

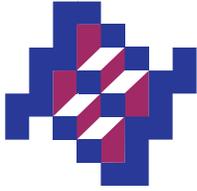
CUADERNOS  
DE TRABAJO

23

Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas de la Secretaría de Salud.

Julio, 2011.





*Instituto Nacional de Salud Pública*  
Dirección de Salud Reproductiva  
Centro de Investigación en Salud Poblacional

**“Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en unidades médicas rurales de la Secretaría de Salud”**

**INFORME FINAL**

**Investigadora principal**

Dra. Dilys Walker

**Responsable de proyecto**

Mtra. Dolores González Hernández

**Equipo de Trabajo**

Mtra. Lisa DeMaria

Mtra. Leticia Suárez

Dra. Lourdes Campero

MD. Minerva Romero

Julio del 2011



## Índice

I.	Agradecimientos	3
II.	Resumen	4
III.	Introducción	6
IV.	Antecedentes	7
V.	Metodología	9
	II.1 Selección de la muestra	9
	II.2 Criterios de inclusión	9
	II.3 Recolección de datos	14
	II.4 Análisis de información	14
VI.	Contextualización de los sitios de intervención	15
VII.	Resultados	31
	VII.1 Análisis de los formatos SISPA	31
	VII.2 Análisis basado en la revisión de los expedientes clínicos	52
	VII.3 Resultados de entrevistas a proveedores	67
	VII.4 Índices de la buena práctica obstétrica	97
	VII.5 Acompañamiento en el parto	100
	VII.6 El papel de las parteras tradicionales	101
	VII.7 Sondeo con jefes de jurisdicción de Guerrero y Oaxaca	105
	VII.8 Avances en el seguimiento de las referencias obstétricas desde el primer nivel de atención	106
VIII.	Conclusiones	110
IX.	Limitaciones	113
X.	Comentarios	113
XI.	Anexos	114
	XI.1 Anexo A	114
	XI.2 Anexo B	124
XII.	Referencias	128

## **I. Agradecimientos**

Agradecemos al Instituto Nacional de las Mujeres el financiamiento otorgado para la primera y segunda etapa de esta investigación. En especial a la Mtra. Mónica Orozco, al Mtro. Rodrigo Valdivia y a la Mtra. Jessica Lombana por el apoyo otorgado en todo momento.

A los Servicios de Salud del Estado de Guerrero y a los Servicios de Salud del Estado de Oaxaca por permitir la realización de esta investigación, así como por la aportación económica otorgada para el pago de los salarios de los proveedores alternativos. De igual forma agradecemos a la Secretaría de la Mujer del Estado de Guerrero.

Queremos agradecer a la Dra. Patricia Uribe y su equipo de colaboradores del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud, por su aportación financiera en la etapa de capacitación de los proveedores alternativos y por su interés para evaluar el rol de las parteras profesionales técnicas y de las enfermeras obstetras en la atención obstétrica de este país.

A las parteras profesionales técnicas y a las enfermeras obstetras que conformaron el equipo de trabajo: PPT Nohemí Luna, PPT Linda Vargas, PPT Heidi Janeth Sánchez, PPT Ma. Fátima del Rosario Ramírez, PPT Guadalupe Díaz, PPT Nelcy Flores, LEO Maritza Castro, LEO Fernando Aragón, LEO Alejandra Vargas, LEO Janeth Landero, por todo su esfuerzo y dedicación a pesar de las condiciones adversas por las que atravesó este proyecto. También agradecemos a las enfermeras que trabajaron en campo, Carolina Miranda y Adriana Ramírez, por vencer todos los obstáculos que se presentaron en cada uno de los sitios que visitaron.

Agradecemos también a la Dra. Leslie Cragin y a la Mtra. Susanna Cohen su valiosa participación en la capacitación de las parteras profesionales técnicas y de las enfermeras obstetras, a la Mtra. Angélica García por su participación en el diseño muestral del estudio y a la Lic. Marisela Olvera por su apoyo en el procesamiento de la información.

## II. Resumen

El proyecto “Evaluación de las causas de mortalidad materna en entidades de mayor incidencia absoluta y relativa” se desprende del proyecto “Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en clínicas rurales de la Secretaría de Salud”, el cual propuso una estrategia innovadora para la atención del embarazo, parto y puerperio en clínicas rurales de la SSA, mediante la integración de Parteras Profesionales Técnicas (PPT) y Licenciados en Enfermería y Obstetricia (LEO), y se llevó a cabo en los Estados de Guerrero y Oaxaca.

Los proveedores llegaron a los centros de salud asignados en enero de 2009, la recolección de información se inició en abril del mismo año debido a que se consideró un espacio de tiempo de 3 meses para la integración de este personal tanto al centro de salud como a la comunidad.

El presente análisis considera los casos de mujeres embarazadas que se presentaron en las clínicas de intervención y control entre 1° abril de 2009 y 31 de diciembre del 2010, en total representa 3127 mujeres embarazadas.

Este reporte es el análisis final del estudio cuya fase de intervención concluyó en el Estado de Guerrero el 31 de julio del 2010 y en Oaxaca el 31 de diciembre del 2010. Se incluye información obtenida a partir de 3 fuentes: Formatos SISPA, expedientes clínicos, así como de las entrevistas aplicadas a los proveedores en los centros de salud.

Algunas observaciones importantes que surgieron de este análisis son:

1. En lo que se refiere a la información de los formatos SISPA, los principales hallazgos encontrados en los centros de salud en donde se encuentran laborando las parteras profesionales técnicas y las enfermeras obstetras son que ha habido un impacto positivo respecto a las clínicas de control en la mayoría de los rubros analizados. Del análisis del cambio porcentual habido en cada una de las unidades médicas de intervención y de control en cuanto al número de consultas prenatales y postnatales, así como el número de partos atendidos y de tamicos neonatales, se obtuvieron cifras más altas en los sitios de intervención que en los de control entre el periodo pre-intervención y en el momento de la intervención. Con el cálculo de las Razones de Tasas de Incidencia ajustadas por características del personal, infraestructura e insumos se comprobó que estos proveedores alternativos son una buena opción para preservar la salud de las mujeres que habitan en las áreas rurales del país.
2. La calidad de la información contenida en los expediente clínicos es mejor en los centros de salud de intervención que en los centros de salud control; sin embargo, aún siguen siendo deficientes.
3. En términos de las prácticas clínicas en medicina basada en evidencia para la atención del embarazo y parto, los datos muestran una mejor calidad de atención

ofrecida por los proveedores alternativos en los centros de salud de intervención, en comparación con los de control.

4. La calidad en términos de parto humanizado es mejor en los centros de salud de intervención que en los centros de salud de control. Esto se observa en variables claves como el ofrecimiento de líquidos, uso de métodos no farmacológicos para manejo de dolor (masaje y respiración rítmica), posición no supina para parto, contacto inmediato de piel a piel madre/bebé.
5. Encontramos que los centros de salud de control realizan con mayor frecuencia prácticas indeseables o no útiles por carecer de conocimientos sustentados en medicina basada en evidencia como es el caso de la episiotomía, limpieza uterina, y estimulación del trabajo de parto con oxitocina.
6. La calidad de atención al recién nacido (aplicación de vitamina K y antibiótico de uso oftálmico) fue alta tanto en los CS de intervención como de control.
7. Tomando en consideración las recomendaciones efectuadas por la OMS respecto a la buena práctica obstétrica se calcularon seis índices, de los cuales en cinco se muestra un mejor desempeño de los CS en donde se encuentran laborando PPTs y LEOs.

### **III. Introducción**

El proyecto “Evaluación de las causas de mortalidad materna en entidades de mayor incidencia absoluta y relativa” se desprende del proyecto “*Incorporación de personal alternativo para la atención del embarazo, parto y puerperio en clínicas rurales de la SSA*” el cual tiene como objetivo general mejorar la calidad de la atención obstétrica en áreas rurales mediante una estrategia innovadora que trata de la integración de Parteras Profesionales Técnicas (PPT) y Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO) en la atención obstétrica básica. Y como objetivo específico: Comparar el cumplimiento de los lineamientos establecidos por la NOM-007-SSA2-1993<sup>1</sup> y la OMS<sup>2</sup>, para la atención al embarazo, parto y puerperio, ofrecido por proveedores no-médicos (PPTs y LEOs) capacitados y Médicos Generales (MG), en clínicas rurales de los Servicios de Salud en los Estados de Guerrero y Oaxaca.

Este personal alternativo está conformado por: Parteras Profesionales Técnicas (PPT) egresadas de CASA, la única Escuela de Partería en México reconocida por la SEP, en San Miguel de Allende y Licenciadas en Enfermería Obstétrica (LEO) egresadas de ENEO y de la Escuela de Enfermería del IPN. Después de reclutar y seleccionar a este personal, en noviembre del 2008, recibieron una capacitación durante 3 semanas en la Ciudad de Cuernavaca, Morelos, utilizando un sistema innovador de enseñanza a través de simulaciones para el manejo de parto sin complicaciones y para el manejo y referencia oportuna de emergencias obstétricas. Posteriormente, los proveedores estuvieron una semana en los hospitales de referencia que corresponden a los Centros de Salud (CS) participantes en el estudio, rotando por cada uno de los servicios de gineco-obstetricia, con la intención de conocer las rutinas hospitalarias y familiarizarse con el personal. Se seleccionaron 27 centros de salud rurales: 12 de intervención en donde se integró un proveedor alternativo (LEO o PPT) y 15 centros de salud como controles que mantienen el modelo estándar de atención y cuyos proveedores son médicos generales, médicos pasantes y enfermeras generales. Los centros de salud comparten características similares: son de un núcleo, es decir cuentan con 1 médico general, 1 médico pasante, 1 o 2 enfermeras generales, atienden partos y se encuentran a una distancia máxima de 2 horas del hospital de referencia.

En el Estado de Guerrero 4 proveedoras alternativas trabajaron de enero de 2009 a julio de 2010; en Oaxaca, no fue posible cumplir con este periodo que fue el originalmente propuesto, debido a las dificultades que se presentaron para lograr obtener el financiamiento para cubrir los salarios de este personal; por lo que fue necesario suspender el trabajo de todo el equipo de proveedores alternativos a partir del 1 de febrero de 2010. Posteriormente, en el mes de mayo se reincorporan a sus actividades sólo 4 de los 7 proveedores, ya que 3 de ellos renunciaron por encontrarse comprometidos en otros empleos; es hasta el mes de

agosto que se vuelven a cubrir el total de las clínicas de intervención, con 3 PPTs que habían terminado la fase de intervención en Guerrero, y que aceptaron trasladarse al Estado de Oaxaca para continuar trabajando con este proyecto.

En este reporte se incluyen resultados finales de la información levantada en campo del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2011.

#### **IV. Antecedentes**

Antes de pasar a describir los antecedentes del presente proyecto, se realiza una breve descripción de los principales modelos de atención del parto en el país.

En México se cuenta con el modelo médico hegemónico (médicos generales y especialistas) y con dos modelos no-médicos también capacitados (con educación formal en obstetricia) para ofrecer atención de partos hospitalarios. Los dos modelos alternativos son: 1) el de parteras profesionales técnicas (PPT) y 2) el de enfermeras obstetras (LEO). Las principales características de estos modelos son las siguientes:

##### **Modelo de partera profesional técnica**

La Escuela de Parteras Profesionales de CASA, con licencia de la Secretaría de Educación, se abrió en 1997 en San Miguel Allende, Guanajuato y comenzó a graduar a las primeras parteras profesionales técnicas (PPT) mexicanas en el año 2000. Sus requisitos de ingreso son: tener 18 años, haber terminado la secundaria y presentar un examen general de conocimientos. El programa de CASA es de tres años y de tiempo completo. Las egresadas de CASA están capacitadas para proveer atención calificada a las mujeres en trabajo de parto y parto; para identificar riesgos en el embarazo, para identificar y referir emergencias obstétricas. Inician prácticas en el Hospital de CASA, en comunidades rurales y cumplen su servicio social en hospitales del IMSS y de la SSA en donde trabajan durante las 24 horas en coordinación con médicos/cirujanos, obstetras y anestesiólogos.

##### **Modelo de enfermera obstetra**

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), a través de su programa para formar licenciados en enfermería y obstetricia, está afiliado a la UNAM desde 1987. Este programa forma enfermeras con énfasis en obstetricia. En la Ciudad de México CIMIGen, trabaja con egresadas de la ENEO y con enfermeras técnicas y/o generales, para

proporcionar atención prenatal, intraparto y postparto; y otorga servicios de planificación familiar. Se trata es un hospital privado, especializado en obstetricia y de tamaño medio que atiende principalmente a mujeres de clase obrera y media de la Ciudad de México. Es el único sitio en México que provee capacitación clínica supervisada a enfermeras obstetras y las prepara para manejar independientemente un parto normal. CIMIGen está integrado al sistema de salud pública de México y trabaja con apoyo de médicos/cirujanos y anestesiólogos durante 24 horas. CIMIGen proporciona al Licenciado(a) en Enfermería Obstétrica un espacio para cumplir la función profesional para la que ha sido formado, apoya la capacitación de estos profesionales de la salud mediante programas de servicio social que le permiten al pasante adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y criterios en la atención perinatal, además de promover y conservar la mística de servicio con responsabilidad y honestidad. En general la LEO no tiene en el país un espacio reconocido para ejercer la obstetricia y se encuentran realizando actividades de enfermería general o bien tareas administrativas.

### **Modelo de médico general**

Un tercer modelo en el suministro de servicios obstétricos es el que ofrecen los médicos generales, pasantes en el servicio social y médicos internos de pregrado. El contenido de la educación y capacitación que reciben los médicos generales varía según la escuela de formación, pero todos han cursado al menos 4 años de estudio pospreparatoria. Los médicos pasantes son quienes realizan su servicio social durante un año y durante las 24 horas del día en hospitales pequeños rurales de la SSA y son los responsables de la salud materna. Sin embargo, los lineamientos de la SSA indican que los internos no deben de atender partos sin supervisión de un médico titulado.

### **Antecedentes de proyectos de investigación**

Debido a que, en México no se contaba con una evaluación previa sobre los diferentes modelos de atención hospitalaria al nacimiento, en donde se obtuviese información sobre las fortalezas y debilidades que cada uno de estos modelos de atención puede ofrecer (sin considerar la contribución de médicos gineco-obstetras), en la Dirección de Salud Reproductiva del Instituto Nacional de Salud Pública, bajo la dirección de la Dra. Dilys Walker, se efectuó una investigación a este respecto con diversos componentes:

1. Revisión del currículo de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO); de la Escuela de Medicina (UNAM Iztapalapa), y de la Escuela de Partería Profesional

- (CASA) con base en la evaluación de los criterios definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para asistentes capacitados para el parto.
2. Un estudio retrospectivo de la infraestructura, recursos humanos y físicos, servicios y resultados obstétricos en cada uno de los sitios del estudio.
  3. Una estimación de los costos para el entrenamiento y la atención para cada tipo de proveedor.
  4. Un estudio cualitativo a través de entrevistas a PPT, LEO, MG y médicos especialistas.
  5. Una evaluación (estudio transversal) de los partos atendidos independientemente por PPT, LEO, MG o bien en co-manejo.

Los principales resultados obtenidos en esta línea de investigación fueron: a) una valoración curricular muy positiva a favor del programa que se imparte en la Escuela de Partería Profesional (CASA)<sup>3</sup>, y b) A nivel hospitalario, los proveedores no médicos salieron en general con mejor desempeño que los MG con respecto a las prácticas recomendadas por la OMS de acuerdo con la medicina basada en evidencia<sup>4,5</sup>. Estos antecedentes sirvieron como base para justificar el estudio actual, en donde se evalúa el desempeño de PPT y LEO trabajando de manera independiente en clínicas rurales.

## **V. Metodología**

### V.1. Selección de la muestra

Para este estudio se consideraron 27 clínicas rurales de los estados de Guerrero y Oaxaca, que se encuentran en la base de datos, obtenida en la última evaluación de calidad del Programa Oportunidades (2007). Se tomaron 12 clínicas de intervención (PPT/EO) y 15 sirvieron como controles (es decir que continuaron con el estándar de atención disponible en ese momento). Los proveedores no médicos se asignaron de manera aleatoria y se realizó un pareamiento con las clínicas de control, y ambas tienen el mismo hospital de referencia, con la salvedad que se encuentran a una distancia mayor de tres horas de traslado entre una y otra como estrategia para limitar el entrecruzamiento de las pacientes.

### V.2. Criterios de Inclusión

1. Clínicas rurales de la CS que atiendan partos.
2. Clínicas que cuenten con equipo básico para la atención de un parto.
3. Clínicas rurales que estén al menos a 1 hora del hospital de referencia y máximo a 2 horas de traslado.

En el siguiente cuadro se describen algunas características de los centros de salud seleccionados, proveedor asignado y tipo de centro de salud para el proyecto (Intervención y Control).

**CARACTERISTICAS DE LAS LOCALIDADES Y CENTROS DE SALUD**

**GUERRERO**

Localidad y Centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Pob. Total	Grado de Marginación *	Partos en 2008	Partos en 2009	Personal del proyecto y permanencia
Xochipala	Eduardo Neri	Hospital de la Madre y el Niño en Chilpancingo. 40 min.	1 Médico general 1 MPSS 2 Enfermeras generales 1 Auxiliar de salud	3197	Alto	8	8	LEO Janet Landero. Enero a diciembre de 2009 Enero a Julio de 2010
Pantitlán	Chilapa	Hosp. Gral de Chilapa . 30 min.	1 MPSS 2 Enfermeras	2774	Muy Alto	4	8	LEO Irma Sixto. Enero a abril de 2009 PPT. Nohemí Luna. Agosto de 2009 a julio de 2010
Totolapa	Huamuxtitlan	Hosp. De la madre y el niño indígena de Tlapa. 90 min.	1 MPSS 1 Enfermera	1884	Alto	1	31	PPT. Linda Vargas. Enero a diciembre de 2009 Enero a Julio de 2010
San Nicolás	Cuajinicuilapa	Hosp. Gral de Ometepec. 60 min.	1 Médico general 1 MPSS 2 Enfermeras	3058	Alto	5	9	PPT. Heidi Janeth Sanchez Enero a diciembre de 2009 Enero a Julio de 2010
Juchitán	Marquelia	Hosp. General de Ometepec. 60 min.	1 Médico general 1 MPSS 1 Odontologo 2 Enfermeras generales	2944	Alto	8	4	<b>CONTROL</b>
Barra de Tecuanapa	Barra de Tecuanapa	Hosp. General de Ometepec . 90 min.	1 MPSS 1 Enfermera	1007	Alto	13	9	<b>CONTROL</b>
La Mohonera	Chilapa	Hosp. General de Chilapa. 30 min.	1 Médico general 1 Enfermera 1 gral.	1643	Muy Alto	14	10	<b>CONTROL</b>
Melchor Ocampo	Alcozauca de Guerrero	Hospital General de la Madre y el niño indígena en Tlapa. 2Hrs.	1 MPSS 1 Enfermera	686	Muy Alto	22	9	<b>CONTROL</b>
Vicente Guerrero	Metlatonoc	Hospital General de la Madre y el niño indígena en Tlapa. 2Hrs.	1 Medica general por contrato 1 Enfermera	434	Muy Alto	14	15	<b>CONTROL</b>
Axaxacualco	Chilpancingo	Hospital de la Madre y el Niño en Chilpancingo. 40 min.	1 MPSS 1 Enfermera general	1186	Alto	13	2	<b>CONTROL</b>

**CARACTERÍSTICAS DE LAS LOCALIDADES Y CENTROS DE SALUD**

**OAXACA**

Localidad y Centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Pob. Total	Grado de Marginación *	Par-tos en 2008	Par-tos en 2009	Personal del proyecto y permanencia
Caña Brava	Sto. Domingo de Morelos	Hospital General de Pochutla. 1 hr. 15 min.	1 MPSS 1 Enfermera general	910	Alto	45	108	LEO. Maritza Castro. de Enero de 2009 a enero de 2010 y de mayo a diciembre de 2010
Sn. Gabriel Mixtepec	San Gabriel Mixtepec	Hospital General de Pochutla. 1 hr.	1 Médico general 1 MPSS 3 Enfermeras 1 Odontólogo	3930	Alto	38	72	LEO. Edith Ventura enero a marzo de 2009 PPT. Lucia López. Agosto a octubre 2009 PPT. Grisel Moreno. Noviembre de 2009 a enero PPT. Heidi Sánchez. Agosto a diciembre de 2010.
Sn Juan Cacahuatpec	Jamiltepec	Hospital General de Pinotepa Nacional. 1hr.	1 Médico general  1 MPSS 5 Enfermeras	3691	Medio	21	22	PPT. Fatima Ramírez de Enero de 2009 a enero de 2010 y de mayo a diciembre de 2010
El Cedral	San Juan Bautista Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 2 hrs.	1 MPSS 1 Enfermera	699	Medio	12	9	LEO Erika Blas. Enero a marzo de 2009. PPT. Grisel Moreno Agosto a Octubre de 2009. No hay otro proveedor
El Porvenir	San Juan Bautista Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 60 min.	1 Médico general 1 MPSS 2 Enfermeras 1 Auxiliar de enfermería	464	Alto	2	2	PPT. Teresita Aguilar. Enero a abril de 2009. PPT. Guadalupe Díaz Agosto a enero de 2009. Mayo a dic. 2010
Villa Sn Miguel Sola de Vega	San Miguel Villa Sola de Vega	Hospital General de Sn Pablo Huixtepec. 90 min.	1 Médico general 1 MPSS 2 Enfermeras 1 Odontólogo 1 Auxiliar de enfermería	1817	Alto	22	42	LEO. Fernando Aragón. Enero de 2009 a enero de 2010. PPT. Linda Vargas. Agosto a Diciembre de 2010

CARACTERÍSTICAS DE LAS LOCALIDADES Y CENTROS DE SALUD (Continuación) OAXACA

Localidad y Centro de salud	Municipio	Hospital de referencia y distancia	Personal de salud	Pob. Total	Grado de Marginación *	Partos en 2008	Partos en 2009	Personal del proyecto y permanencia
Vega del Sol	Santa María Jacatepec	Hospital general de Tuxtepec. 40 min.	1 Médico general 1 MPSS 2 Enfermeras	1203	Medio	13	43	LEO. Alejandra Vargas Enero de 2009 a enero de 2010. PPT. Nohemi Luna. Agosto a Diciembre de 2010
San Antonio las Palmas	Santiago Jocatepec	Hospital general de Tuxtepec. 2 hrs.	1 Médico general 1 MPSS 1 Enfermera 1 Auxiliar de enfermería	1416	Alto	7	43	PPT. Nelcy Flores Cruz Enero de 2009 a enero de 2010 y de mayo a diciembre de 2010
Sn Lorenzo la Lana	San Juan la lana	Hospital General de Tuxtepec. 2hrs.	1 MPSS 1 Enfermera general	1392	Alto	3	0	CONTROL
Arroyo Chicalli	San Miguel Soyaltepec	Hospital General de Tuxtepec. 90 min.	1 MPSS 1 Enfermera general	1222	Alto	7	1	CONTROL
Benemérito Juárez	San Juan Bautista, Tuxtepec	Hospital General de Tuxtepec. 90 min.	1 Médico general 1 Enfermera	2918	Medio	17	13	CONTROL
Piedra de Amolar	San Miguel Soyaltepec	Hospital General de Tuxtepec. 2hrs.	1 MPSS 1 Enfermera general	1714	Muy Alto	21	11	CONTROL
Arroyo Choapan	San José Chiltepec	Hospital General de Tuxtepec. 2hrs.	1 Médico general 1 Enfermera general	1452	Alto	5	10	CONTROL
Bajos de Chila	San Pedro Mixtepec	Hospital General de Pochutla. 90min.	1 Médico general 2 Enfermeras	4249	Alto	19	19	CONTROL
Sn Fco. Loxicha	San Agustín Loxicha	Hospital General de Pochutla. 2hrs.	1 Médico general 1 Enfermera	825	Muy Alto	19	13	CONTROL
Sn. Fco. Cozoaltepec	Sta. María Tonameca	Hospital General de Pochutla. 2hrs.	1 MPSS 1 Enfermera pasante	1945	Alto	57	42	CONTROL
Sta María La Chixio	Santa María La Chixio	Hospital General de Sn Pablo Huitepec. 90 min.	1 Médico general 1 Enfermera general	1005	Alto	19	9	CONTROL

### V.3. Recolección de datos

El levantamiento de datos se llevó a cabo mediante el uso de una máscara de captura especialmente diseñada para este fin y que permitió a nuestro personal de campo hacer una revisión exhaustiva de los expedientes clínicos de las pacientes, así como entrevistas directas aplicadas a los proveedores en cada centro de salud del estudio, en relación a sus prácticas clínicas durante los últimos partos atendidos en el mes. Los datos fueron recolectados una vez al mes, por el personal de enfermería previamente capacitado que acudió a cada clínica (intervención y control); los formatos que este personal revisaba son:

- a. Expedientes clínicos.
- b. Cartillas prenatales.
- c. Registros del centro de salud.
- d. Entrevistas directas a los proveedores para la obtención de datos adicionales sobre las prácticas de rutina realizadas en sus últimos tres partos.
- e. También se pidieron a las autoridades de nivel central los datos del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de Guerrero y Oaxaca respecto al número de consultas otorgadas a mujeres embarazadas y púérperas, así como el número de partos atendidos.

### V.4. Análisis de información

El análisis de información utilizado fue diferente en los distintos apartados del documento.

En los datos de los formatos SISPA se efectuó un análisis del cambio porcentual para cada rubro general de servicio de salud relacionado con la atención obstétrica. Después se efectuó un análisis estadístico de diferencias en diferencias mediante la regresión Poisson de efectos aleatorios, obteniéndose las razones de tasas de incidencia (Incidence Rate Ratios (IRR)) crudas y ajustadas.

En la información proveniente de los expedientes clínicos y las entrevistas a los proveedores se efectuó un análisis descriptivo univariado y bivariado, utilizando la prueba de la Ji-Cuadrada.

Posteriormente, conjuntando información de las entrevistas a los proveedores y de los expedientes clínicos, se efectuó el cálculo de cuatro índices de la buena práctica obstétrica de acuerdo con las recomendaciones de la OMS<sup>2</sup>.

## **VI. Contextualización de los sitios de intervención en ambas entidades federativas**

En el Estado de Guerrero, fueron elegidos 4 Centros de Salud para intervención y 6 como control, mientras que en el Estado de Oaxaca se seleccionaron 8 Centros de Salud de intervención y 9 de control; estos centros fueron seleccionados, de acuerdo a los criterios de inclusión. La asignación del proveedor alternativo fue hecha de manera aleatoria, sin considerar las características particulares de cada Centro de Salud, ni las distintas formaciones (LEO o PPT) ni la personalidad de cada proveedor. Cabe señalar que uno de los hallazgos de este estudio fue que para que este modelo de atención alternativo funcione deberá ser asumido tanto por la población como por el personal de salud que labora en las clínicas y en cada uno de los diferentes niveles de autoridad que las Instituciones de Salud tienen en el país; también debe tomarse en cuenta la personalidad de los proveedores (esto último, al menos mientras se institucionaliza la integración de éste personal al sistema de salud) así como las características de las poblaciones y de las unidades clínicas, ya que esto resultará relevante para lograr una correcta integración de éste personal y se posibilite la consecución de los objetivos.

A continuación se describen las características de cada centro de salud de intervención, así como la situación, que en términos generales, enfrentaron cada una(o) de los proveedores alternativos que participaron en esta investigación.

### ***Centros de Salud de Intervención de Guerrero***

XOCHIPALA: Se encuentra ubicada a 50 kms. aprox. de la ciudad de Chilpancingo, el hospital más cercano está en el municipio de Eduardo Neri (Zumpango) a 35 min. de la comunidad, aunque el hospital de referencia (resolutivo) es el Hospital de la Madre y el Niño Guerrerense ubicado en Chilpancingo. La localidad cuenta con transporte público frecuente y el costo es de \$25 pesos por persona a Zumpango y de \$35.00 a Chilpancingo. El centro de salud de Xochipala se encuentra en la parte conocida como “centro” de la comunidad; se trata de una construcción de regular tamaño rodeada por un amplio terreno desocupado que pertenece al C.S., al interior de la construcción se cuenta con dos consultorios, una sala de hospitalización con 2 camas, 1 cocina, 1 baño para pacientes, 1 habitación y un baño para el personal de salud. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitarios, luz eléctrica y teléfono.

El personal que labora está integrado por un médico general de base que es el director del centro de salud y que lleva más de 15 años en la localidad; un médico pasante que cambia cada año, así como dos enfermeras de base, una enfermera pasante y también hay un auxiliar de salud; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 3000 hab. El horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes 8:30 a 15:30 hrs. y el sábado de 8:00 a 12:00 hrs. si es que hay pasante. Los pasantes viven en el centro de salud pero sólo

atienden las 24 hrs. en caso de urgencias. Este centro de salud aprobó la evaluación y fue certificado por los SSG a principios del 2010.

Xochipala es una comunidad semi-urbana con un total de 3197 habitantes (INEGI<sup>6</sup>) en donde la población masculina se dedica principalmente al sector de servicios (sobre todo al transporte público), y a la construcción; muy pocos se dedican a sembrar la tierra, ya que hay un alto % de migración a los E.U. El grado de marginación de Xochipala es alto (CONAPO<sup>7</sup>). Fue notorio como a raíz de la crisis económica de E.U. a mediados de 2009 regresaron muchos migrantes y según la percepción del personal de salud “se nota el regreso de los maridos porque el Censo de embarazadas se incrementó considerablemente...” El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular; existen 3 consultorios de médicos particulares, pero no hay laboratorios de análisis clínico, por lo que hay que trasladarse al hospital básico Zumpango o bien realizarse los estudios en laboratorios particulares. El Centro de Salud es conocido por toda la población y acuden a este en primera instancia. La población es mestiza en su mayoría y en general es una población amable y confiada.

Personal alternativo: A éste centro de salud fue asignada la LEO Janeth Landero quien no contaba con ninguna experiencia laboral ya que recientemente había egresado de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del IPN. Janeth, desde su llegada, fue bien recibida y aceptada por el personal del Centro de salud y de inmediato se hizo cargo del seguimiento de las mujeres embarazadas que había en el Censo; sin embargo, el protocolo establecido en esta unidad con respecto a la atención de los partos era el de referir a las mujeres para ser atendidas en el hospital básico de Zumpango (30 min. de camino en transporte terrestre) independientemente de que existiera o no motivo de referencia; la coordinación de este proyecto estableció contacto con la jurisdicción y con el director del centro de salud solicitando se modificara este protocolo y se permitiera a este personal alternativo atender los partos de bajo riesgo en la unidad, ya que dicho sitio cuenta con todo lo necesario para brindar ésta atención. El director del centro estuvo de acuerdo aunque con muchas reservas, argumentando que esto se haría siempre que él o el pasante estuvieran presentes; esta situación condicionó que la LEO Janet tuviera el mismo horario de todo el personal de salud (lunes a viernes de 8 a 15 hrs. y descanso sábado, domingo y días festivos) ocasionando que cuando una mujer tenía una fecha probable de parto en fin de semana, fuese referida, por lo que los partos atendidos por esta LEO fueron muy pocos y de éstos, en su mayoría con la presencia del pasante en turno. Dada ésta situación, en los resultados de atención de partos, en el período de duración de este proyecto, no se vio reflejado un incremento favorable. Por otro lado, Janeth logró integrarse muy bien con el personal del centro de salud para realizar el seguimiento de las mujeres embarazadas, en este sentido fue bien aceptada por la comunidad ya que realizaba un seguimiento muy cercano de todas las mujeres embarazadas, hacia visitas domiciliarias, organizaba pláticas y talleres de información con grupos de embarazadas y en general llevó un cuidado estricto de las mujeres que ingresaban al Censo de embarazadas. Janet permaneció en el C.S. los 18 meses de intervención y fue despedida del C.S. con muestras de afecto y agradecimiento por parte del personal y principalmente por las mujeres que atendió, quienes lamentaron que

tuviera que irse, finalmente el hecho de que en el C.S. estuviera un personal disponible sólo para atenderlas a ellas les trajo beneficios, y algunos comentarios de estas mujeres eran: “nos da mucha seguridad”, “revisa muy bien y con calma”, “no tenemos que esperar por horas para pasar a consulta...”

PANTITLAN: Esta localidad se encuentra ubicada a 35 kms. aprox. de la cabecera municipal de Chilapa, Guerrero, y el hospital de referencia es el Hospital General de Chilapa, que a pesar de estar tan cercano, debido a que en la localidad no se cuenta con suficiente transporte público, trasladarse puede resultar costoso y complicado. El servicio de transporte en Pantitlán es prestado por unas cuantas camionetas de redilas que tienen 2 o 3 horarios por día, y el costo por persona es de 30 pesos. Pantitlán es una localidad establecida en las faldas de un cerro y el centro de salud se localiza en las afueras de la localidad, es decir hay que subir y cruzar la localidad para llegar al C.S.; se trata de una construcción pequeña, que cuenta con un consultorio, una pequeña sala de espera, área de vacunas, área de recuperación con una cama 1 (aquí se atienden los partos), 1 baño para pacientes, y 1 habitación con baño para el MPSS. Se tienen los servicios básicos como sanitarios (letrina) y luz eléctrica; el agua escasea mucho y aunque el C.S. cuenta con instalación de agua entubada debido a la frecuente escases, el agua tiene que acarreararse con cubetas al sitio en que se le requiere, y no hay teléfono fijo ni señal de celular.

El personal que labora en éste Centro de salud está integrado por un médico pasante y dos enfermeras de base que llevan entre 20 y 25 años trabajando en la localidad, de hecho una de estas enfermeras ha sido por años “la partera del pueblo” ella atiende partos de manera particular en los domicilios de las mujeres; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 2,500 hab., y el horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes de 8:30 a 15:30 hrs., y dependiendo del pasante en turno es que se atienden urgencias. Los pasantes llegan para permanecer en el C.S. las 24 hrs. pero en realidad no es así, pues pasan varios días de la semana fuera de la comunidad por lo que frecuentemente la clínica se encuentra cerrada; durante el período de duración de este proyecto tocó el cambio de dos pasantes, al inicio una médica que cumplía su estancia de 24 horas y tenía buena disposición para atender a la población y estaba dispuesta a atender partos; posteriormente llegó a ésta clínica un médico pasante que pasaba semanas completas fuera de la comunidad y con nula disposición para dar el servicio a la población, desde su llegada estableció que ahí “no se atenderían partos, porque no contaban con lo necesario”. Gracias a la intervención de la jurisdicción sanitaria es que se cambia esta indicación dada por el MPSS y se restablece la atención de partos en este Centro a partir de octubre de 2009.

Pantitlán es una localidad rural con un total de 2774 habitantes (INEGI<sup>5</sup>) con grado de marginación muy alto (CONAPO<sup>6</sup>), con alto % de población indígena, la migración es también muy alta, aunque es migración nacional, hay familias de jornaleros agrícolas, y la migración a los E.U. es mínima. Algunos migrantes que han regresado del “Norte” han traído cultivos como el jitomate pero sobre todo son quienes han comprado las camionetas que se utilizan para transporte público. El Centro de salud es poco concurrido por las mujeres embarazadas pues culturalmente no se considera necesario llevar control prenatal; la

mayoría de los partos se atienden en las casas, las mujeres paren solas o con la partera “Enfermera Toña”. No hay médicos particulares ni laboratorios de análisis clínicos; para cualquier urgencia acuden a la cabecera municipal de Chilapa, principalmente mujeres. A pesar del grado de marginación de esta localidad la cobertura de programas sociales como Oportunidades o el Seguro Popular no es muy amplio debido a que la población se nota reservada, desconfiada y hay un % importante de población monolingüe.

Personal alternativo: Al inicio del proyecto fue asignada a este Centro de Salud la LEO Irma Janeth Sixto, quien sólo permaneció en el C.S. de enero a Abril del 2009 pues renunció al proyecto la razón de su renuncia fue que no logró adaptarse a permanecer de tiempo completo en una comunidad relativamente aislada, a pesar de que el momento que laboró la responsable del C.S. era una MPSS que aceptó muy bien el proyecto pues ella estaba promoviendo la atención de partos en el centro de salud, había iniciado actividades para atraer a las mujeres para llevar su control prenatal y atender partos; sin embargo, comentaba no tener respuesta de la comunidad pues señalaba que “la costumbre de no ir al C.S. por no considerarlo necesario era muy fuerte”. Durante el breve tiempo de estancia de la LEO Irma, no mostró mucha disposición a hacer trabajo comunitario con las mujeres para atraerlas en el C.S. y sólo se concretó, a pesar de las observaciones que la supervisora del proyecto le hizo, a asumir el papel de esperar que las mujeres la buscaran. Luego de la renuncia de esta LEO, a finales del mes de abril, es hasta el mes de agosto de 2009 que se logra llevar a la PPT Nohemí Luna para continuar con el proyecto, pero desafortunadamente para entonces la MPSS se había ido y acababa de llegar un nuevo MPSS que no sólo no apoyaba el trabajo de Nohemí, sino que lo obstaculiza. A pesar de esto, la PPT Nohemí Luna enfrentó la desconfianza de las mujeres embarazadas, el rechazo absoluto de la partera-enfermera que literalmente le dijo “que se fuera que ahí no la necesitaban”, y los obstáculos que el MPSS le ponía, tales como no dejarla atender a las mujeres, imponer la indicación de que en ese Centro no se atendían partos, dejar el C.S. cerrado por días, etc. A pesar de estos obstáculos, la PPT Nohemí Luna, Partera egresada de CASA, nativa de la comunidad de Tlamacazapa, Taxco Guerrero, con la experiencia de 500 partos atendidos y con la fuerte convicción de querer ejercer su profesión y con el compromiso asumido con este proyecto, logró superar estas barreras. En los 10 meses que Nohemí estuvo en la comunidad logró ganar la confianza de las mujeres embarazadas, le permitieron vivir con una familia muy reconocida en la localidad e inicio haciendo visitas al domicilio de cada mujer embarazada anotada en el Censo y registrando a todas aquellas que nunca habían asistido a consulta, invitándolas a ir al C.S. para sus siguientes consultas, convenciéndolas para atenderse el parto en el C.S.; con las mujeres más renuentes logró que al menos la llamaran en el momento del parto para ayudarles. El MPSS le fue permitiendo que se hiciera cargo del seguimiento de las mujeres embarazadas, del llenado de la papelería y de los reportes. La atención de los partos reportados la llevó a cabo Nohemí quien generalmente atendió sola los partos pues era “difícil” que el médico se encontrara y las enfermeras nunca tuvieron la disposición de ayudarla; por lo que no se logró el objetivo de formar equipo con el personal del Centro. Debido, a que se sentían desplazadas, y la Partera-enfermera “perdió un ingreso económico importante” (ver sección de parteras) se piensa que no se pudo lograr dicha integración. Puede notarse en los resultados del análisis estadístico, el incremento en la

atención de consultas a embarazadas, así como en la atención de los partos, durante el segundo semestre del 2009. Al concluir la participación de Nohemí en esta comunidad, julio de 2010 la población se había organizado para pedir a la jurisdicción sanitaria correspondiente su contratación, solicitud que fue apoyada por la coordinación de este proyecto y se encuentra en trámite debido a qué, no es posible contratarla como Partera.

TOTOLAPA: Esta localidad pertenece al municipio de Huamuxtitlan Gro. se encuentra ubicada a 30 minutos aprox. de la cabecera municipal donde hay un hospital básico comunitario de reciente apertura (2009), el hospital de referencia es el Hospital de la Madre y el Niño Indígena Guerrerense ubicado en Tlapa a una distancia que se recorre aproximadamente en 90 minutos; el servicio de transporte en la Comunidad es constante, ya que hay taxis y camionetas que entran y salen cada 30 min. La ruta es Totolapa-Huamuxtitlan, y en la cabecera municipal se transborda para Tlapa. El C.S. se encuentra a la entrada de la localidad, es una construcción pequeña que se encuentra muy descuidada, el mobiliario está viejo y maltratado, la sala de espera está afuera del C.S. ya que dentro sólo hay un consultorio, una pequeña sala de recuperación con dos camas (lugar para atención del parto), 1 baño para pacientes, 1 habitación con baño para el MPSS. Se cuenta con servicios básicos como sanitario (fosa séptica) y luz eléctrica aunque frecuentemente falla (durante el estudio pasaron dos meses sin energía eléctrica en el C.S.); hay agua entubada aunque es escasa por lo que generalmente no hay en la regadera; no hay teléfono fijo ni señal de celular. Hay una caseta telefónica a 20 min. de distancia del C.S.

El personal que labora en éste Centro de salud está integrado por un médico pasante o un médico general de contrato y una o dos enfermeras una de base y en ocasiones (no siempre) llega un MPSS; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 2,320 hab., y el horario de atención es de lunes a viernes 8:00 a 15:00 hrs. Los MPSS viven en el centro de salud y deciden según su conveniencia, si dan consulta fuera de este horario o sólo atienden urgencias.

Totolapa es una localidad rural con una población total de 1884 habitantes, y con grado de marginación alto, según datos de CONAPO<sup>6</sup>; el camino para llegar es de terracería, es una zona muy árida donde llueve poco y tienen muchas carencias de agua; la población que habita este pueblo se dedica principalmente al cultivo de maíz y frijol, hay un alto % de migración a E.U. de población masculina de todas las edades. Las mujeres y hombres se casan a muy temprana edad, así que hay un alto porcentaje de embarazos adolescentes, aunque también hay multigestas mayores de 35 años. En la localidad no hay consultorios de médicos particulares ni laboratorios de análisis clínicos, para esto hay que salir a la cabecera municipal en Huamuxtitlan. La población acude regularmente al C.S., la gran mayoría de familias están en el Programa de Oportunidades y cuentan con el Seguro Popular. Las mujeres embarazadas sí acuden a consultas prenatales, en buena medida porque como hay muchas adolescentes, estas son llevadas por sus madres o suegras; la atención de los partos se realiza en el C.S. y si no hay quien las atienda, las mujeres van a Huamuxtitlan al Hospital Básico o con médicos privados. La población es bilingüe (hablan español y náhuatl); la población es amable y hay constantes festejos en la comunidad. Llama la

atención la cantidad de nuevas construcciones de casas que se están realizando en la comunidad, lo cual se debe sin duda al envío de las remesas de los migrantes.

