uno de los primeros en escribir sistemáticamente de hermenéutica, para él la interpretación es el arte de entender un texto y a su autor y afirma que, si uno se compromete a realizar un análisis holístico, se puede llegar a entender mejor al autor que a uno mismo (Schleiermacher & Bowie, 1998). Heidegger hace un intento de articular un argumento en favor de lo que él describe como fenomenología hermenéutica y concluye que la fenomenología está interesada en examinar un significado que puede mostrarse latente u oculto; cuando esto sucede, la búsqueda de significado se hace mediante la interpretación de un texto y es ahí donde radica el vínculo entre la fenomenología y la hermenéutica (Heidegger, 1962).

El IPA opera con doble hermenéutica, es decir que el investigador intenta encontrar el significado de lo que dice el participante mientras este último encuentra el significado de algo más. Sin embargo, el concepto de doble hermenéutica también implica que hay dos posturas interpretativas diferentes: hermenéutica empática y suspicaz. Desde la primera postura, el investigador intenta reconstruir la experiencia original en sus propios términos; desde la segunda, el investigador utiliza la perspectiva teórica y conceptual del exterior para entender la experiencia (Ricoeur & Savage, 1970).

La tercera influencia importante del IPA es la ideografía que se enfoca en la particularidad. Hay dos compromisos del IPA con lo particular, el primero es el compromiso con el detalle y con la profundidad del análisis y el segundo es el compromiso de encontrar el significado que se le ha dado a una experiencia por parte de un grupo particular en un contexto particular. Estos dos compromisos demuestran la razón por la que el IPA utiliza muestras pequeñas, seleccionadas cuidadosamente en contextos específicos.

El IPA no se limita al estudio de caso, sino que emplea un proceso analítico que comienza con el análisis detallado de cada caso, pero progresa a la identificación y análisis de semejanzas y diferencias entre los casos, de esta manera genera patrones de significado que los participantes identifican al reflexionar acerca de una experiencia en común (Larsen & Adu, 2021).

9.1. Población de estudio

Mujeres embarazadas que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19. La unidad de análisis considerada fueron las mujeres embarazadas.

9.2. Selección de la muestra

Se eligieron tres CEC de la Organización “Pro-Mujer” por conveniencia. El reclutamiento de participantes fue por muestreo en “bola de nieve”. El proceso consistió en localizar a los informantes que cumplieran con los siguientes:

9.3. Criterios de inclusión

- Ser usuaria de Pro-Mujer
- Estar embarazadas o haberlo estado en los últimos 10 meses
- Ser mayor de 18 años
- Hablar español
- No tener discapacidad mental aparente
- Firmar el formato de consentimiento informado

Durante las citas programadas como parte de la atención de las mujeres embarazadas, las coordinadoras de las sedes invitaron a las asistentes de los CEC a participar en una entrevista de aproximadamente 30 minutos como parte de este proyecto de investigación; en caso de aceptar la invitación las participantes fueron presentadas con la investigadora principal.

9.4. Periodo y sitio de estudio

Segundo año de la pandemia (2021) en octubre y noviembre. Los centros de estudio seleccionados por conveniencia fueron: Pro-Mujer Nezahualcóyotl ubicado en Av. Sor Juana Inés de La Cruz, Evolución, 57700 Nezahualcóyotl; Pro-Mujer Anzures ubicado en Bahía Magdalena, Verónica Anzures, 11300 Ciudad de México y Pro-Mujer Iztapalapa ubicado en Gral. Radamés Gaxiola Andrade, Sector Popular, Escuadrón 201, 09060 Ciudad de México.

9.5. Recolección de información

Durante las citas programadas, las coordinadoras de las sedes invitaron a las asistentes de los CEC a participar en una entrevista de aproximadamente 30 minutos como parte de este proyecto de investigación; en caso de aceptar la invitación las participantes fueron presentadas con la investigadora principal.

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas. Toda la entrevista se realizó en una sala privada en las instalaciones de Pro-Mujer a la que las informantes podían acceder solas o con sus acompañantes (generalmente sus hijos y ocasionalmente su pareja). En las entrevistas no

estuvieron nunca más de tres personas en la sala y se mantuvieron en todo momento las normas de seguridad.

En primer lugar, la investigadora se presentó, presentó el título y objetivo del proyecto y explicó en qué consistía la participación y la estructura de la entrevista. Se enfatizó que la entrevista consistiría en una serie de preguntas concernientes a la atención prenatal que habían recibido en su embarazo durante la pandemia, que toda la entrevista sería grabada únicamente mediante grabadora de audio, que sus respuestas serían completamente anónimas, que se utilizarían únicamente con fines de investigación y que la entrevista y su participación en el estudio podía interrumpirse en cualquier momento. Posteriormente, se confirmó que estuvieran dispuestas a participar y en caso afirmativo se procedió a solicitar su consentimiento informado y la firma del formato correspondiente (Anexo 1). Se procedió con las entrevistas y para la grabación, se solicitó una vez más el consentimiento verbal de las informantes.

9.6. Instrumento de recolección de información

La entrevista se condujo utilizando una guía de entrevista que constó de 6 secciones: la primera sección contuvo preguntas con respecto a la información sociodemográfica y del conocimiento y opinión de la mujer embarazada con respecto a la atención prenatal en general; la segunda sección incluyó preguntas que determinaron el conocimiento e información que poseían las mujeres con respecto a los servicios que estaban disponibles en sus respectivas unidades de atención; la tercera y cuarta sección indagó si las instituciones de salud tenían las características necesarias para que las mujeres consideraran apropiado acudir a ellas; la quinta sección incluyó preguntas para indagar si las mujeres tenían los recursos económicos y el apoyo necesarios para recibir la atención prenatal apropiada durante la pandemia; finalmente, la última sección consideró preguntas acerca de la opinión de las mujeres embarazadas con respecto a la idoneidad de la atención prenatal que recibieron durante la pandemia (Anexo 2).

Antes de comenzar la recolección de la información, se evaluó la redacción de las preguntas del cuestionario para asegurar el entendimiento de éstas, esta actividad se realizó aplicando la guía de entrevista en una mujer embarazada con características similares a las de la muestra de estudio. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 15 y 30 minutos.

9.7. Árbol de categorías

Para explorar la experiencia colectiva relacionada con el acceso a la atención prenatal, se utilizó el marco conceptual propuesto por Levesque, que integra dimensiones y capacidades que condicionan el acceso efectivo a los servicios de salud. En el Cuadro 1, se presenta el árbol de categorías que encaminó el diseño de la guía de la entrevista y que sirvió como punto de inicio para el proceso de codificación, categorización y

análisis de la información recolectada. En éste se muestra la organización de las variables o categorías utilizadas.

Cuadro 1. Árbol de Categorías

Objetivo	Categorías	Subcategorías
Explorar la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, del acceso a los servicios de atención prenatal de mujeres embarazadas que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19.	Posibilidad de decidir buscar atención	Capacidad para identificar una necesidad Accesibilidad Aceptabilidad Capacidad para buscar atención
	Posibilidad de alcanzar la atención de salud	Disponibilidad Capacidad para alcanzar los servicios
	Posibilidad de recibir atención de salud adecuada	Asequibilidad Capacidad para pagar Idoneidad Capacidad para involucrarse

Fuente: Elaboración propia

9.8. Estrategia de análisis

Las grabaciones de audio fueron transcritas palabra por palabra y anonimizadas utilizando únicamente un código diferenciador. El análisis de las transcripciones de las entrevistas semiestructuradas se realizó con base en la “Espiral del análisis de datos” propuesto por Creswell y Poth que consiste en cinco facetas o círculos que comienzan con la recolección de información y termina con el reporte de los resultados (Creswell & Poth, 2017). Las cinco facetas del análisis utilizado en el presente trabajo se muestran en la Figura 2.

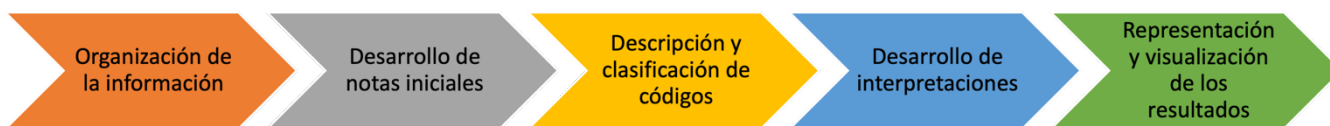


Figura 2. Facetas de la “Espiral de análisis”. Adaptado de: “Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches”, por J, Creswell y C, Poth; 2017; SAGE Publications. Fuente: Adaptación propia.

El análisis se realizó utilizando el software MAXQDA Plus 2022 (VERBI Software, Berlin, Germany), las transcripciones y las grabaciones de audio correspondientes se organizaron en un sistema de documentos garantizando en todo momento el anonimato de los archivos. Después se desarrollaron las notas iniciales en las cuales se incluyeron tres tipos de comentarios: descriptivos, lingüísticos y conceptuales.

Posteriormente, como parte de la tercera faceta de análisis de formaron códigos y se agruparon en categorías según lo presentado en el Cuadro 1. Se puede encontrar el diccionario de categorías generado en la sección de anexos. Esta faceta estuvo compuesta de una fase deductiva y una fase inductiva. Similar a lo propuesto por Crabtree y Miller (Crabtree & Miller, 2022) se utilizaron las categorías y subcategorías propuestas según el marco conceptual ya descrito (fase deductiva) y posteriormente se identificaron los subtemas emergentes según el proceso de interpretación de las experiencias de las participantes.

Para continuar con las siguientes facetas del análisis se integró la propuesta de análisis de datos fenomenológicos de Moustakas (Moustakas, 1994). Se realizó el proceso de “Horizontalización” listando todos los segmentos codificados de cada categoría del marco conceptual para poder generar unidades de significado o temas que caracterizan la experiencia colectiva en relación con un aspecto en particular del tema de estudio.

Después se realizó la descripción de la experiencia colectiva del fenómeno según la interpretación de todas las participantes, así como la descripción estructural de la experiencia. Finalmente se escribió lo que se conoce como “esencia” de un estudio fenomenológico, en este caso “la experiencia colectiva, en términos de barreras y facilitadores, del acceso a los servicios de atención prenatal durante la pandemia por COVID-19”, en la que se integra la descripción del qué y cómo de lo experimentado por las participantes. Estos últimos pasos descritos concuerdan con la penúltima faceta de la espiral de análisis, es decir, el desarrollo de interpretaciones. La última faceta de representación y visualización de los resultados se realizó empleando las estrategias gráficas del software MAXQDA.

Durante la fase de recolección de información se realizaron entrevistas hasta alcanzar saturación de información. Sin embargo, durante la etapa de análisis se incluyeron únicamente las entrevistas necesarias para alcanzar saturación temática inductiva (Saunders et al., 2018). El concepto de saturación continúa creando cierta controversia en los estudios cualitativos, en esta tesis se emplearon los dos conceptos de saturación mencionados para cumplir dos propósitos respectivamente: (1) la saturación de información para guiar el tamaño de muestra y (2) la saturación temática inductiva para determinar el punto de redundancia o de rendimiento decreciente (Guest et al., 1995). Estos dos propósitos están alineados con el abordaje de la fenomenología interpretativa cuya utilidad en este trabajo es la interpretación de las experiencias, desde una perspectiva teórica, de un grupo en particular en un contexto en particular. La importancia de la saturación en esta tesis radica en el compromiso con la profundidad para ganar la imagen completa de una experiencia colectiva en concreto, lo cual está alineado con la idea de que los estudios fenomenológicos generalmente cuentan con muestras “pequeñas” (Roy et al., 2015; Sim et al., 2018).

La recolección y análisis de la información fueron realizados por la investigadora principal de este trabajo de tesis. Este proyecto se realizó con financiamiento otorgado por la Universidad Nacional Autónoma de México PAPIIT-DGAPA, número de proyecto IA30452.

10. Consideraciones éticas

A todas las mujeres que accedan participar se les informó de los objetivos del estudio, así como de la confidencialidad de la información proporcionada y el carácter voluntario de su participación. También se solicitó su permiso para grabar el audio durante la entrevista. Finalmente, todas las participantes firmaron el formato de consentimiento informado (Ver Anexo 1). Las grabaciones y sus transcripciones quedaron bajo resguardo de la investigadora principal de esta tesis. Este proyecto fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación de la División de Investigación de la Facultad de Medicina UNAM mediante la autorización FMED/CEI/RMWC/041/2021.

11. Resultados

Se realizaron doce entrevistas en total hasta alcanzar saturación temática: tres entrevistas en el centro Nezahualcóyotl, tres en el centro Anzures y el dos en el centro Iztapalapa. Para el análisis se incluyeron ocho entrevistas que fueron las necesarias para alcanzar saturación temática inductiva. En el Cuadro 2 se presentan las características sociodemográficas más relevantes de las participantes cuyas entrevistas fueron incluidas en el análisis.

Cuadro 2. Descripción de la muestra

Variables	
Número de participantes (N)	8
Edad (Promedio)	27.2
Estado civil (%)	
Soltera	12.5
Casada	12.5
Unión libre	37.5
Separada	37.5
Ocupación (%)	
Ama de casa	25
Empleada	50
Autoempleada	25
Escolaridad (%)	
Secundaria	75
Bachillerato	25

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de esta tesis se ordenan según las dimensiones y capacidades propuestas por Levesque consideradas subcategorías en este análisis. Estas subcategorías a su vez se clasificaron en tres categorías según la temporalidad relacionada con la secuencia de pasos que permite a las personas entrar en contacto con los servicios de salud y recibir la atención adecuada según sus necesidades.

En la Figura 3 se presenta un resumen de los resultados, las barreras identificadas se encuentran representadas en color rojo y los facilitadores en color verde. Todas las barreras y facilitadores están clasificados según la categoría y subcategoría a la que pertenecen.

