

# Calidad de Atención en Embarazo de Riesgo y Emergencia Obstétrica: en una Población Indígena

## Quality of Care in Risk Pregnancy and Obstetric Emergency: in an Indigenous Population

Gustavo Nigenda<sup>a</sup>, Clara Juárez-Ramírez<sup>b</sup>, Aremis Villalobos<sup>c</sup>, Alma Lucila Saucedo-Valenzuela<sup>b</sup>

### Resumen

**Introducción.** Para lograr niveles óptimos de calidad, se requiere hacer confluir en unidades médicas tanto a personal de salud, debidamente capacitado, como insumos e infraestructura necesarios para ejecutar las acciones en favor de la salud. Este estudio tiene como objetivo explorar aspectos de calidad y satisfacción del personal de salud a partir de los recursos y condiciones en que se otorga la atención de los servicios médicos para embarazo de alto riesgo y emergencia obstétrica, a población indígena del sur de México, desde la opinión de los prestadores de atención. **Métodos.** Estudio observacional de tipo transversal, llevado a cabo en unidades médicas adscritas a las Redes Integradas de Salud Subvencionadas por el estado para atender poblaciones vulnerables en dos lugares de México: Oaxaca y Chiapas, durante 2017-2018. Se aplicó un cuestionario a prestadores de atención que laboraban en las unidades médicas. La muestra fue intencionada no probabilista (n=30 Chiapas, n=31 Oaxaca). Se contrastó los aspectos en que se otorga la calidad de la atención obstétrica por Estado (prueba de Fisher exact) y se describió la satisfacción de los prestadores con la organización y recursos disponibles para ello, en las unidades médicas. **Resultados.** A partir de la infraestructura y recursos existentes para la atención del embarazo de alto riesgo y emergencia obstétrica,

### Abstract

**Introduction.** To achieve the highest / the desired levels of quality in health services provided, all departments, whether they perform clinical or non-clinical roles, must work together. The following study will explore both the performance and employee satisfaction regarding resources and working conditions of health workers specifically providing services for patients experiencing high-risk pregnancies or obstetric emergencies. The study was conducted with healthcare providers in southern Mexico who are primarily serving patients of indigenous backgrounds. **Methods.** This is an observational, cross-sectional study, conducted during 2017-2018 in medical units affiliated with the Integrated Health Services Networks (IHSN) subsidized by the federal government to serve vulnerable populations in the southern Mexican states of Oaxaca and Chiapas. A multiple choice questionnaire was administered to health personnel working in medical units. The sample of healthcare workers was intentionally non-probabilistic (n=30 Chiapas, n=31 Oaxaca). The conditions of obstetric healthcare provision were contrasted by assessing differences by state (Fisher's exact test). Healthcare workers' satisfaction with the medical organization and resources available for each medical units was also described. **Results.** The 62.1% of healthcare workers in Chiapas and 58.3% in Oaxaca

<sup>a</sup> Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Calz México-Xochimilco 120A, CP 14370. Huipulco, Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

<sup>b</sup> Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Fray Pedro de Gante Núm. 50 (7ª. Cerrada). Col. Sección XVI, CP 14080. Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

<sup>c</sup> Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública. Fray Pedro de Gante Núm. 50 (7ª. Cerrada). Col. Sección XVI, CP 14080. Delegación Tlalpan, Ciudad de México.

Correspondencia: Alma Lucila Saucedo-Valenzuela  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Correo electrónico: alma.saucedo@insp.mx

62.1% de prestadores de Chiapas y 58.3% de Oaxaca refirieron que la calidad otorgada era la mejor posible. Menos de la mitad de los prestadores consideró que se hacía seguimiento correcto de los casos de embarazo de alto riesgo, y que se realizaba el alta de usuarias en tiempo y forma. Para los ítems de satisfacción, más de la mitad de los prestadores no se sintió siempre satisfecho con los recursos y organización de las unidades médicas dedicadas a la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica, destacando: el equipamiento existente en las unidades, el mantenimiento del equipo y la disponibilidad de insumos para el cumplimiento de su trabajo (<10% se sintió siempre satisfecho con ello). **Conclusiones.** La opinión de los prestadores directos de atención es crucial como insumo para mejorar la calidad en ambientes de escasez de recursos de países de ingresos bajos y medios como México, particularmente en unidades médicas rurales dedicadas a la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica, que presentan insatisfacción laboral, así como capacidad limitada de infraestructura. La resolución de estos aspectos puede contribuir a generar un contexto de atención más propicio y evitar menores resultados adversos en salud de las mujeres atendidas.

**Palabras clave:** embarazo de alto riesgo, calidad de la atención de salud, población indígena, personal de salud.

## Introducción

La calidad de la atención, es un atributo necesario en la prestación de servicios de salud. Para lograr niveles óptimos de calidad se requiere hacer confluir en unidades médicas tanto a personal de salud, debidamente capacitado, como insumos e infraestructura necesarios para ejecutar las acciones en favor de la salud. Sin embargo, los países de ingresos medios y bajos frecuentemente cuentan con servicios de salud pobremente dotados de recursos y con personal con bajos niveles de entrenamiento<sup>1,2</sup>. Estas condiciones plantean un enorme reto para decidir cómo otorgar la provisión del servicio y garantizar que sea de calidad.