Personal alternativo: A esta comunidad fue asignada la PPT Linda Vargas, partera con experiencia previa de trabajo como partera en un hospital de San Luis Potosí, donde atendía partos de manera independiente. A su llegada a este centro de salud se encontraba una MPSS que de inicio dijo estar de acuerdo con el trabajo que Linda iba a realizar; sin embargo, durante varias semanas no permitió que diera consultas a las mujeres embarazadas y mucho menos atendiera partos, argumentando que no conocía la escuela de donde ella egresó y no le daba ninguna confianza que no fuera doctora, o" por lo menos enfermera". Debido a que este centro de salud es muy concurrido, la Dra. fue dejando a Linda las consultas de las embarazadas, aunque al inicio ella checaba y verificaba las notas que Linda realizaba y en ocasiones revisaba por segunda vez a las mujeres. La atención de los partos la delegó completamente a Linda, luego de que la PPT resolvió un parto que MPSS no pudo sacar adelante. La MPSS, no hizo equipo para la atención de las mujeres, pero permitió que Linda asumiera todo lo relacionado con la atención de las mujeres embarazadas y los partos. La supervisión que mensualmente realiza la Jurisdicción Sanitaria evaluó el trabajo de Linda de manera muy satisfactoria, lo que le valió el reconocimiento de la propia jurisdicción. Los resultados obtenidos en este Centro de salud son muy claros, ya que puede notarse el incremento de atención de partos y de consultas a mujeres embarazadas durante el periodo de permanencia de éste personal alternativo. Linda vivía a unos pasos del C.S. por lo que era requerida por la población en cualquier momento y siempre tuvo la disposición de asistir los partos o consultas de las embarazadas que la buscaron. Al finalizar los 18 meses de esta intervención, había llegado al CS un médico de contrato que lo primero que hizo fue informar que el C.S. tenía un horario de 9:00 a 15:00 hrs. y citar a las mujeres embarazadas para revisión un sólo día de la semana y referir absolutamente todos los partos ya que según él en el C.S. no hay condiciones para atender ningún parto.

La PPT Linda Vargas, recibió una propuesta por parte de la jurisdicción sanitaria 04 de la Montaña para continuar trabajando como partera pero con la salvedad de trasladarse al lugar donde se le indique y no para quedarse en Totolapa. Sin embargo, esta posibilidad está en trámite.

**SAN NICOLÁS.** La localidad de San Nicolás está situada a 35 kms. de la cabecera municipal de Cuajinicuilapa, en la región de la Costa Chica del Estado de Guerrero, la distancia entre San Nicolás y Cuajinicuilapa se recorre en 30 min. Aproximadamente. San Nicolás cuenta con transporte público de taxis de manera constante, el costo del pasaje es de 25 pesos por persona. En Cuajinicuilapa hay un Hospital Básico Comunitario con servicio de ginecología y obstetricia (a 25 min.); el hospital de referencia es el Hospital general de Ometepec a 90 minutos San Nicolás. El centro de salud se encuentra ubicado en un amplio terreno en la zona central de la localidad, es una construcción de regular tamaño, cuenta con dos consultorios, una habitación con 2 camas para la recuperación de pacientes, sala de espera, área de farmacia, un baño para pacientes, habitación con baño para el MPSS. La clínica

cuenta con los servicios básicos como agua entubada, sanitarios, luz eléctrica y teléfono fijo aunque no hay señal de celular. El personal que labora está integrado por una médica de base que es la directora del Centro, un MPSS, y dos enfermeras generales. El horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes 8:30 a 15:00 hrs; los pasantes no siempre se quedan en el C.S. por lo que de esto depende que haya consulta de urgencias o no. La directora del centro de salud vive en la localidad y tiene consultorio privado el cual atiende por las tardes.

San Nicolás es una comunidad rural con 3058 habitantes en total al 2005; la población tiene su origen en los grandes grupos de esclavos negros que llegaron de África a las Costas Mexicanas, traídos por los Españoles para sustituir la mano de obra indígena extinta durante la conquista; por lo que en su gran mayoría son mulatos, culturalmente denominados “afro-mexicanos”; la población se dedica a la cría de ganado, al cultivo de la jamaica, el mango y otras frutas; debido a la cercanía con la playa de Puna Maldonado hay quienes se dedican a la pesca. Como en otras localidades de México, la migración a los Estados Unidos ha aumentado considerablemente, encontrándose muchos casos en donde migran las familias completas. La localidad tiene un grado de marginación alto según CONAPO<sup>6</sup>. En cuanto a salud se refiere, la localidad cuenta con 6 consultorios de médicos particulares que atienden partos (uno de ellos pertenece a la directora del Centro de salud, con 5 años de permanencia en la localidad), no hay laboratorios de análisis clínicos, hay un hospital básico comunitario a 30 min. de distancia, lo que hace que la población recurra al Centro de salud como último recurso, esto aunado a que el CS frecuentemente se encuentra cerrado porque no hay médico, no hay medicamentos ni recursos para atender urgencias. Las mujeres embarazadas de esta localidad buscan consultas prenatales pero para la atención de los partos recurren a un lugar especializado dado que tienen muchas opciones; el CS es el último lugar al que acuden, pues dicen tener mucha desconfianza y prefieren ir a consultorios privados, al hospital de Cuajinicuilapa o bien a Ometepec. Estas opciones son posibles ya que la mayoría de la población cuenta con recursos económicos para pagar de manera privada por su atención gracias a las remesas que se reciben de los migrantes. En San Nicolás la gente es festiva, siempre hay pretexto para la fiesta, cuando no es la feria, es el carnaval, la boda, los quince años, el cumpleaños, etcétera. Los pobladores se distinguen por ser alegres y bailadores; la gente mayor cuenta que hace años, “ después de los fandangos (que duraban hasta tres días) se enfermaban e incluso algunos morían bailando...” (comunicación personal).

Personal alternativo: Al centro de salud de San Nicolás fue asignada la PPT Heidi Janeth Sánchez, egresada de la escuela de CASA que recientemente concluía con su servicio social en un hospital de segundo nivel en Puebla, donde logró tener experiencia de atención de más de 400 partos. A su llegada a San Nicolás, la PPT encontró gran resistencia por parte de la médica responsable de la unidad para permitirle la atención de las mujeres embarazadas y los partos; la responsable del C.S. vio amenazada la atención privada que ella da a las mujeres, pues tiene consultorio privado donde atiende partos y da consultas,

esto aunada a que a la PPT Heidi enfrentó una muerte neonatal a los pocos meses de su llegada, evento que se difundió de manera tergiversada en toda la comunidad, hizo muy difícil su aceptación; la PPT enfocó sus esfuerzos para incrementar el control prenatal de todas las mujeres embarazadas. En los resultados puede notarse el incremento de mujeres que ingresaron al Censo de embarazadas, así como el número de consultas que recibieron en domicilio y/o en el Centro de salud durante el embarazo, no así en la atención de los partos, pues las mujeres decidían en el último momento atenderse el parto en otro lugar.

### ***Centros de Salud de Intervención de Oaxaca***

CAÑA BRAVA: Se encuentra ubicada a más de 180 kms. de Puerto Escondido, Oaxaca, distancia que se recorre en transporte público en 2 hrs. y media aproximadamente. El hospital general de referencia, se encuentra en Pochutla a 1hr. 15 min. de la localidad; se cuenta con transporte público frecuente con un costo por persona de 40 pesos, para trasladar urgencias se cuenta con ambulancia en el Centro de salud. Este centro se encuentra en la parte conocida como “centro” de la comunidad, se trata de una construcción pequeña pero muy bien habilitada, un consultorio, una cama de recuperación, área de farmacia, baño para pacientes, sala de espera (afuera del centro) y habitación con baño para el MPSS y personal de enfermería. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica; no hay teléfono fijo ni señal de celular.

El personal que labora está integrado por un médico general de contrato o un MPSS, una enfermera general; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 1900 hab., y el horario de atención es de lunes a viernes 8:00 a 15:00 hrs. Sólo cuando hay pasante, la disponibilidad del servicio es de 24 hrs. Este centro de salud, aprobó la evaluación y fue certificado por los SS de Oaxaca en el 2009.

Caña Brava es una comunidad rural, que en 2005 contaba con 910 habitantes en total, con alto % de población indígena, predomina el idioma zapoteco por lo que en muchas ocasiones, se requiere recurrir a un traductor en la consulta. El grado de marginación de Caña Brava es alto (CONAPO<sup>6</sup>). El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular, no hay consultorios de médicos particulares, ni laboratorios de análisis clínico, para esto hay que trasladarse al municipio de Pochutla o Puerto escondido. El Centro de Salud es conocido por toda la población y acuden a él en primera instancia; la población está bastante concientizada en el sentido de acudir a buscar el primer nivel de atención, en especial las mujeres embarazadas.

Personal Alternativo: A éste centro de salud fue asignada la LEO Maritza Castro quien contaba ya con mucha experiencia en la atención de partos en hospital, debido a que su servicio social lo realizó en un hospital donde se le permitía asistir los partos de bajo riesgo; además, Maritza siempre mostró un interés particular por atender partos. En Caña Brava, Maritza al igual que muchas de sus compañeras enfrentó y superó las barreras impuestas

por el personal de salud, tales como la desconfianza y el no permitirle trabajar; la única barrera que Maritza señala haber encontrado por parte de la comunidad es la del idioma pues como ya se mencionó las mujeres hablan zapoteco, pero desde su llegada recibió todo el apoyo del comité de salud que de inmediato dieron a conocer el trabajo que ella haría a toda la comunidad, las mujeres embarazadas comenzaron a buscarla y desde el inicio de este proyecto el reporte de atención de partos fue y continua siendo de los más altos; Maritza aprendió a comunicarse con las mujeres, inclusive en muchas ocasiones ya no necesita de traductor. Cabe señalar que actualmente a Maritza la buscan mujeres embarazadas y de parto de otras comunidades cercanas a Caña Brava. Durante los meses que Maritza tuvo que salir del proyecto, debido a la falta de recursos para pago de salarios las autoridades de la comunidad la buscaron llamándola personalmente y enviaron oficios a la Jurisdicción Sanitaria solicitando su regreso. Actualmente está es una localidad en donde el proyecto se prolongará hasta el mes de diciembre del 2010.

**SAN JUAN CACAHUATEPEC.** Se localiza a 60 kms. aproximadamente de Pinotepa Nacional, Oaxaca en transporte público; este camino se recorre en 1 hr. 15 min. con un costo de \$30.00 por persona. El hospital de referencia se encuentra en Pinotepa Nacional, por tratarse de una cabecera municipal, se cuenta con transporte público frecuente para distintas rutas, Pinotepa, Jamiltepec y Ometepec Guerrero, etc. EL centro de salud de San Juan Cacahuatepec se ubica en la parte conocida como “centro” de la comunidad; se trata de una construcción que consta de 3 consultorios, área con 3 camas de recuperación, área de farmacia, 2 baños para pacientes, sala de espera 2 habitaciones con baño para los MPSS y personal de enfermería. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica constante, teléfono fijo, señal de celular.

El personal que labora está integrado por un médico general de base, un MPSS, tres enfermeras generales de base, dos enfermeras pasantes, un auxiliar de enfermería, 1 odontólogo y una persona de intendencia; el centro de salud tiene una amplia cobertura aproximada de 4,000 hab., y el horario de atención es de lunes a viernes 8:00 a 14:00 hrs. y de 16:00 a 18:00 hrs., y los sábados de 8:00 a 14:00 hrs.; se atienden urgencias las 24 hrs.

San Juan Cacahuatepec contaba en 2005 con una población total de 3,691 habitantes, es una comunidad semi-urbana cuya dinámica de actividades y económica gira alrededor de la escuela normal superior ubicada en la comunidad, ya que esta escuela atrae estudiantes y maestros de otras regiones que buscan habitación, alimentación etc. El grado de marginación de esta localidad es medio (CONAPO<sup>6</sup>). El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular, existen 3 consultorios de médicos particulares, dos de reciente creación y uno que pertenece a la Directora del Centro de Salud, hay también un laboratorio de análisis clínicos. El Centro de Salud es conocido por toda la población de la cabecera municipal y de las 8 agencias en las que tiene cobertura.

Personal alternativo: A este centro de salud fue asignada la PPT Fátima Ramírez, egresada de la escuela de CASA y al igual que sus compañeras contaba con mucha experiencia en la atención de partos; desde su llegada al C.S. la directora del centro no estuvo de acuerdo con permitirle ejercer el modelo de partería, ni con la idea de formar equipo, dada la cantidad de pacientes que regularmente asiste a consulta al C.S. La Dra. tenía por protocolo referir a las mujeres a atenderse su parto al hospital de Pinotepa; con la llegada de Fátima, aparentemente aceptó que se atenderían ahí los partos; sin embargo en los hechos no fue así y continuó dando la orden de referir los partos y no permitir que se atendieran ahí bajo el argumento de que “atender un parto siempre es riesgoso”, a pesar de esto la PPT ha atendido partos y ha conseguido aumentar las visitas prenatales de las mujeres. Muchas mujeres de esta población aún son renuentes para asistir al C.S., así que la PPT hace visitas a domicilio para dar seguimiento a los embarazos lo mejor posible. Los partos atendidos por la PPT han ocurrido sin la ayuda del personal de enfermería, ya que el personal no tiene buena relación entre sí ni con la directora del centro, lo que hace que el ambiente de trabajo siempre sea tenso. Por su parte, la población aceptó de inmediato la atención de la partera y son las mujeres embarazadas, a quienes les da talleres durante el periodo prenatal para prepararlas para el parto, así como pláticas a puérperas, quienes han mantenido vivo el compromiso de Fátima con este proyecto. Respecto a la atención de los partos, la PPT reporta que la Dra. o la MPSS intervienen cuando llega una mujer a dar a luz, pero sólo para referirla y no deja que Fátima la atienda, lo cual a ella le ha resultado muy frustrante. En los últimos meses (2010) la PPT ha logrado atender más partos gracias a que esto se han presentado en las noches o cuando la directora del centro no está.

**SAN GABRIEL MIXTEPEC.** Es cabecera municipal y se localiza en la costa del estado de Oaxaca, a 45 kms. de Puerto Escondido Oaxaca, distancia que se recorren en 1 hr. 15 minutos en transporte público de taxis y pasajeras, sólo que las corridas no son muy constantes, por lo que puede ser difícil llegar o salir de la comunidad; el hospital de referencia se ubica en Pochutla a 1 hr. de distancia. El centro de salud se ubica en la zona central de la localidad, es muy concurrido por la población por lo que el personal del centro de salud siempre está muy atareado; el C.S. es una construcción de regular tamaño, tiene dos consultorios, dos camas de recuperación, sala de espera, baño para pacientes, habitación con baño para el MPSS, área de farmacia y para vacunas, cuenta con una casa AME. Hay disponibilidad de servicios de agua entubada, baño y luz eléctrica así como de teléfono fijo y generalmente hay señal de celular. El personal del centro de salud está integrado por un médico general de contrato, un MPSS, 3 enfermeras, 1 odontólogo el horario de atención es de 8:00 a 16:00 hrs. de lunes a viernes, y los sábados de 8:00 a 14:00 hrs. Si hay MPSS se atienden urgencias las 24 horas el centro de salud tiene una cobertura de 3000 habitantes aproximadamente.

**Población.** Se trata de una población rural cafetalera que en el 2005 contaba con 3930 habitantes en total; existe una gran dinámica comercial, pues es punto de paso para todo aquél visitante que viene o va a la Cd. de Oaxaca por la ruta "Sola de Vega". La mayoría de la población está en el Programa Oportunidades y cuentan con Seguro Popular. En San

Gabriel Mixtepec hay 4 consultorios de médicos particulares ninguno atiende partos, uno de los médicos privados recientemente abrió un laboratorio de análisis clínicos. La población en general es muy amable y accesible.

Personal alternativo. Al inicio de este proyecto fue asignada a este Centro de salud la LEO Edith Ventura, quien tenía cierta experiencia en la atención de partos, a su llegada al Centro de Salud fue cuestionada fuertemente por el personal del mismo, acerca de éste modelo, había mucha rivalidad con el MPSS que se sentía desplazado y que constantemente le cuestionaban que como enfermera realizará practicas propias de un médico “atender partos”. Sin embargo Edith gracias a su trabajo logra hacer evidentes las ventajas de que haya un personal dedicado a las mujeres embarazadas y sienta el precedente entre la población de mujeres que de inmediato empiezan a buscarla; desafortunadamente Edith renuncia a finales de marzo de 2009 y es hasta agosto de este año en que la coordinación de este proyecto consigue captar, y capacitar y enviar a la PPT, Lucía López quien desde su llegada es bien recibida y cuenta con el apoyo del personal del C.S. además de la aceptación de las mujeres embarazadas y las autoridades de la localidad; Lucía inicia haciendo un excelente trabajo en la atención de los partos y el seguimiento a las mujeres embarazadas; sin embargo, debido a que ella era de nacionalidad Guatemalteca, no logra arreglar sus documentos para poder trabajar en el país y se ve obligada a renunciar en el mes de octubre. En esta ocasión la reemplaza (dos semanas después) la PPT Gricel Moreno quien llega para continuar exitosamente el trabajo iniciado por Edith y Lucía; para este momento el personal del C.S. está convencido de la conveniencia de contar con este personal alternativo al que se dan todas las facilidades para ejercer su trabajo. Desafortunadamente Gricel al igual que el resto del equipo ubicado en Oaxaca dejan la comunidad en el mes de enero de 2010 debido a la falta del recurso económico para cubrir salarios y para mayo del mismo año, momento en que se reincorporan otros compañeros Gricel renuncia debido a problemas familiares que le impiden regresar. Durante todo este tiempo el responsable del centro de salud hace enérgicas solicitudes a la coordinación del proyecto y a su jurisdicción sanitaria pidiendo se asigne una PPT a éste centro de salud, dada la necesidad que ya se tiene de éste personal. Sin embargo, es hasta el mes de agosto que llega a San Gabriel Mixtepec la PPT Heidi Sánchez, quien retoma y continua el trabajo iniciado por sus antecesoras; Gricel está bien integrada con el personal del centro y es apreciada y valorada por la comunidad. Los resultados se reflejan en el incremento de atención de partos que reporta esta unidad de salud.

SOLA DE VEGA. Se localiza en la parte sur occidental del Estado de Oaxaca a 98 kilómetros de la capital del Estado, este recorrido se realiza en transporte público en 3 hrs. aproximadamente. El hospital se referencia es el Hospital General de Huixtepec a 90 min. aproximadamente. Gracias a que Sola de Vega es paso obligado para llegar a Puerto Escondido, el transporte es constante y se realiza en “pasajeras urban”, taxis y/o camionetas. El centro de salud se ubica en una de las orillas de la localidad, y es una construcción amplia y muy bien hecha y cuidada; tiene dos consultorios y una unidad dental, dos camas para recuperación, sala de espera, área de vacunas y de farmacia, 2 baños para

pacientes y en la parte de atrás dos habitaciones con baño y una cocina para el personal que hace su pasantía médicos y enfermeras. El horario del C.S. es de 8:00 a 14:00 hrs. y de 16:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes; sábados y domingos se atienden urgencias por el MPSS. El personal del centro está integrado por 1 médico general, un MPSS, 3 Enfermeras, 1 Odontólogo, 1 persona de intendencia. Se cuenta con servicios básicos como agua, sanitarios y luz eléctrica, no hay teléfono fijo en el Centro pero hay casetas telefónicas muy cercanas, la señal de cel. no es permanente

Sola de Vega tenía una población total de 1817 habitantes en 2005, es una comunidad semi-urbana que cuenta con la mayoría de los servicios básicos. El grado de marginación de esta localidad es alto (CONAPO<sup>6</sup>). El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular; existen 4 consultorios de médicos particulares en dos de ellos se atienden partos, hay dos laboratorios de análisis clínicos y un consultorio donde hacen ultrasonidos. El centro de salud es conocido por toda la población de la cabecera municipal y de algunas otras localidades que acuden en busca del servicio.

Personal alternativo: A este centro de salud fue asignado el LEO Fernando Aragón, único varón que integraba el equipo, contaba con experiencia en la atención de partos ya que cuando realizó su servicio social se le permitió atenderlos de manera independiente; a su llegada al C.S. enfrentó la desconfianza del director del centro pero mayormente del MPSS quien cuestionaba todo lo que Fernando hacía; sin embargo, logró incorporarse participando en las diversas actividades del centro así como ganando la confianza de las mujeres, quienes se notaban recelosas de que las atendiera un hombre. De los primeros partos que Fernando atendió, “se corrió la voz” en la comunidad y las mujeres comenzaron a asistir a sus consultas prenatales buscando la atención del “Enfermero”; a los pocos meses se había ganado el respeto del MPSS y del médico de base que lo apoyaba en todo. Fernando trabajó en Sola de Vega de enero de 2009 a enero de 2010, fecha en que se suspendió el proyecto en Oaxaca, debido a la falta de recursos económicos; para el mes de mayo que se les propuso regresar, Fernando renunció por encontrarse trabajando ya en otro lugar. Es en el mes de agosto de 2009 en que la PPT Linda Vargas se traslada de Totolapa, Estado de Guerrero (en Guerrero la etapa de intervención concluyó en julio de 2010) a Sola de Vega para continuar con el proyecto; a pesar de los meses en que éste centro estuvo sin proveedor alternativo, tanto el personal de salud como la comunidad recibieron a Linda con beneplácito y de inmediato comenzó a atender partos y a dar seguimiento a las mujeres embarazadas. El médico responsable del centro está convencido de que implementar este modelo en todos los centros de salud resolvería muchos problemas que en ocasiones se presentan.

EL PORVENIR: esta localidad se encuentra en el municipio de San Juan Bautista Tuxtepec a 30 kms. aproximadamente de Tuxtepec Oaxaca, donde se ubica el hospital de referencia, distancia que se recorre en 45 minutos en transporte público en taxis o camionetas de pasaje con un costo de 15 pesos por persona. El centro de salud de El Porvenir se encuentra en un amplio terreno ubicado en las afueras de la localidad y se encuentra rodeada por

grandes cañaverales. Se trata de una construcción amplia que cuenta con un consultorio, una cama de recuperación, área de farmacia, baño para pacientes, sala de espera y habitación con baño para el MPSS. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica; no hay teléfono fijo y ocasionalmente hay señal de celular.

El personal que labora está integrado por un MPSS, dos enfermeras generales y un auxiliar de salud; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 941 hab. El horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes 8:00 a 16:00 hrs., y sólo si el MPSS se queda en el centro es que se atienden las urgencias.

El Porvenir es una comunidad rural, con alto grado de marginación (CONAPO<sup>6</sup>); la población se dedica primordialmente al corte de caña dada la cantidad de terrenos que en la comunidad son cañaverales, el 90% de las familias cuenta con el Programa Oportunidades no hay consultorios de médicos particulares, ni laboratorios de análisis clínico, para esto hay que trasladarse al municipio de Tuxtepec. El Centro de Salud es conocido por toda la población pero poco utilizado debido a que la gran mayoría de la población cuenta con Seguro Social (los trabajadores de la caña y sus familias son derechohabientes del IMSS); además la clínica familiar y el hospital del IMSS de primero y segundo nivel se encuentra en Tuxtepec y es ahí a donde la población acuden en busca de atención.

Personal alternativo: Al centro de salud El Porvenir, fue asignada inicialmente la PPT Teresita Aguilar, egresada de la escuela de CASA, desde su llegada al C.S. se encontró con la resistencia de la MPSS en turno, quien no le permitía atender a las mujeres embarazadas y menos aún los partos; las mujeres embarazadas no tenían confianza de acercarse a ella porque les parecía que era “muy extraña”. A finales del mes de abril Teresita renuncia al proyecto y es en el mes de agosto que llega a reemplazarla la PPT Guadalupe Díaz quien después de varios meses de trabajo con la comunidad (rehace el censo y realiza visitas domiciliarias), logra ganarse la confianza de las mujeres y se elevan sustancialmente las consultas prenatales; respecto a los partos las mujeres señalan abiertamente que mejor se van al IMSS porque es más seguro que el Centro de Salud ya que hay hospital en caso de una emergencia y tampoco les cuesta debido a que están aseguradas.

VEGA DEL SOL. Se encuentra ubicada a 45 kms. aprox. de Tuxtepec Oaxaca distancia que se recorre en transporte público en 60 minutos; el hospital general de referencia, se ubica en Tuxtepec, pero a 30 minutos se encuentra Valle Nacional donde hay un hospital básico comunitarios que cuenta con ginecólogo, por lo que en muchas ocasiones la referencia es a este hospital. El C.S. de Vega del Sol se localiza muy cerca de la entrada a la localidad, y se trata de una construcción pequeña un tanto descuidada paredes despintadas y con mobiliario viejo; hay un consultorio, una cama de recuperación, área de farmacia, baño para pacientes, sala de espera y habitación con baño para el MPSS y el personal de enfermería. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica; no hay teléfono fijo ni señal de celular.

El personal que labora está integrado por un MPSS, tres enfermeras generales y un auxiliar de salud; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 1200 habitantes. El horario de atención que brinda es de lunes a viernes 8:00 a 15:00 hrs. y de 14:00 a 20:00hrs., sábados y domingos de 8:00 a 14:00hrs. y las urgencias son atendidas las 24 hrs. La médica responsable del C.S. es muy exigente con todo el personal y se ha generado una situación de competencia entre ellos (principalmente entre las enfermeras) por lo que resulta difícil integrarse con ellas.

Vega del Sol es una comunidad rural, con grado de marginación medio (CONAPO<sup>6</sup>). El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular, no hay consultorios de médicos particulares, ni laboratorios de análisis clínico; para esto hay que trasladarse al municipio de Tuxtepec. El Centro de Salud es conocido por toda la población y acuden a él en primera instancia, la población está bastante concientizada en el sentido de acudir a buscar el primer nivel de atención, en especial las mujeres embarazadas.

Personal alternativo: A este centro de salud fue asignada la LEO Alejandra Vargas, recién egresada de la escuela de enfermería del IPN quien contaba con poca experiencia en la atención de partos; sin embargo, su desempeño en el curso de capacitación fue muy bueno. A su llegada al C.S. el MPSS no la dejó integrarse ni trabajar con las mujeres embarazadas, le asignó tareas de enfermería general y no confiaba en que ella era capaz de llevar el control prenatal de las mujeres embarazadas y menos aun de atender un parto; esto se debía al interés que el pasante mostraba por atender los partos para ganar experiencia pues pretendía hacer la especialidad en ginecología; para enero de 2010, fecha en que se suspende el proyecto en el estado de Oaxaca; Alejandra había convencido al personal del Centro de Salud de su capacidad, además que el MPSS concluyó su servicio. En mayo de 2010 fecha en que se reincorporan los proveedores que habían dejado Oaxaca, Alejandra informa que ella no regresara porque ya está trabajando. A partir del mes de agosto de 2010 se traslada a este centro de salud la PPT Nohemí Luna, que al igual que Linda y Heidi, concluyeron su participación en el Estado de Guerrero. La PPT encuentra que hubo cambio de médico responsable, ya no está en el sitio el médico que impedía a la LEO Alejandra trabajar. Aunque al inicio Nohemí tuvo que convencer a la Dra. de su capacidad y conocimientos, actualmente la Dra. ve en Nohemí un apoyo para descargar el trabajo que tienen en el C.S. La PPT señala que el ambiente de trabajo es muy tenso (debido a las enfermeras) pero ella se concreta a realizar su trabajo y las mujeres embarazadas llegan preguntando por ella.

SAN ANTONIO LAS PALMAS: Está situado en el Municipio de Santiago Jocotepec a 150 kms. aproximadamente de Tuxtepec, Oaxaca distancia que se recorre en transporte público en 2 ó 2 hrs. y media aproximadamente. El hospital general de referencia, se encuentra en Tuxtepec, es una localidad muy bien organizada que cuenta con transporte público frecuente con un costo por persona de 40 pesos, para trasladar urgencias se cuenta con vehículo de la ayudantía municipal. San Antonio las Palmas hace honor a su nombre al encontrarse rodeado de cerros con grandes palmeras, es un lugar muy colorido y gracias a que corre un

río muy cercano siempre está verde, los pobladores trabajan constantemente en el mejoramiento de su comunidad. El centro de salud se encuentra en la parte “centro” de la comunidad, se trata de una construcción pequeña pero muy bien habilitada, y que recientemente comenzaron a ampliar, actualmente hay dos consultorios, (uno fue habilitado por la llegada de la PPT), una cama de recuperación, área de farmacia, baño para pacientes, sala de espera y habitación con baño para el MPSS y el personal de enfermería. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica; hay teléfono fijo pero no hay señal de celular.

El personal que labora está integrado por un médico general de base, un MPSS, dos enfermeras generales y un auxiliar de salud; el centro de salud tiene una cobertura aproximada de 1800 hab., y el horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes 8:00 a 14:00 hrs. y de 16:00 a 20:00 hrs. El MPSS da el servicio de urgencias las 24 hrs. y recientemente la ayudantía municipal compró un equipo de ultrasonido para esta unidad que es manejada por el médico de base.

San Antonio las Palmas es una comunidad rural, que en 2005 contaba con 1,415 habitantes en total, con alto % de población indígena. El grado de marginación es alto (CONAPO<sup>6</sup>). El Programa Oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el Seguro Popular; no hay consultorios de médicos particulares, ni laboratorios de análisis clínico, para esto hay que trasladarse al municipio de Tuxtepec. El Centro de Salud es reconocido por toda la población, y el Comité de Salud constantemente está haciendo mejoras en el centro y exigiendo a la jurisdicción que no falten recursos materiales, sin ser cabecera municipal. Acuden a este C.S. poblaciones aledañas a él, porque saben que siempre van a encontrar el servicio.

Personal Alternativo. A San Antonio las Palmas fue asignada la PPT Nelcy Analicia Flores, egresada de la escuela de casa y con amplia experiencia en la atención de partos, ya que había trabajado en un hospital de segundo nivel en San Luis Potosí. En esta comunidad se conjugaron todos los elementos necesarios para que este modelo resultara exitoso. Personal de salud sensible y respetuoso de las necesidades de la población, un director del centro preocupado por brindar atención de calidad a la población y con gran apertura para aceptar los apoyos que le son dados así como de incorporar prácticas novedosas y una Partera Profesional Técnica con mucha experiencia y con un fuerte compromiso social y gusto por ejercer su profesión en el lugar que le sea requerido; además de una población bien organizada y participativa para conseguir mejorar su comunidad y en específico el centro de salud. Desde su llegada, Nelcy fue muy bien recibida por el personal de salud, recibió todo el apoyo y fue integrada al equipo sin cuestionamientos. Las mujeres embarazadas de inmediato comenzaron a buscarla, se le otorgó un espacio para dar ella sus consultas y a pesar de las carencias se habilitó la clínica con todo lo necesario para la atención de los partos. Nelcy llegó en enero de 2009 y luego de la suspensión del proyecto a finales de 2010, regresó en mayo del mismo año y continúa trabajando en este centro de salud, perfectamente integrada con el resto del personal con quienes mantiene una relación de mutuo apoyo profesional. Con la población de mujeres embarazadas a tenido grandes

logros, como atraer al centro a las mujeres que no llevaban control prenatal, aumentar las consultas durante el embarazo e incrementar la atención de los partos de bajo riesgo, cabe destacar, que a la fecha llegan mujeres de otras localidades (incluso de otras donde también hay C.S.) a buscar a la partera profesional técnica para ser atendidas por ella. Otro logro de Nelcy es haber conseguido convencer a la partera tradicional que más atiende partos en la comunidad para que se acerque al C.S. y lleve a sus pacientes a atenderles el parto; ya se han dado situaciones en las que ambas parteras, tradicional y profesional atienden partos.

EL CEDRAL. La localidad de El Cedral está situado en el Municipio de San Juan Bautista Tuxtepec (en el Estado de Oaxaca) a 1 hr. aproximadamente de Tuxtepec, donde se ubica el hospital general de referencia, el transporte público es poco frecuente y tiene un costo por persona de 25 pesos. El centro de salud es una construcción en donde hay un consultorio, una cama de recuperación, área de farmacia, baño para pacientes, sala de espera y habitación con baño para el MPSS y para el personal de enfermería. La clínica cuenta con servicios básicos como agua entubada, sanitario conectado a fosa séptica y luz eléctrica; no hay teléfono fijo ni señal de celular.

El personal que labora está integrado por un médico general de base, un MPSS, dos enfermeras generales. El horario de atención que brinda el C.S. es de lunes a viernes 8:00 a 15:00 hrs. el servicio de urgencias las 24 hrs. Sí hay medico pasante que se quede en la localidad.

El Cedral es una comunidad rural, que en 2005 contaba con 699 habitantes en total. El grado de marginación es medio (CONAPO<sup>6</sup>). El programa oportunidades tiene una amplia cobertura de familias en la localidad, así como el seguro popular, no hay consultorios de médicos particulares, ni laboratorios de análisis clínico, para esto hay que trasladarse al municipio de Tuxtepec. El Centro de Salud es conocido por toda la población, y el médico de base tiene varios años de estancia en el centro por lo que ha ganado la confianza de la población.

Personal alternativo: A este centro de salud fue asignada la LEO Erika Blas, a su llegada encontró poco apoyo de parte del personal del Centro de salud y renuencia de la población ya que no creían que una enfermera realizara actividades propias del médico (atender partos). Erika es una LEO originaria del D.F. con cierta experiencia en la atención de partos en hospital (realizó su servicio social en CIMIGEN, un hospital privado del DF) que no había trabajado en el primer nivel; así, que la carencia de recursos le impactaba, esto aunado a que no se le permitía desempeñar las actividades planteadas por el proyecto, hizo que renunciara en el mes de marzo de 2009. Posteriormente, en el mes de agosto de 2009 se asignó a la PPT Gricel Moreno para reemplazar a Erika; Gricel permaneció en El Cedral sólo unos días debido a que fue víctima de una agresión física por un lugareño, se hizo la denuncia correspondiente y se informó a la Jurisdicción Sanitaria que éste Centro de Salud, a la salida de Gricel quedaría sin proveedor, ya que la coordinación del proyecto consideró muy riesgoso enviar a alguien más. Cabe mencionar que el centro de salud no salió del proyecto y continúa siendo visitado por la enfermera recolectora de la información.

Los Centros de Salud seleccionados como control para este proyecto tienen características generales muy parecidas a los de intervención, se ubican en las mismas regiones y jurisdicciones sanitarias, las localidades son semejantes en términos de condiciones socioeconómicas y demográficas, el grado de marginación de estas localidades es de 6 con alto, 2 muy alto y un con marginación media en Oaxaca; en Guerrero 3 con grado alto de marginación y 3 con muy alto. Los centros de salud al ser de uno o dos núcleos no varían en cuanto al número de personal, infraestructura y horarios de atención.

## **VII. Resultados**

### **VII.1 Análisis de los formatos SISPA**

Con el objeto de tener un panorama de las acciones que se realizaban en las unidades médicas seleccionadas antes y durante la intervención, se desarrolló un análisis descriptivo de datos panel tomando como base la información captada en los informes de actividades de las unidades médicas de primer nivel del Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) de Guerrero y Oaxaca. El análisis se centró en la descripción del efecto logrado en el grupo de intervención *versus* el cambio logrado en los sitios de control. Para este análisis en cada uno de los sitios se determinó el porcentaje de cambio logrado en el periodo del año 2009 (julio a diciembre) en relación al periodo 2008 (julio a diciembre) estandarizado por este segundo periodo (2008).

El presente análisis se efectuó en tres etapas: en la primera, se presentan un análisis descriptivo del cambio porcentual entre la totalidad de centros de salud de intervención y centros de salud de control para cada componente de servicio. En la segunda etapa se hizo un modelo de diferencias en diferencias para poder estimar el impacto de la intervención. Finalmente en la tercera etapa, se presentan datos descriptivos desagregados al nivel del centro de salud.

Los datos que son la base para el presente análisis se encuentran en el Cuadro 7.1.1 y corresponden al número de las consultas otorgadas a mujeres embarazadas y a mujeres puérperas, así como el número de los partos atendidos y de tamices neonatales tomados en las unidades médicas bajo estudio. También se encuentran los promedios de consultas a embarazadas de primera vez, subsecuentes y total (para todas las mujeres, para las adolescentes y para las mujeres con alto riesgo reproductivo), así como el promedio de partos eutócicos y del total de partos y el promedio del total de tamices tomados. Vale la pena destacar que en este cuadro se encuentra la información total captada de los 12 sitios que fueron tomados como de intervención en el año 2009 y de los 15 sitios que fueron tomados como control en el mismo año.

### ***Análisis del Cambio Porcentual***

Basándonos en el Cuadro 7.1.1, se hizo un análisis del cambio porcentual para cada rubro general de servicio de salud relacionado con la atención obstétrica reportado al través del sistema SISPA.

La información que aquí se analiza corresponde a los periodos julio a diciembre del 2008, (semestre inmediatamente antes del comienzo de la intervención) y julio a diciembre del 2009 (semestre de intervención comparativo).

### ***Modelos de Diferencias en Diferencias***

Debido a que el tipo de datos que se están manejando son cuentas (sobre el número de consultas a mujeres embarazadas, sobre el número de partos atendidos y sobre el número de consultas a mujeres puérperas, entre otras) se efectuó un análisis de diferencias en diferencias utilizando un modelo de regresión Poisson de efectos aleatorios.

Para poder ver el sentido de las asociaciones estadísticas se calcularon cocientes entre el número de consultas de los diferentes ítems y la población potencial a ser atendida por cada unidad médica (población del área de influencia). La fuente de información de la población del área de influencia proviene del II Censo de Población y Vivienda del 2005<sup>6</sup>, y los datos están desagregados a nivel de localidad. Debido a que la información de los formatos SISPA es para los años 2008 y 2009, se consideraron los datos de la población por municipio para el año 2010 de las Estimaciones de Población de 1990-2012 hechas por El Colegio de México<sup>8</sup>.

Tomando como base la población del Censo del INEGI y de las Proyecciones de Población del COLMEX, se calcularon las tasas de crecimiento poblacional geométrico para el periodo 2005-2010 y se recorrió la población del área de influencia de cada unidad médica a mitad del año 2008 y del año 2009. Una vez obtenidos los cocientes, se pudieron calcular las razones de tasas de incidencia (Incidence Rate Ratios (IRR)) crudas y ajustadas mediante regresiones Poisson de efectos aleatorios, ajustando los errores estándares.

Mientras se detalle los resultados en cada apartado, el conjunto de resultados de este análisis se encuentra en el Cuadro 7.1.2.

### ***Análisis por Centro de Salud***

Un análisis adicional efectuado en este apartado del reporte es la descripción de la información de cada una de las unidades médicas de forma semestral para los años 2008 y

2009 respecto al número de consultas a mujeres embarazadas, al número de partos atendidos en las unidades médicas y al número de consultas a mujeres puérperas. Asimismo, se analizan cuáles son las unidades médicas de intervención y control con el mayor y menor número de consultas prenatales y postnatales y de partos (figuras 7.1.9 a 7.1.18).