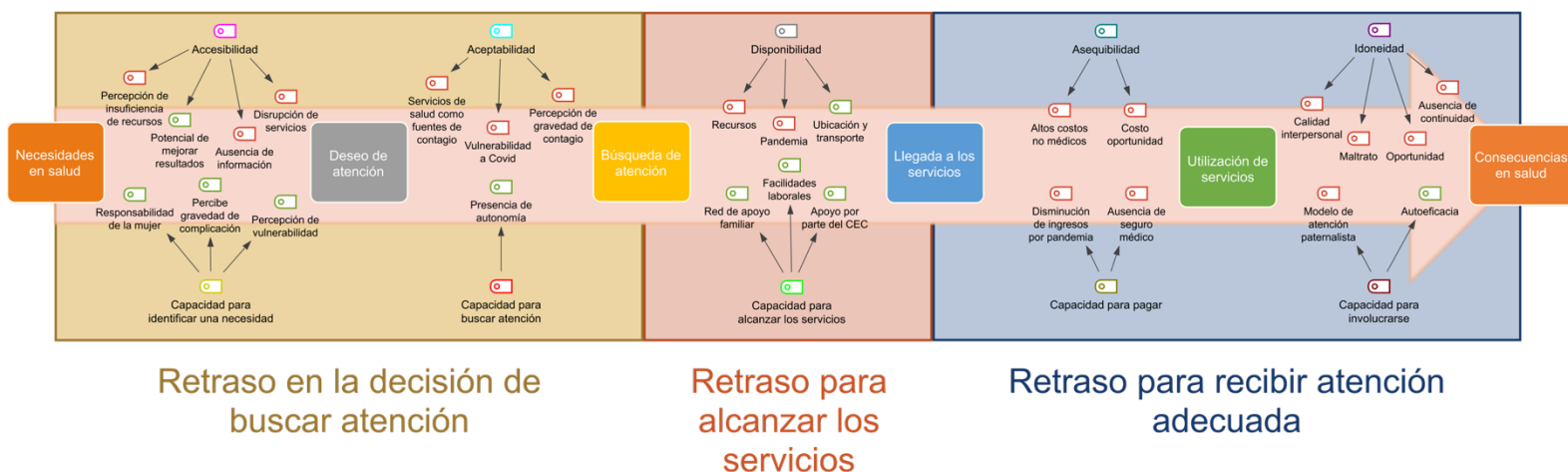


Figura 3. Barreras y facilitadores de acceso a la atención prenatal que experimentaron mujeres embarazadas que acudieron a un CEC durante la pandemia por COVID-19, según el marco conceptual propuesto por Levesque. Fuente: Elaboración propia.

11.1. Posibilidad de decidir buscar atención

11.1.1. Accesibilidad

En cuanto a la experiencia colectiva de la accesibilidad, se identificaron tres barreras y un facilitador. Como barreras se identificaron: la ausencia de información de servicios, disrupción de servicios, percepción de recursos insuficientes, mientras que el facilitador fue: el potencial de la atención prenatal de mejorar los resultados en salud.

El subtema principal que se identificó en todas las interpretaciones de las participantes fue la percepción de que la atención prenatal posee el potencial de mejorar los resultados en salud del embarazo y parto. Esta percepción fue el principal facilitador del deseo de atención, según lo experimentado por las participantes.

“Pues sí... yo siento que sí (es bueno ir a las consultas prenatales) [...] porque como que... si te fueras a enfermar o algo así [...] ellos te... (pueden recetar) algún medicamento o algo así para que no se te complique tan difícil.” (03 Nezahualcóyotl)

En segundo lugar, la ausencia de información acerca de los servicios disponibles para las mujeres embarazadas y sobre todo acerca de su funcionamiento fue otro subtema identificado como barrera importante para identificar a la atención prenatal como accesible y deseable.

"A mí me ha pasado de que luego todavía me dicen "Es que tienes que hacer eso..." y luego yo me quedo de que "¿Qué es eso?" y pues ya luego [...] con pena o sin pena [...] les digo "Y... ¿A dónde?" y ya luego la doctora pues sí me explica y ya... más y digo "Ah bueno". Pero pues así bien bien la información pues no.

[...]

Pues ahora sí que (sería bueno que) nos explicaran [...] bien de cada lugar y el por qué [...] es necesario estar ahí o tomar. Luego [...] nos dicen "Es que tienes que ir a pláticas" pero no nos dicen el por qué. Sí estaría bien que nos explicaran todo." (01 Nezahualcóyotl)

El tercer subtema estuvo relacionado directamente con la pandemia por COVID-19, ya que la interrupción de servicios secundaria a la pandemia fue identificada como una barrera importante del deseo de atención prenatal.

"No, la verdad no (tenemos información de los servicios disponibles).

[...]

Cuando fue lo del COVID sí fue todo como muy sorprendente y no se sabía... ni a donde acudir [...] O sea, al principio decían que las mujeres embarazadas... que era un riesgo, que no puedes estar yendo y todo y eran las más vulnerables. Entonces yo también por eso [...] no quería acudir. [...] Pero no sabías entonces cómo[...]. También dieron esa opción de que según el médico podía ir a tu casa, pero [...] la verdad todo lo que da del gobierno a veces es... es mentira." (04 Anzures)

El cuarto subtema importante en cuanto a accesibilidad fue la percepción de que los servicios de salud no tienen los recursos suficientes para satisfacer las necesidades de la población a la que se supone que deben dar cobertura. Esta percepción también se identificó como una barrera importante del deseo de atención.

"Ahí en ese lugar a donde asisto casi no (tienen los recursos necesarios), las mandan a otros hospitales.

[...]

Que no hay servicio, que no hay servicio, que no hay servicio

[...]

A veces te dicen "Todavía te falta. Regrésate" o "No tenemos lugar. Busque otro" y así... Ese es el miedo, la verdad." (03 Iztapalapa)

En relación con el subtema de la percepción de recursos insuficientes es interesante que las participantes también describieron la existencia de una relación entre la dimensión de accesibilidad y otras dimensiones y capacidades. La principal relación identificada fue aquella entre la accesibilidad y la idoneidad debido a que la atención prenatal implica un contacto continuo entre los servicios de salud y la mujer embarazada. Las experiencias previas de las participantes tenían un impacto importante en la accesibilidad y por tanto en el deseo de continuar con la atención prenatal. En ese sentido, la pobre idoneidad de los servicios de salud también constituye una barrera para que las mujeres embarazadas deseen recibir atención prenatal.

"Pues sí me preocupo porque [...] no se ni cómo yo voy a salir o qué doctores me vayan a tocar porque luego son bien groseros." (01 Nezahualcóyotl)

11.1.2. Capacidad para identificar una necesidad de atención

Se encontraron 3 subtemas que tuvieron el mayor impacto en la experiencia colectiva de las participantes en relación con la oportunidad de identificar necesidades en salud y manifestar deseo de recibir atención prenatal: percepción de vulnerabilidad en el embarazo, concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer embarazada y gravedad de complicación. En todas las interpretaciones de las participantes estuvo presente la percepción de vulnerabilidad durante el embarazo que por sí misma ya generaba deseo de atención prenatal por parte de personal de salud (sólo se mencionó al médico cirujano como proveedor de atención prenatal). Sin embargo, fue la concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer embarazada lo que pareció ser el principal facilitador de que, una vez diagnosticado el embarazo, la participante decidiera que quería recibir atención prenatal.

Digo, es lo más lógico que puedes hacer, ir a checar a tu bebé, checarte a ti para ver el estado de salud de los dos y como va creciendo y [...] si puede presentar algún problema, o va todo bien. (02 Anzures)

Finalmente, se identificó la percepción de gravedad de complicación como facilitador del deseo de atención. Este subtema generó variaciones en el deseo de atención de las mujeres embarazadas que lo experimentaron, sin embargo, se identificó asociación con una experiencia personal previa que indujo que esta percepción fuera específicamente identificada por la participante y en consecuencia mencionada en la entrevista.

Igual cuando uno se va a aliviar, dicen que [...] no se sabe si va a tener alguna infección hasta esa infección. Al nacer el bebé [...] puede quedar ciego si nace por... parto natural.

[...]

Porque dije: "no vaya a estar mal", como tuve amenaza de aborto [...] dije: "no, mejor me empiezo a atender". Y empecé a ir a mis consultas y así. (03 Anzures)

11.1.3. Aceptabilidad

Dentro de la dimensión de aceptabilidad se identificaron tres subtemas que generaron variaciones en la búsqueda de atención de las participantes: la caracterización de los servicios de salud como fuentes de contagio de COVID-19, la percepción de vulnerabilidad y de gravedad de complicación relacionadas con la enfermedad por COVID-19. La principal barrera de la búsqueda de atención fue la caracterización de los servicios de salud como fuentes de contagio ya que esto retrasó que las participantes buscaran atención prenatal.

"Sí la verdad ya no quise ir, me dio miedo. Al principio, ya nada más asistí a dos y ya después ya no fui. Y ahorita es que apenas empiezo... hace un mes y medio empecé a ir a otra consulta" (03 Iztapalapa)

Los subtemas de percepción de vulnerabilidad y gravedad de complicación por COVID-19 también fueron identificados como barreras que retrasaron la búsqueda de atención de las participantes.

"Pues yo digo [...] (que es más fácil) que me contagie y luego [...] ve uno las noticias, de que entran [...] por decir al hospital y salen muertas. Eso da mucho miedo." (03 Iztapalapa)

"Obviamente (voz más alta) que corres más peligro porque tanto el bebé como tú... y a veces no te pueden dar todo el medicamento como tal porque le puede afectar al bebé." (04 Anzures)

En relación con la experiencia colectiva de la aceptabilidad, también se identificó la relación que existe entre la aceptabilidad y la asequibilidad ya que los servicios que las participantes encontraban aceptables también representaban diferentes costos y por tanto variaciones en la oportunidad de utilizar los servicios que fueran aceptables para ellas.

"Como [...] me dijeron, no creo que valga más tu dinero que tu vida y pues uno sí dice: aquí pues estás en riesgo de contagiarte porque hay personas con COVID y todo, ya ahí bajo tu responsabilidad si quieres quedarte.

[...]

En realidad, si tuvieran menos pacientes o así pues para ellos sería mucho mejor, o sea para ellos es el mismo sueldo, para ellos es lo mismo si tienen pacientes o no tienen. Entonces si bueno una mujer embarazada pues ahora ya piensa más en guardar dinero para irse a aliviar a un particular y no ir a uno de gobierno." (03 Nezahualcóyotl)

11.1.4. Capacidad para buscar atención

En la capacidad de buscar atención se identificó que la autonomía fue el factor determinante del proceso de búsqueda de atención de las participantes. Según las interpretaciones al respecto, las participantes

manifestaron haber tomado la decisión de buscar atención prenatal por ellas mismas y mencionaron considerarse capaces de buscar y elegir las mejores alternativas en favor de su salud y la de sus hijos. Otro aspecto importante que se identificó fue la existencia de una relación entre la capacidad para identificar una necesidad en salud y la capacidad para buscar atención. Esta relación surge porque al identificarse como las principales responsables de su salud durante el embarazo, promovía que se sintieran con la responsabilidad y capacidad de tomar las decisiones que consideraran pertinentes en busca de mejores resultados en salud durante y después del embarazo.

11.2. Posibilidad de alcanzar la atención de salud

11.2.1. Disponibilidad

En la dimensión de disponibilidad se identificaron tres subtemas que generaron importantes variaciones en la experiencia colectiva de las participantes, específicamente en la oportunidad para llegar a los servicios de salud: los medios de transporte y localización geográfica, recursos insuficientes y la pandemia por COVID-19.

En primer lugar, se identificó que tanto la amplia disponibilidad de medios de transporte como la localización geográfica de las instituciones de salud resultaron ser un facilitador para la oportunidad de llegar a los servicios de atención prenatal para las participantes. Por otro lado, recursos insuficientes fue identificado como la principal barrera en la dimensión de disponibilidad que retrasó que las participantes alcanzaran los servicios de salud. El papel que jugó esta barrera en la experiencia colectiva de las mujeres se desarrolló de dos maneras principales: con largos tiempos de espera y con grandes aglomeraciones de personas que esperaban recibir atención de salud.

El tercer subtema por resaltar es la pandemia por COVID-19 y el efecto que generó en la experiencia colectiva de las participantes con respecto a la disponibilidad de servicios. Según las interpretaciones de las participantes, la pandemia por COVID-19 tuvo un impacto importante en la disponibilidad de los servicios de atención prenatal. Este impacto se debió principalmente a la reconversión hospitalaria, de manera que disminuyó la disponibilidad de servicios para las mujeres embarazadas y se incrementó la demanda en aquellos que permanecieron disponibles. Si bien, las participantes identificaron que había cierta preferencia para la atención del embarazo, es importante resaltar también el impacto que la disminución de la disponibilidad de servicios tuvo en la aceptabilidad, según la experiencia colectiva de las participantes.

La disminución de la disponibilidad que experimentaron las participantes durante la pandemia por COVID-19 también generó variaciones en la búsqueda de atención prenatal. Esta variación fue secundaria precisamente a los largos tiempos de espera y al contacto cercano con personas que podían padecer la

enfermedad por COVID-19. En ese sentido, se identificó que la disponibilidad también determina la aceptabilidad de los servicios de atención prenatal por parte de las participantes.

Adicionalmente, también se identificó una relación entre la disponibilidad y la asequibilidad debido a que la combinación de la insuficiencia de recursos y la disminución de la disponibilidad secundaria a la pandemia por COVID-19 generó, como se mencionó anteriormente, largos tiempos de espera. Los largos tiempos de espera implicaron un incremento en el costo-oportunidad que representaba acudir a las consultas de atención prenatal para las participantes que también generó variaciones en la utilización de los servicios.

Finalmente, también se identificó una relación entre la disponibilidad y la idoneidad de manera que la inadecuada capacidad de los servicios de atención de producir los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población que deben cubrir generó que la atención prenatal no se adecuara a las necesidades de las participantes.

11.2.2. Capacidad para alcanzar los servicios

En cuanto a la capacidad para alcanzar los servicios se identificaron tres subtemas como fuente de las variaciones en la oportunidad de llegar a los servicios: la red de apoyo familiar, el apoyo provisto por el CEC y la flexibilidad de horario. La red de apoyo familiar fue identificada como el principal facilitador de la oportunidad de llegar a los servicios de atención prenatal.

"Incluso me tuve que ir a vivir con mi hermana también por lo de que estaba embarazada y me fui a aliviar allá. [...] Porque ella como vivía [...] y ya de ahí queda cerca el hospital. Preferí irme para allá. [...] Pero las que no tienen familia por allá o así, pues cómo. Se complica mucho. (03 Anzures)

El apoyo recibido por parte del CEC también es descrito como una influencia muy importante que facilita el que las participantes puedan llegar a los servicios de atención prenatal. En algunas de las interpretaciones realizadas por las participantes este apoyo fue el que resultó determinante para que consiguieran empezar a acudir a sus consultas de atención prenatal.

"Desde que (el CEC) me... dio la mano, bueno me ayudó, encontrar un hospital donde me atendiera.

[...]

Ahí encontré la ayuda, ellos me... me otorgaron todo... bueno me apoyaron en ese aspecto de encontrar un hospital [...] me dijeron: "te vamos a apoyar". Ya me mandaron a donde tenía que ir [...]. Entonces sí me tuve que ir para allá y ahí me alivié.

[...]

Sí, fue gracias a la asociación que me apoyó. Si no, la verdad no hubiera sabido dónde [...]. Y para pagar un particular obviamente está carísimo." (04 Anzures)

El tercer subtema identificado estuvo relacionado con las condiciones laborales que experimentaron las participantes. Describieron que la flexibilidad de horarios generaba variaciones en la oportunidad de llegar a los servicios de salud, actuando como un facilitador.