Los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han hecho énfasis en que los sistemas de salud constituyen una compleja constelación de recursos y procesos que, combinados adecuadamente, logran

reported that the quality of care being provided was the best possible with the existing resources and infrastructure. This being said, fewer than half of the participants believe that high-risk pregnancy cases were followed up correctly, or that users were discharged in a timely manner. In response to the satisfaction items on the questionnaire, more than half of the providers marked "not always" satisfied with the resources or organization of their medical facility which are needed in treating high-risk pregnancies or obstetric emergencies. Their responses addressed three main issues: the existing equipment in the units or lack thereof, the maintenance of that equipment, and the availability of medical supplies. Fewer than 10% felt satisfied with these. **Conclusions.** The opinion of direct healthcare providers is crucial to improving quality in resource-scarce environments in low- and middle-income countries such as Mexico. In particular, it is important to hear from staff who are experiencing low job satisfaction as well as low-resources within the infrastructure of rural hospitals and clinics dedicated to treating high-risk pregnancies and obstetric emergencies. Recognizing and addressing these issues should create a more supportive environment and subsequently avoid other, less adverse health outcomes for the women being treated.

**Key words:** high-risk pregnancy, health care quality, indigenous population, health workers.

generar productos con impactos positivos sobre la salud. Más recientemente la OMS, ha remarcado la necesidad de que al centro de esta constelación debe ubicarse a la población usuaria como objetivo prioritario<sup>3,4</sup>.

Los sistemas de salud se organizan en contextos sociales y políticos de acuerdo al modelo de desarrollo económico de cada país, en gran medida son producto de la forma en que cada Estado valora la salud. Deben de considerar las necesidades epidemiológicas y determinantes socioculturales de las poblaciones a las que atienden para proveer insumos e infraestructura adecuada<sup>5</sup>. Ello, es relevante para la organización de los servicios de salud en países con poblaciones indígenas. En América Latina, estas poblaciones representan grupos que se ubican en los deciles más bajos de ingresos, con escasas oportunidades para participar del mercado laboral y beneficiarse de servicios públicos de salud que despliega el Estado. En México,

por ejemplo, la población que cuenta con un empleo fijo puede acceder a seguridad social y atención médica. No obstante, en población indígena, uno de los aspectos más importantes en términos de su ubicación social es que representa culturas distintas al resto de la población, con una perspectiva diferente de cómo entender y atender la salud-enfermedad<sup>6,7</sup>.

La mayor parte de las propuestas conceptuales sobre calidad de atención, parten de una visión étic del fenómeno, que enfatiza el punto de vista de prestadores de servicios<sup>8,9</sup>. Sin embargo, los parámetros de calidad con los que la población indígena la evalúa, plantean la necesidad de desarrollar también, una visión emic de la calidad, lo cual, implica que los parámetros de prestación de servicios deberían estar ajustados a la visión de las comunidades que los reciben<sup>10,11</sup>.

En México, personal médico y de enfermería deben pasar un año de su formación (servicio social) atendiendo a poblaciones más empobrecidas. Esta experiencia suele generar sensaciones de insatisfacción: por el lugar al que son enviados, por las condiciones de escasez de insumos médicos e infraestructura y por el tipo de población que deben atender<sup>12,13</sup>.

Desde una visión formal, la calidad de la atención puede entenderse en la definición clásica de Donabedian y otros autores, como la dotación adecuada de infraestructura y equipo, en procesos donde el seguimiento estricto de protocolos de atención y conocimiento experto son altamente valorados, y cuando se logra responder a las necesidades de la población considerando sus expectativas<sup>14-15</sup>. En el caso de atención obstétrica, entendida como los cuidados que se brindan durante el embarazo, parto y puerperio, debe realizarse por personal entrenado y certificado. Sin embargo, en México, existe evidencia de prácticas que contravienen los protocolos de la OMS<sup>16,17</sup>. Esta, es una de las razones de que organismos internacionales insistan a

los países adoptar un enfoque de derechos para otorgar los cuidados, buscando anclar la atención en estamentos jurídicos que definen la responsabilidad del Estado en la prestación de servicios, enfatizando otorgarlos con calidad para satisfacción tanto del personal de salud como de usuarias<sup>18,19</sup>.

La calidad de la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica es trascendente porque conlleva, a resultados en salud que pueden impactar en términos de morbi-mortalidad materna y perinatal. Explorar aspectos de la calidad ofrecida a partir de lo que reportan los prestadores directos de atención, puede contribuir de manera substancial, a dar un panorama de los aspectos y componentes de estructura y recursos que funcionan o no, en óptimas condiciones, pero también, pueden proporcionar información útil y relevante de aspectos como la motivación y satisfacción con el trabajo realizado. Este tipo de información es necesaria como insumo para mejorar la oferta y prestación de estos servicios.

En este contexto, el objetivo de este artículo es explorar la opinión del personal de salud sobre la calidad de la atención, en términos de los aspectos en que se otorga la atención para el embarazo de alto riesgo y emergencia obstétrica de mujeres indígenas, así como la satisfacción laboral del personal, considerando para ello, la infraestructura y organización de los servicios disponibles para la atención de esta población.

## Material y Métodos

Estudio observacional, transversal y cuantitativo. Se realizó en dos estados del sur de México con mayor porcentaje de población indígena: Oaxaca y Chiapas. Para elegir la zona de estudio primero se revisaron fuentes secundarias y se identificó un nodo de las Redes Integradas de Salud subvencionadas (RISS) que funcionaban para la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica

en cada estado. Posteriormente, se identificó el perfil sociodemográfico y entorno laboral del personal de salud en ambos estados, para documentar el tipo de prestadores de salud disponibles para la atención del embarazo de alto riesgo, parto y emergencias obstétricas. De esta manera, la población de estudio correspondió a los prestadores de salud adscritos a unidades médicas que formaban parte de las Redes de Servicios descritas. Se determinó una muestra para responder el cuestionario, la cual fue intencionada no probabilística, cuyos criterios de inclusión fueron: mayores de 18 años; mayor antigüedad en el puesto; participación en atención obstétrica en primer y segundo nivel de atención; personal directivo y administrativo involucrado en la atención obstétrica. Como criterios de exclusión se consideró: personal no relacionado al otorgamiento de atención obstétrica, que tuviese menos de un mes en el puesto, así como no se contempló incluir a menores de edad.