**Cuadro 7.1.1 Número de consultas otorgadas y de partos atendidos en las unidades médicas del primer nivel de atención en y Oaxaca, julio a diciembre del 2008 y julio a diciembre del 2009**

<b>CONSULTAS OTORGADAS Y PARTOS ATENDIDOS</b>	<b>Intervención 2008</b>	<b>Control 2008</b>	<b>Intervención 2009</b>	<b>Control 2009</b>
<b>Consulta a embarazadas por trimestre gestacional</b>				
De 1a vez en el 1er trimestre gestacional	177	156	222	200
De 1a vez en el 2o trimestre gestacional	176	152	236	209
De 1a vez en el 3er trimestre gestacional	97	73	144	138
<b>Total 1a vez</b>	<b>450</b>	<b>381</b>	<b>602</b>	<b>547</b>
<b>Promedio de consultas a embarazadas de primera vez</b>	<b>38</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>39</b>
Subsecuente en el 1er trimestre gestacional	101	135	171	151
Subsecuente en el 2o trimestre gestacional	574	622	876	760
Subsecuente en el 3er trimestre gestacional	1098	1176	1648	1273
<b>Total subsecuente</b>	<b>1773</b>	<b>1933</b>	<b>2695</b>	<b>2184</b>
<b>Promedio de consultas a embarazadas subsecuentes</b>	<b>148</b>	<b>129</b>	<b>225</b>	<b>146</b>
<b>Total de consultas a embarazadas</b>	<b>2223</b>	<b>2314</b>	<b>3297</b>	<b>2731</b>
<b>Promedio del total de consultas a embarazadas</b>	<b>185</b>	<b>154</b>	<b>275</b>	<b>182</b>
<b>Consulta a adolescentes embarazadas</b>				
Menores de 15 años de edad, 1a. Vez	4	8	15	11
De 15 años a 19 años de edad, 1a Vez	119	98	163	115
<b>Total 1a vez</b>	<b>123</b>	<b>106</b>	<b>178</b>	<b>126</b>
<b>Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas de primera vez</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>15</b>	<b>8</b>
Menores de 15 años de edad, subsecuente	13	37	31	60
De 15 a 19 años de edad, subsecuente	475	394	728	503
<b>Total subsecuente</b>	<b>488</b>	<b>431</b>	<b>759</b>	<b>563</b>
<b>Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas subsecuentes</b>	<b>41</b>	<b>29</b>	<b>63</b>	<b>38</b>
<b>Total de consultas a adolescentes embarazadas</b>	<b>611</b>	<b>537</b>	<b>937</b>	<b>689</b>
<b>Promedio del total de consultas a adolescentes embarazadas</b>	<b>51</b>	<b>36</b>	<b>78</b>	<b>46</b>
<b>Consulta a embarazadas con alto riesgo reproductivo</b>				
Primera vez	112	114	130	130
Subsecuente	407	374	548	456
<b>Total de consultas a embarazadas con alto riesgo reproductivo</b>	<b>519</b>	<b>488</b>	<b>678</b>	<b>586</b>
<b>Promedio del total de consulta a embarazadas con alto riesgo</b>	<b>43</b>	<b>33</b>	<b>57</b>	<b>39</b>
<b>Consulta a puerperas por trimestre gestacional</b>				
Total 1a vez	258	215	289	204
Total subsecuente	189	127	502	289
Total de consultas a puerperas	447	342	791	416
<b>Promedio del total de consultas</b>	<b>75</b>	<b>46</b>	<b>132</b>	<b>61</b>
<b>Atención obstétrica</b>				
Parto eutócicos, menores de 20 años	18	23	54	21
Partos eutócicos, 20 años y más	88	104	143	65
<b>Total de partos eutócicos</b>	<b>106</b>	<b>127</b>	<b>197</b>	<b>86</b>
<b>Promedio del total de partos eutócicos</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>6</b>
Partos distócicos, menores de 20 años	1	0	1	3
Partos distócicos, 20 años y más	2	3	4	8
Total de partos distócicos	3	3	5	11
<b>Total de partos</b>	<b>109</b>	<b>130</b>	<b>202</b>	<b>97</b>
<b>Promedio del total de partos</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>6</b>
<b>Abortos</b>				
Menores de 20 años	0	0	0	0
20 años y más	0	1	2	1
Total de abortos	0	1	2	1
<b>Nacimientos</b>				
Nacidos vivos 36 y < semanas < 2500 G	0	6	1	2
Nacidos vivos 36 y < semanas 2500 G y >	0	5	2	0
Nacidos vivos 37 y > semanas < 2500 G	7	2	1	1
Nacidos vivos 37 y > semanas 2500 G y >	103	117	197	94
<b>Total de nacimientos vivos</b>	<b>110</b>	<b>130</b>	<b>201</b>	<b>97</b>
<b>Defunciones fetales</b>				
Defunciones fetales 22 a 27 semanas	0	0	0	0
Defunciones fetales 28 y más semanas	1	1	2	0
<b>Tamices</b>				
<b>Total de tamices tomados</b>	<b>229</b>	<b>237</b>	<b>463</b>	<b>225</b>
<b>Promedio de tamices neonatales tomados</b>	<b>19</b>	<b>16</b>	<b>39</b>	<b>15</b>
Tamices tomados con sospecha de hipotiroidismo congénito	0	3	2	4

Fuente: Cálculos propios con base en SSA. Informe de Actividades de las Unidades Médicas: Primer nivel de Atención. Sistema de información en salud para población abierta (SISPA) para Guerrero y Oaxaca 2008 y 2009.

**Cuadro 7.1.2 Razón de tasas de incidencia (Incidence Rate Ratio (IRR)) comparando acciones de atención prenatal, obstétrica y posparto en centros de salud de intervención y control, julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre de 2009**

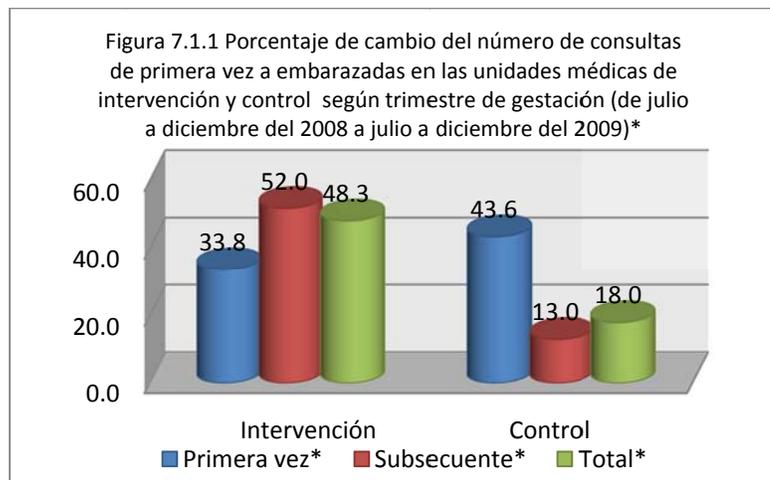
Consultas a embarazadas y puérperas	Valores crudos		Valores ajustados*	
	IRR (IC 95%)	Valor p	IRR (IC 95%)	Valor p
<b>Consultas a embarazadas</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.25 (1.16, 1.35)	0.000	1.29 (1.19, 1.39)	0.000
<b>Consultas prenatales subsecuentes</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.34 (1.23, 1.46)	0.000	1.34 (1.23, 1.47)	0.000
<b>Consultas prenatales subsecuentes en el primer trimestre</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.52 (1.08, 2.13)	0.015	1.71 (1.20, 2.44)	0.003
<b>Consultas prenatales subsecuentes en el segundo trimestre</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.23 (1.06, 1.44)	0.007	1.24 (1.07, 1.44)	0.005
<b>Consultas prenatales subsecuentes en el tercer trimestre</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.38 (1.23, 1.54)	0.000	1.38 (1.24, 1.54)	0.000
<b>Total de consultas prenatales a adolescentes</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.19 (1.02, 1.38)	0.025	1.36 (1.15, 1.59)	0.000
<b>Consultas prenatales a adolescentes subsecuentes</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.19 (1.03, 1.40)	0.048	1.38 (1.15, 1.64)	0.000
<b>Consultas a puérperas</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	1.44 (1.19, 1.74)	0.000	1.37 (1.13, 1.67)	0.001
<b>Atención Obstétrica</b>				
<b>Partos atendidos en los centros de salud</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	2.49 (1.75, 3.53)	0.000	2.53 (1.72, 3.74)	0.000
<b>Nacidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	2.39 (1.66, 3.42)	0.000	2.38 (1.59, 3.57)	0.000
<b>Tamices neonatales</b>				
CS Control	1.00		1.00	
CS Intervención	2.13 (1.67, 2.71)	0.000	1.97 (1.52, 2.56)	0.000

\* Ajustados por características e insumos de los Centros de Salud seleccionados (ver Cuadro A1 del apartado XI.1 Anexo A).

Antes de la descripción del presente análisis vale la pena señalar que mediante las regresiones Poisson se pudo comprobar, en todos los datos que aquí se presentan, que en la medición basal (año 2008), no hubo diferencias estadísticamente significativas; es decir, en el año 2008 no hubo diferencias entre los sitios de intervención y control en los indicadores aquí analizados; con este resultado se verifica el supuesto que debe cumplirse para la realización de este tipo de análisis.

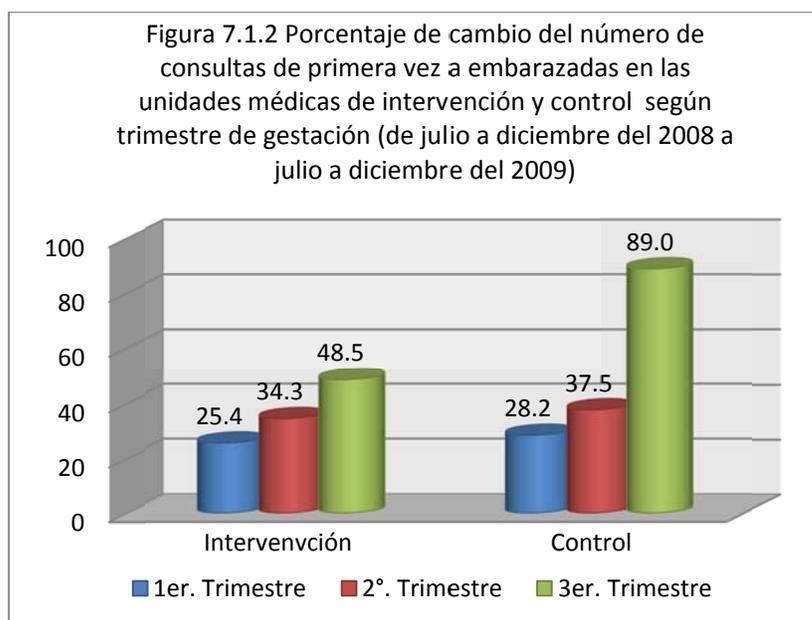
### Consultas prenatales

En la figura 7.1.1 se presenta el porcentaje de cambio que hubo en las unidades médicas de intervención y de control respecto al número de consultas otorgadas a mujeres embarazadas según tipo de consulta. Los principales hallazgos muestran que de la medición basal (julio a diciembre del 2008) al periodo de intervención (julio a diciembre del 2009) ha habido un incremento mayor en el número total de consultas a mujeres de primera vez en las unidades médicas de control en comparación de las de intervención (43.6% *versus* 33.8%). No sucedió así en las consultas subsecuentes a embarazadas, en donde el mayor incremento se dio en las clínicas de intervención del 52.0%, en tanto que en las de control fue de sólo el 13.0%. Como consecuencia del volumen atendido de embarazadas subsecuentes, se obtiene un mayor incremento en el total de consultas a embarazadas en las unidades médicas de intervención (48.3%) que en las de control (18.0%). El efecto observado entre las clínicas de intervención vs las clínicas de control en las consultas de embarazadas subsecuentes y en el total de consultas resultó ser estadísticamente significativo ( $p=0.000$ ), obteniéndose del análisis de la razón de tasas de incidencia ajustadas que en las unidades de intervención hay 1.34 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas subsecuentes (95%IC: 1.23, 1.47) y 1.29 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas (95%IC: 1.19, 1.39) respecto a los sitios control.



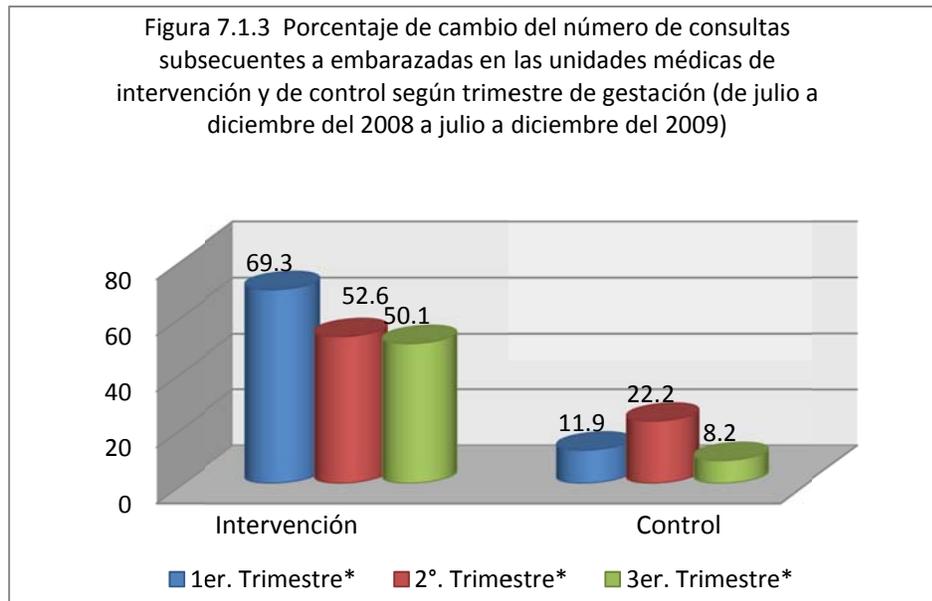
\*  $p < 0.001$

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana 007 *para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*<sup>1</sup>, de observancia obligatoria para todo el personal de salud a nivel nacional, se señala que la primera revisión prenatal se deberá efectuar en el transcurso de las primeras 12 semanas de gestación. En la figura 7.1.2 se presenta el porcentaje de cambio del número de consultas a embarazadas de primera vez, de la medición basal (julio a diciembre del 2008) al periodo de intervención (julio a diciembre del 2009), según el trimestre de gestación que cursaban al momento de las consultas. Respecto, a las pacientes que cursaban el primer trimestre de embarazo, se observó un incremento similar en las clínicas de intervención como en las de control (25.4% y 28.2%, respectivamente) tal y como lo dicta la Norma. Tomando en consideración que una parte considerable de las mujeres está inscrita a algún programa Social (86.0% de las mujeres)<sup>a</sup>, entre los cuales destaca el de las mujeres que están inscritas al Programa Oportunidades (28.1%), no sorprende encontrar este resultado ya que los beneficios que se les otorgan a las mujeres se condiciona a que las mismas acudan a la primer visita prenatal; lo interesante es ver el seguimiento que se les da a las mujeres en las visitas prenatales subsecuentes. A este respecto, se observa que los mayores incrementos en el número de consultas se dieron en las pacientes que cursaban el tercer trimestre de gestación, y este fue superior en el caso de las unidades de control que en las de intervención (89.0% y 48.5%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor del grupo de intervención en las consultas de embarazadas de primera vez en ninguno trimestre de gestación de las pacientes; no obstante estos resultados están mostrando que no se está acatando la Norma Oficial Mexicana<sup>1</sup> en este aspecto y esto puede repercutir en problemas de salud en las mujeres que se revisan tardíamente.



<sup>a</sup> Para mayor información ver parte correspondiente al análisis de los expedientes clínicos.

En el caso de las consultas subsiguientes a embarazadas, la tendencia general es de un mayor incremento en la atención de pacientes de cualquier trimestre de gestación en las unidades médicas de intervención que en las de control; sin embargo, las diferencias más notables se dan en las consultas a embarazadas en el primer trimestre de gestación, en donde el incremento en las clínicas de intervención fue de 69.3% en tanto que en las de control fue del 11.9%. En el caso de las pacientes que cursaban el segundo trimestre de gestación, el incremento fue del 52.6% en las de intervención y 22.2% en las de control, mientras que el aumento en las unidades de intervención de las mujeres que cursaban el tercer trimestre de gestación fue de 50.1%, en tanto que en las unidades de control sólo fue de 8.2% (Ver figura 7.1.3). Las diferencias observadas entre el grupo intervención y el grupo control en relación al número de consultas prenatales subsiguientes en el primero, segundo y tercer trimestre de gestación resultaron estadísticamente significativas ( $p=0.003$ ,  $p=0.005$  y  $p=0.000$ , respectivamente), y esto se traduce, mediante el cálculo de las razones de tasas de incidencia ajustadas, en que en las unidades de intervención hay 1.71 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas subsiguientes en el primer trimestre de gestación (95%IC: 1.20, 2.44), 1.24 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas en el segundo trimestre de gestación (95%IC: 1.07, 1.44) y 1.38 veces más de posibilidad de dar consultas a mujeres embarazadas en el tercer trimestre de gestación (95%IC:1.24, 1.54) que en los sitios control.



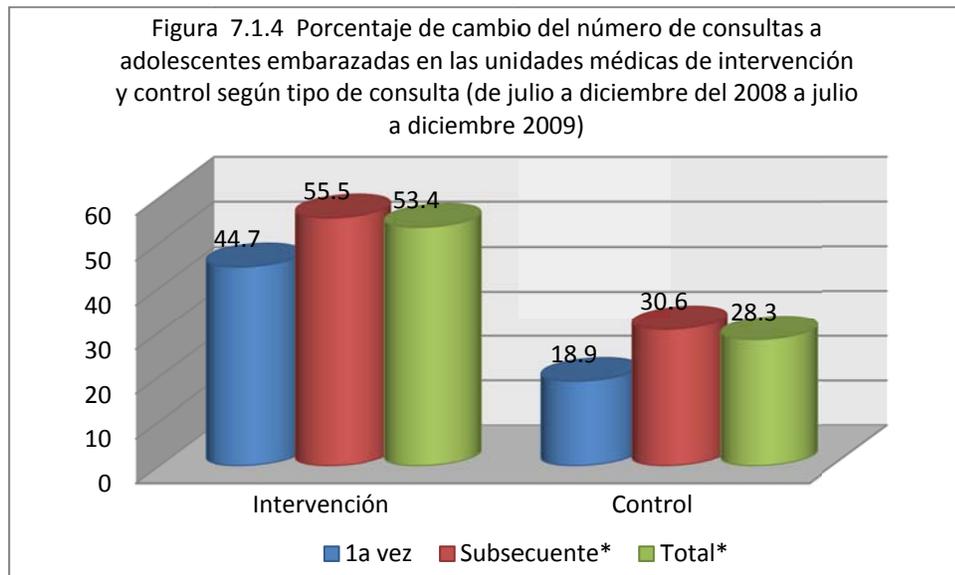
\* $p < 0.05$

### Consultas prenatales a adolescentes

Un grupo prioritario en salud reproductiva son las mujeres adolescentes, ya que existen evidencias de que el embarazo en edades tempranas puede representar un riesgo bio-

psico-social para la madre y el recién nacido, así como una mayor exposición a la mortalidad materno-infantil.<sup>9,10,11,12,13,14,15</sup>

En la figura 7.1.4 se presenta el porcentaje de cambio de la medición basal (julio a diciembre del 2008) al periodo de intervención (julio a diciembre del 2009) en las unidades médicas de intervención y control en el número de consultas otorgadas a adolescentes embarazadas. Se observa que el porcentaje del total de consultas a estas mujeres se incrementa en las unidades intervención en un 53.4% mientras que en las unidades control sólo aumenta en un 28.3%. Desagregando la información por tipo de consulta, hubo un mayor incremento en las unidades de intervención respecto a las consultas a adolescentes embarazadas de primera vez (44.7%) y subsecuentes (55.5%) en comparación con las unidades de control en los dos tipos de consulta 18.9% y 30.6%, respectivamente). Los incrementos logrados en el periodo en las clínicas control no alcanzan en ningún momento a los de las clínicas de intervención y estas diferencias observadas fueron estadísticamente significativas en el caso de las consulta embarazadas adolescentes subsecuentes ( $p=0.000$ ) y en el total de consultas a adolescentes embarazadas ( $p=0.000$ ); de esta forma se obtiene que en las unidades de intervención hay 1.38 veces más de posibilidad de dar consultas a adolescentes embarazadas subsecuentes (95%IC: 1.15, 1.64) y 1.36 veces más de posibilidad de dar consultas a todas las mujeres adolescentes embarazadas (95%IC: 1.15, 1.59) respecto a los sitios control.



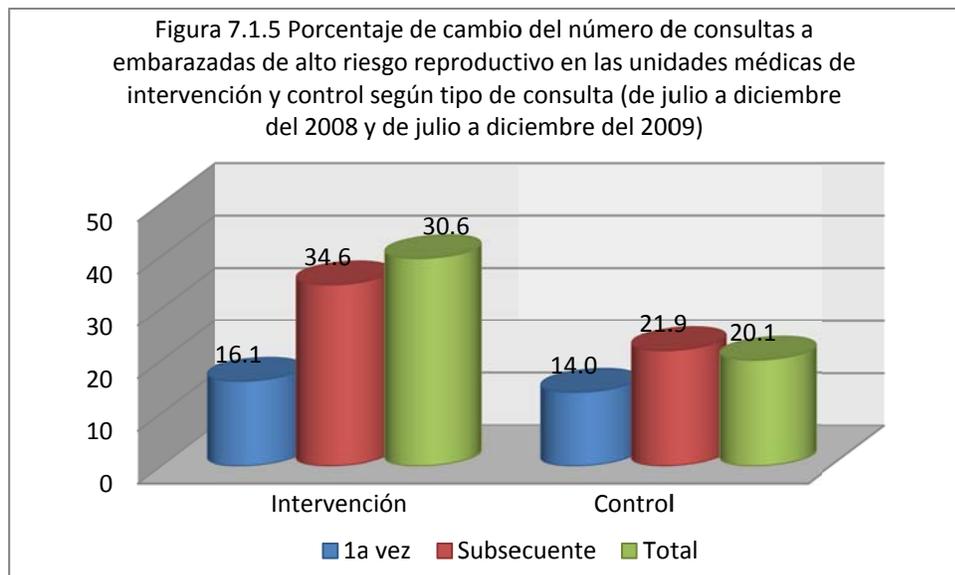
\* $p < 0.040$

### Consulta a mujeres embarazadas con alto riesgo reproductivo

Respecto a las consultas a mujeres con alto riesgo reproductivo del periodo pre-intervención (julio a diciembre del 2008) al periodo de intervención (julio a diciembre del 2009) se obtuvo

que la tendencia general es de incremento en el total de consultas de alto riesgo en todos los sitios analizados, aunque el aumento fue mayor en las unidades médicas de intervención (30.6%) que en las de control (20.1%). Por tipo de consultas, las cifras son muy similares en el caso de las consultas de primera vez (16.1% vs 14.0%), en cambio en las consultas subsecuentes a mujeres de alto riesgo reproductivo, en las unidades de intervención hubo un mayor incremento que en las de control (34.6% vs 21.9%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sitios de intervención y de control en este tipo de consultas (figura 7.1.5).

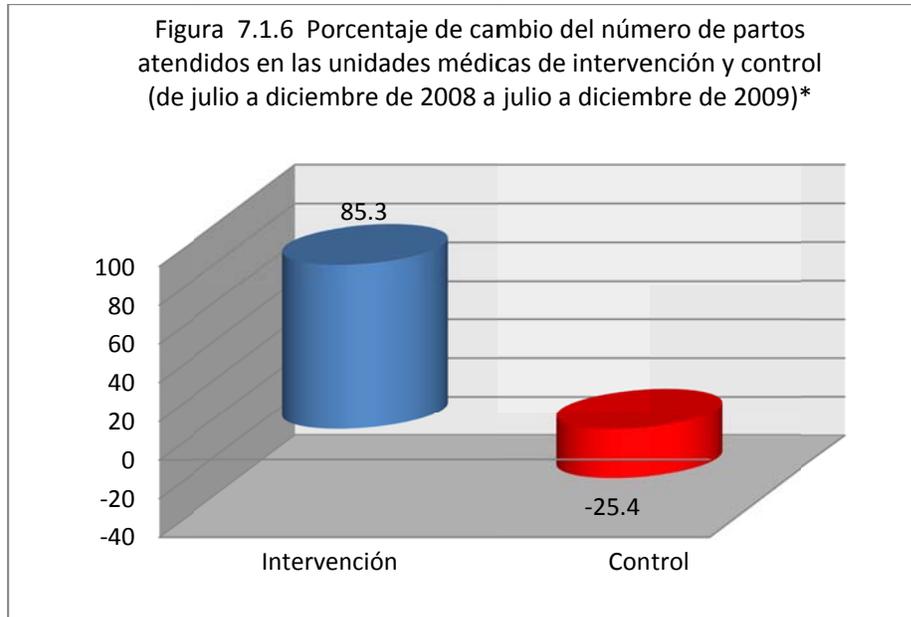
A este respecto, se piensa que el aumento de mujeres de alto riesgo en las clínicas de intervención que en las de control se debe a un mejor tamizaje e identificación de mujeres de alto riesgo reproductivo, y no debido a que en esas clínicas hay más mujeres de alto riesgo. Es importante decir que también las mujeres de alto riesgo necesitan seguimiento y atención continua y no se puede confiar que siempre vayan al hospital de referencia.



### Atención obstétrica

En este apartado se analizarán los datos sobre el número total de partos atendidos en los sitios de estudio. Antes de analizar esta información, es necesario aclarar que el promedio de partos atendidos en los sitios de intervención y en los de control de la línea basal (julio a diciembre del 2008) es de 9 partos por cada centro de salud de intervención o de control; en cambio, en el periodo de la intervención (julio a diciembre del 2009) el promedio de partos atendidos en los sitios de intervención fue de 17 partos en cada unidad médica, en tanto que en los de control el promedio fue de 6 partos.

Respecto al porcentaje de cambio, se obtuvo que en las unidades médicas de intervención, el número de partos atendidos de julio a diciembre del 2009 se incrementó en un 85.3% respecto a julio a diciembre del 2008; en cambio, en las unidades de control hubo un decremento del número de partos atendidos del 25.4% en este mismo periodo de tiempo (Figura 7.1.6); del cálculo de la razón de tasas de incidencia ajustadas, se obtiene que las diferencias observadas entre los dos grupos de estudio fueron estadísticamente significativas ( $p=0.000$ ) y se traducen en que en las unidades de intervención hay 2.53 veces más de posibilidad de atender partos respecto a las unidades de control (95%IC: 1.72, 3.74).



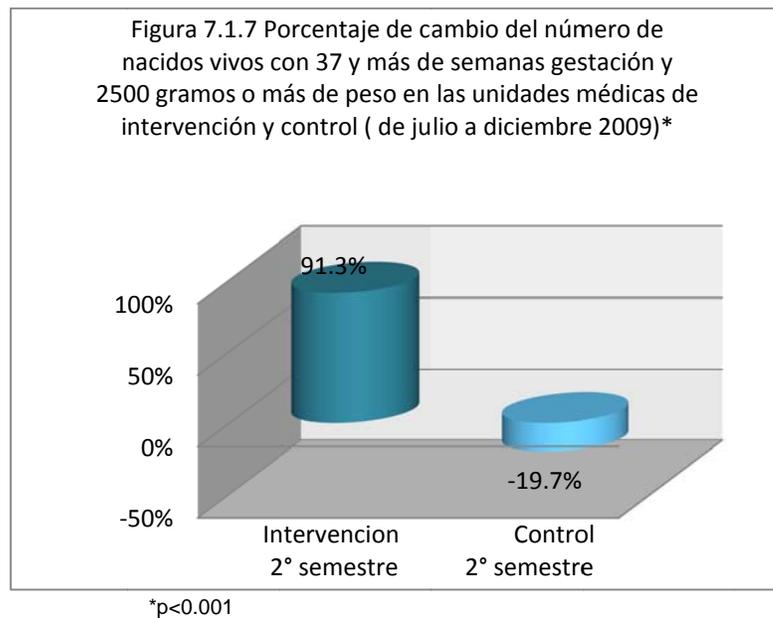
\*  $p < 0.001$

## Nacimientos

Una información adicional que viene en los formatos SISPA son los nacimientos atendidos en las unidades médicas según edad de gestación y peso al nacimiento del niño(a)<sup>b</sup>; estos datos son muy útiles ya que podemos darnos una idea de si se llevó a cabo una atención prenatal adecuada que dio como resultado el nacimiento de bebés a término, además de asegurarnos de que no están reteniendo pacientes de alto riesgo o prematuros que posteriormente deben ser referidos. Se obtuvo que en los sitios de intervención, los nacidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas respecto al total de nacidos vivos fueron del 93.6% y del 98.0%, de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009; mientras que en los sitios de control fueron del 90.0% y 96.9%, respectivamente, en el mismo periodo de tiempo.

<sup>b</sup> No se dispone de esta información para enero a junio del 2008 y del 2009.

Ahora bien, en las unidades médicas de intervención, el número de nacidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas de julio a diciembre del 2009, se incrementó en un 91.3% respecto a julio a diciembre del 2008; en cambio, en las unidades de control hubo un decremento del 19.7% en este mismo periodo de tiempo (Figura 7.1.7). Las diferencias encontradas en los nacidos vivos con peso y semanas de gestación adecuadas fueron estadísticamente significativas en el análisis ajustado ( $p=0.000$ ) e implican que existe la posibilidad de que haya 2.38 veces más nacimientos de niños con edad de gestación y peso al nacimiento adecuados respecto a los sitios de control (95%IC: 1.59, 2.56).



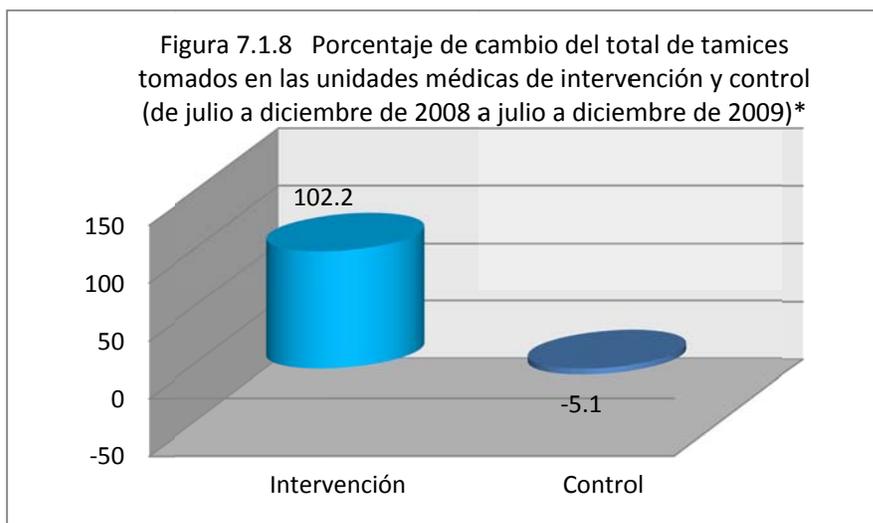
### Abortos y defunciones fetales

Con cifras muy pequeñas, se tiene el registro 2 abortos en los sitios de intervención de julio a diciembre del 2009, y un aborto en los sitios de control de julio a diciembre del 2008 y otro aborto en estos mismos lugares de julio a diciembre del 2009.

En el caso de las defunciones fetales, en los sitios de intervención se tiene el registro de una muerte de julio a diciembre del 2008 y dos muertes más de julio a diciembre del 2009; mientras que en los sitios control hay el registro de una muerte fetal de julio a diciembre del 2008. Cuando se efectúe el análisis de las referencias, se complementará esta información ya que con dicho análisis se entenderá de mejor manera el volumen y tratamiento de los casos complicados.

## Tamices

Otra información adicional en los formatos SISPA de suma utilidad es el conteo del total de tamices tomados. Se obtuvo que en las clínicas de intervención hubo un aumento del 102.2% en la toma de tamices de la línea basal al periodo de intervención; mientras que en las clínicas de control hubo un decremento del 5.1% en el mismo periodo de tiempo. (Figura 7.1.8). El efecto observado entre las clínicas intervención vs las clínicas control, en el total de tamices tomados resultó ser estadísticamente significativo ( $p=0.000$ ), y esto significa que en las unidades médicas de intervención hay 1.97 veces más de posibilidad de que los tamices se realicen en comparación con las unidades médicas de control (95%IC: 1.52, 2.56).



\*  $p < 0.001$

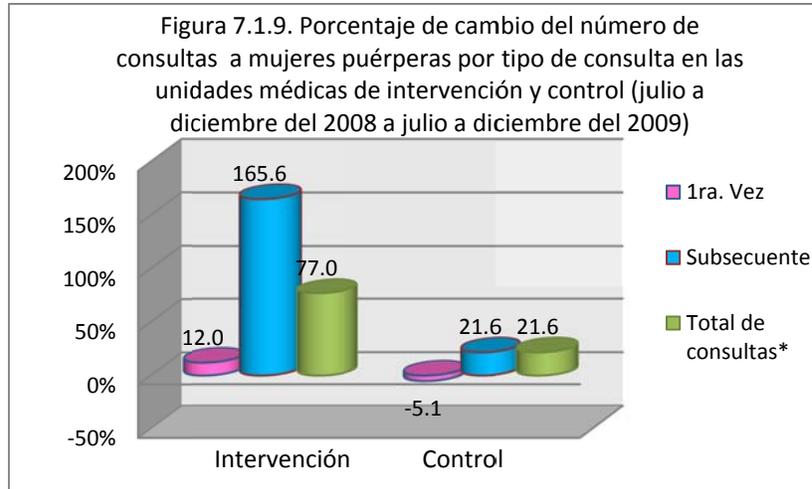
## Consulta a mujeres puérperas

Los problemas de salud que pueden presentar las mujeres después del parto son de diversa índole, y la revisión puerperal significa una detección oportuna de estos problemas.<sup>16</sup>

En la Figura 7.1.9 se presenta el porcentaje de cambio del número de consultas a puérperas en los sitios de intervención y de control según tipo de consulta; se encuentra que mientras que en las clínicas de intervención ha habido un aumento del 77.0% en el número de consultas a puérperas, en las clínicas de control hubo un aumento de sólo el 21.6%.

Si se desagrega la información por tipo de consulta, se obtiene en las unidades médicas de intervención hubo un incremento sumamente alto en las consultas a subsecuentes del 165.6% y un incremento del 12.0% en las pacientes que asistieron por primera vez a revisión puerperal. En el caso de las clínicas control, hubo un decremento en la atención de puérperas de primera vez del 5.1%, en tanto que el número de consultas subsecuentes hubo un aumento del 21.6% en el periodo analizado (Figura 7.1.9). Únicamente hubo diferencias estadísticamente significativas en el caso del total de consultas a puérperas ( $p=0.000$ ) y esto

significa que en las unidades médicas de intervención hay 1.37 veces más de posibilidad de que los tamices se realicen en comparación con las unidades médicas de control (95%IC: 1.13, 1.67).



\*  $p < 0.001$

### **Análisis por Centro de Salud**

Con el objeto de ver la evolución en el número de consultas a mujeres embarazadas y puérperas, y en el número de partos atendidos, en este apartado se analiza el cambio porcentual en cada uno de los centros de salud de intervención y de control para las consultas a embarazadas y para el número de partos atendidos. Es necesario aclarar que ahora la línea basal corresponde al año 2008 y el periodo de intervención corresponde al año 2009<sup>c</sup>. Los datos que son la base para el presente análisis se encuentran en los Cuadros 7.1.3 y 7.1.4 y corresponden al número de las consultas otorgadas a mujeres embarazadas, así como el número de los partos atendidos en las unidades médicas bajo estudio<sup>d</sup>. Solamente en el caso de Guerrero se dispuso también de la información de consultas a puérperas (Cuadro 7.1.5).

<sup>c</sup> Estrictamente hablando, la intervención se inició en abril del 2009.

<sup>d</sup> En los cuadros viene desagregada la información por semestres, pero únicamente se describirán los datos de los totales.

**Cuadro 7.1.3. Total de consultas a embarazadas en las unidades médicas de intervención y de control de Guerrero y de Oaxaca**

<b>INTERVENCIÓN GUERRERO</b>	<b>2008 1° sem</b>	<b>2008 2° sem</b>	<b>Total 2008</b>	<b>2009 1° sem</b>	<b>2009 2° sem</b>	<b>Total 2009</b>
<b>Pantitlán</b>	184	115	299	155	163	318
<b>Xochipala</b>	212	207	419	283	248	531
<b>Totolapa</b>	53	120	173	157	157	314
<b>San Nicolás</b>	224	300	524	347	300	647
<b>CONTROL GUERRERO</b>						
<b>Mohonera</b>	187	174	361	136	112	248
<b>Axaxacualco</b>	118	64	182	96	115	211
<b>Melchor Ocampo</b>	99	54	153	53	94	147
<b>Vicente Guerrero</b>	53	29	82	32	36	68
<b>Barra de Tecoanapa</b>	221	178	399	164	160	324
<b>Juchitán</b>	238	214	452	292	320	612
<b>INTERVENCIÓN OAXACA</b>						
<b>Vega de Sol</b>	107	208	315	296	317	613
<b>San Antonio Las Palmas</b>	133	140	273	346	544	890
<b>San Isidro El Cedral</b>	108	80	188	148	191	339
<b>El Porvenir</b>	86	104	190	143	130	273
<b>Villa Sola De Vega</b>	188	100	288	208	248	456
<b>San Gabriel Mixtepec</b>	364	373	737	329	312	641
<b>San Juan Cacahuatpec</b>	222	209	431	304	279	583
<b>Caña Brava</b>	198	267	465	363	408	771
<b>CONTROL OAXACA</b>						
<b>San Lorenzo</b>	39	55	94	67	48	115
<b>Arroyo Chicalli</b>	83	73	156	71	96	167
<b>Benemérito Juárez</b>	202	220	422	264	236	500
<b>Piedra de Amolar</b>	135	189	324	153	173	326
<b>Arroyo Choapan</b>	212	187	399	186	253	439
<b>Santa María Lachixio</b>	79	77	156	76	96	172
<b>San Francisco Loxicha</b>	258	238	496	208	238	446
<b>Bajos de Chila</b>	213	246	459	250	319	569
<b>San Francisco Cozoaltepec</b>	291	316	607	464	435	899

**Cuadro 7.1.4. Total de partos atendidos en las unidades médicas de intervención y de control de Guerrero y de Oaxaca**

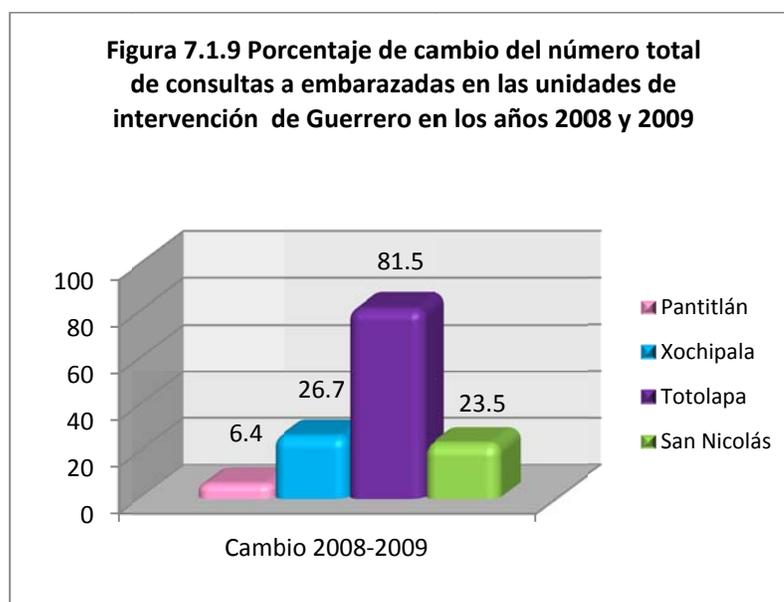
<b>INTERVENCIÓN GUERRERO</b>	<b>2008 1° sem</b>	<b>2008 2° sem</b>	<b>Total 2008</b>	<b>2009 1° sem</b>	<b>2009 2° sem</b>	<b>Total 2009</b>
<b>Pantitlán</b>	1	3	4	1	7	8
<b>Xochipala</b>	1	7	8	5	3	8
<b>Totolapa</b>	0	1	1	13	18	31
<b>San Nicolás</b>	5	0	5	6	3	9
<b>CONTROL GUERRERO</b>						
<b>Mohonera</b>	9	5	14	6	4	10
<b>Axaxacualco</b>	7	6	13	1	1	2
<b>Melchor Ocampo</b>	18	4	22	2	7	9
<b>Vicente Guerrero</b>	2	12	14	4	11	15
<b>Barra de Tecoanapa</b>	5	8	13	6	3	9
<b>Juchitán</b>	0	8	8	2	2	4
<b>INTERVENCIÓN OAXACA</b>						
<b>Vega de Sol</b>	4	9	13	27	16	43
<b>San Antonio Las Palmas</b>	4	3	7	13	30	43
<b>San Isidro El Cedral</b>	8	4	12	4	5	9
<b>El Porvenir</b>	2	0	2	1	1	2
<b>Villa Sola De Vega</b>	9	13	22	14	28	42
<b>San Gabriel Mixtepec</b>	10	28	38	45	27	72
<b>San Juan Cacahuatpec</b>	11	10	21	13	9	22
<b>Caña Brava</b>	14	31	45	53	55	108
<b>CONTROL OAXACA</b>						
<b>San Lorenzo</b>	0	3	3	0	0	0
<b>Arroyo Chicalli</b>	2	5	7	0	1	1
<b>Benemérito Juárez</b>	11	6	17	6	7	13
<b>Piedra de Amolar</b>	9	12	21	7	4	11
<b>Arroyo Choapan</b>	5	0	5	5	5	10
<b>Santa María Lachixio</b>	13	6	19	3	6	9
<b>San Francisco Loxicha</b>	8	11	19	7	6	13
<b>Bajos de Chila</b>	12	7	19	8	11	19
<b>San Francisco Cozoaltepec</b>	20	37	57	13	29	42

**Cuadro 7.1.5. Total de consultas a mujeres puerperas en las unidades médicas de intervención y de control de Guerrero**

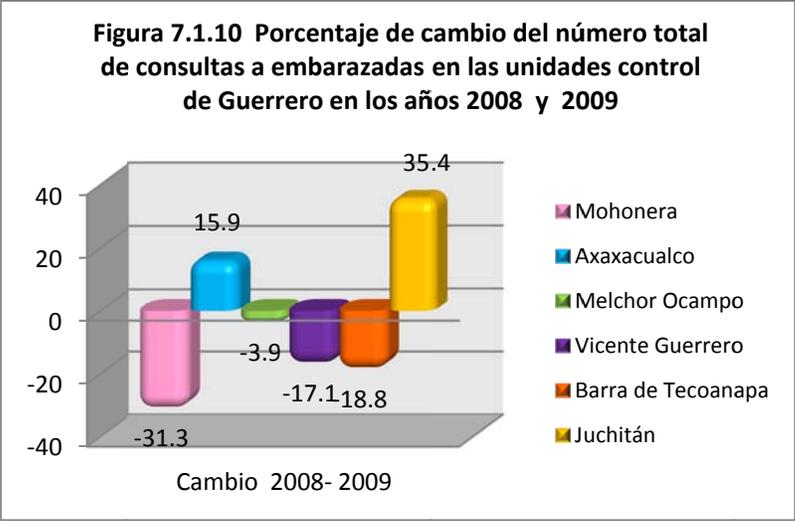
INTERVENCIÓN GUERRERO	2008 1° sem	2008 2° sem	Total 2008	2009 1° sem	2009 2° sem	Total 2009
Pantitlán	8	35	43	61	21	82
Xochipala	60	59	119	30	121	151
Totolapa	9	46	55	50	50	100
San Nicolás	37	60	97	92	69	161
CONTROL GUERRERO						
Mohonera	31	21	52	19	27	46
Axaxacualco	28	20	48	16	20	36
Melchor Ocampo	32	11	43	16	20	36
Vicente Guerrero	18	15	33	7	20	27
Barra de Tecoanapa	54	40	94	44	42	86
Juchitán	60	35	95	53	66	119

## Guerrero

En lo que se refiere al porcentaje de cambio en el número de consultas otorgadas a las mujeres en los sitios de intervención de Guerrero, se encuentra que en todos los sitios hubo un aumento entre la línea basal y el año de la intervención (figura 7.1.9) aunque este cambio no fue el mismo en todos los CS; de esta forma, Totolapa es el sitio en donde hubo el mayor incremento en el número de consultas a embarazadas entre el periodo pre-intervención e intervención (81.5%). A una distancia grande del aumento que hubo en Totolapa, se presentó un similar incremento en Xochipala (26.7%) y San Nicolás (23.5%) en este rubro, y el sitio con el menor aumento en la atención a embarazadas fue Pantitlán (6.4%).