Finalmente, es importante destacar que las participantes describieron la existencia de una relación entre la capacidad para alcanzar los servicios y la capacidad para pagar la atención. Esto se debe a que las participantes describieron que el tener una red de apoyo familiar también influye en la capacidad para pagar los servicios y, en consecuencia, genera variaciones en la oportunidad de utilizar los servicios de atención prenatal.

11.3. Posibilidad de recibir atención de salud adecuada

11.3.1. Asequibilidad

En cuanto a la experiencia colectiva de asequibilidad se identificaron dos barreras que generaron variaciones en la oportunidad de hacer uso de los servicios de atención prenatal: la existencia de elevados costos no médicos y el alto costo-oportunidad.

"Si voy yo sola me gasto veinte pesos. Yendo con mi niña ya son cuarenta pesos. Yo que pues pago renta y eso sí se me hace [...] bastante porque [...] ya con eso pues, aunque sea tortillas le compro y medio de huevo y ya... comemos o algo" (01 Nezahualcóyotl)

La segunda barrera fue el elevado costo-oportunidad, que representaba el acudir regularmente a sus consultas de atención prenatal. En relación con esto es importante mencionar la relación que existe entre la dimensión de disponibilidad y la asequibilidad, esta relación consiste en que la ausencia de recursos suficientes para satisfacer las necesidades de la población a la que deben dar servicio es la causa del elevado costo-oportunidad porque se incrementan los tiempos de espera.

"Pues luego no es muy fácil (ir a las consultas) porque luego me tengo que ir muy temprano y pues luego ya salgo bien tarde. Entonces, por lo regular me aviento... se puede decir medio día en el hospital" (01 Nezahualcóyotl)

11.3.2. Capacidad para pagar

Con respecto a la capacidad para pagar se identificaron dos barreras que constituyeron barreras a las que tuvieron que enfrentarse las participantes y que generaron variaciones en el uso de los servicios de atención prenatal: ausencia de seguro médico y disminución de ingresos como resultado de la pandemia por COVID-19.

La barrera que tuvo un mayor impacto en esta dimensión fue la ausencia de seguro médico. Es interesante resaltar que la ausencia de seguro médico influyó el uso de servicios de dos maneras distintas, en primer lugar, retrasó el inicio de la atención prenatal, en segundo lugar, también influyó en el tipo de servicios que utilizaban las participantes. Es decir que además de retrasar el inicio de la atención prenatal, la ausencia de seguro médico también determinaba qué servicios utilizaban los participantes que no son siempre los que satisfacen sus necesidades durante el embarazo.

"Por el seguro, nada más tuve cinco. Porque también, igual lo mismo, no me querían dar de alta en el seguro porque era concubina de mi esposo nada más. Todavía no nos casábamos. Que tenía que tener 26 semanas para que me dieran de alta, cumpla las 26 y nos piden una [...] serie de cosas que ni al caso. Que un examen médico de embarazo, vamos a muchas clínicas y no lo saben hacer, que no lo tienen y que no lo tienen [...].

[...]

Nos mandaban a la farmacia Similares, a los laboratorios, que porque ellos sí sabían hacer el examen médico de embarazo. Que especificando cuántas semanas tengo, si tengo presión o no tengo la presión alta, bueno, muchas cosas [...]. Entonces encontramos un doctor que me dijo: "¿Sabes qué? Te lo voy a hacer, pero conforme a lo que te están pidiendo, no te lo voy a hacer porque yo lo sepa hacer"

[...]

Y me lo hace y me dicen: "Sí te voy a dar de alta, pero no vas a recibir atención médica, va a estar en observación porque luego así meten a mucha gente y este... y no son nada de la persona o hasta incluso son hermanos". Y le digo: "¿cómo voy a ser su hermana si ni los mismos apellidos tenemos?". Y la verdad pues mi esposo no es ni de aquí [...] entonces cómo vamos a ser familia. Pero el chiste es que me dice mi esposo: "¿Sabes qué? vamos a casarnos para poderte meter al seguro".

Nos casamos y solamente así me pude dar de alta en el seguro y eso fue cuando ya tenía seis meses de embarazo." (04 Iztapalapa)

Con respecto a la disminución de recursos, las participantes explícitamente lo relacionaron con la pandemia por COVID-19. Esta disminución de ingresos interfirió con el uso de los servicios de atención prenatal por lo que se categorizó como barrera de acceso a los servicios.

"Hubo mucho... pues tan sólo gastos y todo subió. Entonces sí fueron dificultades de dinero por la familia. Mucho más cuando se enfermaron (de COVID) ... aparatos, medicamento y pues se tenía que... bueno, entre la familia se cooperaba. Eran gastos." (03 Nezahualcóyotl)

11.3.3. Idoneidad

Como parte de la experiencia colectiva de la idoneidad de la atención se identificaron cuatro subtemas que generaron variaciones en los resultados en salud de las participantes: la calidad interpersonal, maltrato, oportunidad de la atención y la continuidad. La principal barrera en la idoneidad de la atención fue la pobre calidad interpersonal debido a que dificultó la satisfacción de las participantes con la atención recibida.

"Por eso le digo que tienen muy (aumento de volumen) mal trato. No, no, no no. [...] Pareces animal adentro de un hospital. De verdad, hacen lo que quieren con... y lo peor de todo es que a los familiares afuera no les informan lo que está uno viviendo adentro. [...] Hasta que ellos entran a verte y tú les dices, ya se enteran de lo que te están haciendo." (04 Anzures)

La segunda barrera más importante fue el maltrato que experimentaron las participantes a lo largo de sus embarazos. Las participantes describieron diferentes tipos de maltrato experimentado entre los que destacan el trato indigno (burlas, críticas, regaños), recepción de amenazas por parte del personal de salud, no recibir suficiente información acerca de las intervenciones que se les pretendía realizar y abandono durante la atención. Algunos ejemplos de experiencias relacionadas con cada tipo de apartado se pueden encontrar en la sección de anexos.

La tercera barrera se relaciona es la oportunidad con la que las participantes recibieron atención cuando lo necesitaban. Las participantes asignaron una gran importancia a este subtema debido a que el recibir atención de manera inoportuna era interpretado como un desajuste entre las prioridades de los servicios de salud y las de las participantes. Secundario a lo anterior, las participantes interpretaban que la causa de este retraso en la atención se debía a que sus necesidades eran ignoradas o no tomadas con la suficiente seriedad.

"Va uno a... estudios y casi casi te gritan, te dan tus estudios dentro de uno o dos meses, las citas cada mes... y (si) te sientes mal [...] vete a urgencias y casi casi hasta que te estés muriendo." (04 Anzures)

Finalmente, la falta de continuidad de atención también impidió que las participantes experimentaran mejores resultados en salud ya que, tanto la falta de continuidad personal como de información, desencadenaba conflictos que las participantes se veían obligadas a enfrentar.

"Pues... las primeras tres sí. Esta última pues no (jadeo) porque como me pasaron con otro doctor. No estaba la doctora que me tocó. Me pasaron con un doctor, entonces [...] me dijo que por qué no llevaba yo ultrasonidos... que no sé qué... y ya yo le expliqué. Y me dijo que entonces cómo sabía yo o cómo había sabido la doctora cuántas... más o menos para cuándo nacía. Y le digo "Pues es que no sé pero no me han hecho ultrasonidos. Hasta el 12 de noviembre" y me dice "¡No!" (elevando tono de voz) "No, pero es que

usted ya debía haber traído los ultrasonidos" y pues sí me hizo sentir, así como... por ir." (01 Nezahualcóyotl)

Por otro lado, es importante describir la relación que existe entre la idoneidad y otras dimensiones del marco conceptual de acceso a los servicios de salud. En primer lugar, con la accesibilidad ya que las experiencias relacionadas con la calidad de la atención recibida determinaron que las participantes pudieran identificar un servicio accesible para ellas. La idoneidad también se relacionó con la asequibilidad ya que las participantes describieron que el recibir atención que no estuviera alineada con sus necesidades, las motivó para acudir a servicios alternos con mayor costo.

Sí, sí hay forma de llegar, pero ahí te dicen que te vengas a los hospitales grandes. A la mayoría regresan. Yo por eso, así luego hasta ando mejor pagando consultas particulares cuando tengo alguna molestia (03 Iztapalapa)

Por último, también se identificó una relación entre la idoneidad y la aceptabilidad ya que las participantes describieron que, en parte, la adecuada capacidad técnica de los servicios de salud implicaba también la capacidad de proteger a los pacientes contra el contagio por COVID-19.

11.3.4. Capacidad para involucrarse y participar

La autoeficacia percibida y el modelo de atención paternalista se identificaron en relación con la capacidad para involucrarse ya que generaron variaciones en las consecuencias en salud que experimentaron las participantes. Es interesante mencionar que estas dos variables se contraponen en su influencia sobre la satisfacción de las participantes con la atención prenatal que recibieron. Por un lado, la autoeficacia favorece el que las participantes se involucren en su salud. Las participantes externaron la opinión de que la mujer embarazada debería ser la encargada de tomar las decisiones concernientes al embarazo, parto y puerperio; sin embargo, también reconocen el potencial impacto que tienen los servicios de atención y los trabajadores de la salud como orientadores y facilitadores de información.

"Pues ahora sí que (debería haber) un buen servicio, una buena atención. Ahora sí que de los médicos [...] (deberían tener) la disposición de explicarnos las cosas. Cosas que a lo mejor nosotros no sabemos y [...] pues sacarnos de nuestras dudas y [...] tratar de decirnos o guiarnos o algo así para que sepamos cómo (tener) el mejor cuidado para poder salir bien." (01 Nezahualcóyotl)

Por otro lado, el modelo de atención paternalista en el que el trabajador de la salud controla la información y la toma de decisiones a lo largo del proceso de atención de la paciente impidió que las participantes se involucraran en su atención prenatal. En consecuencia, las participantes experimentaron

que sus necesidades en salud no eran satisfechas, que no recibían atención de manera oportuna y muchas veces que sus opiniones y decisiones no eran tomadas en cuenta.

"Y entonces pues no [...] nada de dudas, nada, o sea, lo que él quería. Y yo sí se lo dije a otros doctores [...] Si no vengo mal [...] ¿por qué me van a hacer cesárea? Y ya (después) uno... que fue más consiente me dijo: [...] "tranquilícese, ahorita le vamos a poner [...] la solución que empieza a dar los dolores. Si vemos que no le da ningún dolor pues sí va a ser cesárea." Entonces tenía que esperar los dolores y ya [...] pasaron como... tres, cuatro horas y me empezó el dolor [...] y ya, gracias a Dios, fue parto normal. [...] Gracias a Dios todo salió bien. Pero, si hubiera sido por este doctor, me hace cesárea y namas porque él lo dijo." (04 Anzures)

El fragmento de entrevista que se presenta a continuación fue seleccionado especialmente porque refleja de manera muy clara algunos de los resultados más importantes que se han presentado en este proyecto de investigación.

"De hecho, en el centro de salud me dieron ácido fólico nada más, [...] y eso nada más en una consulta, y entonces mejor me compré vitaminas compuestas [...] porque realmente no estaba tomando nada.

[...]

Bueno, es que nunca le di (al médico) ... como que opiniones, más bien como que preguntas: "¿doctor será normal esto o el otro?" Y o sea sí respondía a todas mis preguntas. [...] De hecho yo no le comenté que estaba tomando las otras vitaminas. Y el ácido fólico, nada más me hizo mi receta, me mandó a la farmacia de ahí mismo del centro de salud y ya nada más me lo dieron. Me había recetado sulfato ferroso, calcio y ácido fólico, pero nada más tuvieron el ácido fólico. Y ya pues de ahí ya ni siquiera pasaba la farmacia, (porque) yo ya tenía mis vitaminas.

[...]

Sí me la daban (receta para las vitaminas) pero yo ya no pasaba por ellas porque pues decía: "luego ni tienen", entonces... y yo ya me estaba tomando mis vitaminas." (04 Nezahualcóyotl)

En la primera parte del fragmento se puede apreciar cómo la atención prenatal recibida por la participante no satisface las necesidades en salud que ella identificó: *"De hecho, en el centro de salud me dieron ácido fólico nada más, [...] y eso nada más en una consulta, y entonces mejor me compré vitaminas compuestas [...] porque realmente no estaba tomando nada."* Sin embargo, es importante resaltar cómo interactúan la dimensión de capacidad para identificar una necesidad y la dimensión de capacidad para involucrarse. La participante describe que su bienestar y los resultados de su embarazo son responsabilidad

propia, lo cual actúa en combinación con la autoeficacia, de manera tal que ella utiliza todos los recursos que tiene disponibles para intentar solventar la deficiencia de la atención prenatal obtenida.

Posteriormente, podemos apreciar la manera en la que una relación médico-paciente paternalista deja al trabajador de la salud al margen de la atención del embarazo y limita su potencial para influir de manera positiva en el bienestar de la mujer embarazada y su hijo: *“Bueno, es que nunca le di (al médico) ... como que opiniones, más bien como que preguntas: “¿doctor será normal esto o el otro?” Y o sea sí respondía a todas mis preguntas. [...] De hecho yo no le comenté que estaba tomando las otras vitaminas.”*. Otro aspecto interesante reflejado en este fragmento es la relación entre la disponibilidad, la autoeficacia y el modelo de atención paternalista con la accesibilidad. La insuficiencia de recursos disponibles que la participante termina solventando, en conjunto con un modelo de atención que limita el involucramiento de la participante en la toma de decisiones, termina impidiendo que la participante reconozca el potencial beneficio obtenido de acudir a la atención prenatal: *“Y el ácido fólico, nada más me hizo mi receta, me mandó a la farmacia de ahí mismo del centro de salud y ya nada más me lo dieron. Me había recetado sulfato ferroso, calcio y ácido fólico, pero nada más tuvieron el ácido fólico. Y ya pues de ahí ya ni siquiera pasaba la farmacia, yo ya tenía mis vitaminas.”*. Finalmente, la frase *“Sí me la daban (receta para las vitaminas) pero yo ya no pasaba por ellas porque pues decía: “luego ni tienen”, entonces... y yo ya me estaba tomando mis vitaminas.”* remarca la necesidad de revalorar el verdadero impacto que la atención prenatal tiene en que las mujeres embarazadas vivan una experiencia positiva del embarazo, parto y puerperio.

12. Discusión

En México, las mujeres embarazadas se enfrentan a barreras de acceso a la atención prenatal que incrementan la prevalencia de resultados desfavorables tanto en la salud materna como en la salud infantil y que les impiden llevar un embarazo, parto y puerperio saludables. Por otro lado, los CEC son organizaciones de la sociedad civil que atienden a un grupo vulnerable con características particulares que experimentan menor oportunidad de recibir atención prenatal adecuada ante una necesidad en salud como lo es el embarazo. Finalmente, la contingencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 impuso nuevos retos en el Sistema de Salud mexicano y modificó la manera en la que las mujeres embarazadas experimentaron la atención prenatal. Estos son los fundamentos que sustentaron el desarrollo de esta tesis.