El personal de salud que participó del estudio se reclutó en seis establecimientos médicos de primer nivel de atención y uno de segundo nivel para cada estado, en total 14 unidades médicas y 61 participantes (30 de Chiapas, 31 de Oaxaca), a quien se les aplicó un cuestionario anónimo (diseñado exprofeso para medir las condiciones en que se otorga la atención y aspectos de la calidad, mismo que fue previamente piloteado y validado en población de características similares) con 25 preguntas temáticas, es decir, que debían responder varios aspectos de una misma pregunta. Las preguntas estuvieron contenidas en los siguientes rubros: a) datos generales de la unidad médica, b) funciones y satisfacción laboral, c) atención obstétrica (detalles sobre el proceso de atención obstétrica), d) atención de emergencias obstétricas/atención en redes, e) condiciones en que se otorga la atención en consulta externa (primer nivel de atención) y en segundo nivel, así como la atención del parto. Para este estudio, solo se tomó en cuenta datos de la unidad médica, funciones y

satisfacción laboral, así como las condiciones en que se otorga la atención.

La decisión de incluir elementos de satisfacción laboral deriva de que contribuye a generar hallazgos que coadyuven al desarrollo de condiciones que favorezcan buenas prácticas laborales y profesionales para mejorar la calidad y desempeño organizacional<sup>20</sup>. Este estudio justamente exploró la satisfacción en términos de las funciones realizadas y los recursos/organización, disponibles en las unidades médicas para llevar a cabo las mismas. Sumado a la descripción de los aspectos en los que se otorga la atención, se aportan datos para mejorar a priori la calidad ofrecida.

La tasa de respuesta del cuestionario osciló entre 73% y 100%. La recolección de datos se realizó durante 2017-2018. Para el análisis de la información se describieron las frecuencias relativas sobre variables sociodemográficas: sexo, edad, puesto, tipo de plaza, jornada laboral, antigüedad en el puesto e institución laboral, y las variables de satisfacción, referidas a: gusto por el trabajo, orgullo de trabajar en la unidad médica, trabajo en equipo, equipamiento y mantenimiento con el que cuenta. Asimismo, se exploraron variaciones estadísticamente significativas (prueba de Fisher exact) entre estados para variables relacionadas con la opinión de la calidad, referidas a: agrado en brindar atención a comunidades indígenas, atención oportuna, conocimiento de normas, información al paciente y obtención del consentimiento informado. Las variables relacionadas con la calidad como son, las condiciones en que se prestan los servicios, se obtuvieron mediante preguntas que indicaban si el prestador estaba de acuerdo o no con cada ítem explorado. Las variables relacionadas con satisfacción laboral se obtuvieron en una escala de respuesta que recogía la apreciación de: siempre, frecuentemente, a veces y nunca. Para el análisis, se utilizó el software estadístico Stata versión 14.0.

La ética del estudio, siguió los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Los participantes dieron su consentimiento verbal y por escrito. El protocolo de estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México (CI1416-2016).

## Resultados

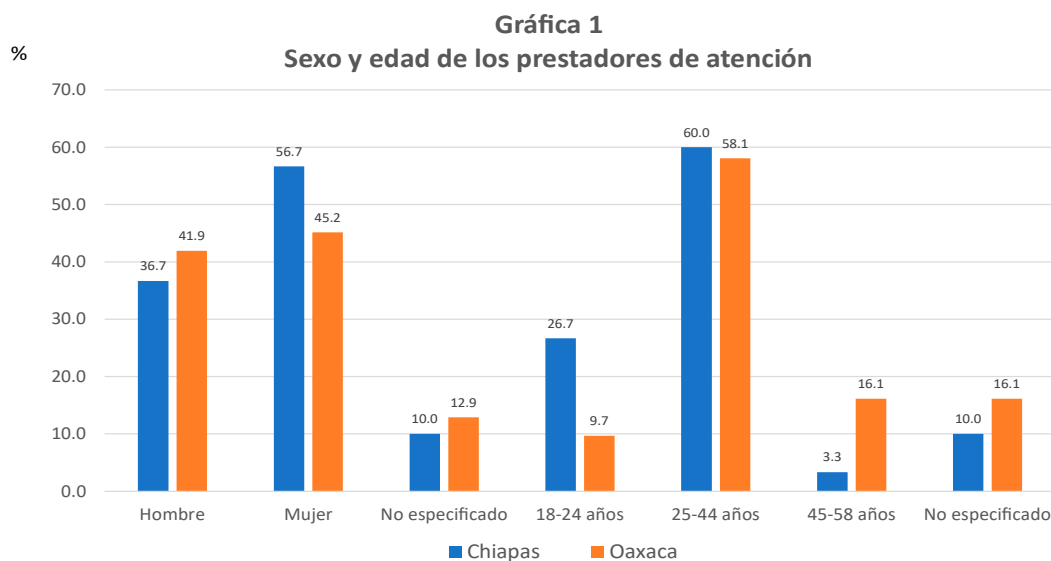
La mayoría del personal que respondió el cuestionario dijo pertenecer al sexo femenino (56.7% Chiapas y 45.2% Oaxaca), destacando que el 10% y 12.9% de Chiapas y Oaxaca no declaró su sexo. Más de la mitad en ambos Estados se ubicaron en el rango de edad de 25-44 años (60% en Chiapas y 58.1% en Oaxaca) y en ningún caso participó personal mayor a 58 años (ver Gráfica 1).