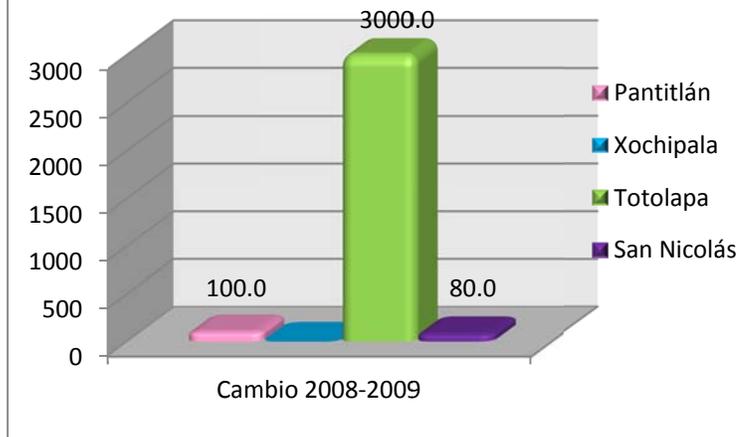


Con respecto a las unidades de control, solamente hubo un aumento en el número de consultas a embarazadas entre la línea basal y el año de intervención en las unidades médicas de Juchitán (35.4%) y Axaxacualco (15.9%). En el resto de las unidades control de Guerrero hubieron decrementos en este rubro, y el más acentuado es el que se presentan en la Mohonera (31.3%), y a cerca de la mitad de distancia, se encuentran los decrementos en la atención prenatal en Barra de Tecuanapa (18.8%) y Vicente Guerrero (17.1%). Melchor Ocampo es el sitio con el menor decremento (3.9%) entre la pre-intervención y la intervención (Figura 7.1.10).



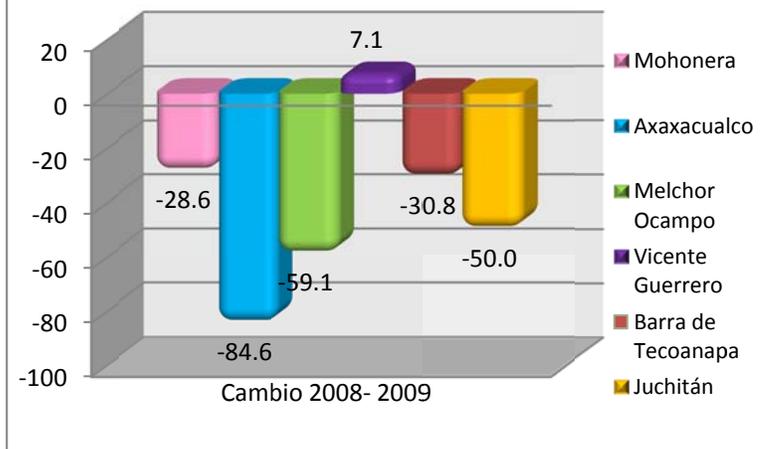
En lo que se refiere al porcentaje de cambio en el número de partos, la cifra en sitios de intervención es muy variante en tres de los cuatro sitios: en Totolapa hubo un porcentaje de cambio muy disparado del 3000% entre la línea basal y el año de intervención. En Pantitlán el aumento en la atención de partos es del 100% y en San Nicolás del 80%. Solamente en Xochipala se mantuvo el mismo número de partos entre la línea basal y el año de intervención, por lo que el porcentaje de cambio es del 0% (Figura 7.1.11).

**Figura 7.1.11 Porcentaje de cambio del número total de partos atendidos en las unidades médicas de intervención de Guerrero en los años 2008 y 2009**



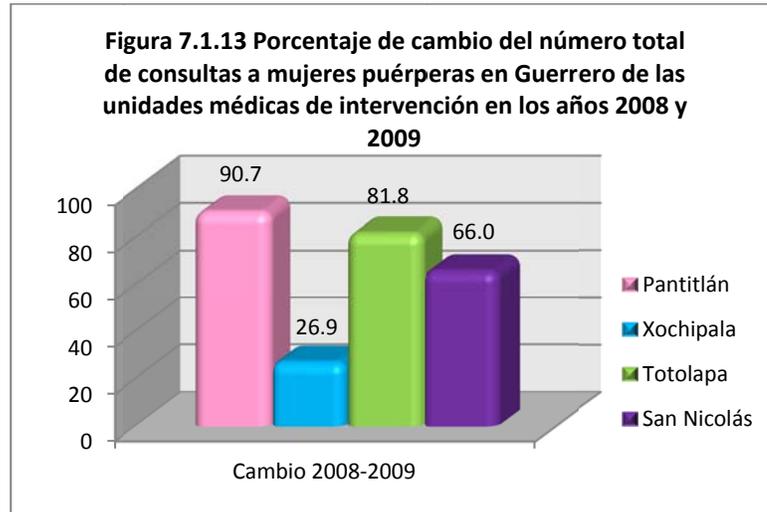
Con relación a los sitios de control, únicamente en Vicente Guerrero hubo un incremento en la atención de partos en el periodo considerado (7.1%). Los decrementos en el resto de los CS son impresionantes sobre todo en el caso de Axaxacualco (84.6%), Melchor Ocampo (59.1%) y Juchitán (50%). En la Mohonera (28.6%) y Barra de Tecuanapa (30.9%) los decrementos en la atención de partos son muy similares (Figura 7.1.12).

**Figura 7.1.12 Porcentaje de cambio del número total de partos atendidos en las unidades médicas de control de Guerrero en los años 2008 y 2009**

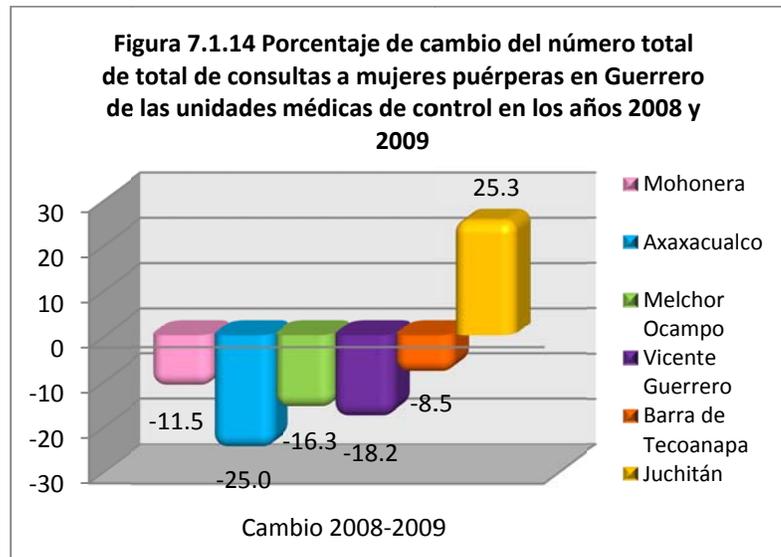


En el caso del porcentaje de cambio en el número de consultas a mujeres puérperas en los sitios de intervención, ese encontró que en todos los CS hubo un aumento entre la línea basal y la intervención, aunque no fue en la misma magnitud; de esta forma, los mayores aumentos los tuvieron Pantitlán (90.7%) y Totolapa (81.8%). San Nicolás incrementó sus

consultas posparto en un 66.0% y en Xochipala se dio el menor aumento en las consultas a puérperas (26.9%) de los cuatro CS de intervención (Figura 7.1.13).

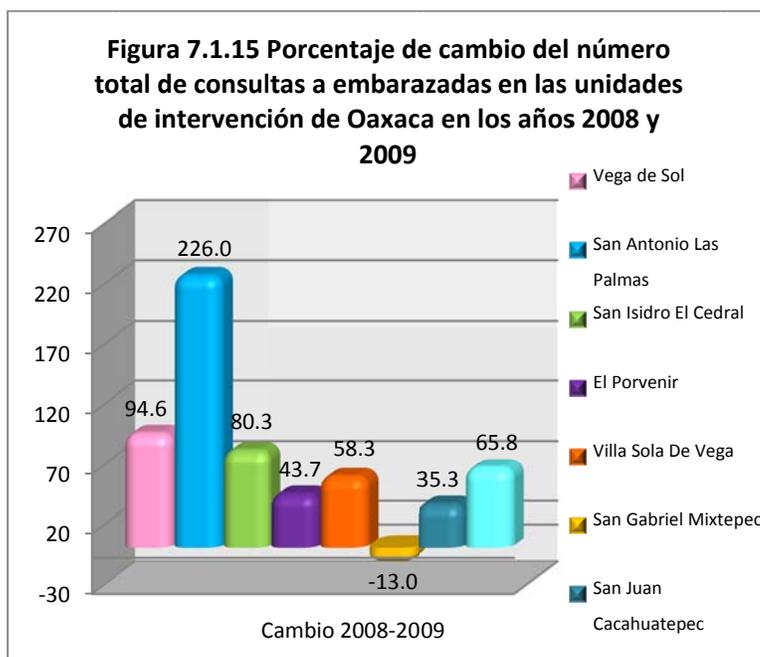


En relación con los sitios de control, salvo en el caso de la unidad médica de Juchitán en donde hay un aumento en el número de consultas a puérperas (25.3%), en todas las demás clínicas hay una disminución en las consultas posparto. El mayor decremento se presenta en Axaxacualco (25.0%), seguido del de Vicente Guerrero (18.2%), Melchor Ocampo (16.3%), La Mohonera (11.5%) y en Barra de Tecuanapa (8.5%) (Figura 7.1.14).

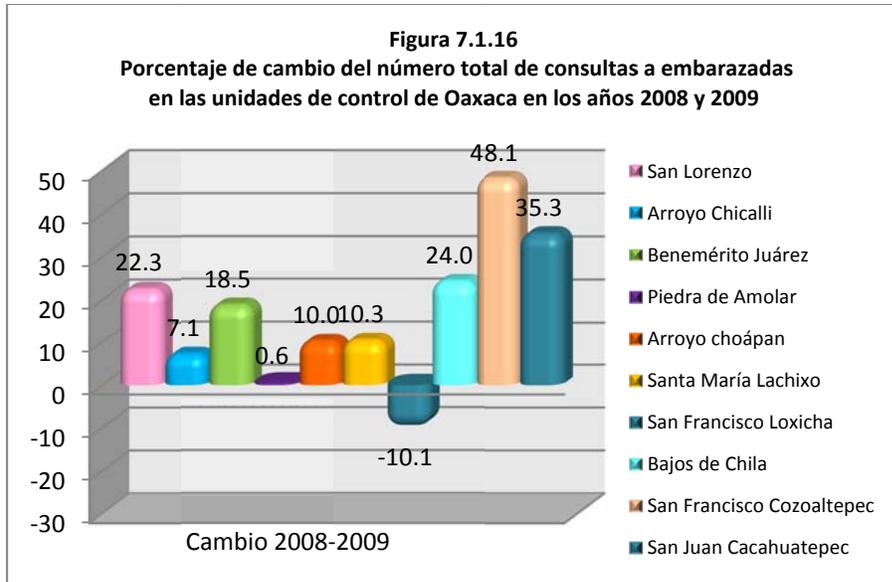


## Oaxaca

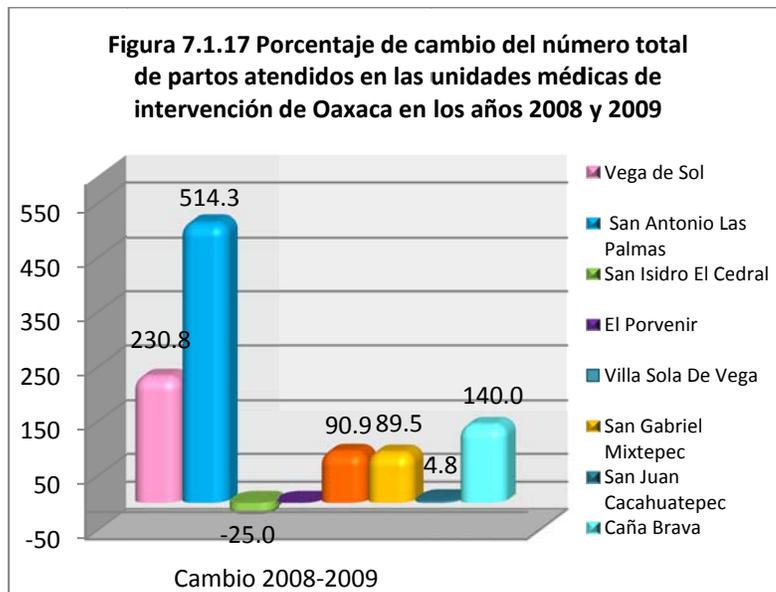
En lo que se refiere al porcentaje de cambio en el número de consultas otorgadas a las mujeres embarazadas en Oaxaca, de la línea basal al periodo de intervención, la tendencia general es de un aumento en todos los sitios de intervención en las consultas prenatales salvo en San Gabriel Mixtepec en donde hubo un decremento del 13%. Se observa que el incremento en el número de consultas prenatales no es el mismo en todos los CS; así, mientras que en San Antonio las Palmas el aumento en las consultas prenatales fue del 226.0%, en Vega del Sol fue de 94.6%, en San Isidro el Cedral fue de 80.3%, en Caña Brava de 65.8% y en Villa Sola de Vega de 58.3%. Los menores incrementos se dieron en el Porvenir (43.7%) y San Juan Cacahuatepec (35.3%) (Figura 7.1.15).



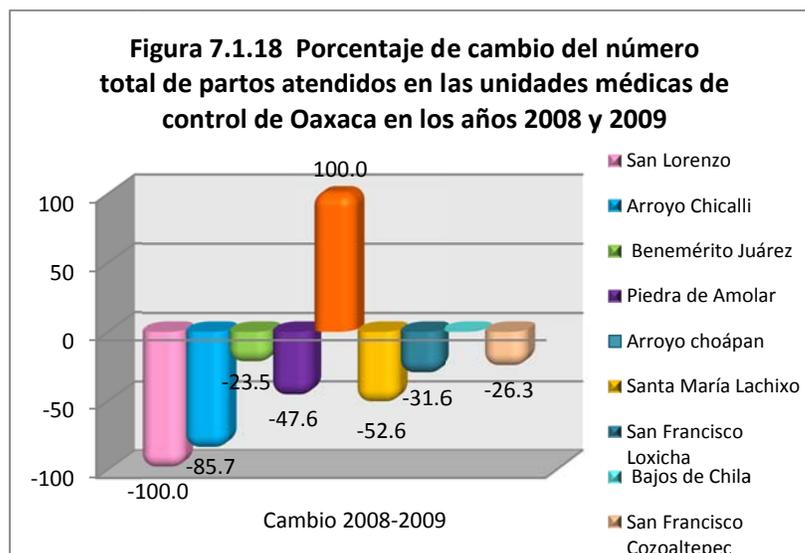
En el caso de los sitios control también se presenta un aumento en el número de consultas a mujeres embarazadas (salvo en San Francisco Loxicha donde hay un decremento del 10.1%), de la línea basal al periodo de intervención, aunque el incremento es menor que en los sitios de intervención. Los mayores incrementos en los CS de control se dan en San Francisco Cozoaltepec (48.1%) y en San Juan Cacahuatepec (35.3%). El aumento en las consultas prenatales es muy similar en Bajos de Chila y San Lorenzo la Lana (24.0% y 22.3%, respectivamente); en cambio, en Benemérito Juárez el incremento es del 18.5%, y en Arroyo Choapan y Santa María Lachixio el incremento es similar (10.0% y 10.3%, respectivamente). El menor incremento se da en Arroyo Chicalli (7.1%) y en Piedra de Amolar el cambio es imperceptible (0.6%) (Figura 7.1.16).



En lo que se refiere al porcentaje de cambio en el número de partos atendidos, en las unidades médicas de intervención, de la línea basal al periodo de intervención, en cinco de las ocho ha habido un aumento, aunque no de la misma magnitud: en San Antonio las Palmas se dio un aumento destacable en el número de partos atendidos (514.3%), seguido de Vega del Sol (230.8%) y de Caña Brava (140.0%). En Villa Sola de Vega y San Gabriel Mixtepec el aumento fue muy similar (90.9% y 89.5%, respectivamente). Sin embargo, en San Juan Cacahuatepec el incremento en el número de partos atendidos sólo fue del 4.8%. En el Porvenir no hubo cambio en el número de partos atendidos entre la pre-intervención y la intervención y en San Isidro el Cedral hubo un decremento de los partos en un 25% (Figura 7.1.17).



En el caso de las unidades médicas de control, la tendencia en el número de partos atendidos es inversa a lo encontrado en los sitios control; es decir, salvo en Arroyo Choapan en donde hubo un aumento del 100% en los partos atendidos en los CS de control, en todos los demás sitios hubo disminución en este tipo de atención; de esta forma, en San Lorenzo la disminución fue del 100%, en Arroyo Chicalli el decremento fue de 85.7%, en Santa María Lachixio fue de 52.6%. En Piedra de Amolar fue de 47.6% y en San Francisco Loxicha fue de 31.6%. Decrementos muy similares se encuentran en San Francisco Cozoaltepec (26.3%) y Benemérito Juárez (23.5%); por último, Bajos de Chila permaneció sin cambios con el mismo número de partos atendidos entre la pre-intervención y la intervención (Figura 7.1.18).



Debido a que las autoridades de los Servicios de Salud de Oaxaca no proporcionaron la información sobre el número de consultas a mujeres puérperas, no se pudo analizar la información en este rubro.

Las conclusiones de este apartado vienen esbozadas al final de este documento.

## **VII.2 Análisis basado en la revisión de los expedientes clínicos**

Para la descripción de datos de este apartado se utilizó la información proveniente de los expedientes clínicos de las pacientes. El procedimiento para captar esta información fue el siguiente: primeramente, las trabajadoras de campo llegaron a los centros de salud de intervención y de control a revisar el censo de mujeres, y de ahí seleccionaban a las pacientes embarazadas y capturaban sus datos generales (obteniendo información de 3127 expedientes). Posteriormente, regresaban y revisaban los expedientes de aquellas mujeres que su fecha probable de parto ya hubiese pasado y recuperaban la información de las

consultas prenatales, del parto y del puerperio (se obtuvieron datos de 2867 expedientes con fecha probable de parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010).

### **Descripción de las mujeres atendidas**

Para la descripción de este apartado se tomará como base la información de los expedientes clínicos de las pacientes de las 3127 mujeres que fueron atendidas durante el embarazo en las unidades médicas de intervención y control, y tenían una fecha probable de parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010; estos datos serán desagregados por lugar de atención. Del total de las 3127 mujeres embarazadas, 1771 acudieron a los 15 centros de salud de intervención (56.6%) y 1356 a los 17 centros de salud de control (43.4%).

En el cuadro 7.2.1 se muestra el perfil sociodemográfico de las pacientes atendidas, encontrándose que la mayoría de las pacientes eran adolescentes (de 12 a 19 años de edad) (30.0%) o jóvenes (de 20 a 24 años de edad) (29.5%); las proporciones de adolescentes y jóvenes son muy similares en los sitios de intervención (30.2% y 29.0%, respectivamente) y de control (29.8% y 30.2%, respectivamente).

Debido a que las unidades médicas consideradas en este estudio se encuentran ubicadas en lugares rurales, y es justo en estos sitios en donde viven numerosos grupos indígenas, se exploró en los expedientes si había información sobre la condición de indigenismo de las pacientes; desafortunadamente, en un alto porcentaje de expedientes no viene anotada esta información (50.4% en total; 45.4% en los sitios de intervención, y 56.9% en los sitios de control) (cuadro 7.2.1).

En lo que se refiere al alfabetismo, sí se encontró información sobre este rubro y se obtuvo que un 75.1% de las pacientes sabían leer y escribir, habiendo un número mayor de personas alfabetas en los sitios de intervención (79.9%) respecto a los de control (68.8%) (cuadro 7.2.1).

Tomando en consideración a las personas alfabetas, se indagó en los expedientes sobre su escolaridad, obteniendo que mayoritariamente estas pacientes estudiaron la primaria (48.0%) o la secundaria (34.4%); esta tendencia es muy similar en los sitios de intervención (48.2% y 35.2%, respectivamente) y en los de control (47.7% y 33.2%, respectivamente) (cuadro 7.2.1).

Respecto al estado conyugal de las pacientes, los datos encontrados en los expedientes muestran que en su gran mayoría estaban casadas (42.8%) o en unión estable (42.3%) al momento de la atención. Por tipo de sitio, destaca una proporción ligeramente mayor de mujeres casadas en los sitios de intervención (45.0%) que en los de control (40.1%), (cuadro 7.2.1).

También se buscó en los expedientes si las pacientes tenían ayudas y/o atención médica de algunos de los programas sociales instaurados por el Gobierno Federal y/o Estatal principalmente en las zonas rurales del país<sup>e</sup>. Se encontró que en el 28.1% de los expedientes se indicaba que las pacientes estaban inscritas al programa Oportunidades, 57.9% estaban inscritas al Seguro Popular y 3.0% tenía derecho al IMSS en algún momento del año. El 14.0% de la población no estaba inscrita a ningún programa social. Analizando la información por sitio, se encontró que una mayor proporción de mujeres de los sitios de control (34.9%) estaba inscrita al programa Oportunidades, en comparación con las de los sitios intervención (22.8%). En cambio, al Seguro Popular había más pacientes inscritas en los sitios de intervención (63.2%) que en los de control (51.0%), y esta misma tendencia se dio en la derechohabiencia temporal al IMSS (4.1% en los sitios de intervención versus 1.6% en los de control) (cuadro 7.2.1).

Tomando en consideración a las mujeres con fecha probable de parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 y con registro de parto (con 20 y más semanas de gestación) se obtuvieron 1572 expedientes con información del parto, así como de las visitas prenatales y posparto en el periodo señalado. De estas 1572 pacientes, únicamente 531 mujeres (33.3%) fueron atendidas en los centros de salud de intervención o control de este estudio. Del resto, el 22.7% de las mujeres atendieron su parto en el hospital, el 12.6% de las pacientes tuvieron su parto en casa, y 16.0% fueron atendidas en otros hospitales públicos o privados, y del resto de mujeres (15.4%) no se tiene información sobre el lugar de atención; no obstante se incluyeron estos datos para efectuar el seguimiento de estos casos.

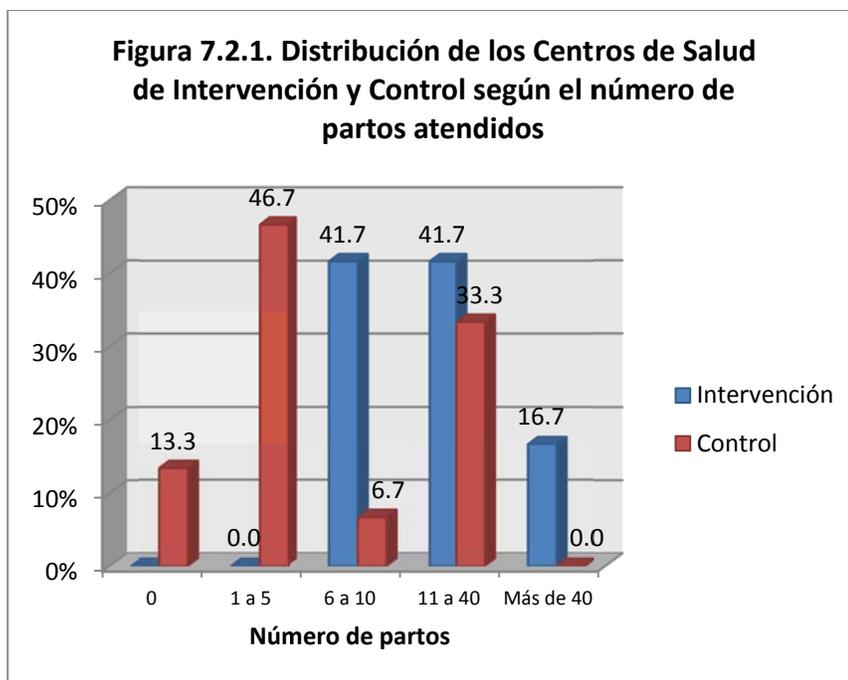
Antes de proceder a evaluar la calidad de información de los expedientes clínicos, en la figura 7.2.1 se presenta la distribución porcentual del número total de partos atendidos (531) en los centros de intervención y de control, del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010. Los principales hallazgos encontrados son que en similar porcentaje los centros de salud de intervención atienden de 6 a 10 y de 11 a 40 partos (41.7% y 41.7%, respectivamente) en comparación con los sitios de control en donde este porcentaje es mucho menor (6.7% y 33.3%, respectivamente). En esta figura también se muestra que en los sitios de intervención se atiende un volumen mayor de partos de más de 40 en un 16.7% de los CS.

---

<sup>e</sup> Los programas Oportunidades y Seguro Popular no son mutuamente excluyentes; es decir, una mujer puede estar inscrita a ambos programas y recibir los beneficios que cada uno de ellos otorga.

Cuadro 7.2.1 Perfil sociodemográfico de las pacientes que se atendieron en los centros de salud, por tipo de centro

Perfil sociodemográfico	Sitios de atención					
	Intervención n=1771		Control n=1356		Total n=3127	
	n	%	n	%	n	%
<b>Edad de la pacientes</b>						
Hata 19 años	535	30.2	404	29.8	939	30.0
20-24	513	29.0	409	30.2	922	29.5
25-29	342	19.3	276	20.4	618	19.8
30-34	213	12.0	161	11.9	374	12.0
35+	152	8.6	89	6.6	241	7.7
No especificados	17	0.9	17	1.3	33	1.1
<b>¿Pertenece a una etnia indígena?</b>						
Sí	511	28.9	240	17.7	751	24.0
No	448	25.3	340	25.1	788	25.2
No está en el expediente	804	45.4	771	56.9	1575	50.4
No especificado	8	0.5	5	0.4	13	0.4
<b>¿Sabe leer y escribir?</b>						
Sí	1415	79.9	933	68.8	2348	75.1
No	158	8.9	203	15.0	361	11.5
No está en el expediente	192	10.8	217	16.0	409	13.1
No especificado	6	0.3	3	0.2	9	0.3
<b>Escolaridad</b>						
Ninguno	14	1.0	18	1.9	32	1.4
Primaria	682	48.2	445	47.7	1127	48.0
Secundaria	498	35.2	310	33.2	808	34.4
Preparatoria	91	6.4	26	2.8	117	5.0
Universidad	79	5.6	95	10.2	174	7.4
No está en expediente	24	1.7	25	2.7	49	2.1
No especificado	27	1.9	14	1.5	41	1.8
<b>Estado conyugal</b>						
Casada	796	45.0	544	40.1	1340	42.9
Unión libre o estable	742	40.9	600	44.3	1324	42.3
Soltera	128	7.2	103	7.6	231	7.4
En unión disuelta	103	5.8	99	7.3	202	6.5
No esta en el expediente	13	0.7	4	0.3	17	0.5
No especificado	7	0.4	6	0.4	13	0.4
<b>¿Está en el programa Oportunidades?</b>						
Sí	404	22.8	473	34.9	877	28.1
No	1357	76.6	877	64.7	2234	71.4
No especificado	10	0.6	6	0.4	16	0.5
<b>¿Está inscrita en el Seguro Popular?</b>						
Sí	1119	63.2	691	51.0	1810	57.9
No	644	36.4	660	48.7	1304	41.7
No especificado	8	0.5	5	0.4	13	0.4
<b>¿En algún momento tiene derecho al IMSS?</b>						
Sí	73	4.1	21	1.6	94	3.0
No	1685	95.1	1330	98.1	3015	96.4
No especificado	13	0.7	5	0.4	18	0.6
<b>Total</b>	<b>1771</b>	<b>100</b>	<b>1356</b>	<b>100</b>	<b>3127</b>	<b>100</b>



### Evaluación de datos de los expedientes clínicos

Además de la información del perfil sociodemográfico de las pacientes, se intentó efectuar un análisis de otros datos contenidos en los expedientes clínicos. Desafortunadamente, en gran parte de los expedientes no se obtuvo toda la información requerida para realizarlo, debido a que los expedientes clínicos son llenados de forma incompleta. No obstante, con la información actualmente disponible se pudo efectuar una evaluación de los datos de los expedientes clínicos, y esta evaluación consistió en ver las anotaciones que se hacían en los mismos tanto en las unidades médicas de intervención donde están los proveedores alternativos (EO, PPT) como en las unidades control donde están los proveedores médicos. El criterio que se utilizó fue explorar la existencia (anotaciones en el expediente) de la información mínima que los expedientes clínicos deben tener respecto a:

- 1) La identificación (nombre de la paciente, edad, fecha de última menstruación y fecha probable de parto),
- 2) El embarazo (semanas de gestación, gestas, partos, antecedentes alérgicos a medicamentos, dosis antitetánica, realización de examen físico, de mamas, de pelvis, medición de TA y peso),
- 3) Los análisis de laboratorio (Papanicolaou, petición y resultados de grupo sanguíneo y Rh, de VDRL, de VIH, de biometría hemática, de hemoglobina, de examen general de orina (EGO)),

- 4) Para los partos atendido en los CS (fecha y hora, peso del recién nacido, la prueba de Apgar al minuto y a los cinco minutos, registro del FCF, de la tensión arterial, de partograma, de administración de vitamina K, y de aplicación de antibiótico en los ojos),
- 5) De las visitas postparto (número de visitas, consejería en planificación familiar (PF), provisión de método de PF, continuación de lactancia) y,
- 6) Para los partos que no ocurrieron en los CS incluimos el mínimo seguimiento del parto (fecha de parto y peso del bebé al nacimiento).

En el cuadro 7.2.2 se presenta el análisis de la información mínima de los datos prenatales que debe haber en los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con fecha probable de parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 por lugar de atención (2867 expedientes, de las cuales 1635 son de los sitios de intervención y 1232 de los sitios de control). Los principales hallazgos encontrados fue un similar porcentaje de llenado en los sitios de intervención y de control; llama la atención que la fecha de última menstruación se anota en alrededor de un 70% de los expedientes.

**Cuadro 7.2.2 Evaluación de la información básica contenida en los expedientes clínicos de todas las mujeres por tipo de Centro de Salud**

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	Intervención n=1635		Control n= 1232	
	n	(%)	n	(%)
(Porcentaje de llenado) n=2867				
<b>Nombre de la paciente</b>	1635	100.0	1232	100.0
<b>Apellido paterno</b>	1635	100.0	1232	100.0
<b>Apellido materno</b>	1627	99.5	1231	99.9
<b>Edad</b>	1623	99.3	1217	98.8
<b>Fecha de ultima menstruación</b>	1171	71.6	923	74.9
<b>Fecha probable de parto</b>	1635	100.0	1232	100.0

Centrándose en la información de los expedientes de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 por lugar de atención (1572), en el cuadro 7.2.3 se presenta la información prenatal básica contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro.

Cuadro 7.2.3 Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de la mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (Porcentaje de llenado) n=1572	Intervención n=931		Control n= 640	
	n	(%)	n	(%)
Toma de medida de TA*	381	40.9	132	20.6
Toma de medida de temperatura	381	40.9	132	20.6
Registro de las semanas de gestación en la primera visita prenatal	870	93.4	611	95.5
Registro de las semanas de gestación en la última visita prenatal	864	92.8	604	94.4
Registro de cartilla prenatal	874	93.9	607	94.8
Registro gestas	915	98.3	633	98.9
Registro de partos	499	53.6	386	60.3
Registro de 1ra. dosis antitetánica	909	97.6	631	98.6
Registro de antecedentes alérgicos a medicamentos	918	98.6	634	99.1
Registro del examen físico	827	88.8	535	83.6
Registro de examen físico mamas	467	50.2	346	54.1
Registro de examen físico de pelvis	345	37.1	299	46.7
Toma de FCF*	225	24.2	14	2.2

\* Tensión arterial (TA) y Frecuencia cardiaca fetal (FCF).

En el cuadro 7.2.3 se observa una tendencia similar en el porcentaje de llenado del expediente, entre los sitios de intervención y de control en: el registro de las semanas de gestación en la primera y última visita, en el registro en cualquier visita del número de gestas, de la dosis antitetánica, de los antecedentes alérgicos a medicamentos y del examen físico. En cambio, se registró en mayor proporción en los sitios de intervención que en los de control la toma de TA (40.9% vs 20.6%), de temperatura (40.9% vs 20.6%), y de la medición del FCF (24.2% vs 2.2%) en cualquier visita y en el registro del examen físico (88.8 en intervención y 83.6% en control); no obstante estas cifras, tanto en los sitios de intervención como de control denotan un registro muy bajo de las acciones mínimas que se les debe efectuar a las mujeres en las visitas prenatales. También se encontraron casos en donde las anotaciones de los sitios de control fueron mayores que los de intervención y fueron en las siguientes: del número de partos (53.6% en intervención y 60.3% en control) y del registro de examen de mamas (50.2% en intervención y 54.1% en control) y pélvico (37.1% en intervención y 46.7% en control) y estas cifras también son muy bajas.

En el caso de la información básica de exámenes de laboratorio contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 por lugar de atención, de los 1572 casos, los resultados obtenidos muestran una tendencia similar en el porcentaje de llenado de los expedientes, entre los sitios de intervención y de control en: la petición de VDRL, de VIH, de biometría hemática y de EGO; en cambio, se registro en mayor proporción en los sitios de intervención que en los de control en el examen de Papanicolaou (24.8% vs 22.8%), en la obtención de resultados de Rh (66.1% vs 39.2%), de VDRL (62.4% vs 40.9%), de VIH (50.1% vs 36.7%), y del valor

de la hemoglobina (63.6% vs 37.0%); no obstante estas cifras, tanto en los sitios de intervención como de control denotan un registro muy bajo de las acciones mínimas que se les debe efectuar a las mujeres (Cuadro 7.2.4).

Cuadro 7.2.4 Evaluación de la información prenatal contenida en los expedientes clínicos de la mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	Intervención n=931		Control n=640	
	n	(%)	n	(%)
<b>(Porcentaje de llenado) n=1572</b>				
Registro de Papanicolaou	231	24.8	146	22.8
Resultados de Rh	615	66.1	251	39.2
Petición de VDRL*	904	97.1	614	95.9
Resultado sobre VDRL	581	62.4	262	40.9
Petición de VIH*	888	95.4	610	95.3
Resultado del VIH	466	50.1	235	36.7
Biometría hemática	910	97.7	616	96.3
Valor hemoglobina	592	63.6	237	37.0
Registro de EGO*	907	97.4	612	95.6

\*Prueba serológica para la sífilis (VDRL), Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), Estudio general de orina (EGO).

Ahora, centrándose en la información de los expedientes de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 y que fueron atendidas en los centros de salud de este estudio (531 expedientes en total; 393 de intervención, y 138 de control), en el cuadro 7.2.5 se presenta la información básica del parto que debe haber en los expedientes clínicos de estas mujeres. Se obtiene que, salvo en los registros del Apgar al minuto, a los cinco minutos y de la fecha probable de parto, en todos los demás rubros considerados los porcentajes de llenado de los expedientes en los sitios de intervención son mayores que en los de control. Las cifras más contrastantes se dan en el registro de FCF (60.1% en los sitios donde laboran PPT's y EO's, y 10.1% donde no laboran estas proveedoras alternativas), en el registro del partograma (59.8% en los sitios de intervención y 14.5% en los sitios de control), aplicación de antibiótico en los ojos (89.3% en los sitios de intervención y 65.9% en los de control) y en el valor de la hemoglobina (57.8% en los sitios de intervención y 37.7% en los sitios de control); a pesar de que se encuentra un registro mayor en los sitios de intervención que en los de control de estos tres rubros, las cifras de registro son muy bajas.

Cuadro 7.2.5 Evaluación de la información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto en los centro de salud por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (Porcentaje de llenado) n=531	Intervención n=393		Control n= 138	
	n	(%)	n	(%)
Sólo fecha del parto	383	97.5	123	89.1
Registro de peso del recién nacido	387	98.5	133	96.4
Apgar al minuto	377	95.9	113	81.9
Apgar a los 5 minutos	377	95.9	125	90.6
Registro de FCF*	236	60.1	14	10.1
Registro de TA*	346	88.0	80	58.0
Registro de partograma	235	59.8	20	14.5
Registro de administración de vitamina K	362	92.1	90	65.2
Registro de aplicación de antibiótico en los ojos	351	89.3	91	65.9
Valor de hemoglobina	227	57.8	52	37.7
Fecha probable de parto	393	100.0	138	100.0

\*Frecuencia cardíaca fetal (FCF), Tensión arterial (TA).

En el cuadro 7.2.6 se encuentra la información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto fuera de los sitios de intervención y de control; se obtuvo información de 1043 expedientes, de los cuales 544 son de intervención (52.2) y 499 de control (47.8%). Se obtuvo que el porcentaje de registro de la fecha de parto es sumamente bajo en los sitios de intervención y de control (0.6% en los sitios de intervención y 0.2% en los sitios de control); no obstante, se encontraron proporciones mayores en el registro del peso del recién nacido en los sitios de intervención que en los de control (67.5% vs 52.5%).

Cuadro 7.2.6 Evaluación de la información básica del parto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto fuera en los centro de salud por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (Porcentaje de llenado) n=1043	Intervención n=544		Control n= 499	
	n	(%)	n	(%)
Sólo fecha del parto	3	0.6	1	0.2
Registro de peso del recién nacido	367	67.5	262	52.5

En el cuadro 7.2.7 se encuentra la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron un parto del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010 por tipo de centro de salud. Aquí se toma como base la información de las 1572 mujeres que tuvieron un parto, y se encontró información en sólo 1504 expedientes (95.7% del total), obteniéndose que en los centros de salud de intervención se llena en

mayor proporción los expedientes clínicos en la parte del posparto que en los sitios de control; de esta forma se encuentran diferencias en las anotaciones de consejería en PF (78.6% en intervención y 64.7% en control), y en el otorgamiento de un método de PF (77.6% en intervención y 64.4% en control), y es mayor la brecha en la anotación de número de visitas posparto (72.5% en intervención y 43.2% en control), en la continuación de la lactancia durante el posparto (79.9% en intervención y 36.4% en control).

Cuadro 7.2.7 Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de todas las mujeres que tuvieron un parto por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE (Porcentaje de llenado) n= 1504	Intervención n=897		Control n= 607	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas posparto	650	72.5	262	43.2
Se le brindó consejería sobre Planificación Familiar	705	78.6	393	64.7
Se le dio método de planificación familiar	696	77.6	391	64.4
La mujer sigue amamantando*	255	79.9	20	36.4

\*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital(Total 374, intervención 319 y control 55)

Desagregando la información del cuadro 7.2.7 para las mujeres que se atendieron su parto en el centro de salud se obtiene que la información mínima del posparto contenida en los expedientes clínicos de los centros de intervención y control sólo se encontró para 504 expedientes (94.9% del total) (Cuadro 7.2.8). Se obtuvo que las brechas todavía son más grandes entre los sitios de intervención y control que en el cuadro anterior en la anotación del número de visitas (76.3% vs 24.8), si se otorgó consejería en PF (83.5% vs 55.0%), en el otorgamiento de un método de PF (82.4% vs 53.4%) y si la mujer continuaba amamantando al bebé en las visitas posparto (77.6% vs 24.6%).

Cuadro 7.2.8 Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron su parto en el centro de salud por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (Porcentaje de llenado) n= 504	Intervención n=375		Control n=129	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas postparto	286	76.3	32	24.8
Se le brindó consejería sobre Planificación Familiar	313	83.5	71	55.0
Se le dio método de planificación familiar	309	82.4	69	53.5
La mujer sigue amamantando*	274	77.6	29	24.6

\*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital(Total 471, intervención 353 y control 118)

Si ahora nos centramos en los datos de las mujeres que tuvieron su parto fuera de los CS de intervención y control y fueron a visita posparto a estos sitios, se obtuvieron datos para sólo 993 expedientes (95.2% del total), y observamos que tanto en los sitios de intervención como en los de control, el porcentaje de llenado es más alto en los de intervención que en los de control (Cuadro 7.2.9), y las cifras con el menor registro corresponden al registro de número de visitas (69.8% en intervención vs 48.0% en control) y si la mujer continuaba amamantando (71.0% en intervención y 50.9% en control).