Este estudio exploró la experiencia colectiva, en relación con las barreras y facilitadores de acceso a los servicios, de la atención prenatal durante la pandemia por COVID-19, desde la perspectiva de mujeres embarazadas que acudieron a algunos de los CEC participantes del área metropolitana del Valle de México durante los meses de octubre y noviembre de 2021. Para cumplir este objetivo se utilizó el paradigma postpositivista y el abordaje de la fenomenología interpretativa para estudiar un proceso importante de la experiencia humana como lo es la atención prenatal, así como su significado.

Derivado del análisis, se encontró que las participantes en el estudio, experimentaron la atención prenatal de manera tal que describieron sus experiencias en relación con diez facilitadores y diecisiete barreras de acceso a la atención prenatal. Seis de las barreras identificadas estuvieron íntimamente relacionadas con la pandemia por COVID-19, lo cual es reflejo del impacto indirecto de la pandemia en la experiencia colectiva de la atención prenatal.

Los facilitadores y barreras identificados fueron agrupados, según la dimensión o capacidad a la que correspondían, en tres: (1) Posibilidad de decidir buscar atención, (2) Posibilidad de alcanzar la atención de salud o (3) Posibilidad de recibir atención de salud adecuada. Con respecto a la primera categoría, se estudiaron seis barreras que retrasaron la búsqueda de atención prenatal; tres barreras estuvieron relacionadas con la accesibilidad y tres con la aceptabilidad.

En la dimensión de accesibilidad se identificó la falta de información con respecto a los servicios disponibles, lo cual está alineado con los resultados de la revisión sistemática de estudios cualitativos en la que, Escuañela Sánchez et al. identificaron la falta de información de los servicios como parte de las barreras de acceso a la atención prenatal relacionadas con la organización de los servicios. Adicionalmente, las participantes identificaron que la percepción de que los recursos de los servicios de salud no fueron suficientes para satisfacer sus necesidades en salud; este hallazgo también coincide con lo reportado en estudios previos que han reportado tanto los factores organizacionales de los sistemas de salud como la experiencia previa de las mujeres embarazadas como factores que influyen en la búsqueda de atención durante el embarazo (Escañuela Sánchez et al., 2022; Sacks et al., 2022).

Por el lado de los facilitadores que incrementaron la oportunidad de buscar atención prenatal encontramos la percepción de vulnerabilidad durante el embarazo, así como la percepción de severidad de las potenciales complicaciones. Este resultado fue diferente a lo encontrado por Escuañela Sánchez et al. quienes describieron algunas creencias y actitudes con respecto al embarazo como barreras de acceso a la atención prenatal. Si bien los resultados parecen opuestos, en realidad no lo son. En dicha revisión se describe la concepción del embarazo como un proceso fisiológico y natural de la experiencia humana como barrera de acceso a la atención prenatal, mientras que en el presente estudio identificamos que la percepción de vulnerabilidad y gravedad de complicación durante el embarazo como un facilitador de la atención prenatal (Escañuela Sánchez et al., 2022).

Adicionalmente, se identificó que la concepción del embarazo como responsabilidad de las mujeres embarazadas fue un tema común entre las participantes, este hallazgo es consistente con lo reportado por Wetterberg quien describe tres factores que hacen a la mujer embarazada la principal responsable de y principal fuente de riesgo para el bienestar de sus hijos y en general del resultado del embarazo (Wetterberg,

2004). Finalmente, resulta interesante mencionar que a pesar de que existía una concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer embarazada, existía también la percepción de que la atención prenatal tiene el potencial de mejorar sus resultados en salud durante el embarazo y el parto. En la metasíntesis realizada por Finlayson y Downe se reporta una relación entre considerar al embarazo como un suceso natural y la percepción de que el acudir a la atención prenatal ofrece pocos beneficios en ausencia de complicaciones o datos de alarma. En este estudio, encontramos al embarazo referido como responsabilidad de la mujer embarazada y, al mismo tiempo, a la atención prenatal como potencial fuente de beneficios para la salud de madres e hijos (Finlayson & Downe, 2013).

Como parte de la segunda categoría, se encontraron: la presencia de red de apoyo familiar, el apoyo provisto por el CEC y la flexibilidad de horario laboral como facilitadores para llegar a los servicios de atención prenatal. Estos hallazgos son similares a lo reportado en la revisión que señala a las influencias sociales externas como determinantes del acceso a la atención prenatal. De manera similar, en la revisión realizada por Grand-Guillaume-Perrenoud et al. se identificó el capital social, caracterizado como una sólida red de apoyo, como un facilitador del acceso a la atención prenatal. En esta misma revisión, se reportó que la dificultad para acudir a las citas de atención prenatal en horario laboral representó una barrera de acceso a la atención prenatal. (Escañuela Sánchez et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022).

Con respecto a la tercera categoría, encontramos un facilitador para recibir atención prenatal adecuada que fue la presencia de autoeficacia que estuvo específicamente relacionado con la capacidad para involucrarse y participar en la toma de decisiones y en la adherencia al tratamiento. Este resultado fue similar a lo encontrado en dos estudios que se reportaron la importancia atribuida por las mujeres embarazadas a la oportunidad de involucrarse y participar en la toma de decisiones durante el embarazo (Chan et al., 2021; Jolly et al., 2019).

En la tercera categoría identificamos nueve barreras de acceso a la atención prenatal, entre ellas se encuentran los elevados costos no médicos, elevado costo oportunidad, la ausencia de seguro médico, la calidad interpersonal, la experiencia de maltrato, la continuidad y oportunidad de la atención y el modelo de atención paternalista. Estos resultados están alineados con lo descrito previamente en la literatura, sin embargo es importante resaltar la manera en que los efectos indirectos de la pandemia por COVID-19 generaron un efecto sinérgico con las barreras de acceso a la atención prenatal previamente conocidas (Escañuela Sánchez et al., 2022; Finlayson & Downe, 2013; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022; Onchonga et al., 2021).

Los hallazgos de este estudio concuerdan con investigaciones previas que han destacado los desafíos impuestos por la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de atención prenatal. Mortazavi y

Ghardashi (2021) también identificaron la interrupción de los servicios como uno de los desafíos clave durante la pandemia. Además, la literatura existente respalda la noción de que la percepción de los servicios de salud como fuentes de contagio y la percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad por COVID-19 son barreras significativas en el acceso a la atención prenatal. Adu et al. (2022) también identificaron el retraso en la búsqueda de atención debido a la percepción de vulnerabilidad y a la concepción de los servicios como fuente de contagio como un impacto indirecto de la pandemia. Por otro lado, Zheng et al. (2022) encontraron que la percepción de la gravedad de complicaciones por contagio de COVID-19 también modificó la experiencia de la atención prenatal en mujeres embarazadas durante la pandemia. Sin embargo, es importante destacar que esta tesis distinguió entre las percepciones de vulnerabilidad y gravedad, lo que aporta una perspectiva más detallada a la comprensión de las barreras enfrentadas por las mujeres embarazadas durante la pandemia.

Estos hallazgos tienen implicaciones importantes para la gestión de los servicios de salud. Es fundamental abordar las barreras identificadas, como la falta de información de servicios, la interrupción de servicios y la percepción de recursos insuficientes, así como las barreras específicas relacionadas con la pandemia. Los proveedores de servicios de salud deben adoptar estrategias para garantizar la continuidad de la atención prenatal durante situaciones de crisis, como la pandemia por COVID-19. Esto puede incluir el desarrollo de canales de comunicación efectivos para brindar información actualizada, la implementación de medidas de seguridad y protocolos claros para reducir la percepción de los servicios de salud como fuentes de contagio, y la promoción de la confianza y la confianza en el sistema de atención prenatal.

En la dimensión de disponibilidad, se identificaron diversos aspectos que generaron variaciones significativas en la experiencia de las participantes en cuanto a la oportunidad para acceder a los servicios de salud y que estuvieron relacionados con la pandemia por COVID-19, la cual tuvo un impacto importante en la disponibilidad de los servicios de atención prenatal según las interpretaciones de las participantes. La reconversión hospitalaria durante la pandemia resultó en una disminución de la disponibilidad de servicios para las mujeres embarazadas, mientras que la demanda en aquellos que permanecieron disponibles se incrementó. Estos hallazgos son consistentes con investigaciones previas, como la de Zheng et al. (2022), quienes reportaron que muchas mujeres embarazadas expresaron preocupación por la falta de disponibilidad de servicios de atención prenatal durante la pandemia, lo cual interrumpió aspectos clave de sus experiencias perinatales y generó desafíos en la atención rutinaria del embarazo.

En relación con la capacidad de pago, las participantes enfrentaron barreras relacionadas con la ausencia de seguro médico y la disminución de ingresos como resultado de la pandemia por COVID-19. La disminución de recursos, particularmente la reducción de ingresos, se vinculó explícitamente con la pandemia y afectó el acceso a los servicios de atención prenatal. Estos hallazgos concuerdan con estudios anteriores, como el de

Zheng et al. (2022), que señalaron que el desempleo de las mujeres embarazadas o de sus familiares, junto con los costos adicionales derivados de medicamentos o pruebas médicas, aumentó las cargas financieras y los niveles de ansiedad para las mujeres embarazadas y sus familias.

Estos resultados resaltan la importancia de abordar las barreras relacionadas con la disponibilidad y la capacidad de pago para garantizar un acceso equitativo a los servicios de atención prenatal. En este sentido, es crucial que las políticas y los programas de salud consideren estrategias que aseguren la disponibilidad de recursos y reduzcan las barreras financieras, como la implementación de programas de seguro médico y el apoyo económico para las mujeres embarazadas y sus familias afectadas por la pandemia. Además, se deben tomar medidas para garantizar una comunicación clara y precisa sobre la disponibilidad de servicios y las medidas de seguridad implementadas para proteger a las mujeres embarazadas durante la pandemia.

Es importante destacar que estas recomendaciones deben adaptarse a las circunstancias específicas de cada contexto y considerar las necesidades y prioridades de las mujeres embarazadas. Además, es fundamental seguir investigando y evaluando el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso a los servicios de atención prenatal, con el fin de informar y mejorar las estrategias de gestión de la salud materna en situaciones de crisis similares en el futuro.

13. Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos de este estudio presentan una serie de limitaciones dentro de las que se encuentra un sesgo de selección derivado de que la invitación de las participantes fue realizada en primer lugar por las coordinadoras de las sedes de “Pro-Mujer”. También es importante resaltar que la contingencia sanitaria por COVID-19 impuso condiciones particulares que resultaron determinantes en la selección de sedes y de participantes para el estudio lo cual implica que los resultados no pueden ser generalizados; sin embargo, los resultados presentados apuntan a la importancia de replicar la metodología empleada en contextos diferentes para ampliar la comprensión del problema.

Es también importante resaltar que este estudio abordó el problema de investigación desde la perspectiva de las mujeres embarazadas, por lo que se sugiere incluir posteriormente la perspectiva de los trabajadores de la salud. Específicamente, este estudio señala un desajuste entre las prioridades y necesidades identificadas por las mujeres embarazadas y las perseguidas por el personal de salud por lo que se sugiere también profundizar en las expectativas de ambos antes de iniciar la atención prenatal, a fin de poder encaminar esfuerzos a generar recomendaciones que puedan alinear en un futuro los esfuerzos del sistema de salud a las necesidades de las mujeres embarazadas.

Otro aspecto relevante que amerita un estudio más profundo es la relación y comunicación médico-paciente. En México, existe una preferencia al modelo de atención paternalista, sin embargo, los resultados

de éste y otros estudios (Escañuela Sánchez et al., 2022; Grand-Guillaume-Perrenoud et al., 2022) sugieren la necesidad de reevaluar la pertinencia y efectividad de este modelo en la atención del embarazo. Este alcance sugiere la inclusión de la perspectiva de los trabajadores de salud en el estudio de la atención prenatal.

14. Conclusión

Este estudio evidenció una serie de barreras y facilitadores del acceso a la atención prenatal desde la perspectiva de mujeres que acudieron a un CEC en el área metropolitana del Valle de México durante la pandemia por COVID-19. Estos resultados forman parte del abanico de evidencia del efecto que tuvo la pandemia por COVID-19 en la experiencia de la atención prenatal. Es importante mantener en mente que situaciones de emergencia sanitaria como la experimentada recientemente generan exigencias particulares en los sistemas de salud, sin embargo, también es importante garantizar los servicios básicos de atención como lo es la atención prenatal adecuada. Los resultados de este estudio permiten sugerir la inclusión de la perspectiva de las mujeres embarazadas en el diseño de acciones que favorezcan la atención prenatal adecuada en condiciones de emergencia sanitaria.

15. Referencias

- Aday, L. A. (1994). Health status of vulnerable populations. *Annual review of public health, 15*, 487–509. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV.PU.15.050194.002415>
- Adu, P. A., Stallwood, L., Adebola, S. O., Abah, T., & Okpani, A. I. (2022). The direct and indirect impact of COVID-19 pandemic on maternal and child health services in Africa: a scoping review. *Global Health Research and Policy, 7*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S41256-022-00257-Z/FIGURES/1>
- Ahmed, T., Rahman, A. E., Amole, T. G., Galadanci, H., Matjila, M., Soma-Pillay, P., Gillespie, B. M., El Arifeen, S., & Anumba, D. O. C. (2021). The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs. *International journal for equity in health, 20*(1), 77. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01414-5>
- Akaba, G. O., Dirisu, O., Okunade, K. S., Adams, E., Ohioghome, J., Obikeze, O. O., Izuka, E., Sulieman, M., & Edeh, M. (2022). Barriers and facilitators of access to maternal, newborn and child health services during the first wave of COVID-19 pandemic in Nigeria: findings from a qualitative study. *BMC Health Services Research, 22*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/S12913-022-07996-2/TABLES/3>
- Belizán, J. M., Gibbons, L., & Cormick, G. (2021). Maternal mortality reduction: a need to focus actions on the prevention of hypertensive disorders of pregnancy. *International journal for equity in health, 20*(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01535-x>
- Berglas, N. F., Kimport, K., Williams, V., Mark, K., & Roberts, S. C. M. (2019). The Health and Social Service Needs of Pregnant Women Who Consider but Do Not Have Abortions. *Women's Health Issues, 29*(5), 364–369. <https://doi.org/10.1016/J.WHI.2019.07.002>
- Calvert, C., John, J., Nzvere, F. P., Cresswell, J. A., Fawcus, S., Fottrell, E., Say, L., & Graham, W. J. (2021). Maternal mortality in the covid-19 pandemic: findings from a rapid systematic review. *Global Health Action, 14*(sup1). https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1974677/SUPPL_FILE/ZGHA_A_1974677_SM6870.DOCX
- Chan, M. H., Hauck, Y., Kuliukas, L., & Lewis, L. (2021). Women's experiences of their involvement around care decisions during a subsequent pregnancy after a previous caesarean birth in Western Australia. *Women and Birth, 34*(5), e442–e450. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.007>
- Chmielewska, B., Barratt, I., Townsend, R., Kalafat, E., van der Meulen, J., Gurol-Urganci, I., O'Brien, P., Morris, E., Draycott, T., Thangaratinam, S., Le Doare, K., Ladhani, S., von Dadelszen, P., Magee, L., & Khalil, A. (2021). Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review

and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 21, 1–14. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00079-6](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00079-6)

Chou, V. B., Walker, N., & Kanyangarara, M. (2019). Estimating the global impact of poor quality of care on maternal and neonatal outcomes in 81 low- and middle-income countries: A modeling study. *PLoS medicine*, 16(12), e1002990. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002990>

Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2020). *Situación de los derechos sexuales y reproductivos. República Mexicana. 2018*. (E. Meneses Mendoza, M. de la C. MuradásTroitiño, M. F. Hernández López, & M. López Fragoso, Eds.; Primera ed).

Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (2022). *Doing Qualitative Research* (Tercera Edición). SAGE Publications. <https://books.google.com.mx/books?id=oJ9ZEAAAQBAJ>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. SAGE Publications. <https://books.google.com.mx/books?id=Pz5RvgAACAAJ>

Daniels, N. (1982). Equity of Access to Health Care: Some Conceptual and Ethical Issues. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 60(1), 51. <https://doi.org/10.2307/3349700>

de Graaf, J. P., Ravelli, A. C. J., de Haan, M. A. M., Steegers, E. A. P., & Bonsel, G. J. (2013). Living in deprived urban districts increases perinatal health inequalities. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine : the official journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 26(5), 473–481. <https://doi.org/10.3109/14767058.2012.735722>

de Jongh, T. E., Gurol-Urganci, I., Allen, E., Zhu, N. J., & Atun, R. (2016). Integration of antenatal care services with health programmes in low- and middle-income countries: systematic review. *Journal of Global Health*, 6(1), 010403. <https://doi.org/10.7189/jogh.06.010403>

Dell'Utri, C., Manzoni, E., Cipriani, S., Spizzico, C., Dell'Acqua, A., Barbara, G., Parazzini, F., & Kustermann, A. (2020). Effects of SARS Cov-2 epidemic on the obstetrical and gynecological emergency service accesses. What happened and what shall we expect now? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 254, 64–68. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.09.006>

Díaz-Burrueco, J. R., Cano-Ibáñez, N., Martín-Peláez, S., Khan, K. S., & Amezcua-Prieto, C. (2021). Effects on the maternal-fetal health outcomes of various physical activity types in healthy pregnant women. A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 262, 203–215. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.05.030>

- Doubova, S. V, Leslie, H. H., Kruk, M. E., Pérez-Cuevas, R., & Arsenault, C. (2021). Disruption in essential health services in Mexico during COVID-19: an interrupted time series analysis of health information system data. *BMJ global health*, 6(9). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006204>
- Escamilla-Nuñez, M. C., Barraza-Villarreal, A., Hernández-Cadena, L., Navarro-Olivos, E., Sly, P. D., & Romieu, I. (2014). Omega-3 Fatty Acid Supplementation During Pregnancy and Respiratory Symptoms in Children. *Chest*, 146(2), 373–382. <https://doi.org/10.1378/CHEST.13-1432>
- Escañuela Sánchez, T., Linehan, L., O'Donoghue, K., Byrne, M., & Meaney, S. (2022). Facilitators and barriers to seeking and engaging with antenatal care in high-income countries: A meta-synthesis of qualitative research. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e3810–e3828. <https://doi.org/10.1111/HSC.14072>
- Finlayson, K., & Downe, S. (2013). Why Do Women Not Use Antenatal Services in Low- and Middle-Income Countries? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies. *PLoS Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1001373>
- Fox, N. J. (2008). Post-positivism. En L. M. Given (Ed.), *The SAGE Encyclopaedia of Qualitative Research Methods* (pp. 660–670). SAGE Publications, Inc.
- Goyal, M., Singh, P., Singh, K., Shekhar, S., Agrawal, N., & Misra, S. (2021). The effect of the COVID-19 pandemic on maternal health due to delay in seeking health care: Experience from a tertiary center. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 152(2), 231–235. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13457>
- Grand-Guillaume-Perrenoud, J. A., Origlia, P., & Cignacco, E. (2022). Barriers and facilitators of maternal healthcare utilisation in the perinatal period among women with social disadvantage: A theory-guided systematic review. *Midwifery*, 105, 103237. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103237>
- Guba, E. C. (1990). The Alternative Paradigm Dialog. En *The Paradigm Dialog*. SAGE Publications.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (1995). How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability and a good number of journals in the. *Field Methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Hailemariam, S., Agegnehu, W., & Derese, M. (2021). Exploring COVID-19 Related Factors Influencing Antenatal Care Services Uptake: A Qualitative Study among Women in a Rural Community in Southwest Ethiopia. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/2150132721996892>

- Heidegger, M. (1962). *Being and Time* (J. Macquarrie & E. Robinson, Eds.). Blackwell Publishers.
- Heredia-Pi, I., Servan-Mori, E., Darney, G., Reyes-Morales, H., & Lozano, R. (2016). Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 452–461. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.168302>
- Herwansyah, H., Czabanowska, K., Schröder-Bäck, P., & Kalaitzi, S. (2023). Barriers and facilitators to the provision of maternal health services at community health centers during the COVID-19 pandemic: Experiences of midwives in Indonesia. *Midwifery*, 123, 103713. <https://doi.org/10.1016/j.MIDW.2023.103713>
- Holcomb, D. S., Pengetnze, Y., Steele, A., Karam, A., Spong, C., & Nelson, D. B. (2021). Geographic barriers to prenatal care access and their consequences. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(5), 100442. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2021.100442>
- Hug, L., Alexander, M., You, D., Alkema, L., & UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2019). National, regional, and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis. *The Lancet. Global health*, 7(6), e710–e720. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30163-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30163-9)
- Hug, L., Sharrow, D., You, D., Hereward, M., & Zhang, Y. (2019). *Levels & Trends in Child Mortality. Report 2019. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation.*
- Jolly, Y., Aminu, M., Mgawadere, F., & van den Broek, N. (2019). “We are the ones who should make the decision” – knowledge and understanding of the rights-based approach to maternity care among women and healthcare providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2189-7>
- KC, A., Gurung, R., Kinney, M. V, Sunny, A. K., Moinuddin, M., Basnet, O., Paudel, P., Bhattarai, P., Subedi, K., Shrestha, M. P., Lawn, J. E., & Målqvist, M. (2020). Effect of the COVID-19 pandemic response on intrapartum care, stillbirth, and neonatal mortality outcomes in Nepal: a prospective observational study. *The Lancet Global Health*, 8(10), e1273–e1281. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30345-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30345-4)
- Khan, S. N. (2014). Qualitative Research Method-Phenomenology. *Asian Social Science*, 10(21). <https://doi.org/10.5539/ass.v10n21p298>
- Khetrupal, S., & Bhatia, R. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on health system & Sustainable Development Goal 3. *The Indian journal of medical research*, 151(5), 395–399. https://doi.org/10.4103/ijmr.IJMR_1920_20

- Kimport, K., Dockray, J. P., & Dodson, S. (2016). What women seek from a pregnancy resource center. *Contraception*, *94*(2), 168–172. <https://doi.org/10.1016/J.CONTRACEPTION.2016.04.003>
- Kuhnt, J., & Vollmer, S. (2017). Antenatal care services and its implications for vital and health outcomes of children: evidence from 193 surveys in 69 low-income and middle-income countries. *BMJ Open*, *7*(11), e017122. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017122>
- Kyei-Nimakoh, M., Carolan-Olah, M., & McCann, T. V. (2017). Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa—a systematic review. *Systematic Reviews*, *6*(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0503-x>
- Lambelet, V., Ceulemans, M., Nordeng, H., Favre, G., Horsch, A., Stojanov, M., Winterfeld, U., Baud, D., Panchaud, A., & Pomar, L. (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on Swiss pregnant and breastfeeding women - a cross-sectional study covering the first pandemic wave. *Swiss medical weekly*, *151*(37–38), w30009. <https://doi.org/10.4414/smw.2021.w30009>
- Larsen, H. G., & Adu, P. (2021). *The theoretical framework in phenomenological research : development and application* (1a ed.). Routledge. <https://www.routledge.com/The-Theoretical-Framework-in-Phenomenological-Research-Development-and/Larsen-Adu/p/book/9780367540524>
- Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
- Liu, C.-M., Chang, S.-D., & Cheng, P.-J. (2012). Relationship between prenatal care and maternal complications in women with preeclampsia: implications for continuity and discontinuity of prenatal care. *Taiwanese journal of obstetrics & gynecology*, *51*(4), 576–582. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2012.09.013>
- Masjoudi, M., Aslani, A., Khazaeian, S., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2020). Explaining the experience of prenatal care and investigating the association between psychological factors with self-care in pregnant women during COVID-19 pandemic: a mixed method study protocol. *Reproductive Health*, *17*(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00949-0>
- Mendez-Dominguez, N., Santos-Zaldívar, K., Gomez-Carro, S., Datta-Banik, S., & Carrillo, G. (2021). Maternal mortality during the COVID-19 pandemic in Mexico: a preliminary analysis during the first year. *BMC public health*, *21*(1), 1297. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11325-3>
- Millogo, T., Kourouma, K. R., Diallo, A., Agbre-Yace, M. L., Baldé, M. D., & Kouanda, S. (2021). Effectiveness of the World Health Organization Safe Childbirth Checklist (WHO-SCC) in preventing poor childbirth

outcomes: a study protocol for a matched-pair cluster randomized control trial. *BMC public health*, 21(1), 1652. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11673-0>

Mizrak Sahin, B., & Kabakci, E. N. (2021). The experiences of pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A qualitative study. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 34(2), 162–169. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.022>

Mortazavi, F., & Ghardashi, F. (2021). The lived experiences of pregnant women during COVID-19 pandemic: a descriptive phenomenological study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12884-021-03691-Y>

Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. SAGE Publications, Inc. <https://doi.org/10.4135/9781412995658>

Navarro, S. M., Villafuerte, B. P., & Macedo, M. V. (2018). Maternal Mortality and the Coverage, Availability of Resources, and Access to Women's Health Services in Three Indigenous Regions of Mexico: Guerrero Mountains, Tarahumara Sierra, and Nayar. En D. A. Schwartz (Ed.), *Maternal Death and Pregnancy-Related Morbidity Among Indigenous Women of Mexico and Central America: An Anthropological, Epidemiological, and Biomedical Approach* (pp. 169–188). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-71538-4_9

Oberoi, S., Chaudhary, N., Patnaik, S., & Singh, A. (2016). Understanding health seeking behavior. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 5(2), 463. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192376>

Okedo-Alex, I. N., Akamike, I. C., Ezeanosike, O. B., & Uneke, C. J. (2019). Determinants of antenatal care utilisation in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ open*, 9(10), e031890. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031890>

Onchonga, D., Alfatafta, H., Ngetich, E., & Makunda, W. (2021). Health-seeking behaviour among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Heliyon*, 7(9), e07972. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e07972>

Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34853/9789275319765_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Origlia, P., Jevitt, C., Sayn-Wittgenstein, F. zu, & Cignacco, E. (2017). Experiences of Antenatal Care Among Women Who Are Socioeconomically Deprived in High-Income Industrialized Countries: An Integrative

Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 62(5), 589–598.
<https://doi.org/10.1111/JMWH.12627>

Pant, S., Koirala, S., & Subedi, M. (2020). Access to Maternal Health Services during COVID-19. *Europasian Journal of Medical Sciences*, 2(2), 48–52. <https://doi.org/10.46405/ejms.v2i2.110>

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

Pirjani, R., Moini, A., Heshmati, J., Mardi-Mamaghani, A., Esmaeili, M., Shafaatdoost, M., Maleki-Hajiagha, A., Karimi, E., Hossein-Boroujerdi, M., Shokri, F., Mosanezhad, Z., Bajool, N., Noori, M., Hosseini, L., Persad, E., & Sepidarkish, M. (2021). Mothers and their children's health (MATCH): a study protocol for a population-based longitudinal cohort. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 297. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03732-6>

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., Silva, D. R. A. D., Downe, S., Kennedy, H. P., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet (London, England)*, 384(9948), 1129–1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Ricoeur, P., & Savage, D. (1970). *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*. Yale University Press. <https://books.google.com.mx/books?id=FyeHc74riT0C>

Roberton, T., Carter, E. D., Chou, V. B., Stegmuller, A. R., Jackson, B. D., Tam, Y., Sawadogo-Lewis, T., & Walker, N. (2020). Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(7), e901–e908. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)

Rodríguez-Aguilar, R. (2018). Maternal mortality in Mexico, beyond millennial development objectives: An age-period-cohort model. *PLOS ONE*, 13(3), e0194607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194607>

Rose, J., & Johnson, C. W. (2020). Contextualizing reliability and validity in qualitative research: toward more rigorous and trustworthy qualitative social science in leisure research. <https://doi.org/10.1080/00222216.2020.1722042>, 51(4), 432–451. <https://doi.org/10.1080/00222216.2020.1722042>

Roy, K., Zvonkovic, A., Goldberg, A., Sharp, E., & Larossa, R. (2015). Sampling Richness and Qualitative Integrity: Challenges for Research With Families. *Journal of Marriage and Family*, 77(1), 243–260. <https://doi.org/10.1111/JOMF.12147>

- Sacks, E., Mendez Alvarez, M., Bancalari, P., & Alegre, J.-C. (2022). Traditions and trust: a qualitative study of barriers to facility-based obstetric and immediate neonatal care in Chiapas, Mexico. *Women & Health*, 62(6), 522–531. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2089442>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893. <https://doi.org/10.1007/S11135-017-0574-8>
- Schleiermacher, F., & Bowie, A. (1998). *Hermeneutics and criticism and other writings*. Cambridge University Press.
- Shah, R., Rehfuess, E. A., Paudel, D., Maskey, M. K., & Delius, M. (2018). Barriers and facilitators to institutional delivery in rural areas of Chitwan district, Nepal: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12978-018-0553-0>
- Sim, J., Saunders, B., Waterfield, J., & Kingstone, T. (2018). Can sample size in qualitative research be determined a priori? <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>, 21(5), 619–634. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1454643>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2021). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research* (2°). SAGE Publications Ltd.
- Timmermans, S., Bonsel, G. J., Steegers-Theunissen, R. P. M., MacKenbach, J. P., Steyerberg, E. W., Raat, H., Verbrugh, H. A., Tiemeier, H. W., Hofman, A., Birnie, E., Looman, C. W. N., Jaddoe, V. W. V., & Steegers, E. A. P. (2011). Individual accumulation of heterogeneous risks explains perinatal inequalities within deprived neighbourhoods. *European Journal of Epidemiology*, 26(2), 165. <https://doi.org/10.1007/S10654-010-9542-5>
- Toscano, M., Wood, J., Spielman, S., Ferri, R., Whaley, N., & Seligman, N. S. (2022). Prenatal care utilization in pregnant women who consider but do not have abortions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/S12884-021-04343-X/FIGURES/4>
- Wetterberg, A. (2004). My Body, My Choice...My Responsibility: The Pregnant Woman as Caretaker of the Fetal Person. *Berkeley Journal of Sociology*, 48, 26–49. <http://www.jstor.org/stable/41035591>
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- WHO. (2008). *European strategic approach for making pregnancy safer: Improving maternal and perinatal health*. <http://www.euro.who.int/pubrequest>.