En Chiapas, el 26.7% del personal se desempeñaba como enfermeras(os) obstétricas(os); otro 26.7% como médicas/os generales/familiares y una cuarta parte como residentes de ginecoobstetricia o estaban en su último año como estudiantes de medicina en

servicio social. A diferencia de Oaxaca donde casi un tercio laboraba como trabajador(a) social, psicólogo(a), auxiliar de área médica o como responsable de urgencias. Cerca de una cuarta parte se desempeñaba como médico general/familiar y una quinta parte como residente de ginecobstetricia (ver Gráfica 2).

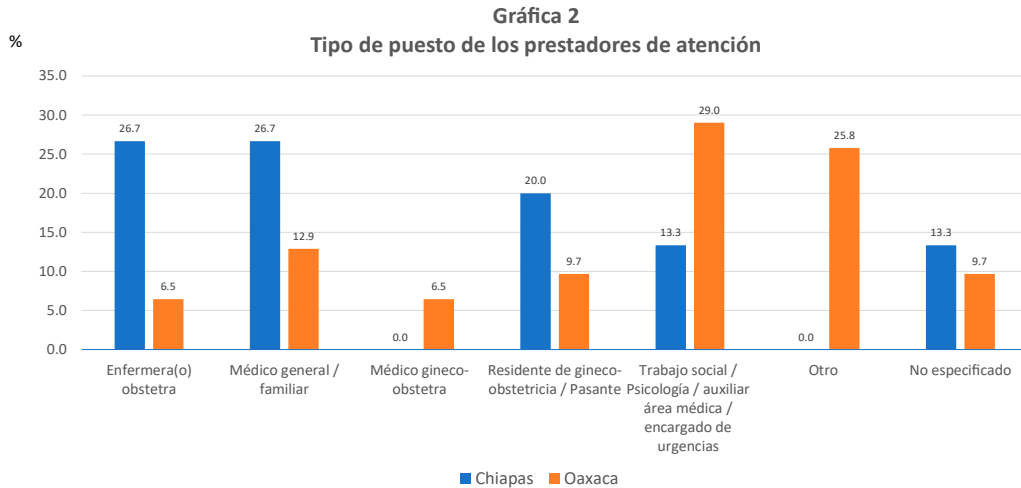
Sobre el tipo de plaza, 43% de prestadores de Chiapas y 19.4% de Oaxaca tenían pasantías o plazas de servicio social, asimismo una quinta parte del personal de Chiapas y un tercio del personal de Oaxaca contaba con otro tipo de plaza, destaca que menos del 10% del personal de ambos estados dijo tener plaza de base, y solo 6.7% del personal de Chiapas y 19.4% de Oaxaca refirió contar con plaza de confianza. Más de la mitad de los participantes de Chiapas tenía jornada laboral de lunes a viernes, por lo contrario, en Oaxaca, poco más de la mitad del personal laboraba en horario mixto (ver Gráfica 3).

La media de antigüedad laboral fue del doble en los participantes de Chiapas en comparación con Oaxaca (77.4 meses vs 38.4 meses). En Chiapas, el personal laboraba casi



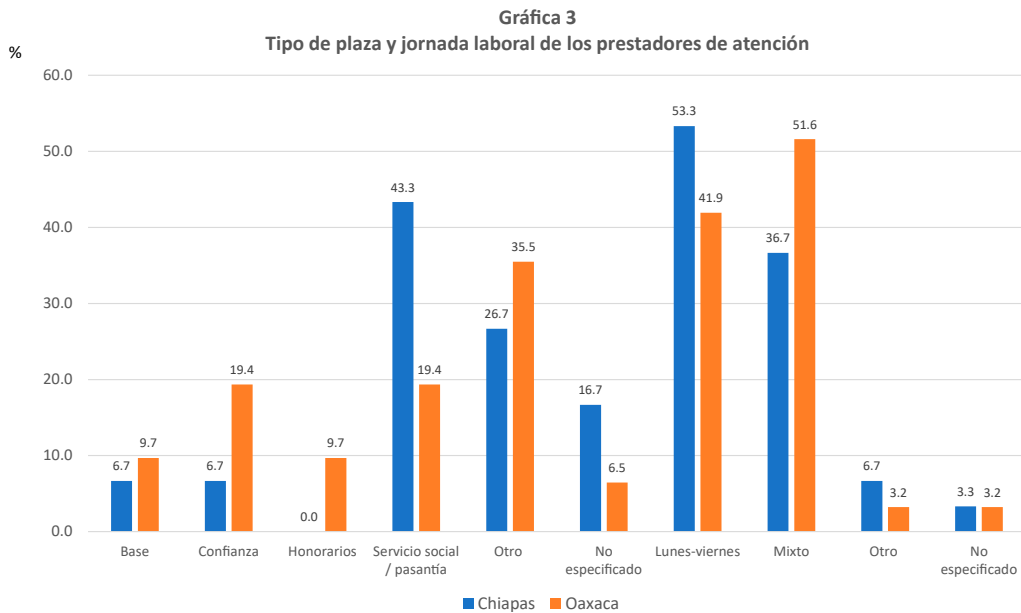
Gráfica 1. Sexo y edad de los prestadores de atención.

Fuente: Elaborado con base a información del cuestionario aplicado a personal de salud de unidades médicas de Oaxaca y Chiapas.



Gráfica 2. Tipo de puesto de los prestadores de atención.

Fuente: Elaborado con base a información del cuestionario aplicado a personal de salud de unidades médicas de Oaxaca y Chiapas.



Gráfica 3. Tipo de plazas y jornada laboral de los prestadores de atención.