Cuadro 7.2.9 Evaluación de la información básica del posparto contenida en los expedientes clínicos de las mujeres que tuvieron su parto fuera del centro de salud por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO (Porcentaje de llenado) n=993	Intervención n=520		Control n=473	
	n	(%)	n	(%)
Número de visitas posparto	363	69.8	227	48.0
Se le brindó consejería sobre Planificación Familiar	390	75.0	318	67.2
Se le dio método de planificación familiar	385	74.0	318	67.2
La mujer sigue amamantando*	347	71.0	222	50.9

\*En este rubro los totales difieren ya que la condición que debe cumplirse es que la mujer había amamantado antes del egreso del hospital (Total 925, intervención 489 y control 436)

Un análisis adicional que se decidió hacer para valorar la calidad de llenado del expediente, fue seleccionar los expedientes clínicos de las mujeres embarazadas con una edad gestacional de 20 semanas y más e indagar si había alguna anotación de cualquiera de las visitas sobre: la lectura del FCF, sobre la medición de la altura uterina y sobre el peso registrado de la paciente (Cuadro 7.2.10). Para el análisis de esta información se consideró cada rubro por separado y que hubiera en el expediente al menos una anotación. Se obtuvieron porcentajes de llenado similares en los sitios de intervención que en los de control de la medición de la altura uterina y en el peso. En el caso de la lectura del FCF aunque el porcentaje de anotación es mayor en los CS de intervención que en los de control (18.9% vs 0.5%), pero las cifras son muy bajas sobre todo en los sitios de control.

Cuadro 7.2.10 Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con 20 y más semanas de gestación por tipo de centro de salud

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO Visitas prenatales con 20 y más de edad gestacional (porcentaje de llenado) n=821	Intervención n=454		Control n= 366	
	n	(%)	n	(%)
Lectura de FCF	86	18.9	2	0.5
Medición de altura uterina	451	99.3	365	99.7
Peso registrado	451	99.3	366	100.0

Por último, también se seleccionaron a las mujeres con una edad gestacional de 28 semanas y más y se indagó si se había efectuado al menos en alguna de las visitas un análisis de orina, y si se había también se había medido el nivel de glucosa y de HEMOQ (Cuadro

7.2.11). Para el análisis de esta información se consideró cada rubro por separado y que hubiera en el expediente al menos una anotación. Esta evaluación es importante para identificar mujeres con riesgo de preeclampsia con proteinuria, anemia, y diabetes gestacional. Se obtuvieron porcentajes de anotación similares en los sitios de intervención y de control.

**Cuadro 7.2.11 Evaluación de la información básica prenatal contenida en los expedientes clínicos de las pacientes embarazadas con 28 y más semanas de gestación por tipo de centro de salud**

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	Intervención n=197		Control n= 151	
	n	(%)	n	(%)
<b>Visitas prenatales con 20 y más de edad gestacional (porcentaje de llenado) n=348</b>				
Realización de análisis general de orina	195	99.0	148	98.0
Medición del nivel de glucosa	196	99.5	151	100.0
Medición del nivel de HEMOQ	194	98.5	150	99.3

### **Análisis de la información de los expedientes clínicos**

Una vez que se evaluó el porcentaje de llenado de los expedientes clínicos de los centros de salud de intervención y control, se procederá a efectuar un análisis descriptivo de algunas de las acciones clave que les deben efectuar a las pacientes.

En el cuadro 7.2.12 se muestra la media de visitas prenatales por mujer, encontrándose que en promedio las mujeres que acudieron a visitas prenatales, del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010, a los sitios de intervención fue de 5.50 visitas (con una desviación estándar de 2.89), en tanto que en los sitios de control fue de 5.14 visitas (con una desviación estándar de 3.42). De acuerdo con lo que la Norma Oficial Mexicana<sup>1</sup> establece en las unidades de salud respecto a la promoción de cinco consultas prenatales como mínimo, tanto las unidades de control como las de intervención cumplen con el estándar oficial.

<b>Cuadro 7.2.12 Promedio de visitas prenatales por mujer de las pacientes que tuvieron un parto por tipo de centro de salud</b>				
<b>DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO</b>	<b>Intervención n= 1165</b>		<b>Control n= 947</b>	
<b>Visitas prenatales n= 2097</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Promedio de visitas prenatales (desviación estandar)</b>	5.50 (2.89)	-	5.14 (3.42)	-
<b>Número de visitas por mujer</b>		<b>Distribución porcentual</b>		<b>Distribución porcentual</b>
<b>1</b>	104	9.0	71	7.6
<b>2 a 5</b>	481	41.5	477	50.8
<b>6 a 9</b>	474	40.9	351	37.4
<b>10 o más</b>	99	8.5	40	4.3
<b>TOTAL</b>	1158	100.0	939	100.0

En el cuadro 7.2.13 se encuentra la lectura del FCF y la medición de la altura uterina y del peso de las mujeres que tuvieron un parto, del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010, y esta información viene desagregada por número de visitas prenatales cuyas categorías son: 1, de 2 a 5, de 6 a 9 visitas y 10 y más visitas prenatales<sup>f</sup>. Centrándose en los sitios de intervención, en este cuadro se obtiene que a un 61.8% de las mujeres que acuden a una consulta prenatal se les efectúa al menos una lectura del FCF, a un 26.5% de las pacientes que acuden de 2 a 5 visitas prenatales se les hace al menos una lectura, a un 27.1% de las mujeres que acude de 6 a 9 consultas prenatales y a un 27.1% de las de 10 y más visitas se les efectúa al menos una vez esta acción. Si comparamos esta información con la de los centros de control, se observa que sólo a un 2.9% de las mujeres que acudieron de 2 a 5 visitas prenatales, un 2.6% de las que acudieron de 6 a 9 y un 8.3% de las de 10 y más visitas prenatales se les efectuó al menos una lectura del FCF. Vale la pena aclarar que el porcentaje de llenado de los expedientes en este rubro fue muy bajo, por lo que es muy difícil tener una interpretación precisa de lo que está ocurriendo en los CS.

Respecto a la medición de la altura uterina a las mujeres con 20 y más semanas de gestación, en los sitios de intervención y control se efectúa en cerca de la totalidad de los casos al menos una lectura de la primera visita prenatal hasta la novena, excepto en la

<sup>f</sup> El porcentaje de llenado de estos rubros viene especificado en el cuadro 7.2.10.

primera visita en donde se efectúa en menor proporción en los sitios de control que en los de intervención (88.9% vs 97.1%) (cuadro 7.2.13).

En lo se refiere a la anotación del peso a las mujeres con 20 y más semanas de gestación, en cerca de la totalidad de los casos se efectúa esta acción en al menos una de las visitas prenatales tanto en los sitios de intervención y como en los de control (cuadro 7.2.13).

**Cuadro 7.2.13 Lectura de FCF, medición de altura uterina y de peso de las pacientes embarazadas con 20 y más semanas de gestación que tuvieron un parto por número de visitas prenatales y tipo de centro de salud**

DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	Intervención n=688		Control n= 355	
	n	(%)	n	(%)
<b>Visitas prenatales por categoría después de la semana 20 de edad gestacional n=1043</b>				
<b>Lectura de FCF después de la semana 20 gestacional</b>				
1° visita	21	61.8	0	0.0
2-5 visitas	69	26.5	5	2.9
6-9 visitas	87	27.1	4	2.6
Más de 9 visitas	14	19.4	1	8.3
<b>Se midió la altura uterina después de la semana 20 de edad gestacional</b>				
1° visita	33	97.1	16	88.9
2-5 visitas	254	97.7	163	94.2
6-9 visitas	311	96.9	143	94.1
Más de 9 visitas	69	95.8	12	100.0
<b>Peso registrado después de la semana 20 de edad gestacional</b>				
1° visita	33	97.1	17	94.4
2-5 visitas	256	98.5	172	99.4
6-9 visitas	318	99.1	148	97.4
Más de 9 visitas	72	100.0	12	100.0

Considerando ahora a las mujeres con 28 y más semanas de gestación, en el cuadro 7.2.14 se presenta la información sobre la realización de análisis general de orina y sobre la medición del nivel de glucosa de las mujeres que tuvieron un parto, del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010, y esta información viene desagregada por número de visitas prenatales<sup>9</sup>. Centrándose en los CS de intervención se obtiene que sólo al 33.3% de las mujeres que acuden a una consulta prenatal con 28 y más semanas de gestación se les realiza al menos un EGO; no obstante, aumenta a 68.4% cuando se efectúa en alguna de las visitas de la segunda a la quinta y aumenta todavía un poco más a 84.2% cuando se realiza

<sup>9</sup> El porcentaje de llenado de estos rubros viene especificado en el cuadro 7.2.11.

al menos una vez de la sexta a la novena consulta prenatal. En los sitios de control, las proporciones de realización de EGO a partir de la segunda visita, y se efectúa a 46.4% de las pacientes con 2 a 5 y a 37.5% de 6 a 9 visitas prenatales.

Respecto a la medición del nivel de glucosa a las mujeres con 28 y más semanas de gestación, las cifras entre los CS de intervención y control difieren bastante y es en los primeros en donde se efectúa en mayor proporción esta medición; así, al 69.0% de las pacientes que asisten a una visita, al 54.1% de las que asisten de 2 a 5 visitas y a 21.1% de las que acuden de 6 a 9 visitas se les mide al menos una vez el nivel de glucosa en alguna de las visitas; en los CS de salud las cifras descienden a 48.4%, 35.7% y 12.5%, respectivamente.

**Cuadro 7.2.14 Realización de análisis general de orina y medición del nivel de glucosa de las pacientes embarazadas con 28 y más semanas de gestación que tuvieron un parto por número de visitas prenatales y por tipo de centro de salud**

<b>DATOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO</b>	<b>Intervención n=195</b>		<b>Control n= 153</b>	
<b>Visitas prenatales por categoría después de la semana 28 de edad gestacional n=348</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>
<b>Análisis de orina después de la semana 28 de edad gestacional</b>				
<b>1° visita</b>	14	33.3	11	35.5
<b>2-5 visitas</b>	91	68.4	52	46.4
<b>6-9 visitas</b>	16	84.2	3	37.5
<b>Más de 9 visitas</b>	1	100.0	1	50.0
<b>Se tomó nivel de glucosa después de la semana 28 de edad gestacional</b>				
<b>1° visita</b>	29	69.0	15	48.4
<b>2-5 visitas</b>	72	54.1	40	35.7
<b>6-9 visitas</b>	4	21.1	1	12.5
<b>Más de 9 visitas</b>	1	100.0	0	0.0

Las conclusiones de este apartado están esbozadas al final del documento.

### **VII.3 Resultados de entrevistas a proveedores**

Tomando en consideración el número de partos atendidos en cada una de las clínicas de intervención y control, del 1º de abril del 2009 al 31 de diciembre del 2010, se efectuaron entrevistas a los proveedores de cada sitio. Vale la pena señalar que el número promedio de partos atendidos en estas unidades fue muy diferente: mientras que la media en los sitios de intervención fue de 19 partos (desviación estándar de 8, mediana y moda de 21, rango de 7 a 32 partos), en los sitios de control la media fue de 12 partos (desviación estándar de 7, mediana y moda de 14, rango de 1 a 23 partos). Como consecuencia de este hecho, el número de entrevistas a proveedores varió dependiendo del número de partos que se atendieron en cada sitio en el periodo considerado.

Para el análisis de esta información se tomó en cuenta las encuestas realizadas a los proveedores sobre la atención de los tres últimos partos en el mes anterior a la entrevista; en el caso de que hubiera habido menos partos, se preguntaba sobre los mismos, y si no habían atendido ninguno, no se realizaba la entrevista. La información que aquí será analizada es sólo de 12 sitios de intervención y 12 sitios de control, ya que 3 unidades médicas de control fueron excluidas de este análisis debido a que no atendían partos en las unidades (Vicente Guerrero, Axaxacualco, y Melchor Ocampo, en el estado de Guerrero)<sup>h</sup>; estas 3 clínicas representan un 11.1% del total de unidades médicas, y un 20.0% de las de control.

El total de entrevistas obtenidas fue de 310, de las cuales 201 corresponden a las clínicas de intervención y 109 corresponden de las clínicas de control; se espera obtener un número mayor pero desafortunadamente esto no fue posible realizarlas por los diversos problemas que se presentaron en campo (ver apartado VI) entre los que destacan la necesidad de suspender el proyecto a partir del 1º de Febrero en el estado de Oaxaca, debido a que nos se contaba con el recurso económico para cubrir sus salarios y la renuncia del personal encargado de realizar estas entrevistas en el mes de Julio.

Para el levantamiento de la información se les dio instrucciones a las entrevistadoras que tuvieran a mano el expediente, con el fin de que los proveedores pudieran consultarlo si no recordaban algún dato que en ese momento se les estaba preguntando.

---

<sup>h</sup> En estos sitios, los partos son atendidos por los proveedores en los domicilios de las mujeres.

## **Encuentro inicial**

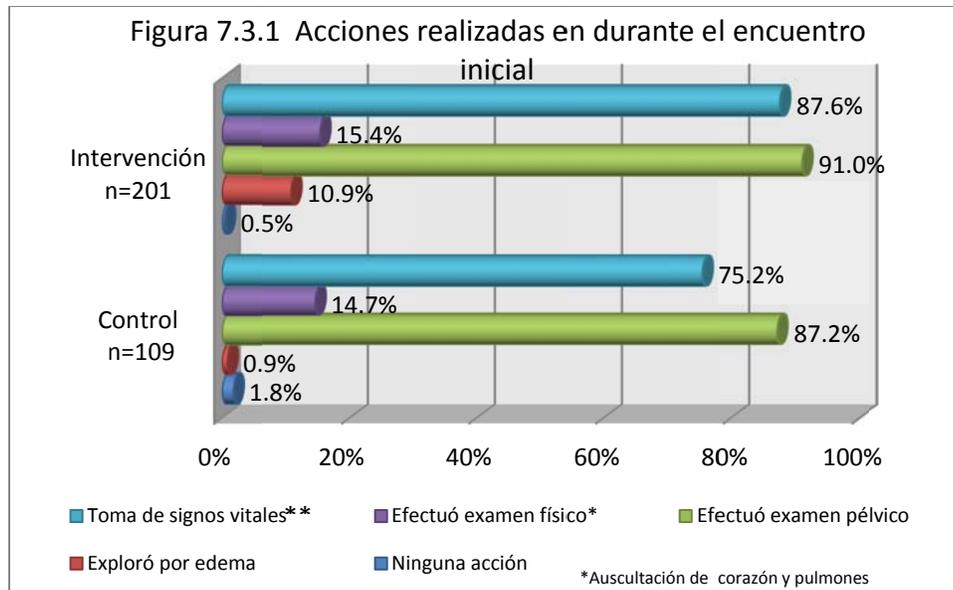
Basados en la información sobre los tres últimos partos atendidos por enfermeras obstetras (LEO), parteras profesionales técnicas (PPT), médicos generales (MG) y médicos pasantes en servicio social (MPSS) en los sitios de intervención y de control, se cuestionó a éstos sobre las acciones que rutinariamente realizan en el encuentro inicial cuando la mujer llega a atenderse su parto. La información está desagregada por tipo de unidad médica, debido a hay diferencias en los proveedores que atienden los partos: en los sitios de control, los partos son atendidos generalmente por MG o por los MPSS, mientras que en los sitios de intervención los partos son atendidos por las LEO o por las PPT o por los MG o por los MPSS.

La base para este análisis son los lineamientos de la OMS<sup>2</sup> (ver apartado XI.2 Anexo B), acordes con la Norma Oficial Mexicana 007<sup>1</sup> y los lineamientos técnicos mexicanos para la atención a la mujer embarazada, respecto a las acciones que son útiles y deben de ser promovidas para una buena práctica obstétrica; aquí se analizarán los resultados de:

- El monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en trabajo de parto.

### **Acciones realizadas a la paciente en trabajo de parto durante el encuentro inicial**

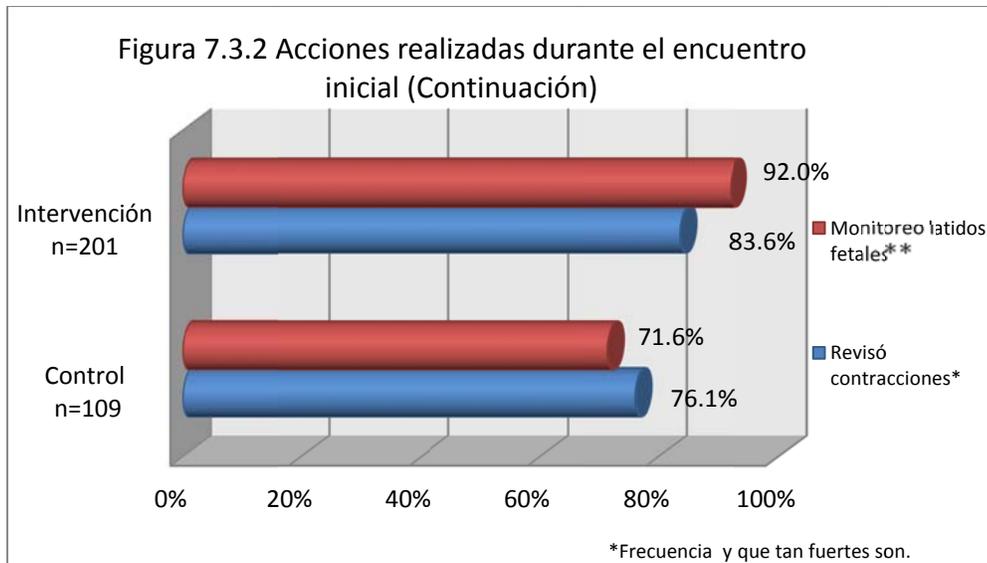
En la figura 7.3.1 se muestran algunas de las acciones que los proveedores realizan durante el encuentro inicial, tales como la toma de signos vitales, realización de examen físico (auscultación del corazón y pulmones) y pélvico, así como exploración de edema. Estas acciones son importantes para ver el estado actual de la salud de la paciente en el momento del encuentro inicial.



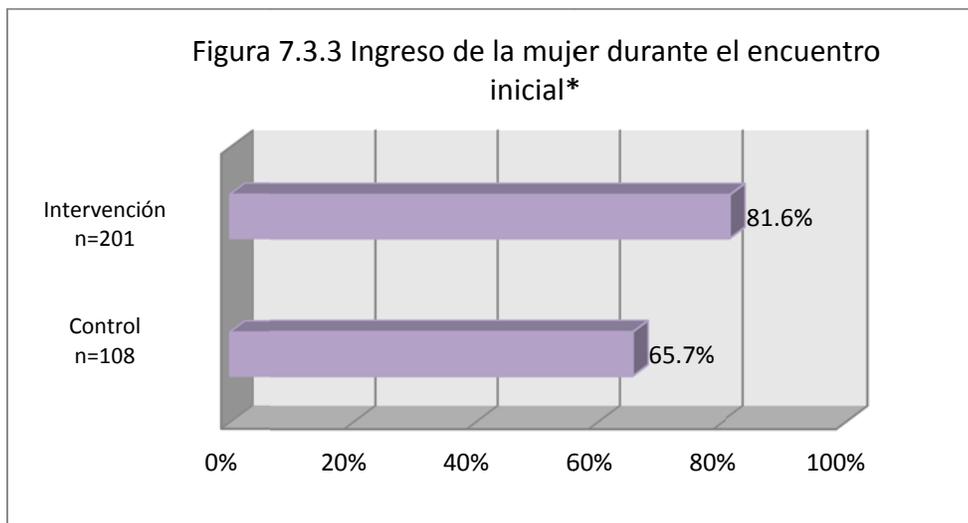
\*\*  $p < 0.01$ .

Los principales hallazgos muestran diferencias entre los sitios de intervención y control sólo en la toma de signos vitales ( $p=0.006$ ), efectuándose en mayor grado en los sitios de intervención (87.6%) que en los sitios control (75.2%). A pesar de que se encontró una mayor realización del examen físico, del examen pélvico y en la exploración de edema en los sitios intervención en comparación con los sitios de control, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Llama la atención la escasa (o nula) identificación de edema que como práctica común realizan los proveedores.

También se indagó en el encuentro inicial si los proveedores habían revisado la frecuencia e intensidad de las contracciones y el monitoreo de los latidos fetales (figura 7.3.2), así como si habían ingresado a la mujer durante el encuentro inicial (figura 7.3.3); encontrando significancia estadística en el monitoreo de los latidos fetales ( $p=0.000$ ) en donde se realizó en mayor proporción en los sitios intervención (92.0%) que en los sitios control (71.6%). También se encontró asociación estadística en el ingreso de la mujer durante el encuentro inicial y el lugar de atención ( $p=0.002$ ) con una proporción mayor de ingreso en los sitios de intervención (81.6%) que en los de control (65.7%).



\*\* p<0.01.



\* p<0.01.

### Trabajo de parto

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS<sup>2</sup> sobre las acciones que son útiles y deben de ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto con auscultación intermitente.
- Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
- Libertad de movimiento en el trabajo de parto

- Ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto

También se analizarán aquellas acciones que la OMS<sup>2</sup> señala que deben eliminarse por resultar perjudiciales e ineficaces para que haya una buena práctica obstétrica:

- Uso rutinario de depilación púbica
- Aplicación rutinaria de enema evacuante.
- Uso rutinario de infusiones intravenosas
- Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento.

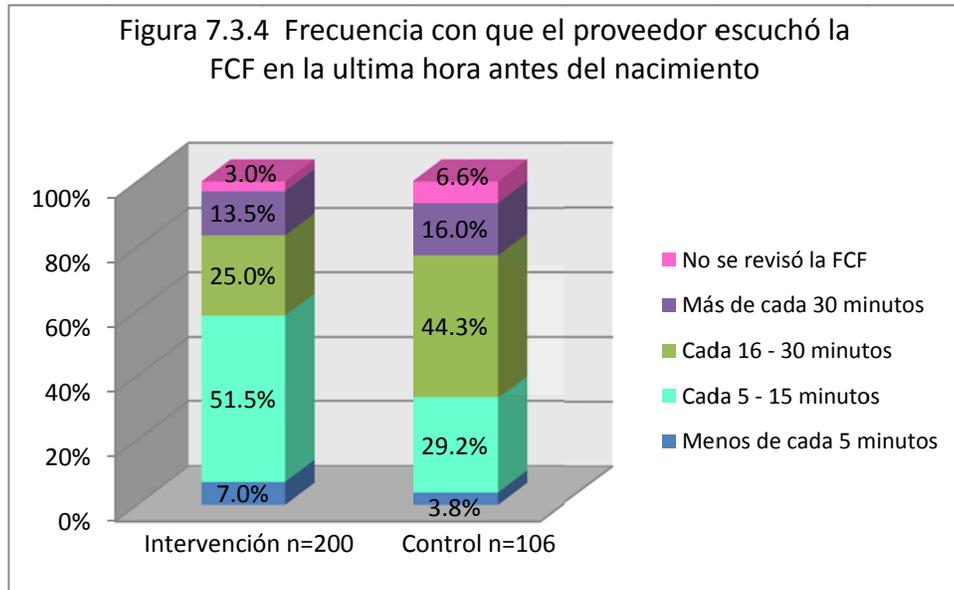
Asimismo se analizarán algunas de las prácticas que la OMS<sup>2</sup> ha recomendado efectuar con cautela ya que su evidencia es escasa hasta que sustente su uso o eliminación:

- Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación.

Tomando en consideración este tipo de prácticas, adicionalmente se efectuará un análisis sobre las respuestas dadas por los proveedores sobre la realización de estimulación en el trabajo de parto y tipo de estimulación efectuada; también se presenta la información sobre el color de líquido amniótico al momento de la ruptura artificial de las membranas (RAM), así como los centímetros de dilatación de la paciente al momento del ingreso al Centro de Salud, al momento de la canalización de la paciente y cuando se hizo la RAM (en el caso de haber realizado esta acción).

### **Medición de la frecuencia cardiaco fetal (FCF)**

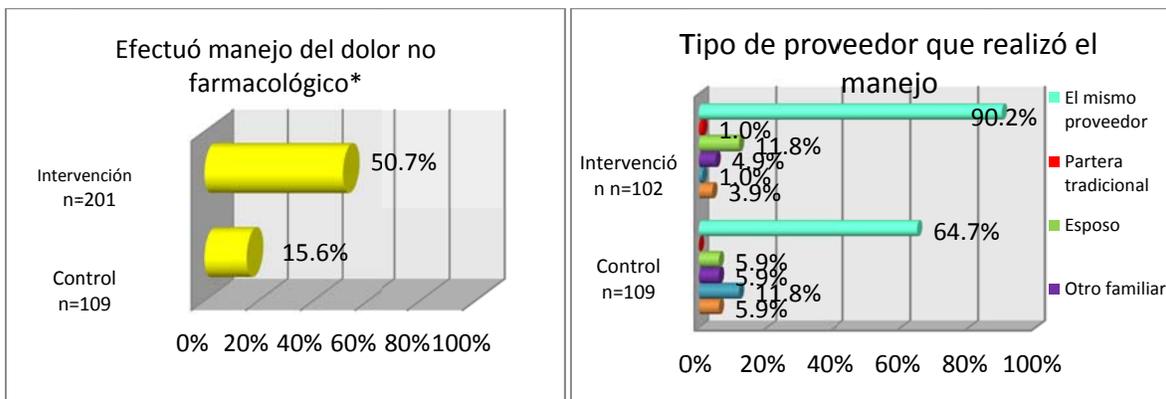
En la figura 7.3.4 se encuentra la frecuencia con la que el proveedor escuchó la frecuencia cardiaco fetal una hora antes del nacimiento por sitio de atención; se observa en los sitios de intervención que la medición del FCF la hacen mayoritariamente cada 5 a 15 minutos (51.5%) y de 16 a 30 minutos (25.0%), incluso un 7.0% la miden antes de cada cinco minutos en la hora anterior al nacimiento; en cambio, en los sitios control esta medición generalmente se efectúa cada 16 a 30 minutos (44.3%) y de cada 5 a 15 minutos (29.2%). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística por el número de casos en algunas de las categorías.



### Manejo del dolor no farmacológico

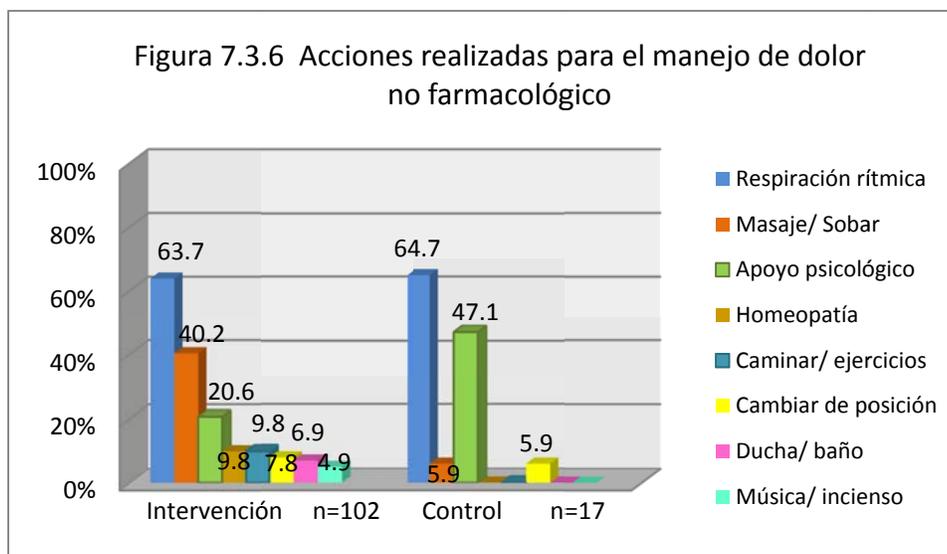
Una de las recomendaciones dadas por la OMS<sup>2</sup> en el proceso de parto, es la utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor. En este estudio se considerará manejo del dolor cuando se realiza a las pacientes alguna de las siguientes acciones: 1) Respiración rítmica, 2) Masaje/Sobar, 3) Baños de regadera o tina, 4) Caminar, hacer ejercicios, 5) Cambios de posición 6) Homeopatía, 7) Tés, 8) Apoyo psicológico y 9) Música/ Incienso.

En la figura 7.3.5 se muestra el uso de métodos no farmacológicos para el manejo de dolor por lugar de atención. Con significancia estadística, se obtuvo que en los sitios de intervención se realiza en mayor grado prácticas beneficiosas recomendadas por la OMS con las pacientes (50.7%) en contraste con las prácticas no farmacológicas efectuadas en los sitios control (15.6%) ( $p=0.000$ ). En esta misma figura también se muestra qué persona realiza el manejo del dolor; se obtienen diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.004$ ) en el caso del mismo proveedor (90.2% en intervención y 64.7% en control); otra figura relevante aunque sin significancia estadística fue la del esposo (11.8% en intervención y 5.9% en control). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística en el resto de las categorías por el número de casos.



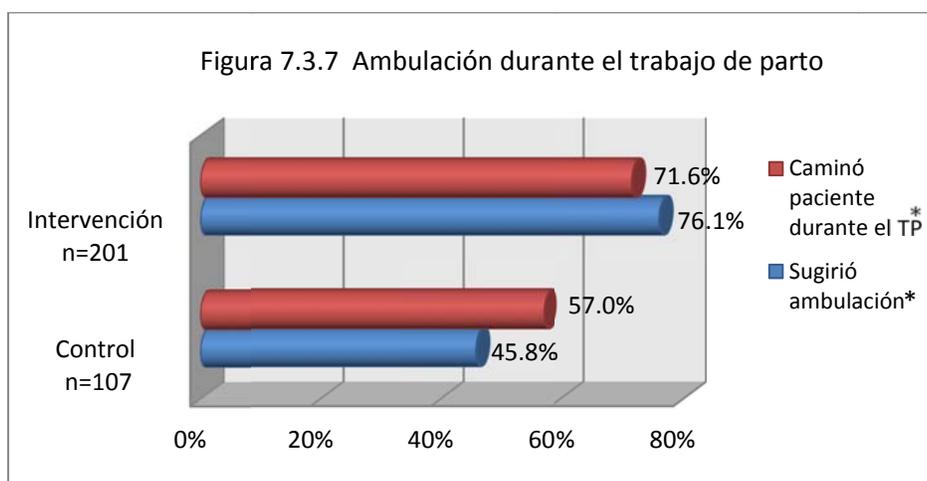
\* p<0.001.

Ahora bien, en la figura 7.3.6 se muestran las acciones realizadas para el manejo del dolor no farmacológico. Se observa que mientras en los sitios de control las acciones realizadas se centran primordialmente en la respiración rítmica (64.7%) y en apoyo psicológico (47.1%), en los sitios de intervención estas acciones se diversifican en mayor número y abarcan la respiración rítmica (63.7%), realización de masajes (40.2%), apoyo psicológico (20.6%), caminar o realización de ejercicios (9.8%) y también en la prescripción de medicamentos homeopáticos (9.8%), en cambios de posición (7.8%) y en duchas o baños de las pacientes (6.9%) y música o incienso (4.9%). No se pudo realizar la prueba de significancia estadística por el número de casos.



## Libertad de movimiento

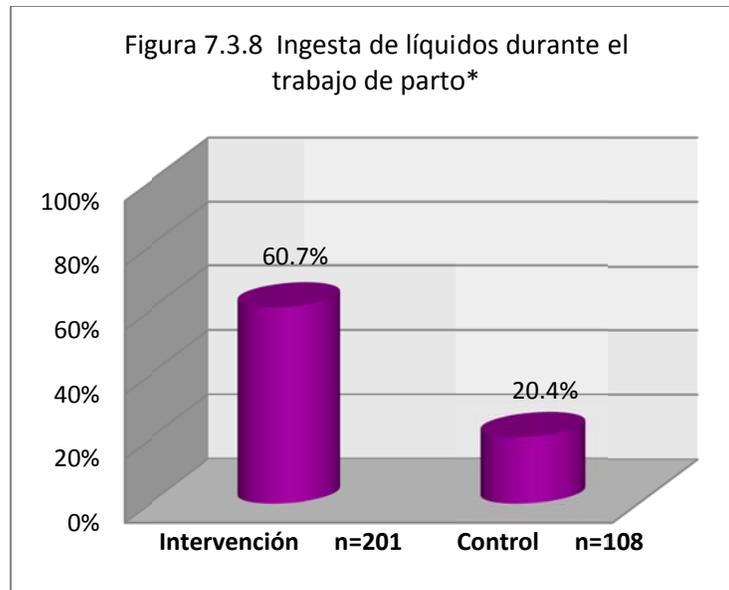
Otra de las recomendaciones dadas por la OMS es la libertad de movimiento durante el trabajo de parto<sup>2</sup>. En este estudio se preguntó a los proveedores si sugirieron a sus pacientes que ambularan; también se les preguntó, independientemente de la sugerencia, si sus pacientes habían caminado durante el trabajo de parto; en la figura 7.3.7 se muestran los resultados. Se encontró que hubo diferencias estadísticamente significativas tanto en la sugerencia de ambulación por parte de los proveedores que están en los sitios de intervención (76.1%) en contraste con los proveedores de los sitios de control (45.8%) ( $p=0.000$ ); y en el hecho de que las pacientes ambularon durante el trabajo de parto ( $p=0.010$ ) en donde hubo un mayor porcentaje en los sitios de intervención que en los control (71.6% vs. 57.0%).



\*\*  $p<0.05$ .

## Ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto

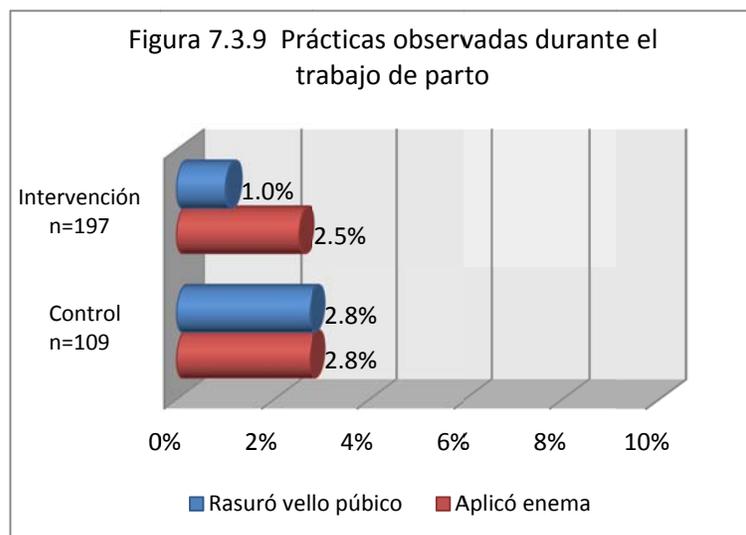
Otra acción promovida por la OMS<sup>2</sup> es el ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto; en este caso se indagó con los proveedores si sus pacientes habían bebido líquidos durante el trabajo de parto, obteniéndose que la ingesta de líquidos lo realizan las pacientes en mayor porcentaje en las clínicas de intervención (60.7%) respecto a las de control (20.4%), con significancia estadística ( $p=0.000$ ) (figura 7.3.8).



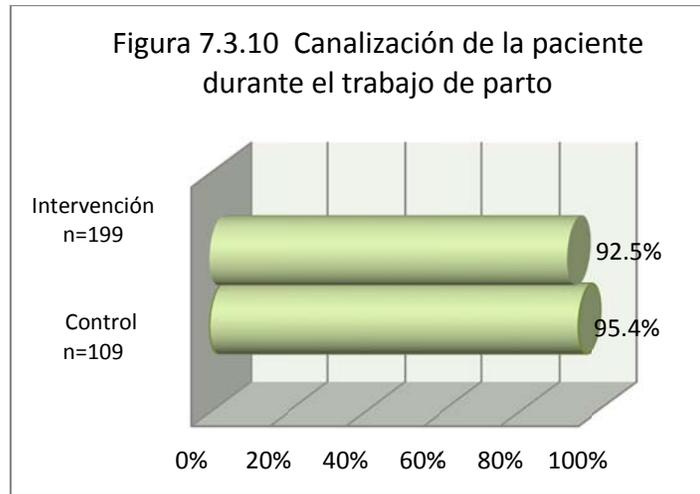
\*  $p < 0.001$ .

### Rasurado del vello púbico, aplicación de enema y canalización

En la figura 7.3.9 se muestran los resultados encontrados en este tema, obteniéndose que el uso rutinario de depilación púbica y de enema evacuante se efectúan muy poco, aunque se realizan un poco más en los sitios de control que en los de intervención. No se pudo realizar la prueba de significancia estadística por el número de casos.

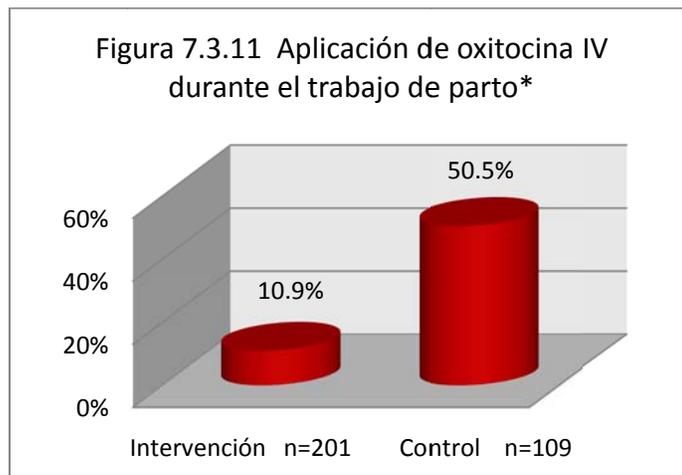


En el caso de uso rutinario de infusiones intravenosas, se encontró que en los dos sitios de atención se efectúa en alto grado esta práctica, y es ligeramente mayor en las clínicas de control que en las de intervención (figura 7.3.10), aunque sin significancia estadística.



### Uso de oxitocina en el parto

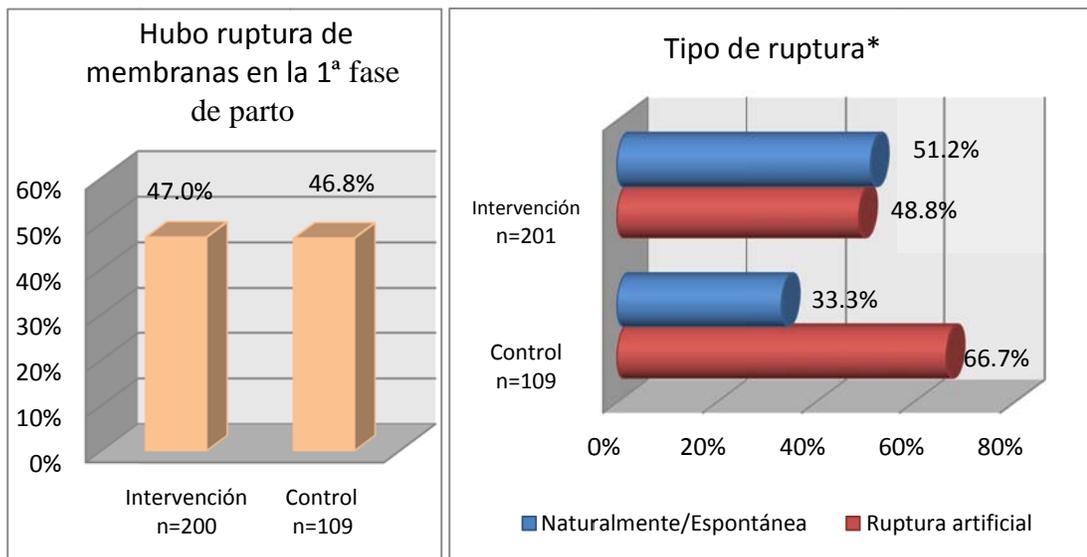
El uso de oxitocina preparto es una práctica muy común en México; la OMS señala que el uso rutinario de oxitócica preparto es dañino por el riesgo de hiperestimulación uterina y sufrimiento fetal.<sup>2</sup> Estos riesgos deben ser considerados sobre todo si no hay una indicación médica para aplicarlo; en la figura 7.3.11 se presenta el uso de oxitocina preparto, como una medida de rutina, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa en su uso entre los sitios de intervención y control ( $p=0.000$ ); de esta forma un 10.9% de los proveedores de las clínicas de intervención lo utilizan, en contraste con un 50.5% de los de las clínicas de control.



\*  $p<0.001$ .

### Amniotomía temprana

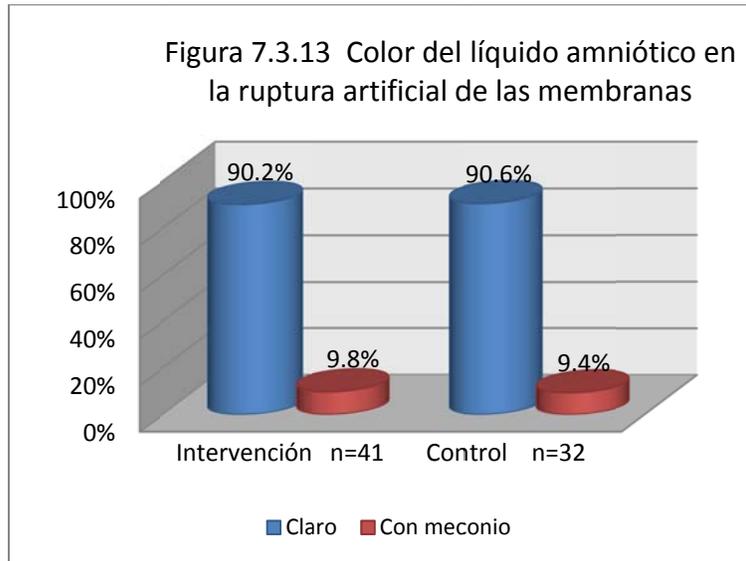
En similar porcentaje tanto en los sitios de intervención (47.0%) como en los control los proveedores declararon que se rompieron las membranas (46.8%) durante la primera fase del parto (período de dilatación) (figura 7.3.12), sin significancia estadística. La forma en que se rompieron las membranas fue principalmente artificial y se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.047$ ) entre los sitios de intervención y control, efectuándose en una mayor en las clínicas de control (66.7%) que en las de intervención (48.8%).



\*  $p<0.05$ .