- WHO, & UNFPA. (2021). *Ending Preventable Maternal Mortality. A RENEWED FOCUS FOR IMPROVING MATERNAL AND NEWBORN HEALTH AND WELLBEING.* October, 1–7. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/ending-preventable-maternal-mortality_epmm_brief-230921.pdf?sfvrsn=f5dcf35e_5
- World Health Organization. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* WHO institutional repository.
- World Health Organization. (2019). *Maternal Mortality: Key Facts.* WHO [Internet]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19). Situation Report-51.* https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e57_10
- World Health Organization. (2021). *New global targets to prevent maternal deaths.* Departmental News.
- World Health Organization. (2022). *Child mortality (under 5 years).* Fact sheets.
- World Health Organization, UNICEF, UNFPA, W. B. G. and the U. N. P. D. (2019). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates. En *Sexual and Reproductive Health.*
- Zheng, X., Zhang, J., Ye, X., Lin, X., Liu, H., Qin, Z., Chen, D., & Zhan, C. (2022). Navigating through motherhood in pregnancy and postpartum periods during the COVID-19 pandemic: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Nursing Management, 30(8), 3958.* <https://doi.org/10.1111/JONM.13846>

16. Anexos

16.1. Anexo 1. Carta de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

A través de este documento que forma parte del proceso para la obtención del consentimiento informado, me gustaría invitarla a participar en la investigación titulada: "**Barreras en la atención prenatal en mujeres jóvenes en un contexto de pandemia.**" que realiza la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y cuyo objetivo es analizar el impacto de la pandemia por COVID-19 en el acceso y atención a los servicios de salud reproductiva en mujeres jóvenes embarazadas. Antes de decidir, necesita entender en qué consistirá su participación. Por favor tómese el tiempo que usted necesite, para leer la siguiente información cuidadosamente y pregunte cualquier cosa que no comprenda.

Criterios de inclusión: Usted ha sido invitada a formar parte de esta investigación por haber estado embarazada durante la contingencia sanitaria secundaria a la pandemia por la enfermedad ocasionada por el virus Covid-19; así como por recibir atención prenatal. Su participación es **voluntaria, anónima y confidencial**; no tiene que participar forzosamente. En caso de que decida **NO** participar, esta decisión **NO** repercutirá en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

Procedimiento: Su participación consistirá en contestar algunas preguntas acerca de la atención prenatal recibida en su embarazo. Puede participar respondiendo las preguntas a través de una entrevista o de un cuestionario. El **tiempo estimado del estudio** es de 30 minutos aproximadamente, en el caso de que participe respondiendo el cuestionario y de 40 minutos aproximadamente, en el caso de que participe en una entrevista.

Costos: No habrá ningún costo por su participación en este estudio. Ni tampoco recibirá ningún pago si decide participar. **Riesgos:** No existe riesgo por su participación en este estudio.

Suspensión de mi participación. Se le informa que usted tiene el derecho, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicación, de dejar de participar en la presente investigación, sin que esto disminuya la atención y calidad o se creen prejuicios para continuar con sus tratamientos y la atención que como paciente le otorga el instituto o centro en el que se atiende. Únicamente avisando a alguno de los investigadores su decisión.

Confidencialidad. Sus respuestas tendrán un carácter de confidencialidad y no podrán ser vistas o utilizadas por otras personas ajenas al estudio. Los resultados, de manera anónima, podrán ser publicados en revistas de investigación científica o podrán ser presentados en congresos. Es posible que estos puedan ser usados para otros proyectos de investigación relacionados, previa revisión y aprobación por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación.

La Facultad de Medicina de la UNAM es responsable del tratamiento de los datos personales que nos proporcione, los cuales serán protegidos onforme a lo dispuesto por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, y demás normatividad que resulte aplicable. Los datos personales que le solicitaremos serán utilizados exclusivamente para las finalidades expuestas en este documento. Usted puede solicitar la corrección de sus datos o que sus datos se eliminen de nuestras bases o retirar su consentimiento para su uso. En cualquiera de estos casos le pedimos dirigirse al investigador responsable del proyecto. Puede consultar nuestro aviso de privacidad integral en: <https://sites.google.com/view/salud-reproductiva-chiapas/inicio>

Persona para contacto. Cualquier duda, preocupación o queja acerca de algún aspecto de la investigación o de la forma en que ha sido tratado durante el transcurso de esta, por favor contacte a la investigadora encargada del proyecto: Dra. Lilia V. Castro Porras al tel. 55 5623 2300 ext. 82353 de lunes a viernes de 9 am a 5 pm. Esta investigación ha sido revisada y aprobada por las Comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM, que son independientes al grupo de investigadores, para proteger sus intereses. En caso de que tenga dudas sobre sus derechos como participante de este estudio, puede acceder a las Comisiones de Investigación y de Ética de la Facultad de Medicina de la UNAM al teléfono 55 5623 2136.

Si está de acuerdo en participar, le pediremos que escriba su nombre y firme el formato de "Consentimiento Informado".

Yo, _____, manifiesto que fui informado (a) del propósito, procedimientos y tiempo de participación y en pleno uso de mis facultades, es mi voluntad participar en esta investigación. No omito manifestar que he sido informado(a) clara, precisa y ampliamente, respecto de los procedimientos que implica esta investigación así como de los riesgos a los que estaré expuesto ya que esta investigación es clasificada como investigación sin riesgo.

He leído y comprendido la información anterior, se ha puesto a mi disposición el aviso de privacidad, y todas mis preguntas han sido respondidas de manera clara y a mi entera satisfacción, por parte de _____. Fecha: ___/___/2021

NOMBRE Y FIRMA DEL PARTICIPANTE

TESTIGOS

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR

NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO

NOMBRE Y FIRMA
PARENTESCO

16.2. Anexo 2. Guía de entrevista

Sede:	<input type="text"/>
Supervisor:	<input type="text"/>
No. Diario:	<input type="text"/>
Fecha:	<input type="text"/>
Hora:	<input type="text"/>



Barreras en la atención prenatal en mujeres jóvenes en un contexto de pandemia



Buenos días, muchas gracias por su participación en esta entrevista. En este momento se está grabando el audio de esta conversación según le comenté hace un momento, ¿me podría hacer el favor de confirmar que accede a la grabación?.

Muchas gracias.

Mi nombre es María Alejandra Aguilar Rodríguez y a continuación le voy a realizar unas cuantas preguntas en relación con su experiencia con el control prenatal durante su embarazo. Estas preguntas se realizan con el propósito de realizar un proyecto de investigación científica cuyo objetivo es identificar las barreras en la atención prenatal a las que se enfrentaron las mujeres embarazadas durante la pandemia por Covid-19. Quiero reiterar que la participación en esta entrevista es completamente voluntaria, que puede decirme si en cualquier momento quiere detener la entrevista y que toda la información que me proporcione será completamente anónima. Su nombre no aparecerá en ninguno de los productos de este proyecto y ni su participación ni nada de lo que diga afectará en lo absoluto la atención que recibe en este centro.

Mi interés en esta entrevista es entender en primer lugar cómo fue su experiencia desde que supo que estaba embarazada y a lo largo de todo su embarazo, también me interesa conocer cómo vivió el contacto con los servicios de control prenatal y con el personal de salud y finalmente cuál es su opinión de la atención que recibió.

Si está lista, podemos empezar con la primera pregunta...

Delay in decision to seek care	Ability to perceive	<p>¿Usted sabe qué es el control prenatal?</p> <p>¿Considera que el control prenatal es importante para una mujer embarazada?</p> <p>¿Usted recibió alguna consulta de atención prenatal?</p> <p>¿A cuántas consultas de atención prenatal asistió?</p> <p>¿Me podría decir cuáles fueron las razones por las que decidió que era importante acudir a sus consultas de control prenatal?</p> <p>¿Me podría explicar lo que sabe acerca de la pandemia por Covid-19?</p> <p>¿Hubo algo que la preocupara con respecto a estar embarazada durante la pandemia?</p>
--------------------------------	---------------------	--

	Approachability	<p>¿Por favor dígame cuáles son los servicios de atención prenatal que estuvieron disponibles en la unidad de atención que le corresponde durante la pandemia por Covid-19?</p> <p>¿Cuáles fueron los servicios de atención prenatal que utilizó durante la pandemia por Covid-19?</p> <p>¿Qué tan seguro considera que es para una mujer embarazada acudir a las consultas de control prenatal durante la pandemia?</p>
	Acceptability	<p>¿Considera que el centro de salud tenía los recursos necesarios para dar atención adecuada a las mujeres embarazadas DURANTE esta pandemia?</p>
	Ability to seek	<p>¿Cree que las mujeres embarazadas reciben suficiente información acerca de las opciones que tienen para recibir atención prenatal durante la pandemia?</p> <p>¿La pandemia dificultó que usted tomara la decisión de buscar atención prenatal?</p>
Delay in reaching care	Availability and accommodation	<p>¿Cree los centros de salud se ubican en lugares que son accesibles para las mujeres embarazadas?</p> <p>¿Cree que las mujeres embarazadas pueden llegar oportunamente a los centros de salud cuando necesitan atención durante la pandemia?</p> <p>¿Los centros de salud tienen las características físicas necesarias para atender adecuadamente a las mujeres que acuden al control prenatal durante la pandemia por Covid-19?</p> <p>¿Cree que los trabajadores de salud tienen los recursos necesarios para dar atención adecuada a las mujeres embarazadas durante la pandemia?</p>
	Ability to reach	<p>¿La pandemia dificultó que usted pudiera acudir a sus consultas de control prenatal?</p>

Delay in receiving adequate care	Affordability	<p>¿El contexto laboral que vivió durante la pandemia dificultó que acudiera a sus consultas de control prenatal?</p> <p>¿Considera que usted recibió el suficiente apoyo familiar durante la pandemia para poder asistir a sus consultas de control prenatal?</p> <p>¿Considera que las mujeres embarazadas tienen los recursos necesarios para recibir la atención prenatal más apropiada durante la pandemia por covid-19? (económicos)</p>
	Ability to pay	<p>¿Se enfrentó a alguna dificultad económica durante la pandemia que afectara su acceso a los servicios de control prenatal?</p>
	Appropriateness	<p>¿En su opinión, la atención prenatal que reciben las mujeres embarazadas en tiempos de Covid-19 satisface adecuadamente todas sus necesidades?</p> <p>¿Recibió atención prenatal de calidad?</p> <p>¿La atención prenatal que usted recibió se adaptó a sus necesidades a lo largo de todo su embarazo?</p> <p>¿Le resolvieron todas sus dudas?</p> <p>¿Considera que el centro de salud implementó las medidas necesarias para darle una atención segura para usted y su bebé durante este tiempo de pandemia?</p> <p>¿El control prenatal que recibió le ayudó a que usted tuviera una experiencia positiva durante su embarazo en la pandemia?</p> <p>¿Cree que la pandemia por Covid-19 dificultó/(impidió) que recibiera atención prenatal apropiada?</p>

		<p>¿El personal de salud que la atendió durante su control prenatal tenía los recursos necesarios para darle la mejor atención prenatal durante la pandemia?</p> <p>¿Cómo fue su relación con el personal de salud?</p>
	<p>Ability to engage</p>	<p>¿Su relación con el personal de salud la motivó a continuar con el control prenatal durante todo su embarazo y hasta el nacimiento de su bebé?</p> <p>¿Usted tuvo la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con su embarazo?</p> <p>¿Considera que sus opiniones eran tomadas en cuenta en sus consultas de control prenatal?</p> <p>¿Recibió la información necesaria para llevar un embarazo saludable?</p> <p>¿Durante su control prenatal usted se sentía que tenía los recursos necesarios que le permitieran llevar un embarazo saludable?</p>

Observaciones:

16.3. Anexo 3. Datos sociodemográficos

Sede:
 Supervisor:
 No. Diario:
 Fecha:
 Hora:



**Barreras en la atención prenatal
 en mujeres jóvenes en un
 contexto de pandemia**



Ficha de identificación

1.- ¿Qué edad tiene? _____ No sabe [] No respondió []

Sociodemográfico

2. ¿En qué estado vive?

Nombre:

No sabe
 No respondió

3. ¿En qué municipio o delegación vive?

Nombre:

No sabe
 No respondió

4. ¿En que Centro de Salud se atiende?

Nombre:

No sabe
 No respondió

7. ¿Cuál fue el último grado que aprobó en la escuela?

<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Secundaria
<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Carrera técnica
<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Posgrado
<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No respondió

Embarazos

8. ¿Cuántas veces ha estado embarazada? *¿De estos, tuvo algún aborto?, Cuántos nacieron por parto? Y por cesárea?*

G:	P:	A:	C:	N/R
Gestas	Partos	Abortos	Cesáreas	

9. Actualmente esta embarazada

<input type="checkbox"/> Sí,	<input type="checkbox"/> No sabe, pase pregunta 3
<input type="checkbox"/> No, pase pregunta 3	<input type="checkbox"/> No respondió, pase pregunta 3

10. Si actualmente está embarazada ¿Cuántas semanas de embarazo tiene actualmente? *Anotar el número de semanas*

semanas	
<input type="checkbox"/> No sabe	<input type="checkbox"/> No respondió

5. ¿Cuál es su estado civil?

<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Unión libre
<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada
<input type="checkbox"/> Separada	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Viuda	<input type="checkbox"/> No respondió

6. ¿A qué se dedicaba mientras estaba embarazada?

<input type="checkbox"/> Estudia	<input type="checkbox"/> En el negocio familiar
<input type="checkbox"/> Ama de Casa	<input type="checkbox"/> No sabe
<input type="checkbox"/> Venta ambulante	<input type="checkbox"/> No respondió
<input type="checkbox"/> Para uno o más patrones	

4. ¿Recuerda si en el embarazo de _____ al menos una vez...