Fuente: Elaborado con base a información del cuestionario aplicado a personal de salud de unidades médicas de Oaxaca y Chiapas.

en su totalidad (96.7%) en unidades médicas del sistema federal (Secretaría de Salud) para población sin seguridad social, mientras en Oaxaca laboraban en unidades semejantes y también, en otras que pertenecían a un programa de apoyo social (67.7% y 29% respectivamente).

La mayoría del personal de salud refirió que al momento de dar atención a las mujeres indígenas no diferenciaban en el trato otorgado por su condición étnica. Sin embargo, cuando se preguntó sobre la oportunidad con que se otorgaba la atención a mujeres con embarazo de alto

riesgo y emergencia obstétrica, esta fue más alta en Oaxaca que en Chiapas, aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa 92% vs 75.9% respectivamente (ver Tabla 1).

A partir de considerar la infraestructura y recursos disponibles para la atención de embarazo de alto riesgo y emergencia obstétrica, 62.1% de los prestadores de Chiapas y 58.3% de Oaxaca, señalaron que la calidad otorgada fue la mejor posible. En ambos estados, refirieron tomar en cuenta los protocolos de atención y guías de práctica clínica para la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica. El total del

personal, consideró estar actualizado en el conocimiento de normas institucionales para la atención del embarazo de alto riesgo y emergencia obstétrica también, refirieron que siempre informaban a las pacientes y/o sus familiares sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución. En el caso de la obtención del consentimiento informado de la paciente, todos los participantes de Chiapas y 95.7% de Oaxaca, señalaron siempre obtenerlo antes de realizar cualquier intervención. Como se aprecia en la Tabla 1, a pesar de existir algunas variaciones entre Estados en cada uno de los rubros descritos, en ningún caso las diferencias fueron estadísticamente significativas.

Tabla 1. Calidad de la atención a usuarias de comunidades indígenas que demandan servicios para atención del parto y emergencias obstétricas, según la opinión de los prestadores de atención.

Condiciones en que otorga la calidad de la atención	De acuerdo				En desacuerdo				Valor <i>p</i>
	Chiapas		Oaxaca		Chiapas		Oaxaca		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Me agrada brindar atención a usuarios(as) provenientes de comunidades indígenas.	28	96.5	22	95.6	1	3.5	1	4.4	0.867
Considero que no hago diferenciación en el trato otorgado a usuarios(as) provenientes de comunidades indígenas versus usuarios(as) no indígenas.	27	93.1	22	91.7	2	6.9	2	8.3	0.844
La atención otorgada en esta clínica/hospital a mujeres con embarazo de alto riesgo/ emergencia obstétrica siempre es oportuna.	22	75.9	23	92.0	7	24.2	2	8.0	0.113
Considerando la infraestructura y recursos disponibles en la unidad médica u hospital, la calidad de la atención que se otorga a mujeres con embarazo de riesgo o emergencia obstétrica siempre es la mejor.	18	62.1	14	58.3	11	37.9	10	41.7	0.782
Para la atención del embarazo de riesgo o emergencia obstétrica, siempre tomo de base los criterios de atención establecidos oficialmente (protocolos, guías, normas).	26	89.7	21	95.5	3	10.3	1	4.5	0.445
Considero que estoy actualizada(o) en el conocimiento de la normativa relacionada a atención del embarazo de riesgo o emergencia obstétrica.	28	100	22	100	0	0	0	0	0
Siempre acostumbro informar a la paciente (con embarazo de alto riesgo/emergencia obstétrica) o a sus familiares sobre su diagnóstico, tratamiento y evolución.	28	100	23	100	0	0	0	0	0
Cuando el caso lo amerita, siempre obtengo el consentimiento informado de la paciente.	28	100	22	95.7	0	0	1	4.3	0.265

*n*= frecuencia.

%= Distribución porcentual.

De acuerdo con la prueba de Fisher exact no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) entre Estados.

Nota. Las *n* y % corresponden solo a los prestadores que respondieron cada una de las preguntas, los casos de no respuesta no se incluyeron en el análisis, razón por la cual la sumatoria para algunos renglones no es igual al total del tamaño de muestra por estado descrito en la sección de material y métodos.

Fuente: Elaborado con base a información del cuestionario aplicado a personal de salud de unidades médicas de Oaxaca y Chiapas.

## Satisfacción del personal de salud con la organización laboral, recursos e infraestructura de las unidades médicas

Cerca del 90% del personal prestador de atención de Chiapas y 80% de Oaxaca respondieron sentirse siempre a gusto con el trabajo que realizaban. Con relación al orgullo sentido por laborar en la unidad médica, más de dos terceras partes refirieron sentirse siempre orgullosos y más de la mitad respondieron sentirse siempre parte de un equipo de trabajo para lograr objetivos. Sin embargo, menos del 50% señalaron que su superior les brindaba siempre apoyo o les indicaba los aspectos que debían mejorarse en el desempeño de su trabajo. Sobre el

ingreso percibido por su empleo, alrededor de solo una tercera parte del personal mencionó sentirse siempre satisfecho con ello; inclusive, al explorar la suficiencia del total de sus ingresos, únicamente 20% del personal de Chiapas y 13.8% de Oaxaca dijo que siempre este era suficiente para tener una vida sin preocupaciones económicas. El equipamiento disponible para la atención fue uno de los aspectos que más insatisfacción generó en los prestadores de atención así, como el mantenimiento del equipo y la disponibilidad de insumos en las unidades médicas, dado que menos de una décima parte respondió sentirse siempre satisfecho con ello (ver Tabla 2). Menos de la mitad de los prestadores respondió que se hacía

Tabla 2. Satisfacción de los prestadores con la organización laboral, infraestructura y recursos disponibles en las unidades médicas, para la atención del parto y emergencias obstétricas de usuarias de comunidades indígenas.