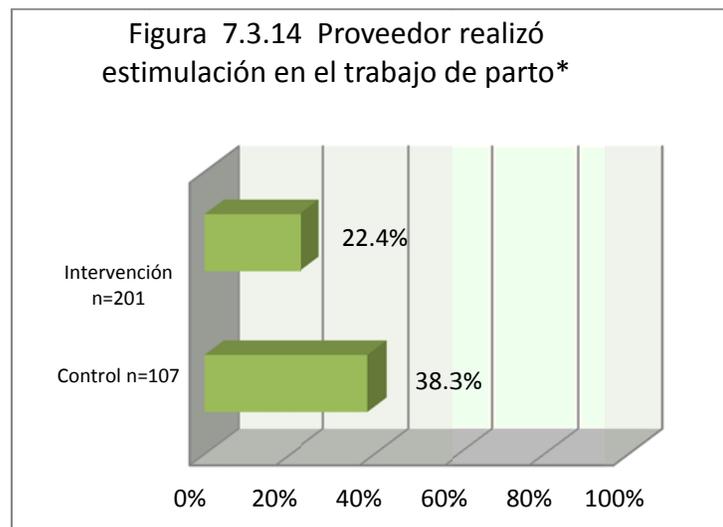
### Color del líquido amniótico

A los proveedores que declararon haber realizado ruptura prematura de membranas, se les preguntó sobre el color del líquido amniótico; en la figura 7.3.13 se muestra que en una proporción tanto en las clínicas de intervención como de control de las pacientes tuvieron meconio (9.8% vs 9.4%). No se pudo calcular la significancia estadística debido al número de casos en una de las categorías de respuesta.



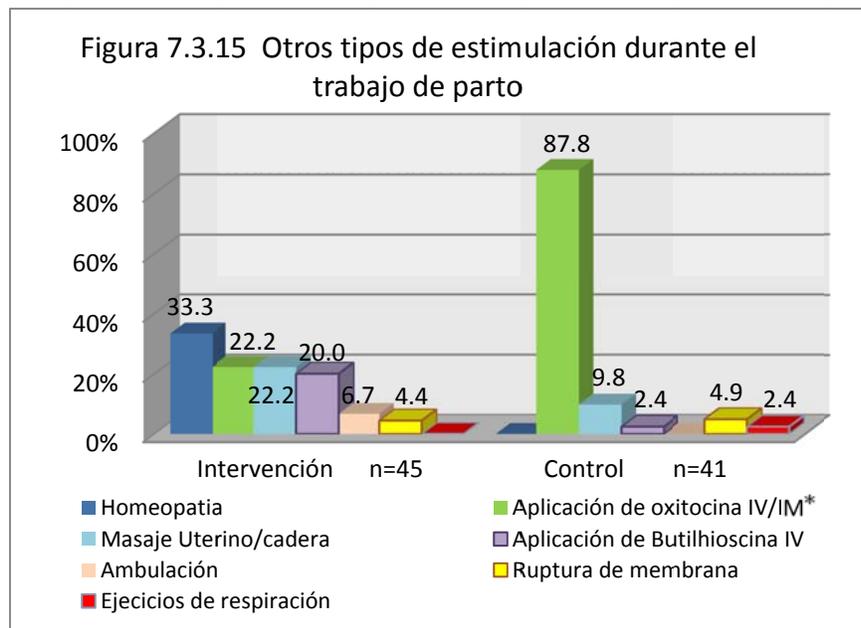
### Estimulación en el trabajo de parto

Con significancia estadística se obtuvo que el 2.4% de los proveedores en las clínicas de intervención y el 38.3% de los de las clínicas de control declaró haber realizado algún tipo de estimulación durante el trabajo de parto ( $p=0.003$ ) (figura 7.3.14).



\* p<0.01.

Respecto a los tipos de estimulación que los proveedores aplicaron durante el trabajo de parto, en la figura 7.3.15 se muestra que el uso de oxitocina intravenosa o intramuscular en los sitios de control se usa en mayor grado (87.8%) que los sitios de intervención (22.2%) con significancia estadística (p=0.000). Respecto a la amniotomía temprana como medida de estimulación en el trabajo de parto, esta se efectúa escasamente, siendo ligeramente mayor en los sitios control (4.9%) que en los de intervención (4.4%). Existen otros tipos de estimulación realizadas por los proveedores, algunas de las cuales no están ni recomendadas ni sancionadas por la OMS tales como la realización de masajes (la cual se efectuó en un 22.2% en los sitios de intervención y un 9.8% en los de control), la prescripción de medicamentos homeopáticos (que se efectuó en un 33.0% en los sitios de intervención y en ninguno de los de control), y ambulación (6.7% en las unidades de intervención). También hay otra práctica a veces realizada por los proveedores que resulta nociva como medida de estimulación en el parto y esta es la aplicación de Butilioscina, que se aplicó en un 20.0% de los sitios de intervención y un 2.4% en los de control. Vale la pena señalar que la Butilioscina es un medicamento clasificado como de categoría de riesgo “C”, por lo cual que debe ser evitado durante el embarazo. En la misma figura 7.3.15 se muestra que principalmente en los sitios de intervención, es en donde se hace en mayor proporción estas prácticas alternativas para estimular el trabajo de parto, de las cuales sólo una es nociva. Debido al escaso número de casos en todas las categorías, exceptuando la aplicación de oxitocina, no se pudo calcular la significancia estadística.



\* p<0.001.

Tomando en cuenta las diferentes acciones que realizan los proveedores durante el trabajo de parto, en el cuadro 7.3.1 se presenta el promedio de dilatación vaginal cuando la mujer llegó a atenderse su parto, cuando se canalizó a la paciente y cuando se rompieron artificialmente las membranas.

<b>Cuadro 7.3.1 Promedio de dilatación cuando los proveedores efectuaron diferentes acciones durante el trabajo de parto</b>			
<b>Centímetros de dilatación</b>	<b>Llegó por primera vez para atenderse su parto</b>	<b>Se canalizó a la paciente</b>	<b>Se rompieron artificialmente las membranas</b>
<b><u>Intervención</u></b>	( n = 201 )	( n = 182 )	( n = 91 )
<b>Media</b>	6.10	8.30	8.76
<b>Mediana</b>	6	9	10
<b>Moda</b>	8	10	10
<b>Desviación estándar</b>	2.67	1.68	1.81
<b><u>Control</u></b>	( n = 109 )	( n = 104 )	( n = 49 )
<b>Media</b>	5.89	7.67	9.00
<b>Mediana</b>	5	8	9
<b>Moda</b>	10	8	10
<b>Desviación estándar</b>	2.98	1.69	1.02

Los principales hallazgos muestran que el promedio de centímetros de dilatación cuando las mujeres llegan por primera vez a la clínica para atender su parto es muy similar en las clínicas de intervención (6.10 cms.) y en las de control (5.89 cms.); sin embargo no es así en el valor de mayor frecuencia (8.00 cms. en intervención y 5.00 cms. en control) y ni el de la mediana (6.00 cms. en los sitios de intervención vs. 5.00 cms. en los sitios de control). En el caso de las pacientes que fueron canalizadas durante el trabajo de parto, esta acción en promedio se hizo un poco más tardíamente en los sitios de intervención que en los control (8.30 vs 7.67 centímetros, respectivamente), y también el valor de mayor frecuencia fue un poco mayor en los sitios de intervención que en los de control (10 cms. y 8 cms, respectivamente); en este caso la mediana de centímetros de dilatación fue de 8.50 cms. en los de intervención vs. 8.00 cms. en los control. En el caso de las pacientes que se les realizó RAM, el promedio de dilatación, la media y la mediana es prácticamente igual en los dos sitios, aunque es un poco mayor la desviación estándar en los sitios de intervención que en los de control (1.81 vs 1.02).

### **Fase activa**

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS<sup>2</sup> sobre las acciones que son útiles y deben de ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Promoción de posiciones no-supinas.
- Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes.

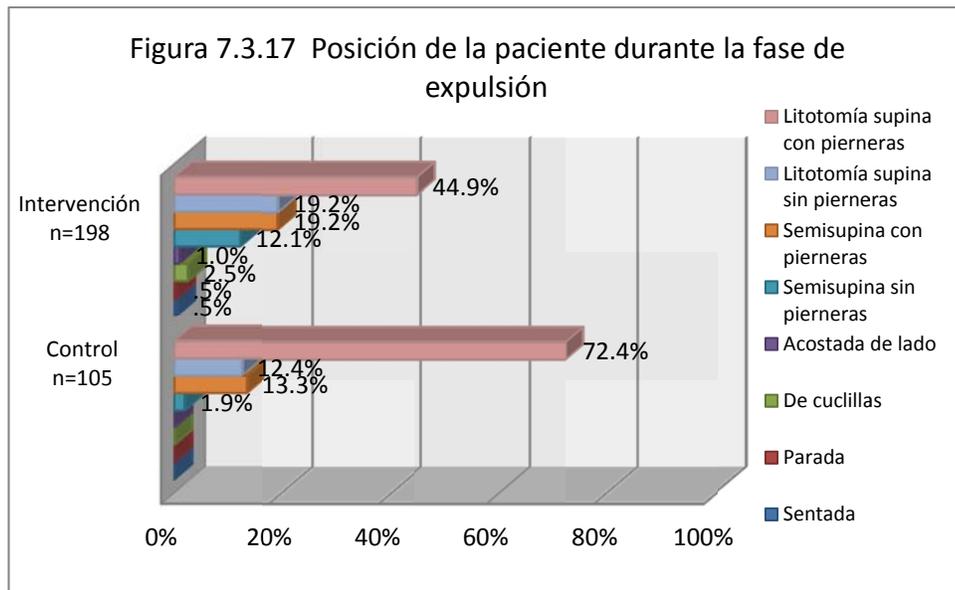
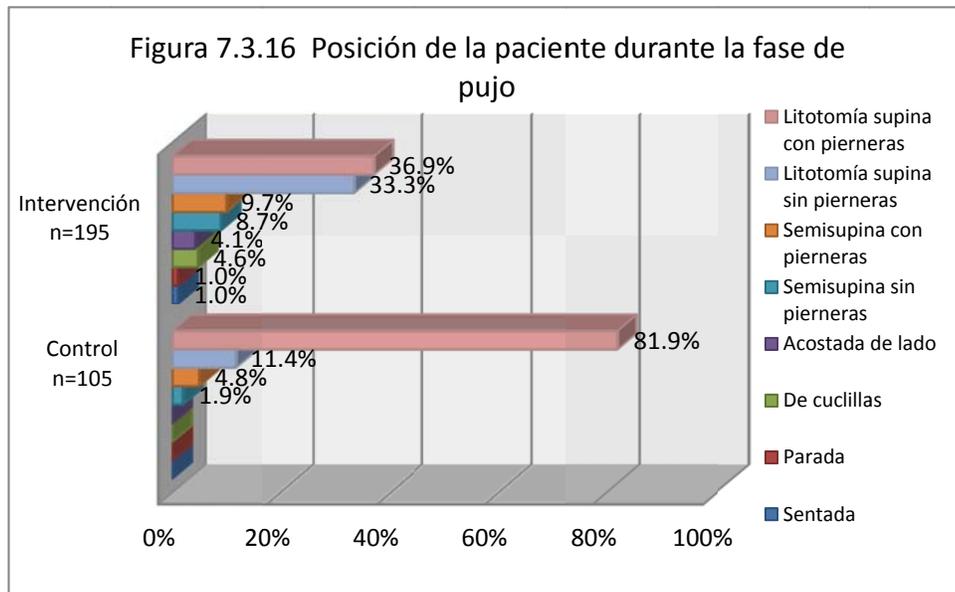
Respecto a las acciones que la OMS<sup>2</sup> señala que deben reducirse por resultar ser inadecuadas y que se utilizan excesivamente en la práctica obstétrica, aquí se analizan los resultados de:

- Uso rutinario de episiotomía.

Como información adicional también se analiza la información sobre los proveedores que efectuaron la maniobra de Kristeller y quienes fueron los proveedores que tomaron la mayoría de las decisiones de cómo manejar el parto.

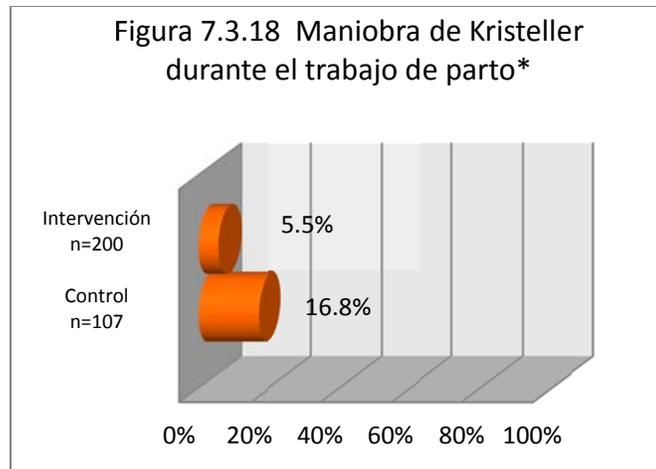
### **Posición no supina**

La OMS recomienda que los proveedores estimulen en la fase activa del parto una posición diferente a la supina, y la evidencia para argumentar esto es no sólo la comodidad de la paciente parturienta, sino que la posición supina puede obstaculizar el flujo de sangre y oxígeno del producto. En las figuras 7.3.16 y 7.3.17 se presenta la posición de la paciente durante la fase de pujo y durante la fase de expulsión. Se observó una mayor diversificación en la posición de la paciente en las dos fases en los sitios de intervención respecto a los de control; de esta forma, mientras que en los sitios de control la posición que generalmente tienen las mujeres es la de litotomía supina con pierneras (81.9% durante el pujo y 72.4% durante la expulsión), en los sitios de intervención es esta posición (36.9% durante el pujo y 44.9% durante la expulsión) pero también hay otras posiciones preferibles tales como la semisupina con pierneras (9.7% durante el pujo y 19.2% durante la expulsión) y semisupina sin pierneras (8.7% durante el pujo y 12.1% durante la expulsión). Incluso hay otras posiciones como acostada de lado, de cuclillas, parada o sentada que si bien las cifras son muy pequeñas comienzan a practicarse en los sitios de intervención y que no son señaladas en los sitios de control.



### Maniobra de Kristeller

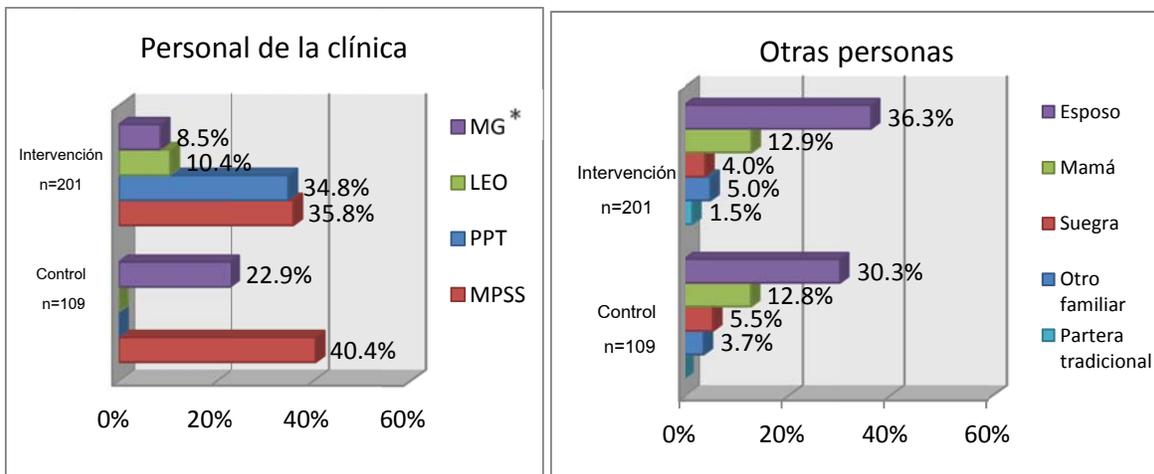
Una acción dañina comúnmente realizada en la fase activa es la Maniobra de Kristeller; en la figura 7.3.18 se muestra la diferencia estadísticamente significativa encontrada entre los sitios de intervención y de control ( $p=0.001$ ), realizando en menor medida esta maniobra en los de intervención (5.5%) que en los de control (16.8%).



\*  $p < 0.005$ .

### Persona que estaba presente al momento del parto

La OMS señala que debe haber respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes; en la figura 7.3.19 se muestra las personas que estaban presentes al momento del parto.



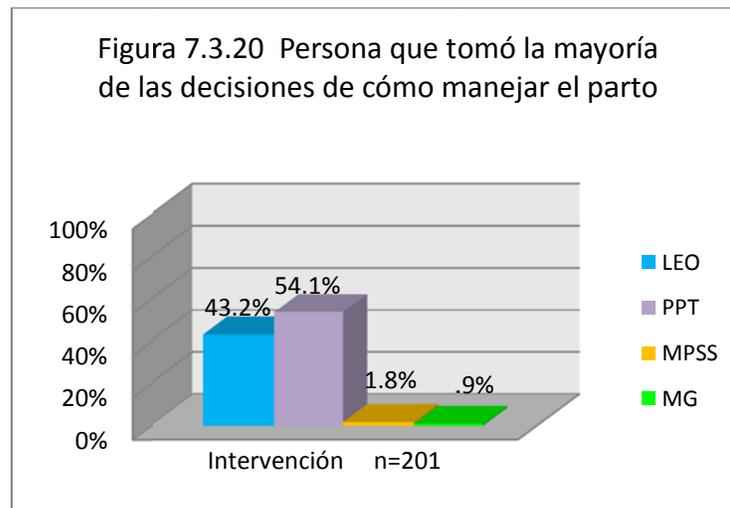
\*  $p < 0.001$ .

Respecto al personal de la clínica, los más mencionados al momento del parto en los sitios de intervención son los médicos pasantes (MPSS) (35.8%) las parteras profesionales técnicas (PPT) (34.8%), y las licenciadas en enfermería y obstetricia (LEO) (10.4%), en tanto que en las clínicas de control son los médicos pasantes (40.4%) y los médicos generales

(MG) (22.9%). De todas estas categorías únicamente se encontró significancia estadística en el caso de los MG ( $p=0.000$ ); en la categoría de MPSS no hubo significancia estadística, y en el resto de las categorías (PPT y LEO) no se pudo efectuar la prueba debido a que sólo hay estos proveedores en los sitios de intervención.

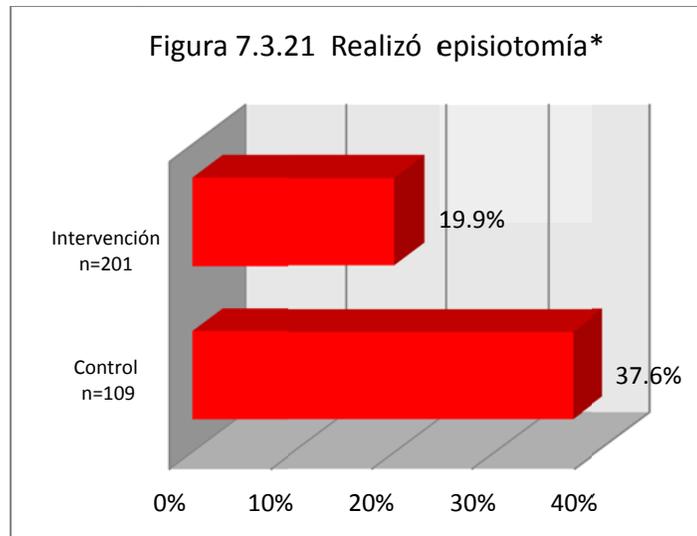
Respecto a otras personas que estuvieron presentes al momento del parto, son los esposos, y las madres de las pacientes las personas más mencionadas aunque sin diferencias estadísticamente significativas (36.3% y 12.9% en los sitios de intervención, respectivamente, y 30.3% y 12.8% en los de control, respectivamente).

Una información adicional importante de analizar en esta fase, es la persona que tomó la mayoría de las decisiones de cómo manejar el parto, en la figura 7.3.20 se muestra que de todos los partos atendidos por las LEO y PPT son ellas mismas quienes tomaron la decisión sobre el manejo de parto (43.2% y 54.1% respectivamente). Por tanto, es importante señalar que en los sitios de intervención las PPT y LEO están asumiendo un rol de liderazgo que está siendo aceptado.



## Episiotomía

En relación con el uso rutinario de episiotomía, esta práctica ya no se recomienda y el porcentaje ha disminuido dramáticamente en las naciones desarrolladas; en este estudio, se indagó si los proveedores realizaron esta acción. En la figura 7.3.21 se presentan los resultados, destacando la diferencia estadísticamente significativa que se encontró en la realización de esta acción en los sitios de intervención (19.9%) respecto a los de control (37.6%) ( $p=0.001$ ). Vale la pena destacar que la proporción de mujeres a quienes se les practica una episiotomía en los sitios de control es muy similar a la de los hospitales de referencia, en donde se efectúa como una práctica de rutina.



\*  $p < 0.005$ .

### Tercera etapa

De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS<sup>2</sup> sobre las acciones que son útiles y deben de ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizarán los resultados de:

- Revisión rutinaria de la placenta y membranas
- Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa del parto

Respecto a las acciones que la OMS<sup>2</sup> señala que deben eliminarse por resultar ser perjudiciales e ineficaces, aquí analizaremos

- Limpieza rutinaria de la cavidad uterina después del nacimiento

En relación con las acciones que la OMS<sup>2</sup> señala que deben realizarse con cautela ya que su evidencia es escasa, hasta que se sustente su uso o eliminación se analizará:

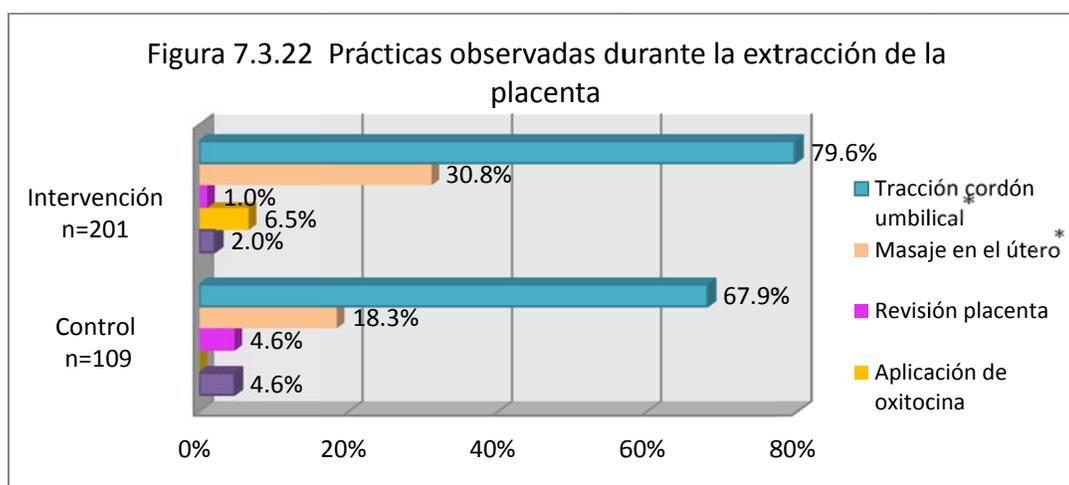
- Pinzamiento temprano del cordón umbilical.

También se analizará la información sobre presentación de complicaciones.

### Revisión de la placenta

El tipo de expulsión de la placenta puede o no implicar riesgo a la salud de la mujer, y de ahí la recomendación de la OMS de hacer el manejo activo de la tercera etapa del parto que

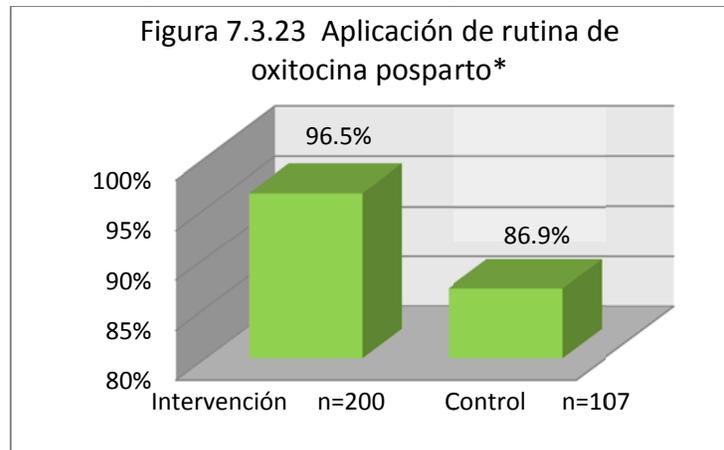
incluye: 1) Administración durante el primer minuto de nacimiento del bebé de 10 unidades de oxitocina; 2) La tracción y contra-tracción del útero y del cordón umbilical; 3) Masaje uterino después de la expulsión de la placenta. La extracción manual de la placenta está contraindicada y debe ser practicada sólo en situaciones de retención de la placenta después de 30 minutos. Tomando en cuenta esta indicación, se obtuvo que en una proporción mayor en los sitios de intervención se efectuó la tracción del cordón umbilical (79.6%) respecto a los sitios de control (67.9%), con significancia estadística ( $p=0.022$ ) (figura 7.3.22). La extracción manual se registró en un 2.0% de los sitios de intervención y en un 4.6% de los de control. La aplicación de oxitocina en esta fase del parto no se reportó en los sitios de control, en tanto que en los sitios de intervención fue de 6.5%; Respecto al masaje uterino, éste se efectuó en el 30.8% de los sitios de intervención y en un 18.3% de los de control, con significancia estadística ( $p=0.017$ ). Llama la atención que la revisión de la placenta únicamente fue reportado en los sitios control en sólo un 1.0% de los partos atendidos, y en los sitios de intervención en ningún caso.



\*  $p<0.05$ .

### Uso rutinario de oxitocina posparto como elemento del manejo activo de la tercera etapa del parto

El uso de oxitocina posparto es una práctica benéfica en la salud de la mujer; al analizar esta información se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de la oxitocina posparto, como parte del manejo activo de la tercera etapa, entre los proveedores de los sitios de intervención (96.5%) y los de los sitios de control (86.9%) ( $p=0.002$ ) (Figura 7.3.23).

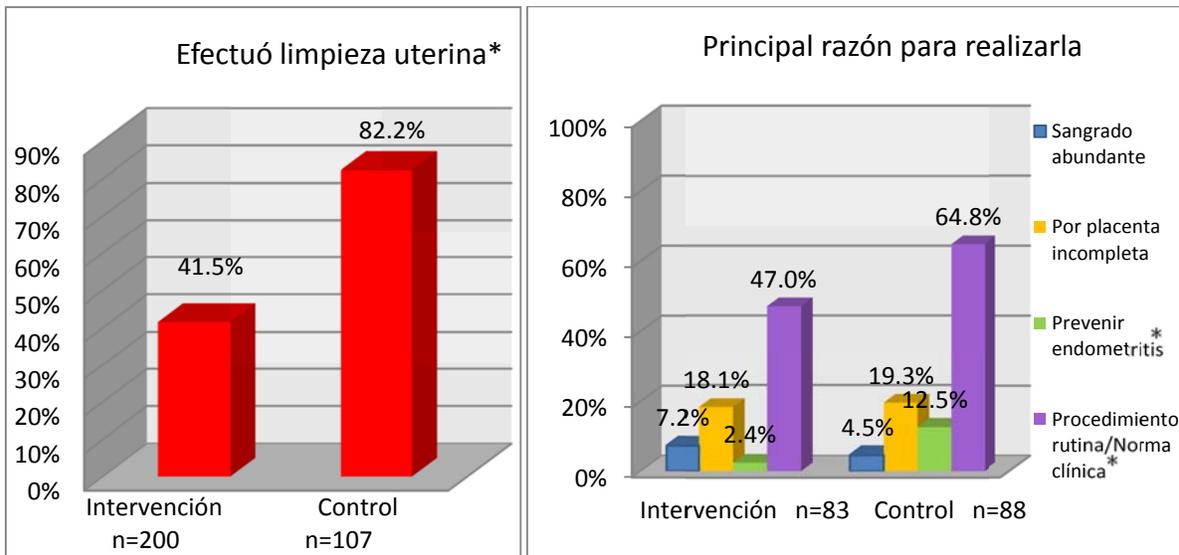


\*  $p < 0.005$ .

### Limpieza uterina

A pesar que la OMS señala que la realización de limpiezas postparto es perjudicial o ineficaz, esta práctica es muy extendida en México. La limpieza uterina es extremadamente dolorosa para las mujeres y, de hecho, puede incrementar el riesgo de endometritis postparto por la introducción de bacterias vaginales en el útero. La simple inspección de la placenta es suficiente para confirmar que no queda tejido de la placenta en el útero.

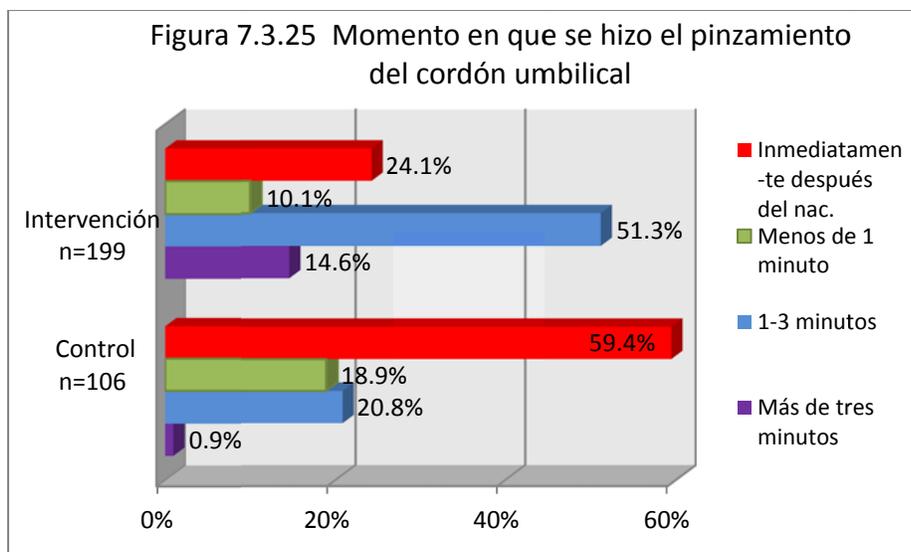
En nuestro estudio se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la realización de limpieza uterina en los dos tipos de sitios considerados, con un 41.5% de realización en los sitios de intervención y un 82.2% en los de control ( $p=0.000$ ) (figura 7.3.24). La razón más importante dada por los proveedores para su realización y que fue estadísticamente significativa, fue ser un procedimiento de rutina o bien, una norma de la clínica (47.0% en los sitios de intervención y 64.8% en los de control) ( $p=0.019$ ). Otra razón errónea dada fue la prevención de endometritis, la cual se mencionó en los sitios de intervención en un 2.4% y de control en un 12.5% con significancia estadística ( $p=0.028$ ). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la argumentación dada por ambos sitios de que se realizó esta acción porque a su decir parecía incompleta (18.1% en los sitios de intervención y 19.3% en los de control) (figura 7.3.24).



\*  $p < 0.05$ .

### Pinzamiento del cordón umbilical

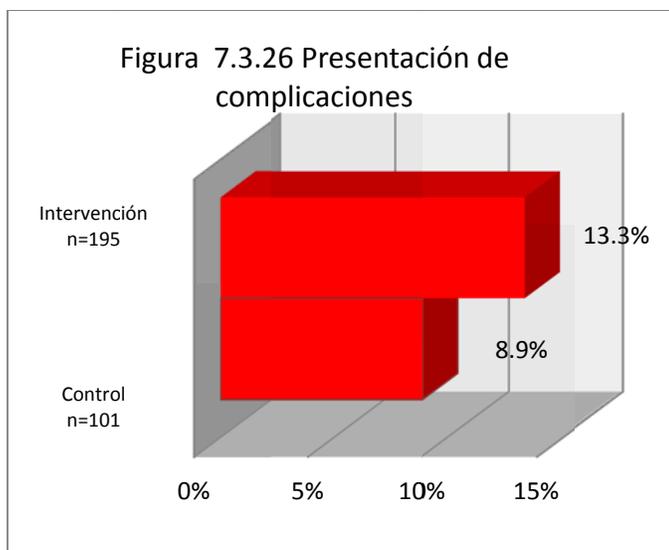
De acuerdo con la OMS<sup>2</sup> el pinzamiento temprano del cordón umbilical es una práctica que debe de realizarse con cautela; sin embargo, hay evidencia científica que indica que el pinzamiento tardío (entre uno y tres minutos) es beneficioso para el bebé ya que mejora las reservas de hierro, baja los riesgos de anemia y disminuye el riesgos de infecciones en los primeros 6 meses de vida<sup>17</sup>. En la figura 7.3.25 se muestra que en los sitios de intervención se efectuó principalmente de 1 a 3 minutos después del parto (51.3%) mientras que en los sitios de control se efectuó inmediatamente después del nacimiento (59.4%). Debido al número de casos en una de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.



### Presentación de complicaciones

Una pregunta adicional que se les efectuó a los proveedores fue si se había presentado alguna complicación en la atención de los tres últimos partos, obteniéndose que en los sitios de intervención el 13.3% señaló este hecho, en tanto que en los sitios de control, un 8.9% lo dijo (figura 7.3.26). A pesar de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las respuestas de los proveedores de los sitios considerados, se piensa que el porcentaje mayor declarado en los sitios de intervención probablemente se deba a que existe una mayor consciencia del riesgo.

Los resultados aquí encontrados son acordes con las prevalencias por complicaciones resultantes de los datos epidemiológicos nacionales. Vale la pena destacar que de los 28 casos por complicaciones señalados por los proveedores, en gran parte de los casos no se podían haber diagnosticado antes del parto; tales como la hemorragia, el meconio, los desgarros, periodo expulsivo prolongado, entre otros.



Al analizar los tipos de complicación que se presentaron se obtuvo que estas fueron: hemorragia (17.1%), circular de cordón (14.3%), meconio (11.4%), bebé deprimido (11.4%), periodo expulsivo prolongado (11.4%), hipertensión/preeclampsia (8.6%), sufrimiento fetal (8.6%), retención de la placenta (5.7%), distocia de hombros (5.7%), y producto macrosómico (5.7%). Debido al escaso número de casos no se desagregó la información por sitio.

### Manejo del período neonatal

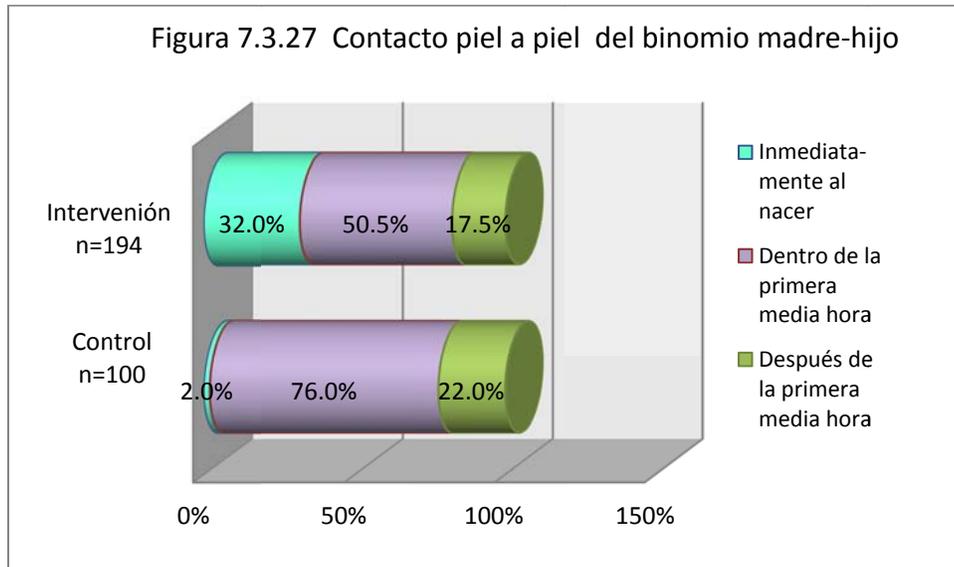
De acuerdo con la recomendación hecha por la OMS<sup>2</sup> sobre las acciones que son útiles y deben de ser promovidas para una buena práctica obstétrica, aquí se analizarán los resultados de:

- Contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé
- Ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora postparto

Adicionalmente se analizará la información respecto a la persona que se encargó de los cuidados del recién nacido, así como estado de salud del bebé al nacimiento, persona que efectuó el manejo del bebé cuando este necesito reanimación y/o atención especial, aplicación de vitamina K y de profilaxis en los ojos del recién nacido y tiempo en que el binomio madre-hijo permaneció en el centro de salud después del parto.

### Contacto directo piel a piel temprano de madre a hijo

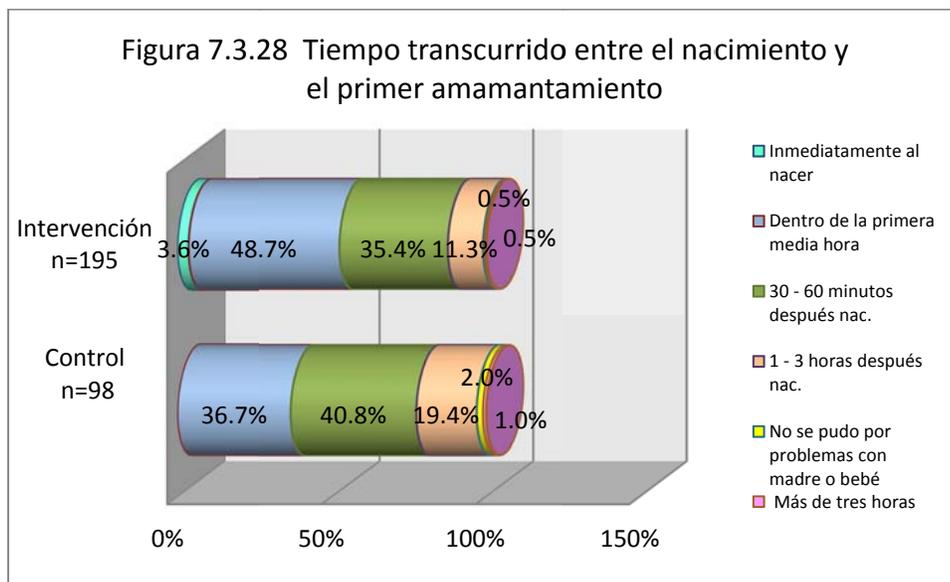
El contacto directo de piel a piel de madre a hijo fue declarado en el 100% de los partos y en la figura 7.3.27 se muestra el momento del contacto. Se obtuvo que un 32.0% en los sitios de intervención hubo contacto piel a piel inmediatamente al nacer, en tanto que sólo en un 2.0% se los sitios de control lo hubo. La respuesta de mayor frecuencia dada en los sitios de control es el contacto dentro de la primera media hora (76.0%) y esta respuesta es la segunda dada en los sitios de intervención (50.5%). Si sumamos las dos primeras categorías de respuesta, tenemos de acuerdo con las recomendaciones de la OMS el contacto más temprano piel a piel entre la madre e hijo se da en mayor grado en los sitios de intervención que en los de control (82.5% vs. 78.0%); con el objeto de tener el número suficiente de casos para poder efectuar la prueba de la Ji-Cuadrada, se juntaron las categorías de inmediatamente al nacer y dentro de la primera hora y no se obtuvo significancia estadística entre los sitios de intervención y control.



### Lactancia

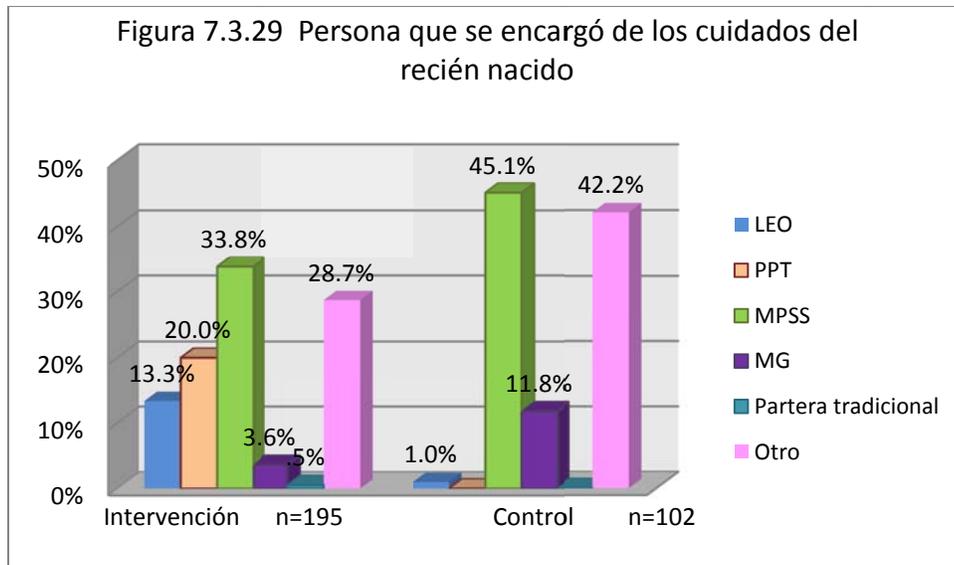
La OMS recomienda que debe haber ayuda para la iniciación de la lactancia dentro de la primera hora postparto; en la figura 7.3.28 se muestra el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento encontrándose que en los sitios de intervención se efectúa en mayor grado dentro de la primera media hora después del nacimiento (52.3%) que en los sitios control (36.7%); incluso un 3.6% de los proveedores de los sitios de intervención dijo que el primer amamantamiento se hizo inmediatamente al nacimiento del bebé. Con el objeto de tener el número suficiente de casos para poder efectuar la prueba de la Ji-Cuadrada, se excluyeron los casos donde hubo problemas con la madre o con el bebé, y rehicieron dos categorías, juntando en la primera categoría los rubros de de inmediatamente al nacer y dentro de la primera hora, y en la segunda categoría los de 1 a 3

horas y de más de 3 horas. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer amamantamiento entre los sitios de intervención y de control considerados.