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	la midieron?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	la pesaron?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le tomaron la presión arterial?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le realizaron exámenes generales de orina?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le realizaron exámenes de sangre?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le midieron su nivel de azúcar en sangre?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le realizaron prueba de detección de VIH
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le realizaron prueba de detección de sífilis (VDRL)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le hicieron ultrasonido?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	la vacunaron contra el tétanos?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le recetaron ácido fólico?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le recetaron hierro?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/R	le recetaron algún otro multivitamínico?

16.4. Anexo 4. Diccionario de categorías

- 1 Posibilidad de decidir buscar atención
 - 1.1 Capacidad para identificar una necesidad
 - 1.1.1 Concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer
 - 1.1.2 Concibe el embarazo como un periodo de riesgo
 - 1.1.3 Percibe gravedad de complicación
 - 1.2 Accesibilidad
 - 1.2.1 (+) Con potencial de mejorar los resultados en salud
 - 1.2.2 Ausencia de información de servicios
 - 1.2.3 Disrupción de servicios por la contingencia
 - 1.2.4 (+) Servicios conocidos
 - 1.2.5 Percepción de que los servicios no tienen los recursos necesarios
 - 1.3 Aceptabilidad
 - 1.3.1 (-) Incrementa el riesgo de contagio
 - 1.3.2 Vulnerabilidad a COVID
 - 1.3.3 (-) Percepción de gravedad de contagio
 - 1.4 Capacidad para buscar atención
 - 1.4.1 Presencia de autonomía
- 2 Posibilidad de alcanzar la atención de salud
 - 2.1 Disponibilidad
 - 2.1.1 Horarios
 - 2.1.2 (+) Preferencia a embarazo
 - 2.1.3 Recursos
 - 2.1.4 (+) Características adecuadas para evitar el contagio
 - 2.1.5 Ubicación
 - 2.1.6 Menor disponibilidad por pandemia
 - 2.1.7 (-) Características inadecuadas para evitar contagio
 - 2.2 Capacidad para alcanzar los servicios
 - 2.2.1 Medio de transporte
 - 2.2.2 Facilidades laborales
 - 2.2.3 Red de apoyo familiar
- 3 Posibilidad de recibir atención de salud adecuada
 - 3.1 Asequibilidad
 - 3.1.1 Altos costos no médicos
 - 3.1.2 Costo oportunidad
 - 3.2 Capacidad para pagar
 - 3.2.1 Ausencia de seguro médico
 - 3.2.2 Disminución de ingresos por pandemia
 - 3.3 Idoneidad
 - 3.3.1 Interpersonal relationship
 - 3.3.2 Ausencia de continuidad
 - 3.3.3 Timeliness
 - 3.3.4 (+) Medidas de protección: Ambiente más seguro
 - 3.3.5 (-) Mala higiene
 - 3.3.6 (-) Incapaz de dar tratamiento adecuado
 - 3.4 Capacidad para involucrarse
 - 3.4.1 Self-efficacy
 - 3.4.2 (-) Modelo de atención paternalista

1 Posibilidad de decidir buscar atención

1.1 Capacidad para identificar una necesidad

Complementary to the notion of approachability of services, the notion of ability to perceive need for care among populations is crucial and determined by such factors such as health literacy, knowledge about health and beliefs related to health and sickness.

1.1.1 Concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer

La mujer embarazada concibe el embarazo como su responsabilidad.

1.1.2 Concibe el embarazo como un periodo de riesgo

La participante considera que existe mayor probabilidad de complicaciones durante el embarazo. Observa riesgo durante el embarazo

1.1.3 Percibe gravedad de complicación

La participante determina que las potenciales complicaciones del embarazo son graves

1.2 Accesibilidad

Approachability relates to the fact that people facing health needs can actually identify that some form of services exists, can be reached, and have an impact on the health of the individual. Services can make themselves more or less known among various social or geographical population groups. Various elements such as transparency, information regarding available treatments and services and outreach activities could contribute to make the services more or less approachable.

1.2.1 (+) Con potencial de mejorar los resultados en salud

Los servicios que son ofrecidos pueden tener una influencia positiva en el resultado del embarazo

1.2.2 Ausencia de información de servicios

Las mujeres embarazadas no sabían a dónde podían dirigirse por atención prenatal durante la pandemia

1.2.3 Disrupción de servicios por la contingencia

Servicios que antes estaban disponibles no lo estuvieron durante la pandemia

1.2.4 (+) Servicios conocidos

Las mujeres embarazadas conocen los servicios que tienen disponibles.

1.2.5 Percepción de que los servicios no tienen los recursos necesarios

Las mujeres embarazadas consideran que los servicios no tienen los recursos suficientes para atenderlas de la mejor manera así que no van.

Las mujeres embarazadas identifican una desalineación entre las prioridades de los servicios, la calidad de los mismos, el tipo de atención y las expectativas de lo que ellas necesitan.

1.3 Aceptabilidad

Acceptability relates to cultural and social factors determining the possibility for people to accept the aspects of the service (e.g. the sex or social group of providers, the beliefs associated to systems of medicine) and the judged appropriateness for the persons to seek care. For example, a society forbidding casual physical contact between unmarried men and women would reduce acceptability of care and acceptability to seek care for women if health service providers are mostly men.

1.3.1 (-) Incrementa el riesgo de contagio

Los servicios ofrecidos hacen más probable el contagio de COVID-19 para la mamá o el bebé

1.3.2 Vulnerabilidad a COVID

Percepción de miedo por el riesgo de contagio del bebé al ir a las consultas

1.3.3 (-) Percepción de gravedad de contagio

La mujer determina que las potenciales complicaciones del contagio de COVID son graves. NOTA: Considerar o reflexionar si la percepción de gravedad de contagio actúa como barrera o como facilitador en la aceptabilidad de los servicios.

1.4 Capacidad para buscar atención

Ability to seek health care relates to the concepts of personal autonomy and capacity to choose to seek care, knowledge about health care options and individual rights that would determine expressing the intention to obtain health care. A good example would be female discrimination regarding the initiation of care or abuse and neglect, discouraging ethnic minorities from seeking care. This relates to the challenge of ensuring that care meets the needs of different cultural, socioeconomically disadvantaged, and vulnerable populations. Because different groups may judge appropriateness and quality differently, this is an important challenge.

1.4.1 Presencia de autonomía

La mujer embarazada considera la atención como el mejor plan para sí misma y actúa en consecuencia

2 Posibilidad de alcanzar la atención de salud

2.1 Disponibilidad

Availability and accommodation refers to the fact that health services (either the physical space or those working in health care roles) can be reached both physically and in a timely manner. Availability constitutes the physical existence of health resources with sufficient capacity to produce services (existence of productive facilities). It results from characteristics of facilities (e.g. density, concentration, distribution, building accessibility), of urban contexts (e.g. decentralisation, urban spread, and transportation system) and of individuals (e.g. duration and flexibility of working hours). It also relates to characteristics of providers (e.g. presence of the health professional, qualification) and modes of provision of services (e.g. contact procedure and possibility of virtual consultations). Access is restricted if available resources are unevenly distributed around a country, or across levels of care (with specialty care developed at the expense of primary care).

2.1.1 Horarios

Los horarios de las citas no se acoplan a las condiciones de vida de las mujeres embarazadas por lo que la disponibilidad de los servicios es menor. Cualquier referencia a diferentes alternativas como consecuencia de problemas con las citas

2.1.2 (+) Preferencia a embarazo

Los servicios de salud generaban las situaciones necesarias para poner al servicio de las mujeres embarazadas los recursos tanto humanos como materiales suficientes para dar una atención adecuada.

2.1.3 Recursos

Caracterización de los recursos disponibles para las mujeres embarazadas

2.1.4 (+) Características adecuadas para evitar el contagio

Las mujeres embarazadas consideran que las características de los establecimientos de salud eran adecuadas para evitar el contagio de COVID.

2.1.5 Ubicación

Los servicios de salud están ubicados en lugares que son accesibles geográficamente a las mujeres embarazadas

2.1.6 Menor disponibilidad por pandemia

La disponibilidad de los servicios disminuyó como consecuencia de que a las mujeres las mandaron a instituciones diferentes a las que les tocaba, por la pandemia (considerar a que los servicios tenían que atender a más gente o la gente se tenía que mover más o algo así)

2.1.7 (-) Características inadecuadas para evitar contagio

Las mujeres embarazadas consideran que las características no eran adecuadas para evitar el contagio de COVID

2.2 Capacidad para alcanzar los servicios

Ability to reach health care relates to the notion of personal mobility and availability of transportation, occupational flexibility, and knowledge about health services that would enable one person to physically reach service providers. Restricted mobility of the aged and handicapped, or the inability of casual workers to be absent from work to consult medical providers would be examples of these.

2.2.1 Medio de transporte

Las mujeres embarazadas tenían a su alcance algún medio de transporte que les permitía llegar a sus citas. Caminando, coche, transporte público, taxi, etc.

El pensar en el transporte no era un problema

2.2.2 Facilidades laborales

Caracterización de las facilidades laborales que experimentaron las participantes durante su embarazo

2.2.3 Red de apoyo familiar

Existen miembros de la familia que actúan en favor de la decisión de la mujer embarazada

3 Posibilidad de recibir atención de salud adecuada

3.1 Asequibilidad

Affordability reflects the economic capacity for people to spend resources and time to use appropriate services. It results from direct prices of services and related expenses in addition to opportunity costs related to loss of income. Furthermore it can vary by type of services and depends on the capacity to generate the resources to pay for care (e.g. mode of payment, mobilisation of resources).

3.1.1 Altos costos no médicos

Los costos no médicos que deben cubrir las mujeres durante la atención prenatal son muy altos

3.1.2 Costo oportunidad

Las pérdidas de productividad ocasionadas son apropiadas en comparación con los beneficios

3.2 Capacidad para pagar

Ability to pay for health care is a widely used concept within the health services and health economics literature. It describes the capacity to generate economic resources - through income, savings, borrowing or loans - to pay for health care services without catastrophic expenditure of resources required for basic necessities (e.g. sale of home). Poverty, social isolation, or indebtedness would be examples of factors restricting the capacity of people to pay for needed care.

3.2.1 Ausencia de seguro médico

Inicialmente este código se refería específicamente a seguridad social conceptualizando el código como una barrera de acceso a la atención prenatal, sin embargo, modificaré el código para hacer referencia a seguro médico para representar la ausencia de suficientes recursos (específicamente aquella falta de recursos NO relacionada con la pandemia) como barrera para acceder a la atención médica DESEADA por las participantes. Es decir, este cambio surge por la existencia de testimonios que mencionan que les gustaría haber recibido atención privada por considerarla más adecuada pero que no pudieron hacerlo por falta de recursos económicos.

3.2.2 Disminución de ingresos por pandemia

La disminución de ingresos repercutió en la atención médica que recibió y esa disminución estuvo relacionada con la pandemia

3.3 Idoneidad

Appropriateness denotes the fit between services and clients need, its timeliness, the amount of care spent in assessing health problems and determining the correct treatment and the technical and interpersonal quality of the services provided. Adequacy relates to the appropriateness (what services are provided) and quality (the way in which they are provided) of health services and its integrated and continuous nature. Clearly, the content and effectiveness of health services and goods one has the opportunity to utilise matters. Opportunity to utilise only services of poor quality in this sense is seen as restriction of access to health care. Some suggest that these dimensions - acceptability and adequacy - should not be part of access. Our reasoning is that one should not have access to health care based on geographical and organisational availability and affordability alone, but that access encompasses the possibility to choose acceptable and effective services. The opportunity for a person to utilise the services of untrained practitioners (e.g. witch doctors, healers) cannot be equated to the opportunity for another person - wealthier - to utilise highly specialised services, if these services generate different health outcomes or satisfaction towards services. Utilisation of services with inherently differential technical qualities - either through the utilisation of different types of providers or through differential prescription practices - cannot be seen as equally appropriate care.

3.3.1 Interpersonal relationship

La mujer embarazada considera o describe una mala relación interpersonal con los proveedores de servicios que influye de manera negativa en la idoneidad de la atención recibida. Esta influencia negativa en la idoneidad se relaciona con que la atención recibida no iba en concordancia con las necesidades percibidas o las expectativas de la participante.

Fusionado con el código Posibilidad de recibir atención de salud adecuada > Idoneidad > (-) Poor communication

(-) Poor communication 

Creado: Ale Aguilar, 04/01/23 12:33 P.M.

La mujer embarazada considera o describe una mala comunicación con el personal de salud que influye de manera negativa en la idoneidad de la atención recibida. Esta influencia negativa en la idoneidad se relaciona con que la atención recibida no iba en concordancia con las necesidades percibidas o las expectativas de la participante

3.3.2 Ausencia de continuidad

La ausencia de continuidad de atención impactó en la idoneidad de la atención. Se espera que impacte de manera negativa en el balance de la atención recibida y las necesidades de salud de las mujeres embarazadas.

3.3.3 Timeliness

La atención solicitada por la mujer embarazada, no fue proporcionada de manera lo suficientemente oportuna para satisfacer sus necesidades (lack of fit between client needs and services provided)

3.3.4 (+) Medidas de protección: Ambiente más seguro

La existencia de medidas de higiene tiene un impacto positivo en la calidad de los servicios otorgados porque generan un ambiente más seguro

3.3.5 (-) Mala higiene

Las pobres condiciones de higiene influyen negativamente en la calidad de atención recibida

3.3.6 (-) Incapaz de dar tratamiento adecuado

Tratamiento recetado percibido como inadecuado

3.4 Capacidad para involucrarse

Finally, ability to engage in health care would relate to the participation and involvement of the client in decision-making and treatment decisions, which is in turn strongly determined by capacity and motivation

to participate in care and commit to its completion. This dimension is strongly related to the capacity to communicate as well as notions of health literacy, self-efficacy and self-management in addition to the importance of receiving care that is actually appropriate for the person, given its resources and skills. Access to optimal care ultimately requires the person to be fully engaged in care and this is seen as interacting with the nature of the service actually offered and provided.