Satisfacción con la organización y recursos de las unidades médicas	Siempre				Frecuentemente				A veces / Nunca			
	Chiapas		Oaxaca		Chiapas		Oaxaca		Chiapas		Oaxaca	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Me gusta el trabajo que hago	26	89.7	24	80.0	3	10.3	4	13.3	0	0	2	6.7
Mis pacientes me comentan que se sienten a gusto con la atención que les brindo	12	41.4	8	26.7	17	58.6	19	63.3	0	0	3	10.0
Estoy orgullosa/o de trabajar en este hospital o unidad médica	20	69.0	21	70.0	5	17.2	5	16.7	4	13.8	4	13.3
Me siento valorada/o por mis compañeros de trabajo	12	41.4	11	36.7	12	41.4	11	36.7	5	17.2	8	26.6
Me siento parte de un equipo con quienes trabajo para el logro de objetivos	15	51.7	16	53.3	9	31.1	10	33.3	5	17.2	4	13.4
Siento que mi superior me brinda el apoyo que necesito	12	41.4	13	43.3	9	31.0	10	33.3	8	27.6	7	23.4
Mi supervisor me dice cuando necesito mejorar algo en mi trabajo	13	44.8	10	33.3	9	31.0	8	26.7	7	24.2	12	40.0
Estoy satisfecha/o con el equipamiento con que cuenta la clínica/hospital	0	0	3	10.0	6	20.7	4	13.3	23	79.3	23	76.7
Estoy satisfecha/o con el mantenimiento del equipo con que cuenta la clínica/hospital	1	3.4	2	6.9	4	13.8	5	17.4	24	82.8	23	76.7
Estoy satisfecha/o con la disponibilidad de los insumos con que cuenta la clínica/hospital	1	3.4	3	10.3	4	13.8	6	20.7	24	82.8	21	70.0
Me siento satisfecha/o con el sueldo que recibo por trabajar en este hospital o unidad médica	8	33.3	9	31.0	10	41.7	5	17.2	6	25.0	15	51.8
La suma total de mis ingresos me permite tener una vida tranquila y libre de preocupaciones económicas	5	20.0	4	13.8	6	24.0	8	27.6	14	56.0	17	58.6

n= frecuencia.

%= Distribución porcentual.

Nota. Las n y % corresponden solo a los prestadores que respondieron cada una de las preguntas, los casos de no respuesta no se incluyeron en el análisis, razón por la cual la sumatoria para algunos renglones no es igual al total del tamaño de muestra por estado descrito en la sección de material y métodos.

Fuente: Elaborado con base a información del cuestionario aplicado a personal de salud de unidades médicas de Oaxaca y Chiapas.



seguimiento correcto de los casos de embarazo de alto riesgo. Situación similar se observó para el alta de las pacientes en tiempo y forma, donde 47.6% y 22.2% de los prestadores de Oaxaca y Chiapas consideraron que esto logró concretarse siempre.

## Discusión

La opinión de los trabajadores sanitarios para la atención de la salud y particularmente de salud obstétrica y del parto, es fundamental para entender el contexto institucional en que desarrollan su trabajo y qué tan valorados se sienten. En México, el ejercicio de la práctica médica en zonas rurales de población indígena, no siempre es prioridad para los trabajadores de la salud ya que les resulta difícil encontrar incentivos para desarrollarse profesional e individualmente<sup>21</sup>.

Para los trabajadores de salud, trasladarse a laborar a estos lugares representa una decisión difícil, porque implica superar una brecha cultural que inicia por la incapacidad de hablar el idioma de las poblaciones indígenas y atenderlas comprendiendo que tienen una perspectiva distinta sobre la salud, la enfermedad y la reproducción<sup>22</sup>. Por otro lado, estas poblaciones son atendidas por instituciones que reciben financiamiento público, debido a ello, sus recursos dependen de la asignación presupuestal anual, del efecto de la inflación y los potenciales decrementos del volumen de recursos asignados. Lo que conlleva, a que en general, la disponibilidad de infraestructura, equipo y personal de salud para atender a poblaciones indígenas se ubica por debajo del promedio nacional dificultando aún más la atención<sup>23,24</sup>.

El Estado ha desarrollado estrategias para proveer a estas poblaciones de recursos humanos para la atención médica, la estrategia más longeva (data de 1936 siglo pasado) y con la que se garantiza permanentemente la dotación del personal es precisamente el servicio social<sup>10,25</sup>.

En los hallazgos de este estudio, se muestra que los prestadores de atención de ambos Estados fueron mayormente jóvenes, que se desempeñaban como médicos(as), enfermeros(as), trabajadores sociales y puestos alusivos al área de la salud. En parte, se trata de pasantes de servicio social, lo cual implica que su motivación no es muy alta porque varios de ellos, lo perciben como innecesario, pues la enseñanza en la escuela está orientada a práctica hospitalaria y las unidades médicas rurales les presentan otro panorama<sup>21,26,27</sup>, las oportunidades de capacitación son limitadas y el contacto con la tecnología hospitalaria es escaso; asimismo en el caso de los trabajadores basificados y de confianza, la motivación se ve afectada por las implicaciones mismas que conlleva laborar en comunidades rurales indígenas alejadas sumado a las condiciones de operatividad de los servicios. Sin embargo, es destacable la valoración positiva que hacen de su práctica puesto que, de acuerdo a los hallazgos descritos, atienden con oportunidad los casos de embarazo de riesgo y emergencia obstétrica, así como otorgan la mejor calidad de la atención posible con los recursos e infraestructura disponible en Oaxaca y Chiapas. Al respecto cabe señalar, que los estudios que abordan este tema plantean, variaciones en los aspectos explorados de los servicios<sup>28,29</sup>. Esta se manifiesta en dos sentidos, por un lado, en las cuestiones que tienen que ver directamente con la unidad médica como es el caso de la infraestructura, organización y recursos disponibles y otra, con los aspectos que expresan o refieren acciones ejecutadas propiamente por el prestador de atención, donde para esta última, pueden existir opiniones mejor evaluadas. Los resultados de este estudio, precisamente corroboran estos aspectos puesto que en los tres últimos ítems de la tabla 1, el 100% de los prestadores perciben estar actualizados en los temas de la práctica, en el otorgamiento de información a usuarios y en su sensibilidad para solicitar consentimiento informado, a diferencia de la insatisfacción expresada cuando se exploran cuestiones de suficiencia

de recursos e infraestructura disponible en las unidades de atención de ambos Estados.