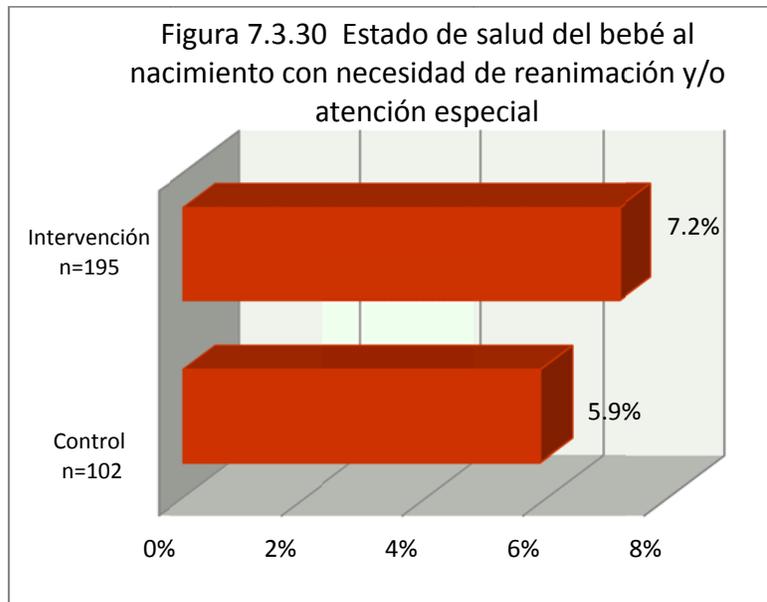
### Persona que se encargó de los cuidados del recién nacido

Se encontraron diferencias en el personal que se hizo cargo del recién nacido en los sitios de intervención y de control; así, mientras que en los sitios de control fueron los MPSS y otro tipo de personal los que se encargaron (45.1% y 42.2%, respectivamente), en los sitios de intervención fueron los MPSS (33.8%), las PPT (20.0%) y las LEO (13.3%) las personas que se hicieron cargo de los cuidados del recién nacido (figura 7.3.29). Este hecho habla del establecimiento de buenos equipos de trabajo entre pasantes y enfermeras con las PPT y LEO con apoyo mutuo. Debido al número de casos en algunas de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.



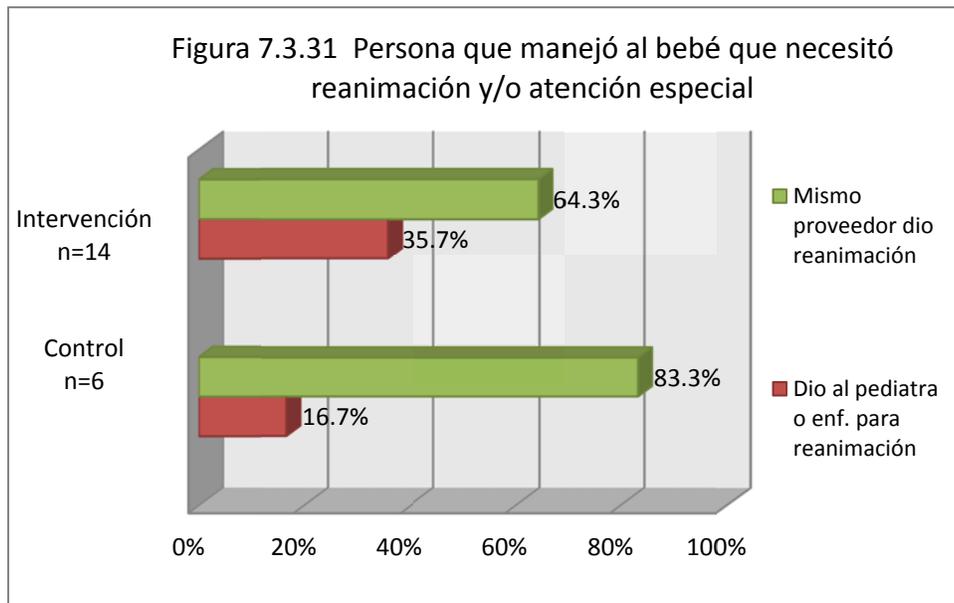
### Estado de salud del bebé al nacimiento

Los proveedores dijeron que un 7.2% de los recién nacidos en las clínicas de intervención y un 5.9% de los de las clínicas control necesitaron reanimación y/o atención especial (figura 7.3.30) aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.



### Persona que realizó el manejo del bebé cuando necesitó reanimación y/o atención especial

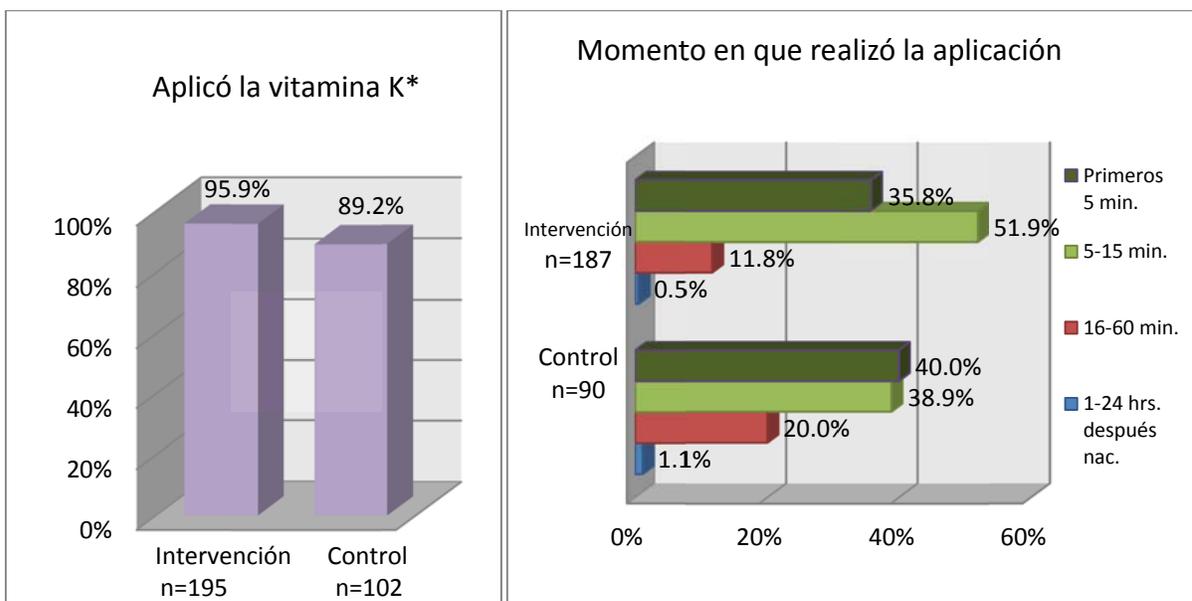
De los recién nacidos que necesitaron reanimación y/o atención especial, la totalidad de los casos fueron manejados en las clínicas control por el mismo proveedor que atendió el parto. En el caso de las clínicas de intervención, un 64.3% de los casos aplicó el proveedor que atendió el parto la reanimación, y en un 35.7% esta fue aplicada por el pediatra o la enfermera (figura 7.3.31). Este hecho muestra la importancia a tener a alguna persona que esté siempre capacitada en el manejo de recién nacido y en especial, en la reanimación neonatal.



### Vitamina K

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la aplicación de vitamina K en los sitios considerados (95.9% de los proveedores de los sitios de intervención y por el 89.2% de los sitios de control) ( $p=0.025$ ) (figura 7.3.32).

Respecto al momento de la aplicación de la vitamina K la respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue de 5 a 15 minutos (51.9%), mientras que en los sitios de control fue en los primeros cinco minutos (40.0%); la segunda respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue en los primeros cinco minutos (35.8%), mientras que en los sitios de control fue de 5 a 15 minutos (38.9%), (figura 7.3.32). Las diferencias encontradas entre los sitios de control e intervención no fueron estadísticamente significativas.

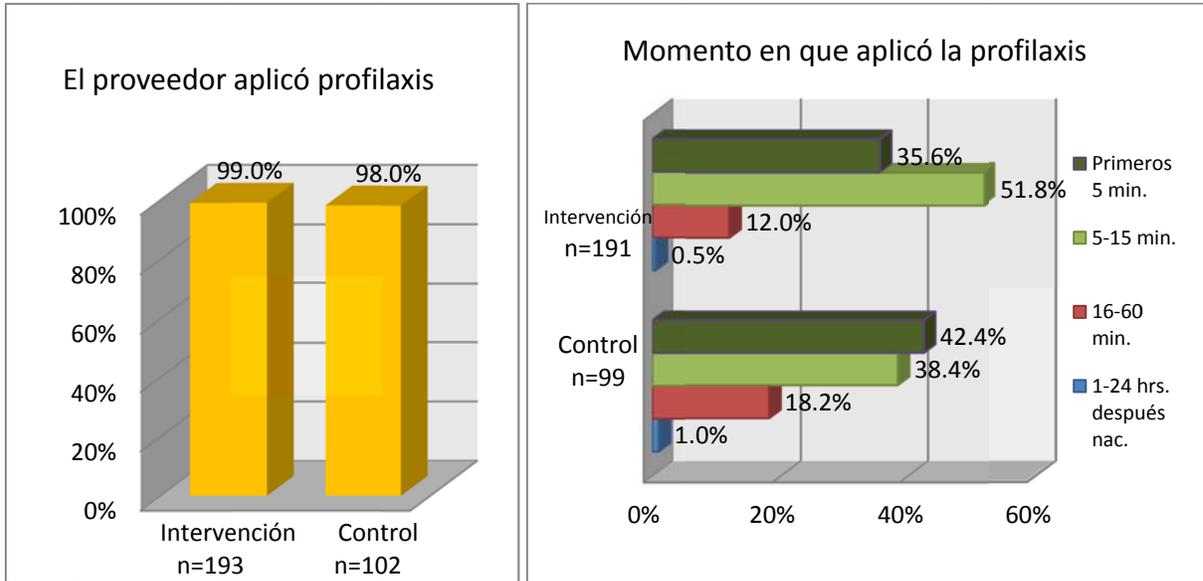


\* p<0.05.

### Prevención de la oftalmía purulenta

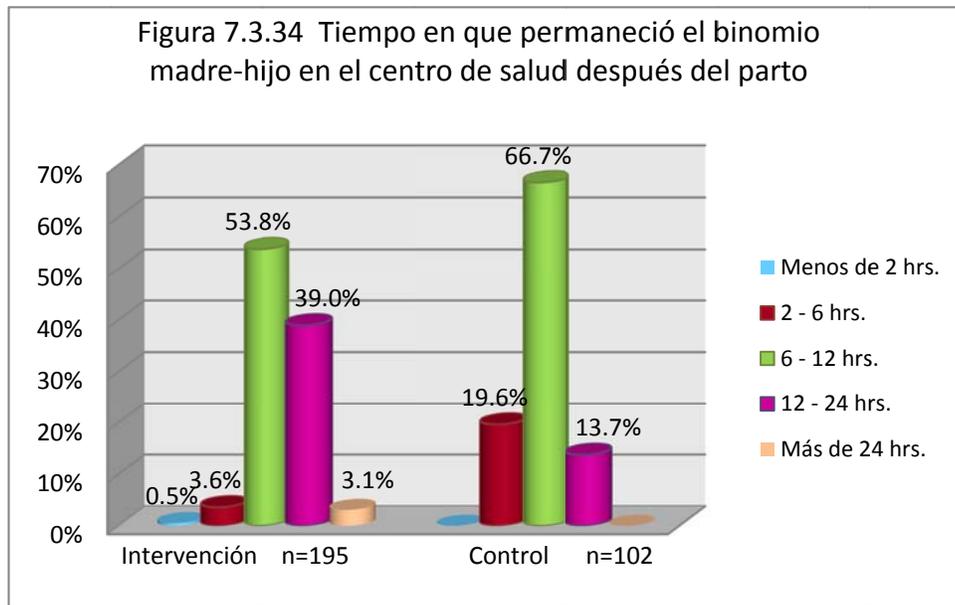
La prevención oftálmica purulenta mediante la aplicación de profilaxis en los ojos de los recién nacidos se efectúa de manera similar en los sitios considerados (99.0% de los proveedores de los sitios de intervención y por el 98.0% de los sitios de control). No se pudo efectuar la prueba de significancia estadística debido al escaso número de casos en una de las categorías de respuesta (figura 7.3.33).

Respecto al momento de la aplicación de la profilaxis en los ojos, la respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue de 5 a 15 minutos (51.9%), mientras que en los sitios de control fue en los primeros cinco minutos (40.0%); la segunda respuesta con mayor porcentaje dada en los sitios de intervención fue en los primeros cinco minutos (35.8%), mientras que en los sitios de control fue de 5 a 15 minutos (38.9%), (figura 7.3.33). Debido al número de casos en algunas de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.



### Tiempo en que permaneció el binomio madre-hijo en el centro de salud

El tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebé y el momento de egreso es sumamente importante debido a las complicaciones que se pueden presentar en el puerperio. En la figura 7.3.34 se muestra el tiempo transcurrido, hallándose que la mayor parte de los binomios madre-hijo egresan de 6 a 12 horas después del parto (53.8% en las clínicas de intervención y 66.7% en las de control). También se obtuvo que en las clínicas de intervención se quedan de 12 a 24 horas en mayor proporción que en las de control (39.0% vs. 13.7%), y como consecuencia, el mayor número de egresos de menos de 6 horas de estancia en los centros de salud después del parto se da en los de control (19.6%). Debido al número de casos en algunas de las categorías no se pudo calcular la significancia estadística.



Las conclusiones de este apartado están esbozadas al final del documento.

#### **VII.4 Índices de la buena práctica obstétrica**

Tomando en consideración la información de los expedientes clínicos y las entrevistas a proveedores se construyeron 6 índices de la buena práctica obstétrica, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS<sup>2</sup> de acuerdo con la medicina basada en evidencia (ver apartado XI.2 Anexo B).

En el Cuadro 7.4.1 se muestra la información que se utilizó para la construcción de estos índices y las categorías que se formaron a partir de los puntajes que se obtuvieron en cada uno de ellos. Vale la pena señalar que mientras que en las prácticas favorables al ingreso, durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato la categoría “alto” implica un buen desempeño, en el caso de las prácticas utilizadas excesivamente y las prácticas nocivas durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato la categoría “alto” implica un desempeño desfavorable en la atención.

**Cuadro 7.4.1. Descripción de los índices de la buena práctica obstétrica de acuerdo con la propuesta de la OMS**

Índice	Variables	Categorías del índice
<b>Prácticas favorables al ingreso:</b>	<p><u>Encuentro inicial:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma de signos vitales</li> <li>2. Realización de examen pélvico</li> <li>3. Realización de examen físico (auscultación corazón y pulmones)</li> <li>4. Revisión de contracciones (frecuencia y que tan fuertes son)</li> <li>5. Monitoreo de los latidos fetales</li> </ol>	<p>Bajo = 0-3</p> <p>Alto = 4-5</p>
<b>Prácticas favorables durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato</b>	<p><u>En el trabajo de parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ofrecimiento de hidratación oral</li> <li>2. Utilización de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor (respiración rítmica, masajes/sobar, apoyo psicológico, homeopatía, ambulación/ejercicio, cambios de posición, relajamiento, paños calientes/fríos, ducha o baño, y música/incienso)</li> <li>3. Libertad de movimiento materno (ambulación, cambios de posición, ducharse)</li> </ol> <p><u>En el parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Uso de posición no supina (durante la fase de pujo y durante el parto)</li> <li>5. Contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido (durante la primera media hora)</li> </ol> <p><u>En la tercera etapa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Tracción de cordón umbilical</li> <li>7. Uso de oxitocina inmediata en el posparto</li> </ol>	<p>Bajo = 0-4</p> <p>Alto =5-7</p>
<b>Prácticas utilizadas excesivamente durante el trabajo de parto y el parto</b>	<p><u>En el trabajo de parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ayuno</li> <li>2. Enema</li> <li>3. Tricotomía</li> <li>4. Terapia intravenosa</li> </ol> <p><u>En el parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Episiotomía</li> </ol>	<p>Bajo =0-1</p> <p>Alto =2-5</p>
<b>Prácticas nocivas durante el trabajo de parto y el parto</b>	<p><u>En el trabajo de parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oxitocina preparto (IM e IV)</li> <li>2. Amniotomía temprana de rutina</li> </ol> <p><u>En el parto:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Uso rutinario de posición no supina</li> </ol> <p><u>En la tercera etapa:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Limpieza uterina</li> </ol>	<p>Bajo =0-2</p> <p>Alto =3-4</p>
<b>Resultados obstétricos favorables</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apgar a los cinco minutos mayor a 7</li> <li>2. Peso mayor a 2500 gramos y menor a 4000 gramos</li> <li>3. El recién nacido no necesitó reanimación</li> </ol>	<p>Bajo =0-2</p> <p>Alto =3</p>
<b>Resultados neonatales favorables</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplicación de Vitamina K al recién nacido</li> <li>2. Antibiótico en los ojos del recién nacido</li> <li>3. Amamantamiento al seno materno durante la primera hora del nacimiento</li> </ol>	<p>Bajo =0-2</p> <p>Alto =3</p>

Fuente: Cálculos propios con base en OMS<sup>2</sup>

Los principales hallazgos encontrados es que hay diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.010$ ) entre los CS de intervención y de control en todos los índices excepto el de las prácticas obstétricas favorables, mostrando un porcentaje más alto de buen desempeño en los CS de intervención que en los de control en las prácticas realizadas al ingreso (75.6% en intervención y 45.9% en control), durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato (58.2% en intervención y 14.7% en control), así como en las prácticas neonatales (81.1% en intervención y 64.8% en control). Asimismo, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.010$ ) en las prácticas utilizadas excesivamente o dañinas durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato entre los CS de intervención y de control, efectuándose en menor grado en las unidades médicas en donde se encuentran laborando las PPT y LEO (51.2% en los CS de intervención y un 83.5% en los de control en las prácticas utilizadas excesivamente; y 17.4% en los CS de intervención y un 54.1% en los de control en las prácticas nocivas) (Cuadro 7.4.2).

**Cuadro 7.4.2. Índices para la buena práctica obstétrica en los Centros de Salud rurales de intervención y de control de Guerrero y Oaxaca (%)**

PRACTICAS	CS INTERVENCION	CS CONTROL
<u>Prácticas favorables:</u>		
Al ingreso*	75.6	45.9
Durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato*	58.2	14.7
<u>Resultados favorables:</u>		
Obstétricos	88.7	83.1
Neonatales*	81.1	64.8
<u>Prácticas utilizadas excesivamente:</u>		
Durante el trabajo de parto y parto*	51.2	83.5
<u>Prácticas nocivas</u>		
Durante el trabajo de parto, parto y posparto inmediato*	17.4	54.1

\*  $p < 0.010$ .

Fuente: Cálculos propios con base en Cuadro 7.4.1.

Las conclusiones de este apartado están esbozadas al final del documento.

## **VII.5 Acompañamiento en el parto**

En este apartado se describen los resultados obtenidos a través de un cuestionario auto-aplicado que fue llevado por el equipo de supervisión a cada uno de los proveedores alternativos durante la visita que se realizó en el mes de octubre. El objetivo es conocer cuál es su percepción y opiniones sobre la apertura que en cada centro de salud existe respecto al acompañamiento a las mujeres durante su trabajo de parto y parto.

Se trata de un cuestionario con preguntas dicotómicas y en su mayoría abiertas, las cuales fueron sistematizadas por temas, de acuerdo a la información captada en cada una de las preguntas y se presentan a continuación:

### **Permisibilidad del acompañamiento**

En 11 de los 12 centros de salud estudiados se permite que la mujer esté acompañada en el trabajo de parto; la autorización depende de cada responsable del centro de salud, no es necesario ningún trámite escrito y en todas las unidades se establece un acuerdo de manera verbal entre el proveedor, la mujer y el acompañante; los proveedores alternativos en su mayoría (sólo una no) tienen la autoridad suficiente en su centro de salud para permitir el acceso del acompañante y en la mayor parte de los casos es la misma mujer quien decide si quiere o no estar acompañada y quién desea que la acompañe. El ingreso se autoriza a un máximo de tres personas.

### **Partos con acompañante**

Hasta el momento de la aplicación de este cuestionario, entre el 81% y el 100% de los partos atendidos por este grupo de proveedores alternativos ha tenido acompañante. Cabe señalar que también hay casos en que la mujer no desea tener acompañante “porque las ponen más nerviosas” y esta decisión es respetada por el proveedor de salud.

Generalmente las mujeres prefieren ser acompañadas por su madre, su esposo, o ambos y en ocasiones la suegra (en ese orden). Sólo en dos centros de salud se reporta haber tenido acompañamiento por partera tradicional, ambos casos son en el Estado de Oaxaca.

### **Percepción de proveedores del acompañamiento en el parto**

En general las proveedoras refieren sentirse bien cuando la mujer está acompañada, señalan que el bienestar es tanto para la mujer como para ellas como responsables de la atención ya que se sienten más tranquilas, y esto les permite concentrarse más en la

atención en sí del parto; al estar la paciente, tranquila, relajada y confiada gracias a la compañía de su ser querido, el proceso se hace menos estresante para todos.

También señalan que en ocasiones hay acompañantes, sobre todo las madres de las mujeres, cuya presencia resulta contraproducente, pues están nerviosas, ansiosas e intervienen demasiado, lo que obstaculiza el proceso natural del parto y de la atención.

### **Consumo de agua y/o alimentos durante el trabajo de parto**

En más de la mitad de los C.S. las mujeres no solicitan agua y/o alimentos, aunque en ninguno está restringido brindarlo, generalmente en los C.S. que lo piden, lo que solicitan es beber agua.

En los C.S. donde las mujeres no lo solicitan, se debe a que las mujeres siempre han sabido que no está permitido o que no se los van a dar, no tienen la confianza para solicitarlo y no están informadas acerca de que pueden pedirlo y consumirlo.

En la otra mitad de los centros de salud donde sí se solicita por las mujeres, las proveedoras creen que esto es así es porque se sienten en confianza para pedirlo, generalmente quieren agua porque hace mucho calor, por el gasto de calorías que tienen en el TP y por el esfuerzo que realizan. Señalan que aunque se les informa que pueden pedir algo de comer, ellas no tienen apetito y sólo piden agua.

### **Deambulaci3n durante el trabajo de parto**

En todos los centros de salud se permite que la mujer deambule libremente; en ninguno se niega esta posibilidad si la mujer lo desea, y más bien se le sugiere y se le explica en qué va a favorecerle y las ventajas que le trae para su parto en sí, deambular hasta que le sea posible.

### **VII.6 Relaci3n con las parteras tradicionales**

Uno de los objetivos planteados en el protocolo original de este proyecto es buscar afianzar la relaci3n entre el centro de salud donde hay proveedores alternativos y la o las parteras tradicionales de las localidades.

En el Estado de Guerrero este objetivo no pudo ser cabalmente cumplido por las siguientes razones:

En dos de estas cuatro comunidades no hay parteras tradicionales; se sabe que hace muchos años había y ellas eran las únicas que atendían los partos de manera empírica.

Las localidades en donde no hay parteras tradicionales son Totolapa y San Nicolás.

En la localidad de Totolapa, municipio de Huamuxtitlan la población reconoció que hay una partera, pero al buscarla resulta ser una mujer de más de 80 años de edad que dejó de atender partos hace 10 años. En la búsqueda que la PPT hizo en la localidad, señaló que no hay más parteras y que las mujeres embarazadas tampoco tienen en mente buscar alguna para ser atendidas por ella; desde que esta partera dejó de atender, las mujeres ya no buscan la atención de la partera tradicional.

En la localidad de San Nicolás, municipio de Cuajinicuilapa la PPT identificó dos parteras tradicionales, sin embargo al ir a visitarlas para invitarlas a colaborar con ella en el Centro de salud, resultó que sólo soban embarazadas y curan algunos malestares, como empachos y/o dolores musculares cuando son requeridas; una dijo que hace años atendía partos, pero tiene mucho tiempo que no lo hace; la otra nunca atendió partos, sólo es curandera.

En las dos localidades restantes, sí se identificó la existencia de parteras y se buscó entablar una relación de colaboración con ellas, sin embargo, estos fueron los resultados:

En Xochipala, municipio de Eduardo Neri la LEO Janeth Landero ubicada en el centro de salud de esta localidad identificó a dos parteras, una de ellas dijo ya no atender partos porque casi nunca está, ya que se va con sus hijos a vivir por temporadas “al otro lado”. La otra partera identificada sí es una partera tradicional activa y en constante capacitación con el IMSS, es una partera tradicional muy reconocida en la comunidad y las mujeres la buscan tanto para el control prenatal como para atender su parto en el domicilio de las mujeres o en su casa; la proveedora del proyecto la invitó a colaborar con ella llevando a sus parturientas al C.S., a lo que ella dijo que iba a ver porque son las mujeres las que no quieren irse al CS. En los 18 meses de estancia de esta proveedora alternativa, sólo logró que esta partera le enviara algunas mujeres al control prenatal cuando ella encontraba algo “raro”, o para que les dieran algún medicamento; en alguna ocasión pidió su ayuda (partera tradicional a LEO) en la atención de un parto, que terminó siendo una referencia al segundo nivel. Y en conversación más coloquial la partera tradicional le dijo a la LEO que no mandaba a las mujeres a parir al Centro de Salud, porque ella no ganaba nada y ese es el único ingreso económico que ella tiene.

Finalmente, en la localidad de Pantitlán, municipio de Chilapa, la PPT asignada encontró que la partera tradicional (que la comunidad reconoce) es también la enfermera del C.S. con más de 20 años trabajando en él. Cuando se le propone trabajar en colaboración para atender los partos en el C.S. la enfermera/partera no acepta y dice que eso no es cosa de ella sino más bien de las mujeres. En esta comunidad la tradición es que las mujeres paren solas en sus casas, aunque muchas veces sí llaman a la partera/enfermera. Debido a que la relación entre esta enfermera/partera y el personal alternativo fue siempre tirante, esto dificultó mayormente el trabajo de la PPT la cual comentó “...en el C.S. a veces yo estaba

dando consulta, y si me buscaba otra embarazada, la enfermera siempre decía que no estaba”. “...La partera/enfermera decía que por mi culpa ya no podría terminar de construir su casa...” haciendo referencia a que los partos atendidos en el C.S. mermaron sus ingresos personales. A pesar de esta situación “de competencia” con la enfermera/partera, la PPT logró incrementar el número de consultas a mujeres embarazadas, puérperas y parturientas.

## **OAXACA**

En el Estado de Oaxaca, tampoco se cumplió este objetivo debido en parte a que en 4 de las localidades de intervención no hay parteras tradicionales. En las cuatro restantes donde sí se identificaron parteras tradicionales se estableció una buena relación de colaboración, entre los proveedores alternativos y estas parteras tradicionales, sin embargo, al ser la atención de los partos una actividad laboral las parteras tradicionales, no están dispuestas a perder esta posibilidad de ingreso que les resulta muy importante.

Las localidades donde no hay parteras son: El Cedral, Vega del Sol, El Porvenir y Caña Brava, todas de la región de Tuxtepec.

En El Cedral no se hizo contacto con las parteras tradicionales. Se identificó la existencia de dos parteras en las áreas que le corresponde cubrir la cobertura CS, sin embargo no se hizo contacto con ellas debido a que este centro de salud sólo fue hubo un proveedor alternativo en los primeros 4 meses.

En Vega del Sol no se identificaron parteras tradicionales, así como en El Porvenir.

En Caña Brava, no hay parteras tradicionales, sólo una señora que soba a las embarazadas. La LEO Maritza Castro la invitó a colaborar con ella para que asistiera a los partos como acompañante de las mujeres pero ésta no aceptó, argumentando falta de tiempo.

Las cuatro localidades en donde sí se encontraron parteras activas son: Sola de Vega de la región de Valles Centrales. San Gabriel Mixtepec y San Juan Cacahuatpec de la región costa y San Antonio las Palmas de la región del Papaloapan en Tuxtepec.

En la localidad Sola de Vega, se identificó una sola partera tradicional activa, certificada por la Secretaria de Salud, desde antes de la llegada del LEO Fernando Aragón, ella ya refería al CS a las mujeres si durante el embarazo o el parto si encuentra alguna complicación. El LEO Fernando Aragón señala que se trata de una mujer muy amable y accesible, que de inmediato aceptó la invitación a colaborar con él en el CS pero sólo llevándolas en caso de complicaciones que ella no pueda resolver, esta partera atiende los partos en sus domicilios y manifestó que si los atiende en el CS perdería una importante fuente de ingresos cobra indistintamente \$600.00 por parto.

En San Gabriel Mixtepec la PPT Fátima se contactó con 3 parteras tradicionales, encontró que sólo una continúa atendiendo partos, cobra entre \$2,500.00 y \$3,000.00 si es un varón y de \$1000.00 a \$1,500.00 si es niña. Ante la invitación que se le hizo de colaborar en el proyecto llevando a sus pacientes al CS dijo estar de acuerdo, pero en la realidad sólo envía a las mujeres que ella atiende para revisión en el puerperio y para atención del recién nacido; cuando se le ha llamado para colaborar en la atención de algún parto en el CS no asiste porque dice no tener tiempo. Finalmente ha señalado que ella de esto se mantiene y que no va a dejar de atender los partos que le lleguen.

San Juan Cacahuatpec hay 3 parteras tradicionales que la población identifica, pero sólo una de ellas continúa atendiendo partos, se trata de una partera-enfermera reconocida como partera por el IMSS a donde asiste frecuentemente a cursos de capacitación y le proporcionan métodos de planificación familiar que a su vez distribuye entre sus pacientes. Por la atención de un parto cobra entre \$500.00 y \$ 1000.00 pesos según la economía de la familia. Cuando identifica complicaciones en sus pacientes ella misma las lleva al hospital general de Pinotepa. Esta partera mostró mucho interés en colaborar con la PPT Fátima, sin embargo no está dispuesta a llevar a todas sus pacientes al centro de salud, pues perdería el ingreso que esta actividad le genera. Lo que sí hace es llevar al C.S. a las mujeres que ella atiende a consultas prenatales (por lo menos a 2) y a una revisión de la mujer en el posparto, así como llevar a los 7 días al recién nacido.

En San Antonio Las Palmas, hay 5 parteras tradicionales y un partero. La PPT Nelcy tiene contacto con todas, aunque de manera más estrecha con las dos que atienden partos y son reconocidas por la Secretaria de Salud, tres de las 5 parteras sólo atienden a sus familiares al igual que el partero. Las dos parteras que sí atienden partos cobran \$500.00 si es niña y \$ 600.00 si es varón.

La PPT Nelcy estableció una buena relación con todas las parteras, a quienes invita a tomar pequeños cursos y talleres; ha logrado una relación de colaboración estrecha con Doña Josefa que es la partera que más partos atiende; se tiene registro de que Nelcy y Doña Josefa han atendido partos juntas en el centro de salud. Con las demás ha logrado que la busquen para aclarar dudas y sobre todo para que lleven a sus pacientes al menos a una o dos consultas prenatales y a una revisión en el puerperio, gracias a la ayuda de las parteras se ha logrado que las mujeres más renuentes que no van al centro de salud ni siquiera a consultas prenatales, al menos vayan en el posparto para hacerles una valoración.

Como puede verse, la situación presentada en estas localidades tanto de Guerrero como de Oaxaca puede resultar muy particular si se toma en cuenta que ambos Estados son en los que registran mayor número de parteras tradicionales. En estas localidades puede verse las parteras tradicionales, han dejado de ser personajes comunitarios que brindan la atención de las mujeres embarazadas y parturientas para cubrir una necesidad de la población y cumpliendo una vocación de servicio. En los lugares donde encontramos parteras activas hay un trasfondo lógico de interés económico, pues las cuotas que piden no son de ninguna manera menores, pues varían entre los \$ 500.00 y los \$3000.00 pesos. Es tan sólo en Oaxaca en San Antonio Las Palmas en donde la partera tradicional a llevado a algunas de

sus pacientes a atenderse el parto sin que ella reciba alguna remuneración económica considerando sólo el beneficio de la mujer y del recién nacido.

### **VII.7 Sondeo con jefes de jurisdicción de Guerrero y Oaxaca**

Realizamos un sondeo con algunos jefes de jurisdicción y personal de salud que conoció el proyecto (jefes de programas, supervisores, médicos responsables de Centros de salud) para consultarles su opinión acerca de la implementación de este modelo en otros lugares, así como las posibilidades de contratación para este personal.

Esta consulta fue de manera informal pero pensamos que los testimonios recogidos dicen mucho del sentido por donde debemos continuar en esta lucha por lograr la incorporación de personal alternativo que sin lugar a dudas fortalecerá el primer nivel de atención en beneficio de las mujeres embarazadas y de los recién nacidos, sobre todo de aquellas mujeres que viven en lugares en donde no hay opciones de atención.

La mayoría de estas personas que tienen algo que ver con la salud reproductiva en ambos Estados, están de acuerdo con que este personal alternativo capacitado exclusivamente para la atención de las mujeres trae beneficios principalmente a las mujeres, pero también al personal de los centros de salud en donde la carga de trabajo para el personal, en muchas ocasiones es excesiva. Hay un claro interés por dar acceso a este tipo de proveedores al sistema de salud. Consideran que si los partos se quedan en la localidad, se reducen los costos para las familias y para los mismos servicios de salud.

Algunos identificaron claramente que las barrera para incorporar a este personal, tienen que ver, por un lado con la competencia que se generaría entre algunos MPSS, y/o con médicos generales “cerrados” que no creen en el modelo de la partería profesional “en mucho porque ni lo conocemos” y porque consideran que una partera o una enfermera es “menos que ellos que son médicos universitarios” intervendría sin duda en su celo profesional al sentirse desplazados.

La otra gran barrera son los salarios, pues consideran que los recursos asignados para el sector salud no alcanzan a cubrir sueldos decorosos para este personal; “además de que no es posible por ahora contratar una partera (PPT), al menos por la vía legal...”.

La mayoría están de acuerdo en que hay muchos lugares donde la contratación de este personal es necesaria, así que no habría problemas para lograr una exitosa incorporación ya que la población y los mismos médicos “prácticamente las están esperando”.

Sin embargo, también hay quienes textualmente señalan que “llevar este tipo de proyectos solo sirve para crear entre la población necesidades que nunca han tenido”.

Específicamente algunos médicos señalaron que el proyecto está muy bien, que están de acuerdo en apoyar su permanencia dado que se notó claramente el impacto positivo que tiene la participación de este personal; sin embargo, su preocupación ahora es “qué va a

pasar con ellos al haberseles incrementado el trabajo y con la comunidad que ya se quedó acostumbrada a lo bueno...”.

### **VII.8 Avance en el seguimiento de las referencias obstétricas desde el primer nivel de atención**

En este apartado se analiza la información sobre las referencias obstétricas efectuadas desde los centros de salud de intervención y de control; para ello se capturaron datos acerca de las referencias que se hicieron desde los CS en los periodos: prenatal, intraparto y posparto (inmediato y tardío), y se recolectaron datos básicos como: indicación para la referencia, a cuál hospital se mandó la mujer y el medio de transporte utilizado, así como las semanas de gestación de las mujeres con referencias prenatales. Este análisis forma parte de otro proyecto que deriva del presente y es de carácter preliminar.

#### **Referencias Prenatales**

Se hicieron un total de 940 referencias a 644 mujeres en el periodo prenatal. De este total de referencias, el 49.0% (n=461) fueron del grupo de intervención y el 51.0% (n=479) del grupo control. Analizando únicamente a las mujeres referidas (y no el total de referencias efectuadas), el 47.2% (n=304) de estas fueron del grupo control y el 52.8% (n=340) del grupo de intervención.

En promedio, las mujeres referidas (n=644), lo fueron 1.45 veces, con media del grupo de intervención de 1.35 veces (n=340) y del grupo control 1.57 veces (n=304). Las causas principales para estas referencias prenatales se detallan en el cuadro 7.6.1, destacando entre ellas: mujer con alto riesgo reproductivo, presentación fetal anormal, preclampsia, cesárea previa, y otros razones (n=33). Cabe notar que en una proporción importante de los casos (49.7%), no hubo indicación clara de la referencia.

Como es de esperarse, dada la naturaleza de la información contenida en el expediente clínico, no fue claro el medio de transporte de las mujeres en la gran mayoría de los casos. Sin embargo, se detectó que por lo menos 3 mujeres fueron enviadas al hospital en ambulancia. Finalmente, una vez referidas, 70% (n=452) de las mujeres regresaron al centro de salud para el seguimiento de su caso.

**Cuadro 7.6.1 Indicaciones de referencias en el periodo prenatal, por sitios de intervención, control, y totales (n=644 mujeres referidas)**

Indicación de referencia prenatal	Intervención (n=340)	Control (n=304)	TOTAL
Mujer con alto riesgo reproductivo	20 10.60%	20 14.80%	40 12.30%
Presentación fetal anormal	15 7.90%	17 12.60%	32 9.90%
Preeclampsia	19 10.10%	12 8.90%	31 9.60%
Cesárea previa	17 9.00%	9 6.70%	26 8.00%
Rompimiento prematuro de membranas	18 9.50%	8 5.90%	26 8.00%
Trabajo de parto	14 7.40%	11 8.10%	25 7.70%
Referencia para parto normal	12 6.30%	7 5.20%	19 5.90%
Oligohidramnios	9 4.80%	7 5.20%	16 4.90%
Desproporción cefalopélvica	4 2.10%	9 6.70%	13 4.00%
Periodo intergenésico corto	7 3.70%	5 3.70%	12 3.70%
Razones socio-culturales	9 4.80%	2 1.50%	11 3.40%
Otros	45 23.80%	28 20.70%	73 22.50%
<b>TOTAL</b>	<b>189</b>	<b>135</b>	<b>324</b>
Sin indicación	151 44.40%	169 55.60%	320 49.70%

## Referencias Intraparto

Se efectuaron un total de 11 referencias de mujeres durante el periodo intraparto (3 en sitios de control y 8 en centros de salud de intervención). Las indicaciones para la referencia son: sufrimiento fetal (n=2), presentación fetal anormal (n=2), ruptura prolongada de membranas (n=2), trabajo de parto (n=2), fiebre materna (n=1), cesárea previa (n=1) y otras causas.

Dos de las referencias en el intraparto se hicieron en ambulancia, dos se mandaron por su propia cuenta (taxi, automóvil particular, etc.) y para el restante, no estaba disponible la información. No se encontró un formato de contra-referencia del hospital en el expediente clínico para ninguna de las mujeres referidas en el intraparto.

## Referencias posparto

Se identificaron a las mujeres que fueron referidas en el periodo posparto, dividiéndolas en dos partes: en el posparto inmediato, definido como menos de 24 horas después de nacimiento, y en el posparto tardío, el cual es el periodo de 24 horas hasta 2 meses después del parto.

En el posparto inmediato, hubo un total de nueve mujeres referidas, y diez referencias del recién nacido. Para las referencias maternas las indicaciones encontrados son:

- Seguimiento de un problema durante el embarazo (n=2)
- Choque hipervolémico (n=1)
- Atonia uterina (n=1)
- Retención de placenta (n=1)
- Preeclampsia (n=1)
- Histerectomía (n=1)
- Otro (n=1)
- Faltó indicación (n=1)

Para las nueve referencias del neonato, se encuentran las siguientes indicaciones (Nota que en algunos casos fueron más que una indicación de la referencia):

- Problemas congénitos (n=3)
- Insuficiencia o dificultad respiratoria (n=2)
- Recién nacido deprimido (n=1)
- Cardiopatía congénita (n=1)
- Desnutrido in útero (n=1)
- Hipoxia neonatal (n=1)
- Presencia de repliegues (n=1)
- Crisis convulsiva (n=1)

En el posparto tardío, hubo un total de 20 referencias de mujeres, de esas 18 fueron referidas solamente una vez y 2 de ellas tuvieron un total de 2 referencias. Las indicaciones incluyen referencia para infección relacionada con herida quirúrgica (n=4); oclusión tubal

bilateral (n=3); restos placentarios (n=2); evaluación para sepsis puerperal (n=2), evaluación para neumonía (n=1) y absceso mamario (n=1). Solamente para 4 casos (20%) se encontró un formato de contra-referencia.

Esta información será completada con la información sobre las mujeres referidas a los hospitales y los procedimientos y acciones que se les efectuaron en estos sitios.

Actualmente, se está efectuando el análisis cualitativo sobre las entrevistas a personajes clave.

## **VIII. CONCLUSIONES**

### **Sobre el análisis de los formatos SISPA**

Los principales hallazgos encontrados es que en los centros de salud en donde se encuentran laborando las parteras profesionales técnicas y las enfermeras obstetras ha habido un impacto positivo respecto al grupo control en todos los rubros analizados, exceptuando en las consultas de primera vez a embarazadas, y en especial a adolescentes embarazadas, en las consultas a embarazadas con alto riesgo reproductivo (de primera vez, subsecuentes y total) y en las consultas a puérperas de primera vez y subsecuentes en donde no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Con la información que se ha analizado se muestra una tendencia de buen desempeño en las unidades médicas en donde hay proveedores alternativos. Del análisis estadístico que se efectuó se obtuvieron resultados muy positivos y las razones de tasas de incidencia dan una medida más precisa de la magnitud del impacto de la atención a mujeres en las unidades clínicas donde los proveedores alternativos se encuentran laborando. En todos los rubros donde hubo significancia estadística se muestra que el rango de posibilidad de atención en los sitios donde hay LEO's y PPT's muy alto respecto a los sitios control. Los resultados encontrados en el análisis de tasas de incidencia crudas se verificaron al efectuar el análisis ajustado por características del personal, infraestructura e insumos, y son bastante favorables para demostrar que estos proveedores alternativos son una buena opción para preservar la salud de las mujeres que habitan en las áreas rurales del país.