3.4.1 Self-efficacy

Capacidad de influir en su propia salud por decisión propia

3.4.2 (-) Modelo de atención paternalista

En la atención prenatal el médico determina el mejor tratamiento y curso de acción sin la opinión de la mujer embarazada (dominant physician who controlled information and decision-making and a passive patient)

16.5. Anexo 5. Citas adicionales

Categoría	Subcategoría	Tema	Ejemplos
Posibilidad de decidir buscar atención	Accesibilidad	Potencial de mejorar los resultados en salud del embarazo y parto (Facilitador)	"Yo siento que sí (es bueno ir a las consultas prenatales) [...] porque como que... si te fueras a enfermear o algo así [...] ellos te... (pueden recetar) algún medicamento o algo así para que no se te complique tan difícil." (03 Nezahualcóyotl)
		Ausencia de información acerca de los servicios disponibles (Barrera)	"A mí me ha pasado de que luego todavía me dicen "Es que tienes que hacer eso..." y luego yo me quedo de que "¿Qué es eso?" y pues ya luego [...] con pena o sin pena [...] les digo "Y... ¿A dónde?" y ya luego la doctora pues sí me explica y ya... más y digo "Ah bueno". Pero pues así bien bien la información pues no. [...] Pues ahora sí que (sería bueno que) nos explicaran [...] bien de cada lugar y el por qué [...] es necesario estar ahí o tomar. Luego [...] nos dicen "Es que tienes que ir a pláticas" pero no nos dicen el por qué. Sí estaría bien que nos explicaran todo." (01 Nezahualcóyotl)
		Disrupción de servicios secundaria a la pandemia (Barrera)	"No, la verdad no (tenemos información de los servicios disponibles). [...] Cuando fue lo del COVID sí fue todo como muy sorpresivo y no se sabía... ni a donde acudir [...]. O sea, al principio decían que las mujeres embarazadas... que era un riesgo, que no puedes estar yendo y todo y eran las más vulnerables. Entonces yo también por eso [...] no quería acudir. [...] Pero no sabías entonces cómo[...]. También dieron esa opción de que según el médico podía ir a tu casa, pero [...] la verdad todo lo que da del gobierno a veces es... es mentira." (04 Anzures)
		Percepción de recursos insuficientes (Barrera)	"Pues hacen falta [...] demasiadas cosas, en un hospital debe de haber muchas cosas ahí mismo [...]. O sea, que ahí mismo en un hospital tengas toda la atención como hacer tus estudios, [...] que te revisen como es, que te atiendan bien, que tengas un hospital seguro. Las mujeres que no tenemos dónde aliviarnos, por decir, uno de gobierno [...] puro para mujeres embarazadas, o sea, para que no andes de aquí para allá." (03 Nezahualcóyotl)
	Capacidad para identificar una	Percepción de vulnerabilidad en el embarazo (Facilitador)	"Pues es que es [...] ir viendo el estado del bebé, cómo está [...] desde que empieza el embarazo... cómo se encuentra, detectar anomalías, si viene mal, si va bien [...]. Detectar que no haya [...]"

	necesidad de atención		enfermedades,[...] que no sea uno hipertenso, que no tenga otro tipo de complicaciones para el bebé."(04 Anzures)
		Concepción del embarazo como responsabilidad de la mujer embarazada (Facilitador)	Para que llevemos pues un control y saber [...] los síntomas que nos pueden [...] dar cuando es un embarazo de alto riesgo. (01 Nezahualcóyotl)
		Gravedad de complicación (Facilitador)	Igual cuando uno se va a aliviar, dicen que [...] no se sabe si va a tener alguna infección hasta esa infección. Al nacer el bebé [...] puede quedar ciego si nace por... parto natural. [...] Porque dije: "no vaya a estar mal", como tuve amenaza de aborto [...] dije: "no, mejor me empiezo a atender". Y empecé a ir a mis consultas y así. (03 Anzures)
	Aceptabilidad	Caracterización de los servicios de salud como fuentes de contagio de COVID-19 (Barrera)	"Pues no nunca... como te digo, no les interesaba [...] si tú te contagiabas, no. Como ahí [...] me lo dijeron, no creo que valga más tu dinero que tu vida y pues uno sí dice: aquí pues estás en riesgo de contagiarte porque hay personas con COVID y todo, ya ahí bajo tu responsabilidad si quieres quedarte." (03 Nezahualcóyotl)
		Percepción de vulnerabilidad a COVID-19 (Barrera)	"Pues yo digo [...] (que es más fácil) que me contagie y luego [...] ve uno las noticias, de que entran [...] por decir al hospital y salen muertas. Eso da mucho miedo." (03 Iztapalapa)
		Percepción de gravedad de complicación relacionada con la enfermedad por COVID-19 (Barrera)	"Obviamente (voz más alta) que corres más peligro porque tanto el bebé como tú... y a veces no te pueden dar todo el medicamento como tal porque le puede afectar al bebé." (04 Anzures)
Posibilidad de alcanzar la atención de salud	Capacidad para alcanzar los servicios	Red de apoyo familiar (Facilitador)	"Hasta me decía mi doctora [...]: "Tú tienes que andar con alguien porque en cualquier momento [...] puedes aliviarte" y le digo "No, es que no me dejan pasar y está allá afuera". Estaba mi hermana o mi abuelita, mi esposo." (04 Iztapalapa)
		Apoyo provisto por CEC (Facilitador)	"Gracias a aquí, me estuvieron dando consultas en otro sitio, en otro ginecólogo. Casi desde que tenía aproximadamente cuatro meses, cinco meses de embarazo me empezaron a atender desde aquí." (04 Iztapalapa)
		Flexibilidad de horario (Facilitador)	"Sí, como ya conozco al señor (jefe), me da... permiso [...]. Me dice "pues agárrate tu hora de comida" o "ya me la repones con una hora más después"." (03 Iztapalapa)
Posibilidad de recibir atención de salud	Asequibilidad	Elevados costos no médicos (Barrera)	"Pues muchos no porque tienen que pagar pasaje o... que las copias o... cualquier cosa y luego pues si luego está uno que no tiene ni dinero" (04 Nezahualcóyotl) "Nos cobraron hasta lo que no... a mí me mandaban así de: ve a comprar esto, ahora ve a

			<p>comprar esto, ahora ve por el otro, no sé qué. Y yo, así como... [...] No sí, una experiencia que salimos los dos así de... ¡Jamás volvemos!" (02 Anzures)</p>
		Elevado costo-oportunidad (Barrera)	"Pues luego no es muy fácil (ir a las consultas) porque luego me tengo que ir muy temprano y pues luego ya salgo bien tarde. Entonces, por lo regular me aviento... se puede decir medio día en el hospital" (01 Nezahualcóyotl)
Capacidad para pagar		Ausencia de seguro médico (Barrera)	"Y pues como no tenía así recursos para ir a un médico pues no (había empezado la atención prenatal)." (01 Nezahualcóyotl) "Ese fue el problema que yo también tuve, que ya no contaba con el seguro, entonces, como no me atendí desde un principio, no me querían recibir." (04 Anzures)
		Disminución de ingresos como resultado de la pandemia por COVID-19 (Barrera)	"Sí porque como me quedé sin trabajo, no tenía yo recursos y como me separé pues no. [...] Por falta de economía" (01 Nezahualcóyotl) "Sí, mucha (dificultad económica). [...] Desde el principio. Porque tanto tenía gastos con mis hijos grandes. Como soy mamá soltera y tengo yo que estar pagando todo. Trabajar para pagar todos los gastos y a veces pues obviamente pues lo dejas al último (el pago de las consultas) y no alcanza." (04 Anzures)
Idoneidad		Calidad interpersonal (Barrera)	"Por eso le digo que tienen muy (aumento de volumen) mal trato. No, no, no no. [...] Pareces animal adentro de un hospital. De verdad, hacen lo que quieren con... y lo peor de todo que a los familiares afuera no les informan lo que está uno viviendo adentro. [...] Hasta que ellos entran a verte y tú les dices, ya se enteran de lo que te están haciendo." (04 Anzures)
		Maltrato (Barrera)	<p><u>Trato indigno:</u> "Exactamente, tiene... uno va para un servicio no para que te estén juzgando, te estén insultando. Y yo la verdad, ya me habían hecho enojar mucho porque a fuerzas me querían operar. Pero yo cuando vi como me... cuando me alivié y cómo me trataron, yo... no me dieron nada de ganas de operarme, dije: no, o sea, me pueden hacer otra cosa y yo ni cuenta me voy a dar [...] Y me quedé con eso, dije: "Sí, yo me quiero operar. Sí, ya no quiero tener más bebés, pero no aquí. O sea, yo no me voy a operar así" (04 Anzures)</p> <p><u>Falta de información:</u> "No, de hecho, yo tenía preguntas y no que... cállese, que no sé qué... que ya tiene cinco, que para qué viene por otro... y puras... no sé hasta</p>

			<p>me... mmmm.... Regañando porque ya porque iba por el quinto.” (04 Anzures)</p> <p>“Llego, ya me internan, ya me acomodan, me preparan y me meten. Ahora sí que me hacen la prueba y dice: “Sí, ya tiene efectivamente 6 de dilatación, vamos a esperar un poco más”. Me pusieron hasta oxígeno porque me decían que yo ya no podía estar oxigenando bien, que iba a perder al bebé si yo no oxigenaba bien. [...] Y el doctor escuché cuando dijo: “Es que ella ya tiene diez y nada más no baja el bebé. ¿Sabes qué? La voy a preparar para cesárea”, y otro compañero enfermero le dijo: “Sí porque ya es mucho y luego va a poner un reporte. Nos comentan que ya tiene rato”. [...] Entonces [...] llega el relevo y [...] dice: “A ver, voy a checar. Sí tiene 10 pero todavía le falta. Ella todavía aguanta parto normal. Vamos a dejarla otros cinco minutos.”. Yo ya veía que ya se había bajado más el sol, [...] ya no aguantaba [...], ya estaba perdiendo hasta la fuerza...</p> <p>[...]</p> <p>¡Ya hasta había cambiado el turno! Y el doctor que me atendió, que me quería hacer la cesárea no se iba y quería que la cesárea, la cesárea y el otro doctor dice: "Ya está bajando, ya está bajando". [...] Pasa una enfermera y ve cómo estoy pujando y dice: "Es que ese bebé ya se ve, ya tiene que intervenirla", (y el otro doctor:) “No, todavía le falta.”</p> <p>[...] Yo creo que vieron que ya no aguantaba y me llevaron. Me meten y en el momento que me meten el doctor me dice: “Usted ya no puede entonces la voy a ayudar. Cuando sienta el dolor me avisa”. Le aviso y cual va siendo mi sorpresa, se encima en mi (en su abdomen).</p> <p>Empieza a empujar, empieza a empujar y yo no aguantaba y no sabía si... doler mi dolor del estómago o doler la contracción o doler... ya no... no sentí ya nada. [...] Yo siento cuando sale mi bebé, pero cuando sale mi bebé, no respira, no nada... Y yo estaba preocupada por él.</p> <p>[...]</p> <p>"Yo ya estaba desesperada, quería ver a mi bebé, quería ver a mi bebé, “No, es que no tenemos información de él, no tenemos información”. Llega al día siguiente el doctor [...] y me comenta [...] “¿Y su bebé?”, y le digo: “No me lo han traído, eso es lo que quiero saber. ¿Usted no sabe nada?”. [...] Dice: "yo no sé nada, pero si ahorita le investigo algo le vengo a decir".</p>
--	--	--	---

		<p>Era domingo y en ese mismo día dice “Es que usted ya se va dada de alta. Ahorita voy a hablarle al familiar para que pase por usted” y le digo “¿Y mi bebé? [...] yo quiero saber cómo está” y me dice “Es que todos los informes se los dan a su familiar”. [...] ¡Nunca me dijeron nada! Salgo y mi esposo [...] llorando [...] me comenta: "Sabes, pues tienes que tienes que ser fuerte porque nuestro hijo nació mal, sufrió una craneoencefalia, asfixia y ahorita está entubado y está en terapia intensiva". [...] Ya ni descansé” (04 Iztapalapa)</p> <p><u>Amenazas:</u> “En algún momento dijeron que me iban a retener que porque tenía COVID y que no sé qué. O sea, en ese momento dijimos: “Nos vamos de aquí” (02 Anzures) "[...] Y pues ahora sí que me volví a meter, pero cuál es nuestra sorpresa de que: “Espérese porque hay muchas personas [...] esperando doctores". Y yo con mis dolores, yo ya no aguantaba. Me pasa la doctora y dice: "Es que tiene 5, ya la voy a internar, pero va a ser bajo su responsabilidad porque ya no la vamos a dejar que se pare y ya no vamos a dejar que camine [...], va a estar acostada [...] hasta que baje el bebé" (04 Iztapalapa)</p> <p><u>Abandono:</u> "Después, me quitaron la sonda [...] urinaria y pues obviamente, pierdes retención. (La enfermera me dijo:) “Cuando tengas ganas de hacer pipi, me avisas” (La llamé:) "Enfermera, enfermera, enfer..." (me contestaba:) “Ahorita voy". Yo ya no aguanté y me hice pipi en la cama. “¡Ay! Me hubieras dicho que querías. ¡Párate!” Me tuvo... como una hora parada, con la bebé en brazos." (02 Anzures)</p>
	Oportunidad de la atención (Barrera)	<p>Va uno a... estudios y casi casi te gritan, te dan tus estudios dentro de uno o dos meses, las citas cada mes... y (si) te sientes mal [...] vete a urgencias y casi casi hasta que te estés muriendo. (04 Anzures)</p>
	Continuidad (Barrera)	<p>“Nos tocó con una doctora y muy buena atención con esa doctora, la verdad. Me mandaba a hacer estudios de sangre porque [...] (el otro doctor) me decía “Es que usted no tiene nada” y luego con la doctora y me dice “Es que tú tienes anemia ¿Cómo puede ser posible que no te manden nada si tienes anemia y se la puedes pasar al bebé?” y le digo: “Pues así me dijeron, que no tengo nada”. Igual cuando me empezó a dar infección en las</p>

			vías urinarias, también la doctora me las detectó y otros doctores: "Es que tú no tienes nada, no sé para qué te quejas si no tienes nada" y entonces ¿quién está bien? ¿la doctora u otros doctores que no saben realmente?" (04 Iztapalapa)
Capacidad para involucrarse y participar		Autoeficacia (Facilitador)	"Pues ahora sí que (debería haber) un buen servicio, una buena atención. Ahora sí que de los médicos [...] (deberían tener) la disposición de explicarnos las cosas. Cosas que a lo mejor nosotros no sabemos y [...] pues sacarnos de nuestras dudas y [...] tratar de decirnos o guiarnos o algo así para que sepamos cómo (tener) el mejor cuidado para poder salir bien." (01 Nezahualcóyotl)
		Modelo de atención paternalista (Barrera)	"Y entonces pues no [...] nada de dudas, nada, o sea, lo que él quería. Y yo sí se lo dije a otros doctores [...] Si no vengo mal [...] ¿por qué me van a hacer cesárea? Y ya (después) uno... que fue más consiente me dijo: [...] "tranquílcese, ahorita le vamos a poner [...] la solución que ponen inyectable que empieza a dar los dolores. Si vemos que no le da ningún dolor pues sí va a ser cesárea." Entonces tenía que esperar los dolores y ya [...] pasaron como... tres, cuatro horas y me empezó el dolor [...] y ya, gracias a Dios, fue parto normal. [...] Gracias a Dios todo salió bien. Pero, si hubiera sido por este doctor, me hace cesárea y namas porque él lo dijo." (04 Anzures)