De hecho, los porcentajes donde se mostró más satisfacción están concentrados en aquellos rubros de gusto por el trabajo realizado, de pertenencia a la unidad médica y de ser parte de un equipo de trabajo, que implica interacción social. En cambio, los rubros de menor satisfacción están relacionados con la disponibilidad de recursos, insumos y mantenimiento de las unidades. El efecto es similar en los dos lugares estudiados a pesar de que, en Chiapas, las unidades visitadas reciben aportaciones de una ONG internacional para garantizar la disponibilidad de equipo e insumos. Vale la pena señalar asimismo, la baja satisfacción de los prestadores con el salario recibido en virtud de no considerarlo suficiente para cumplir con los satisfactores de vida básicos, este resultado ha sido también, una constante en países de América Latina y de ingresos bajos<sup>30,31</sup>.

En suma, es importante entender el papel que juegan los recursos humanos, particularmente del personal prestador de atención y de quienes se encuentran en contacto directo con los servicios, para mejorar la calidad en ambientes de escasez de recursos. Si bien, es obligación del Estado dotar de recursos para la atención, lo cierto es que en la mayor parte de los países de ingresos medios y bajos las unidades rurales no cuentan con los mínimos necesarios y generalmente tienen una capacidad limitada de interactuar con otros componentes de la red de servicios<sup>32,33</sup>. En estos escenarios las capacidades del prestador de servicio se convierten en el recurso más importante ya que para ellos, implica combinar no sólo conocimiento técnico sino adaptarlo a la escasez de recursos. Por encima de esa capacidad, se encuentra la existencia de valores profesionales que les permitan entender las necesidades fisiológicas y emocionales de las usuarias, garantizar sus derechos en salud, particularmente cuando pertenecen a culturas distintas.

## Conclusiones

La opinión de los prestadores de atención sobre los aspectos que inciden en la calidad de la atención como la capacidad de organización, disponibilidad de infraestructura y satisfacción laboral del personal, es crucial como insumo para mejorar y retroalimentar la oferta de los servicios, particularmente para mejorar la calidad de las unidades médicas rurales dedicadas a la atención del embarazo de riesgo y emergencia obstétrica, las cuales históricamente, han presentado rezagos y requieren disponer de recursos y ser partícipes de una equidad distributiva que contribuya a la óptima organización y otorgamiento de los servicios de salud.

## Agradecimientos

Al International Development Research Center, de Canadá. A los Servicios de Salud de Oaxaca y Chiapas que dieron permiso para acceder a sus instalaciones y desarrollar la investigación de la cual derivan los resultados del presente estudio.

## Financiamiento

La investigación de la cual proviene este estudio fue financiada por el International Development Research Center, de Canadá, con número de grant 107961-001.

## Referencias

- 1]. Molina-Marím G, Oquendo-Lozano T, Rodríguez-Garzón S, Montoya-Gómez N, Vesga-Gómez C, Lagos-Campo N, et al. Gestión del talento humano en salud pública. Un análisis en cinco ciudades colombianas, 2014. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2016 [citado 2021 mar 10];15(30):108-125. [En línea] <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54546742008>
- 2]. Singh D, Negin J, Otim M, Garimoi Orach C, Cumming R. The effect of payment and incentives on

- motivation and focus of community health workers: five case studies from low- and middle-income countries. *Hum Resour Health*. 2015;13:58. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0051-1>
3. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. 13 de septiembre de 2019. [citado 2021 mar 12]. [En línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
  - 4]. Organización Mundial de la Salud. Servicios sanitarios de calidad. 11 de agosto de 2020. [citado 2021 mar 10]. [En línea] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
  - 5]. Etienne CF. Social determinants of health in the Americas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34:375-376.
  - 6]. Organización de las Naciones Unidas. América Latina es la región del mundo con la mayor proporción de indígenas en la pobreza extrema. 4 de febrero de 2020. [citado 2021 mar 10]. [En línea] <https://www.onu.org.mx/america-latina-es-la-region-del-mundo-con-la-mayor-proporcion-de-indigenas-en-la-pobreza-extrema/>
  - 7]. Programa Regional de Salud de los Pueblos Indígenas- Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Washington, DC: OMS; 2009. [citado 2021 mar 11]. [En línea] <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
  - 8]. Kadivar M, Manookian A, Asghari F, Niknafs N, Okazi A, Zarvani A. Ethical and legal aspects of patient's safety: a clinical case report. *J. Med. Ethics. Hist. Med*. 2017 Dec 30;10:15. PMID: 30258549; PMCID: PMC6150915.
  - 9]. Luna-Orosco J. Ética y calidad en salud: un binomio inseparable. *Acta bioethica*. 2011 Jun [citado 2021 Mar 12];17(1):9-17. [En línea] [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2011000100002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2011000100002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000100002>.
  - 10]. Araujo M, Moraga C, Chapman E, Barreto J, Illanes E. Intervenciones para mejorar el acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;40(5):371-81.
  - 11]. Pelcastre-Villafuerte BE, Meneses-Navarro S, Rivera-Dommarco J. Programa Institucional Salud de los Pueblos Indígenas: agenda para la investigación, la docencia y la vinculación. *Salud Pública Mex*. 2020;62(2):228-30.
  - 12]. Ramírez de la Roche OF, Hamui-Sutton A, Reynaga-Obregón J, Varela-Ruiz M, Ponce de León ME, Díaz-Villanueva A, et al. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*. 2012;XXXIV:92-107.
  - 13]. Montero-Mendoza E, Cruz-Sánchez M. Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *Rev. educ. sup*. 2014;XLIII:79-99.
  - 14]. Donabedian A. La calidad de la Atención Médica. *Rev Calid Asist*. 2001;16:S29-S38.
  - 15]. Ávalos-García MI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Horiz. sanitario*. 2010;9:9-19.
  - 16]. Izquierdo Hernández A. Salud Sexual y Reproductiva. *Rev Cubana Enferm*. 2013 [citado 2021 mar 10];29(1). [En línea] <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/134>
  - 17]. Organización Mundial de la Salud. Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra, Suiza: OMS; 2008. [citado 2021 mar 11]. [En línea] [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic\\_approach/RHR\\_07.7/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/strategic_approach/RHR_07.7/es/)
  - 18]. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Recomendaciones: Aplicación de los derechos humanos a la salud sexual y reproductiva. New York USA: Fondo de Población de las Naciones Unidas; s/f. [citado 2021 mar 12]. [En línea] <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Reproductivesp.pdf>
  - 19]. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, Bhattacharyya S, Donnay F, Montagu D. Advancing a conceptual model to improve maternal health