### **Sobre los expedientes clínicos**

Las principales diferencias encontradas entre las mujeres que asisten a los CS de del estudio, es una proporción mayor de mujeres alfabetas y de mujeres inscritas al Seguro Popular en los sitios de intervención que en los de control. Estas dos situaciones pueden ser factores confusores que afecten los resultados aquí obtenidos.

Del total de las mujeres que tuvieron un parto, sólo un tercio de ellas fueron atendidas en los centros de salud de intervención y control. Es importante hacer notar que alrededor de un 15% de los partos se atendieron en casa. Los centros de salud de intervención asisten mayoritariamente volúmenes más grandes de partos (11 a 20 partos, 42%) en comparación con los sitios de control (13%), obteniéndose un total de 292 partos en los CS de intervención y 123 en los de control en el periodo de estudio.

En general existe una mejor calidad de llenado del expediente y de petición de análisis clínicos en los sitios en donde están laborando los proveedores alternativos (LEO y PPT). Tomando en cuenta los resultados de otros estudios<sup>18,19,20</sup> que evalúan los contenidos de los expedientes clínicos y que han encontrado que un mejor llenado de expedientes está

asociado con una mejor calidad de atención, podemos suponer que el mejor llenado de expedientes en las clínicas de intervención refleja una mejor calidad de atención.

Los resultados aquí encontrados son un foco de alerta que denotan la necesidad de implementar estrategias para el mejoramiento del llenado del expediente clínico y con ello poder evaluar con mayor precisión la calidad de atención.

### **Sobre las entrevistas a proveedores**

Tomando en consideración el evento obstétrico básico el conjunto de prácticas que reflejan la calidad de la atención médica, observamos que los sitios en donde hay proveedores alternativos (PPT y LEO), éstos tienen un mejor desempeño, y esto se ve reflejado en la toma de los signos vitales, en la vigilancia de la frecuencia cardio-fetal, en el uso de oxitocina posparto, en la tracción del cordón umbilical al momento del parto, en el contacto piel a piel temprano entre la madre y el bebé, y en el breve tiempo que transcurre entre el nacimiento del bebé y el primer amamantamiento. Vemos que en los sitios donde están estos proveedores no médicos se da la práctica planteada en los lineamientos técnicos de la SSA y de la OMS, y que los mismos realizan con mayor consciencia las prácticas de la medicina basada en evidencia.

En los sitios en donde hay proveedores no médicos también se muestra mayor uso de algunos de los elementos representativos del parto humanizado, tales como el manejo del dolor no farmacológico, la ambulación de las pacientes, el ofrecimiento de hidratación oral, la posición en el parto y la presencia de acompañante(s) en esta etapa. Los médicos utilizan menos las prácticas que apoyan el parto humanizado.

El uso de prácticas preventivas como el profilaxis en los ojos y la aplicación de la vitamina K ocurre en la gran mayoría de los casos. Esto indica que sí es posible implementar prácticas nuevas basadas en la evidencia si hay apoyo e interés del sistema de salud. Esta inercia debería aprovecharse para implementar, por ejemplo, el uso de oxitocina posparto para la prevención de hemorragia.

Los datos sobre la estancia posparto antes del egreso son impresionantes; el resultado de casi 1 de cada 5 mujeres atendidas en los centros de salud de control egrese antes de seis horas posparto es preocupante. El valor de una estancia más larga es clara: además de vigilar que no haya hemorragia posparto, preeclampsia e infección en la madre o niño, también es el instante preciso para el contacto con el personal de apoyo de salud para iniciar la lactancia materna y se dé consejería sobre los signos de alarma posparto para la madre y bebé.

### **Sobre el cálculo de los índices de la buena práctica obstétrica**

La evaluación que se hizo de la información de los expedientes clínicos y de las entrevistas a proveedores mediante el cálculo de índices de buen desempeño vuelve a confirmar las conclusiones obtenidas anteriormente, obteniéndose mejores resultados en los sitios en donde laboraban PPT y LEO. La única excepción fue el resultado obtenido en el índice de resultados obstétricos favorables en donde el porcentaje de buen desempeño fue similar en los CS de intervención y de control.

### **Sobre el acompañamiento en el parto**

Generalmente la compañía del familiar genera bienestar a las mujeres y a las proveedoras les da mucha tranquilidad, para concentrarse en su trabajo de atención del binomio. En la gran mayoría de los CS es una práctica permitida, hay mujeres que prefieren no tener compañía pero son las menos; esta decisión también es respetada, los principales acompañantes son el marido, la mamá de la mujer o la suegra. Cuando el acompañante quiere intervenir demasiado en la atención, la compañía resulta contraproducente ya que obstaculiza el proceso en lugar de apoyarlo, en estos casos se pide al acompañante salir de la sala.

### **Sobre el papel de las parteras tradicionales**

Desafortunadamente, solo en menos de la mitad (5) de las localidades con centro de salud de intervención se encontraron parteras tradicionales aún activas y sólo en dos localidades se logró establecer una buena relación de coordinación y cooperación con ellas. Sin embargo, pensamos que esta pequeña muestra refleja lo que se sabe está ocurriendo en gran parte del país con las parteras tradicionales: en general son mujeres mayores que no están transmitiendo sus conocimientos a otras mujeres jóvenes, y a pesar de que ellas han asistido a capacitaciones, sus prácticas están basadas en la tradición, por lo que no pueden ser resolutivas para casos complicados; muchas de ellas ya no atienden partos o atienden muy pocos, a pesar de esto, no están dispuestas a ceder a los servicios de salud la atención de las mujeres embarazadas, ya que para muchas atender un parto representa un ingreso económico que no están dispuestas a perder.

### **Sobre el sondeo con jefes de jurisdicción de Guerrero y Oaxaca**

Uno de los principales aprendizajes que este equipo de investigación destaca es que para lograr la exitosa incorporación de este personal alternativo deberán conjugarse varios aspectos; por ejemplo, la sensibilización del personal de salud establecido, para aceptar a estas proveedoras de salud como iguales. De hecho, las autoridades de las jurisdicciones

sanitarias, los responsables del área de Salud Reproductiva, los supervisores de CS identificaron que no todos los médicos responsables de CS tienen la suficiente apertura para aceptar a este personal, ya que hay quienes las ven como una competencia en vez de un apoyo. Afortunadamente la mayoría de los jefes de jurisdicción quedaron de acuerdo en que la contratación de este personal trae más ventajas que desventajas, lo cual puede ser un primer paso para promover e impulsar la aceptación de estas proveedoras en el primer nivel de atención de las áreas rurales del país.

### **IX. LIMITACIONES**

En el caso de los datos de los expedientes médicos encontramos una baja calidad de llenado del expediente y no existen datos en todos los rubros contemplados nuestra base, y queda la duda si estas acciones no se realizan o no fueron registradas en las unidades médicas bajo estudio.

### **X. COMENTARIOS**

De acuerdo con la dinámica de trabajo establecida por el equipo de investigación, cada que se acudía a supervisar los C.S. de intervención se les preguntaba a los proveedores alternativos sobre el número de partos atendidos y se llevaba un registro de las cifras que ellos daban; estas cifras no coinciden, en ningún semestre, con el número de partos registrado en los formatos SISPA. A pesar que en este documento se demostró los resultados favorables que se tienen en los CS donde hay proveedores alternativos (Apartado VII.1), este hecho nos hace cuestionarnos la posibilidad de un subregistro de los datos de los formatos SISPA, y sugeriríamos que se considere efectuar una evaluación de esta fuente de información.

Los hallazgos encontrados en este reporte de investigación continuarán siendo analizados mediante un análisis estadístico más refinado con el fin de completar la evidencia científica aquí obtenida, y serán difundidos en foros y revistas arbitradas en el campo de la salud reproductiva.

## XI. Anexos

### XI.1 Anexo A

**Cuadro A1. Personal, infraestructura e insumos en las unidades médicas rurales de Guerrero y Oaxaca**

<u>Personal</u>	<u>Insumos</u>
Número de enfermeras generales y pasantes en los centros de salud Número de personal capacitado parto LEO/PPT/MPSS/ MG*	<b>Para atención de Enfermedad hipertensiva</b> Venoset Nifedipina o Metil-dopa o Hidralizina Sulfato de magnesio Soluciones intravenosas (IV) Sonda Foley
<b><u>Infraestructura</u></b> <b>Frecuencia en la interrupción de energía eléctrica</b> Algunas veces por año/casi nunca Algunas veces por semana/por mes/casi diario <b>Tipo de transporte que utiliza la paciente para llegar al hospital de referencia</b> Ambulancia/carro municipal Transporte público/ propios medios <b>Tipo de comunicación de existe en el centro de salud</b> Ninguno Teléfono fijo/ teléfono movil/comunicación por radio Existe cabina telefónica	<b>Para Tratamiento de infección</b> Ampicilina Penicilina Metronidazol Ungüento oftálmico
<b><u>Insumos</u></b> <b>Para atención de Hemorragia Básica</b> Venoset Soluciones intra venosas (IV) Oxitocina Sonda foley	<b>Para atención de parto normal</b> Lava manos Jabón Pinzas kocher Tijeras Perilla de succión Atadura para ombligo Soluciones intravenosa (IV) Autoclave o esterilizador Guantes esteril o No esteriles Oxitocina Pinard o doppler Esfigmomanómetro Estetoscopio
<b>Para atención de Hemorragia complicada</b> Hemocue Ergonovina Carbetocina Misoprostol	<b>Para atención prenatal</b> Esfigmomanometro Estetoscopio Báscula para adultos Tiras rectivas para orina
<b>Para atención de Desgarro cervical</b> Sutura Porta-agujas Tijeras Forceps Espejo vaginal Lidocaina	<b>Para atención del recién nacido sin complicaciones</b> Ligadura por el umbiligo Vitamina K Perilla de succión Ungüento oftalmico Báscula para recién nacido
<b>Para atención del recién nacido con complicaciones</b> Todos los insumos de atención de recién nacidos sin complicaciones más: Mascarilla infantil Oxígeno	

\* Licenciada en enfermería y obstetricia (LEO), Partera profesional técnica (PPT), Médico pasante de servicio social (MPSS), Médico general (MG).

Figura A1. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de consultas a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

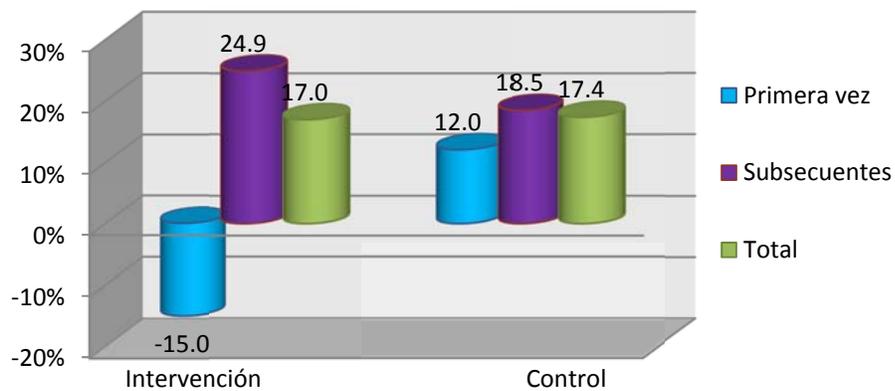


Figura A2. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de consultas de primera vez a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

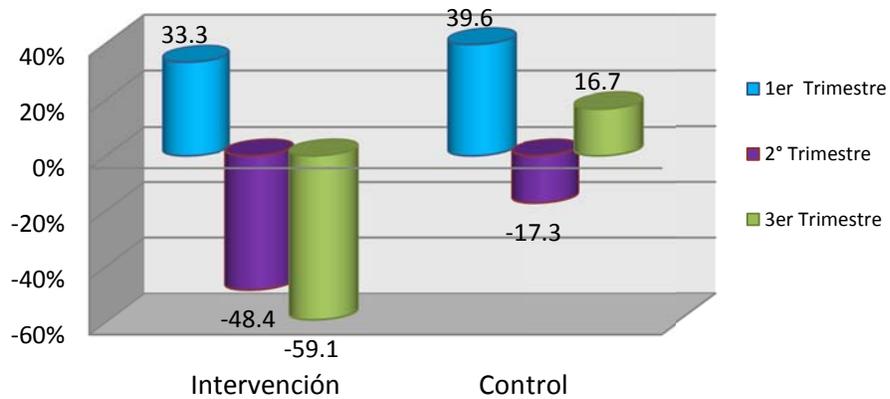


Figura A3. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de consultas subsecuentes a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

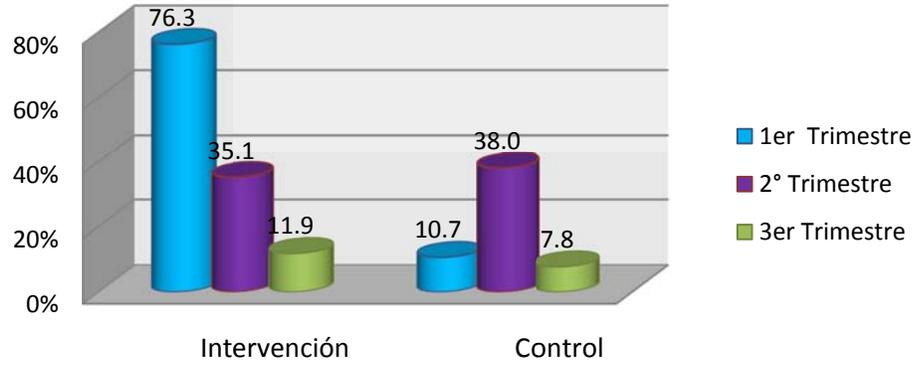
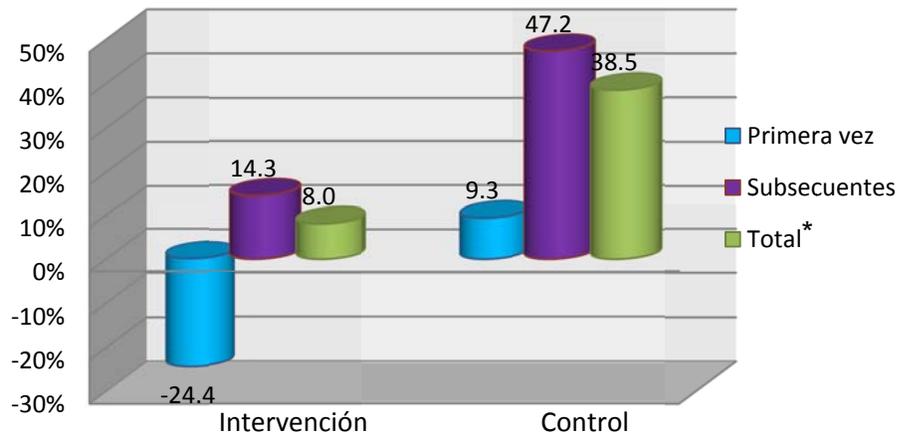
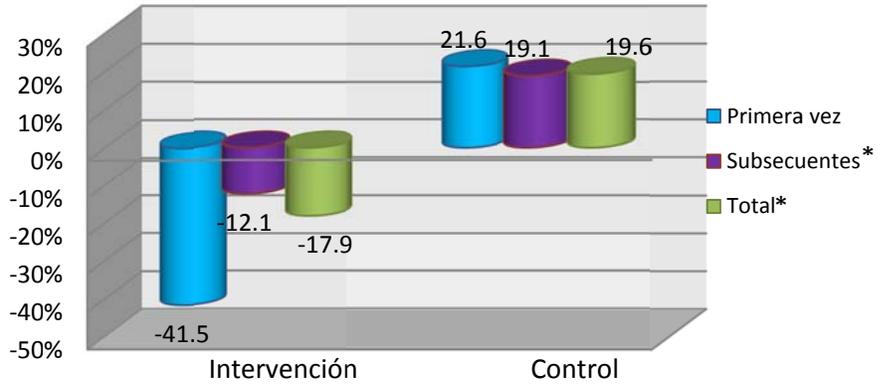


Figura A4. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de consultas a adolescentes embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



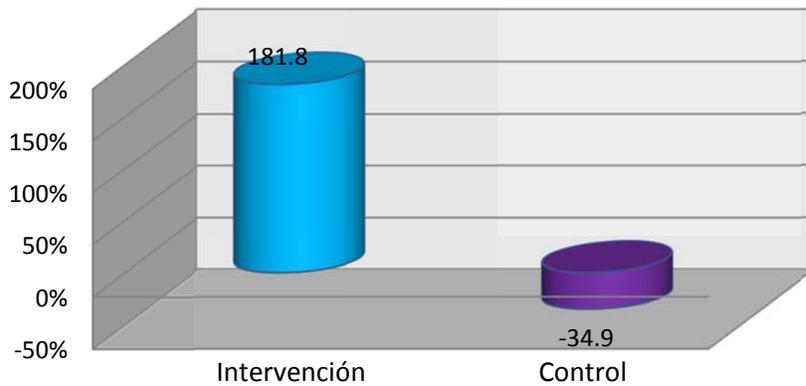
\*p<0.05.

Figura A5. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de consultas a embarazadas de alto riesgo reproductivo en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



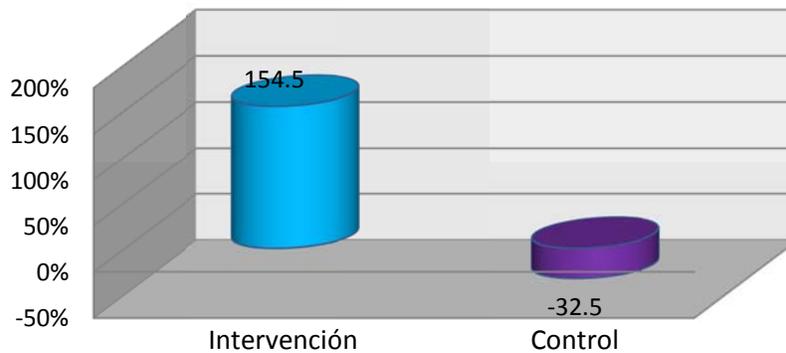
\*p<0.05.

Figura A6. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de partos atendidos en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)\*



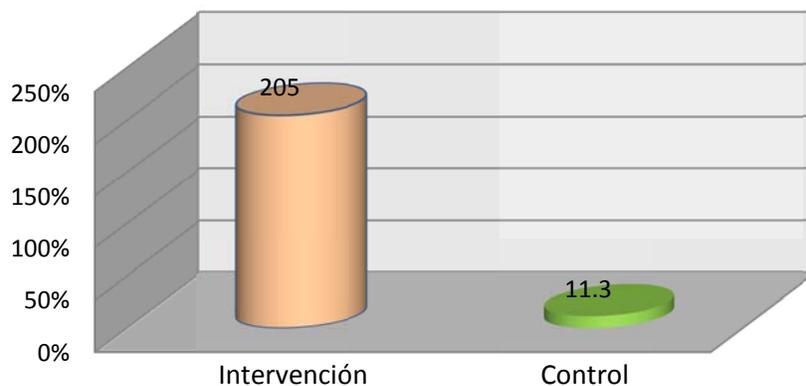
\*p<0.05.

Figura A7. Porcentaje de cambio en Guerrero del número de nacidos vivos con 37 y más semanas de gestación y 2500 gramos o más de peso al nacer en las unidades médicas de intervención y control del 2009)\*



\*p<0.05.

Figura A8. Porcentaje de cambio en Guerrero del total de tamices tomados en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre de 2009)\*



\*p<0.05.

Figura A9. Porcentaje de cambio del número de consultas a mujeres púerperas por trimestre de gestación en Guerrero de las unidades médicas de intervención y control (julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)

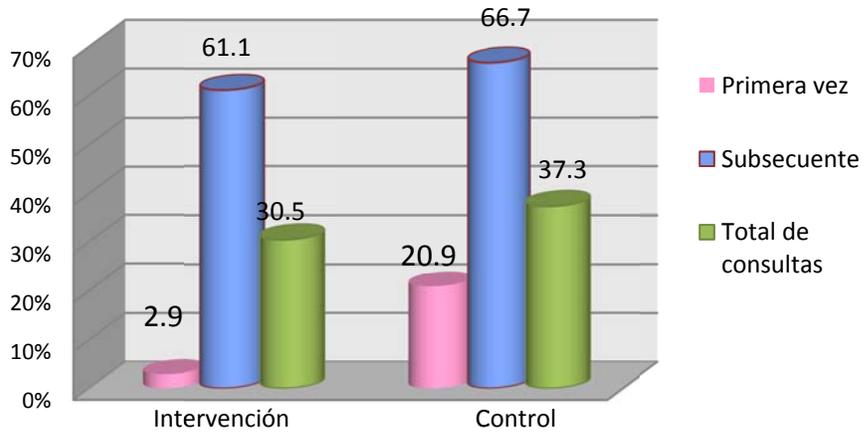
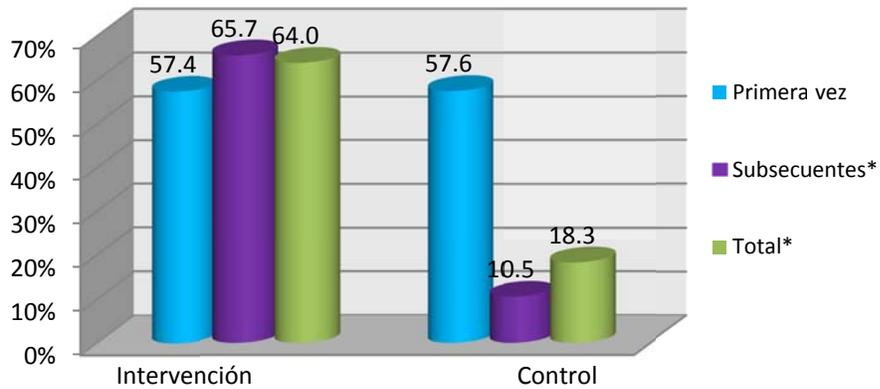
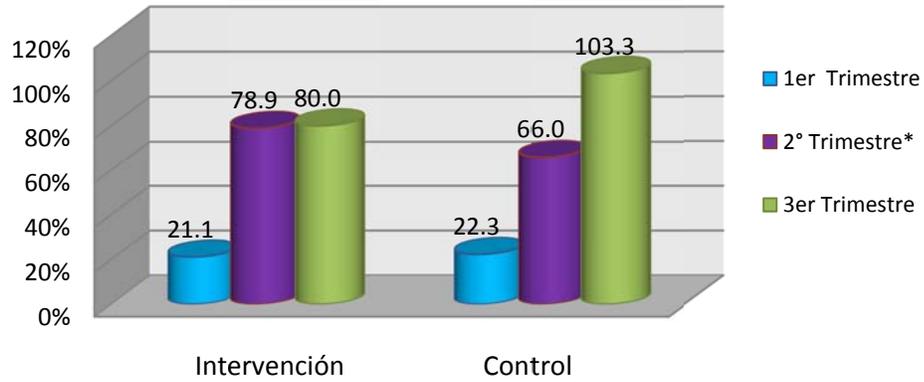


Figura B1. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de consultas a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



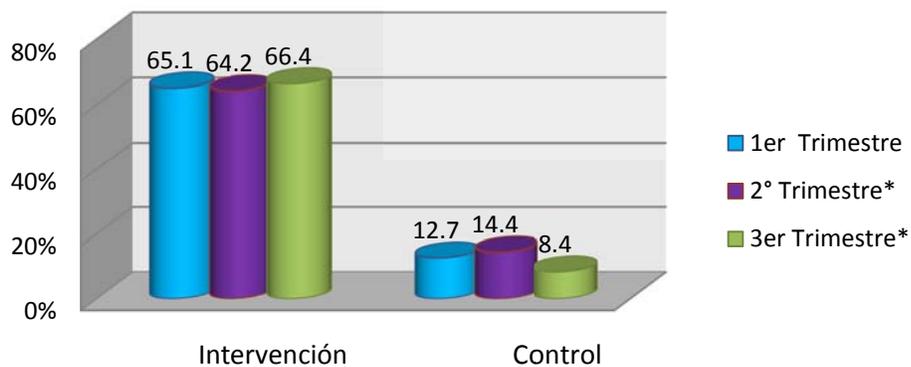
\*p<0.01.

Figura B2. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de consultas de primera vez a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



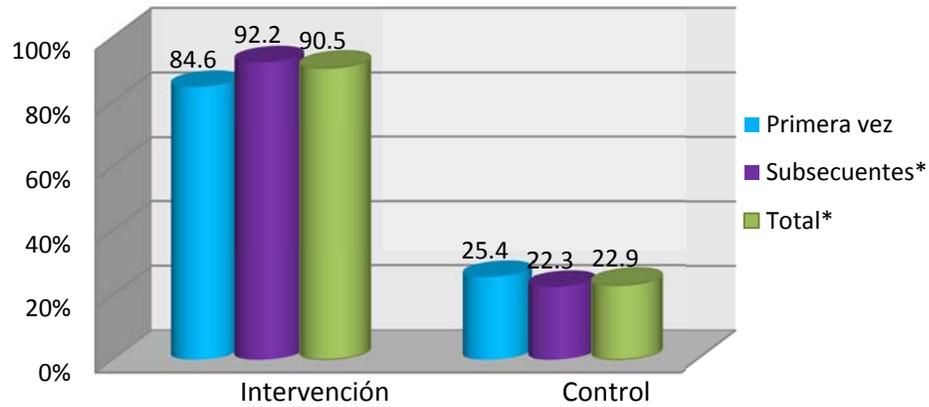
\*p<0.01.

Figura B3. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de consultas subsiguientes a embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según trimestre de gestación (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



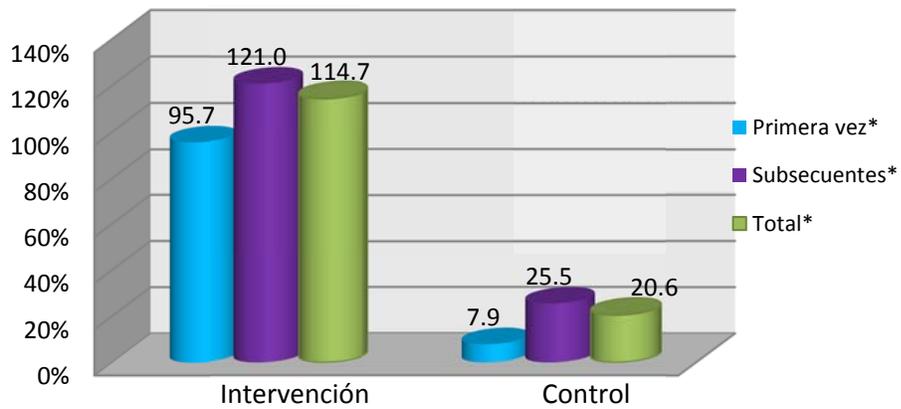
\*p<0.01.

Figura B4. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de consultas a adolescentes embarazadas en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



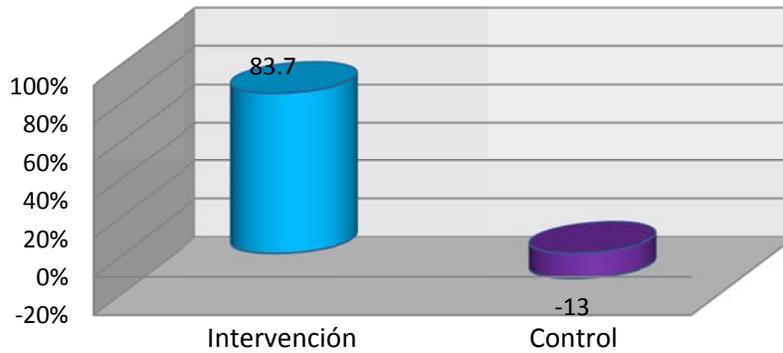
\*p<0.01.

Figura B5. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de consultas a embarazadas de alto riesgo reproductivo en las unidades médicas de intervención y control según tipo de consulta (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)



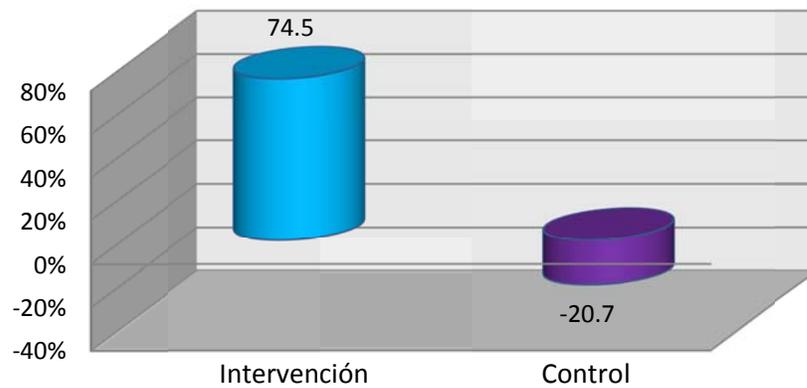
\*p<0.05.

Figura B6. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de nacidos vivos con 37 y más semanas de gestación y 2500 gramos o más de peso al nacer en las unidades médicas de intervención y control del 2009)\*



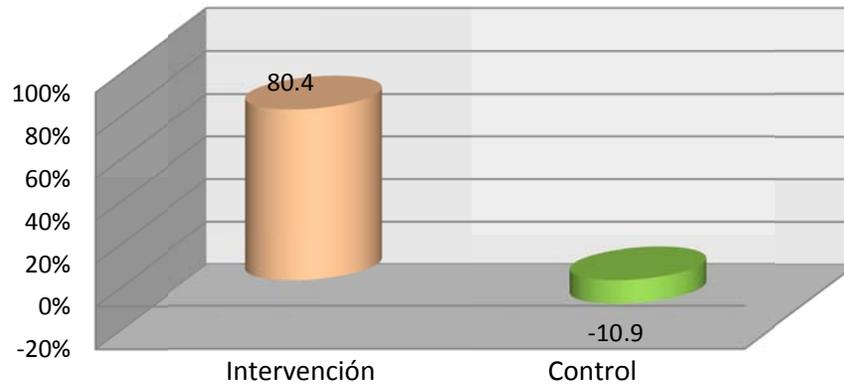
\* $p < 0.01$ .

Figura B7. Porcentaje de cambio en Oaxaca del número de partos atendidos en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre del 2009)\*



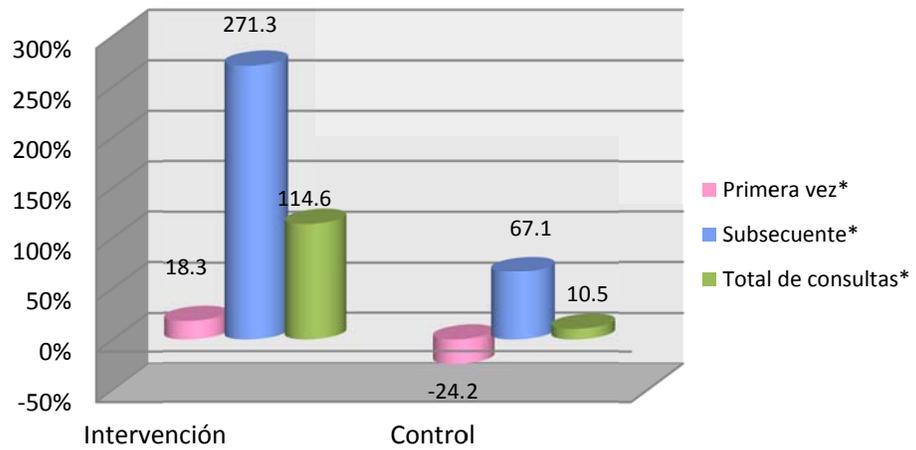
\* $p < 0.01$ .

Figura B8. Porcentaje de cambio en Oaxaca del total de tamices tomados en las unidades médicas de intervención y control (de julio a diciembre del 2008 a julio a diciembre de 2009)\*



\*p<0.01.

Figura B9. Porcentaje de cambio del número total de consultas a mujeres puérperas por trimestre de gestación en Oaxaca de las unidades médicas de intervención y control en el 2º semestre de 2008 y 2º semestre de 2009.



\*p<0.01.

## **XI.2 Anexo B**

### ***Recomendaciones de la OMS para la buena práctica obstétrica, de acuerdo a medicina basada en evidencia<sup>2</sup>.***

De acuerdo a la medicina basada en evidencia, la división de maternidad de la OMS<sup>1</sup>, publicó una lista para la buena práctica obstétrica que incluye:

- I. Promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles.
- II. Eliminación de las prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces.
- III. Realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación.
- IV. Reducción de aquellas prácticas que sean utilizadas excesivamente de manera inapropiada.

A continuación se presenta los elementos enumerados por la OMS<sup>1</sup> en cada uno de los cuatros grupos:

#### **I. Promoción de aquellas prácticas que han demostrado ser útiles**

- 1.1 Plan personalizado, efectuado durante el embarazo, sobre el sitio y la persona que atenderá el parto.
- 1.2 Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal, y reevaluación del mismo en cada encuentro.
- 1.3 Monitoreo permanente del bienestar físico y emocional de la mujer en el trabajo de parto, al nacimiento y después del parto.
- 1.4 Ofrecimiento de hidratación oral durante el trabajo de parto y en la fase activa.
- 1.5 Respeto a la elección informada de la paciente acerca del sitio donde dar a luz.
- 1.6 Otorgar cuidados durante el parto y el alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.

- 1.7 Respeto al derecho de privacidad de la mujer durante el trabajo de parto y al nacimiento.
- 1.8 Apoyo de las matronas durante el parto y nacimiento.
- 1.9 Respeto de la elección de la mujer respecto a los acompañantes.
- 1.10 Informar y explicar a la paciente tanto como ella requiera.
- 1.11 Utilización de métodos no invasivos y no farmacológicos para controlar el dolor, como masaje y técnicas de relajación.
- 1.12 Monitoreo de la frecuencia cardiaca del feto con auscultación intermitente.
- 1.13 Uso de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante parto y nacimiento.
- 1.14 Uso de guantes en exploraciones vaginales, durante el nacimiento del niño y mientras se manipule la placenta.
- 1.15 Libertad de movimiento en el trabajo de parto y de posición de la madre durante el parto.
- 1.16 Promoción de posiciones no-supinas.
- 1.17 Supervisión cuidadosa del progreso del trabajo de parto, mediante el uso del partograma recomendado por la OMS u otras técnicas.
- 1.18 Uso de oxitocina profiláctica durante la tercera etapa del parto de mujeres con riesgo de desarrollar hemorragia post parto.
- 1.19 Asepsia al cortar el cordón umbilical.
- 1.20 Prevención de hipotermia neonatal.
- 1.21 Contacto temprano piel a piel entre la madre y el bebé y ayuda con la iniciación de la lactancia materna dentro de la primera hora posparto.
- 1.22 Revisión rutinaria de la placenta y membranas.

## **II. Eliminación de prácticas que resulten perjudiciales e ineficaces**

- 2.1 Aplicación rutinaria de enema evacuante.
- 2.2 Uso rutinario de depilación púbica.

- 2.3 Uso rutinario de infusiones intravenosas.
- 2.4 Aplicación profiláctica de soluciones intravenosas.
- 2.5 Exploraciones rectales.
- 2.6 Uso rutinario de posición supina durante el parto.
- 2.7 Estudios radiológicos de pelvis, pelvimetría por rayos X.
- 2.8 Administración no controlada de oxitocina antes del nacimiento.
- 2.9 Uso rutinario de posición de litotomía con o sin estribos.
- 2.10 Empujes sostenidos y constantes (maniobra de Valsalva) durante el expulsivo.
- 2.11 Masaje y estiramiento del periné durante el expulsivo.
- 2.12 Uso de ergonovina oral durante la tercer etapa, para prevenir o controlar una hemorragia.
- 2.13 Uso rutinario de ergometrina parenteral en la tercera etapa.
- 2.14 Limpieza de la cavidad uterina, después del nacimiento.
- 2.15 Exploración manual de rutina del útero en la tercera etapa.

**III. Realización con cautela de prácticas cuya evidencia es escasa hasta que se sustente su uso o eliminación.**

- 3.1 Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en agua y estimulación nerviosa.
- 3.2 Amniotomía temprana de rutina en fase de dilatación.
- 3.3 Presión sobre el fondo uterino durante el parto.
- 3.4 Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- 3.5 Manipulación activa del producto al nacer.
- 3.6 Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
- 3.7 Estimulación de los pezones para incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento.

#### **IV. Reducción de aquellas prácticas que sean utilizadas excesivamente de manera inapropiada**

- 4.1 Restricción de la ingesta de líquidos y sólidos durante el parto.
- 4.2 Control del dolor por agentes sistémicos.
- 4.3 Uso de anestesia epidural, para el control del dolor.
- 4.4 Monitoreo fetal electrónico.
- 4.5 Uso de cubre boca y batas estéril al atender el trabajo de parto.
- 4.6 Exploraciones vaginales repetidas y frecuentes especialmente por más de un miembro del equipo.
- 4.7 Conducción con oxitocina.
- 4.8 Movilización de la parturienta a otra habitación una vez que ha alcanzado la dilatación completa.
- 4.9 Cateterización vesical urinaria.
- 4.10 Alentar el pujo antes de que la mujer sienta el deseo de hacerlo o más aún cuando no se ha completado la dilatación.
- 4.11 Rigidez en cuanto a la duración estipulada del expulsivo (una hora si las condiciones maternas y fetales son óptimas).
- 4.12 Partos instrumentales y cesáreas.
- 4.13 Uso rutinario de episiotomía.
- 4.14 Exploración manual del útero después del alumbramiento.

## XII. REFERENCIAS

---

<sup>1</sup> SSA. Norma Oficial Mexicana, NOM 007-SSA2-1993 sobre la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, México DF, 1995.

<sup>2</sup> World Health Organization Technical Working Group on Care in Normal Birth. *Care in normal birth: A practical guide*. WHO, 1996, Geneva. WHO/FH/MSM/96.24.

<sup>3</sup> Cragin L. (et al.). Educating skilled birth attendants in Mexico: Do the curricula meet international Confederation of midwives standards? *Reproductive Health Matters* 2007; 15(30):50-60.

<sup>4</sup> Walker D. (et al). Evaluación de tres modelos de atención de partos en México: Enfermeras obstetras, médicos generales y parteras profesionales técnicas. (Reporte técnico del estudio transversal preparado para el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva), Dirección de Salud Reproductiva, Instituto Nacional de Salud Pública, Septiembre, 2008.

<sup>5</sup> Walker D, DeMaria L, Suárez L, Cragin L, EAMOCMRT(2011). Skilled birth attendants in Mexico: How does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses and professional midwives compare with World Health Organization evidence-based practice guidelines?, *Journal of Midwifery & Women's Health* (in print).

<sup>6</sup> INEGI. II Censo de Población y Vivienda, 2005, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, Aguascalientes, 2006.

<sup>7</sup> CONAPO. Índices de Marginación 2005, Consejo Nacional de Población, México, Primera Ed., 2006.

<sup>8</sup> El Colegio de México. Estimaciones de Población de 1990-2012. Consultadas en SSA. Base de Datos Interactiva del SINAIS. [Consulta: 30 de junio del 2010].

---

<sup>9</sup> ASOCIACIÓN MEXICANA DE INVESTIGACIÓN DEMOGRÁFICA Y MÉDICA y Centro de Orientación para Adolescentes, 1986. *Encuesta sobre la información sexual y reproductiva de los jóvenes, 1985*. AMIDEM, CORA, México.

<sup>10</sup> SECRETARIA DE SALUD, 1988. *Encuesta sobre el comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México, 1987*, SSA, México.

<sup>11</sup> ATKIN, Lucille *et al.* 1998. "Sexualidad y fecundidad adolescente" en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council, Edamex, México.

<sup>12</sup> BUVINICK, M. *et al.* 1998 "La suerte de las madres adolescentes y sus hijos: la transmisión de la pobreza en Santiago de Chile" en B. Schmukler (comp.), *Familias y relaciones de género en transformación*, The Population Council, Edamex, México.

<sup>13</sup> ESCOBEDO *et al.*, 1995. "Embarazo en adolescentes: seguimiento de sus hijos durante el primer año de vida" en *Boletín Médico de Hospital Infantil de México*, Hospital Infantil de México, México, Vol. 52, núm. 7.

<sup>14</sup> MOORE, S y D. Rosenthal, 1993. *Sexuality in adolescents*, Ed. Routledge, Adolescence Society Series, New York.

<sup>15</sup> SCHLAEPFER, R. y C. Infante, 1996. "Patrones de inicio de la vida reproductiva: su relación con la mortalidad infantil y comportamientos reproductivos futuros" en T. Lartigue y H. Ávila (eds.), *Sexualidad y reproducción humana en México*, UIA – Plaza y Valdés, México, vol. 2.

<sup>16</sup> IMSS; 2000. "Autocuidado de la salud reproductiva", *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva con población derechohabiente. Informe de Resultados*, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México, D.F., pp. 88-93.

<sup>17</sup> Chaparro CM, Neufeld LM, Tena-Alvarez G, Eguía-Liz R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controller trial, *The Lancet*, 2006;(367):1997-2004.

---

<sup>18</sup> Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Cuernavaca, Morelos (México): Instituto Nacional de Salud Pública, 1ª. Reimpresión, *Perspectivas en Salud Pública* 10, 1992.

<sup>19</sup> Navarrete S, López A, Hernández JF, Mejía JM, Rubio S. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico, *Gac Med Mex*, 2000;136(3): 207-212.

<sup>20</sup> Saucedo A, Durán L, Hernández B. Evaluación de un programa de monitoría de la calidad de los servicios otorgados por una organización no gubernamental, *Salud Pública Mex*, 2000;42(5):422-430.