- quality: The Person-Centered Care Framework for Reproductive Health Equity. *Gates Open Res.* 2017 Nov 6;6;1:1. 10.12688/gatesopenres.12756.1. PMID: 29355215; PMCID: PMC5764229.
- 20]. Hernández ZM, Hernández CA, Nava GMG, et al. Satisfacción laboral del profesional de enfermería en cuatro instituciones de salud. *Enferm. univ.* 2012;9(1):7-15.
- 21]. Nigenda G. Servicio social en medicina en México: una reforma urgente y posible. *Salud Pública Mex.* 2013 [citado 2021 abr 25];55(5):519-527. [En línea] [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000700010&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000700010&lng=es).
- 22]. Carreño-Pérez P. El médico frente a la comunidad indígena en México: barrera del lenguaje. 2020. *Med Int Méx.* 2020; 36(2):233-236.
- 23]. Instituto Nacional de los Pueblos Indígenas 2018-2024. Programa Nacional de los Pueblos Indígenas. 2018-2024. [citado 2021 abr 20]. [En línea] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/423227/Programa-Nacional-de-los-Pueblos-Indigenas-2018-2024.pdf>
- 24]. Amoroz-Solaegui, I. El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. *Revista pueblos y fronteras Digital.* 2011 jun;6(11):8-37. doi: <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2011.11.133>
- 25]. Roco-Zúñiga AL. Perspectiva de los médicos pasantes de Medicina en la selección de la modalidad del servicio social. *Rev Educ Desarr.* 2021 [citado 2021 abr 21]; 57:41-47. [En línea] [https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/antiores/57/57\\_Roco.pdf](https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antiores/57/57_Roco.pdf)
- 26]. Hamui-Sutton A. Condiciones sociales en que los pasantes de la Facultad de Medicina (FM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizan el Servicio Social en áreas rurales. *Gac Med Mex.* 2012;148(3):277-280.
- 27]. Muñoz-Cano JM, Córdoba-Hernández JA. Percepción de pasantes de medicina en servicio social sobre su plan de estudios. *Perspectivas Docentes.* 2017;28(63):7-15.
- 28]. Obinchemti TE, Tamufor EN, Njie MM, Njamen TN, Achidi EA. Perceptions of antenatal care services by pregnant women attending government health centres in the Buea Health District, Cameroon: a cross sectional study. *Pan African Medical Journal.* 2015 May 21;21:45. doi: 10.11604/pamj.2015.21.45.4858. PMID: 26405481; PMCID: PMC4564405.
- 29]. Hajifoghaha M, Nahidi F, Simbar M, Nasiri M. The viewpoint of iranian gynecologists and midwives on the expectations of pregnant women: A content analysis study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2020 Sep 1;25:419-25. doi: 10.4103/ijnmr.IJNMR\_182\_19.
- 30]. Taype-Rondán A, Luna-Porta L, Mendoza-Quispe O. El ingreso económico como incentivo para la migración médica: explorando los números. *Salud Publica Mex.* 2016;58:337-8.
- 31]. RISSALUD. Remuneraciones en el sector salud. Estudio de caso sobre un grupo de países de América Latina y el Caribe. BID / Universidad Isalud. 30 de agosto de 2017. [En línea] [http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Remuneraciones\\_sector\\_salud.pdf](http://www.rissalud.net/images/pdfpublicos/Remuneraciones_sector_salud.pdf)
- 32]. Roder-DeWan S, Gage AD, Hirschhorn LR, Twum-Danso NAY, Liljestrand J, Asante-Shongwe K, et al. Expectations of healthcare quality: A cross-sectional study of internet users in 12 low- and middle-income countries. *PLoS Medicine.* 2019 Agu 07 16(8): e1002879. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002879>
- 33]. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy & Childbirth.* 2015 Apr 18;15:97. doi: 10.1186/s12884-015-0525-0.

**Recibido:** 07 de septiembre de 2022

**Corregido:** 10 de abril de 2023

**Aceptado:** 20 de abril de 2023

**Conflicto de interés:** No existe conflicto de interés