

Original

Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud



Clara Juárez-Ramírez^a, Aremis Villalobos^b, Alma L. Saucedo-Valenzuela^a y Gustavo Nigenda^{c,*}

^a Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México

^b Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Ciudad de México, México

^c Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de mayo de 2019

Aceptado el 29 de mayo de 2019

On-line el 10 de octubre de 2019

Palabras clave:

Salud materna
Población indígena
Servicios de salud
Accesibilidad
Equidad en salud

R E S U M E N

Objetivo: Analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos en el marco de Redes Integradas de Servicios de Salud.

Método: Se diseñó un estudio transversal descriptivo que integró métodos cuantitativos y cualitativos. La muestra fue intencionada, no probabilística. La recolección de datos se hizo en Oaxaca, México, durante 2017 y 2018. Se encuestó a 149 mujeres indígenas usuarias de servicios obstétricos para caracterizarlas sociodemográficamente y se seleccionaron 30 que tuvieron complicaciones durante el proceso de embarazo y parto para realizarles una entrevista semiestructurada. Se realizó observación no participante.

Resultados: La red de servicios obstétricos agrupa la atención de cuatro instituciones con diferentes modelos de atención, y por ello diversos tipos de establecimientos y recursos humanos para atender a las mujeres indígenas. Casi el 20% de las mujeres no iniciaron control prenatal en el primer trimestre del embarazo y el 27,2% tuvieron complicaciones durante el periodo gestacional. Las principales barreras fueron de disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas).

Conclusiones: El modelo de atención en redes posibilita el acceso a los servicios obstétricos, pero no garantiza la atención. Para ello, es necesario mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos como los procesos de atención. Hay que ampliar la visión del modelo considerando la perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Barriers for indigenous women to access obstetric services within the framework of integrated health services networks

A B S T R A C T

Objective: To analyze the barriers that indigenous women face in access to the network of obstetric services in the context of the implementation of integrated healthcare networks (IHN).

Method: We designed a cross-sectional descriptive study including quantitative and qualitative methods. Sampling was intentional, no probabilistic. Data collection was carried out in Oaxaca, Mexico, during 2017-2018. A total of 149 indigenous women who used obstetrical services were surveyed and socio-demographic characteristics were obtained. Later were selected 30 cases that had complications during pregnancy and childbirth for a semi-structured interview. Non-participant observation was conducted.

Results: The network of obstetric services comprises four institutions with different models of care and therefore different types of facilities and human resources to assist indigenous women. Nearly 20% of women did not start prenatal care in the first trimester of pregnancy and 27.2% had complications during the gestational period. The main barriers were availability (hours of operation, geographical aspects), accessibility (lack of financial resources), acceptability (ancestral practices vs. medical recommendations), and continuity of service (difficulties for admit patients in hospitals referred from first line of care).

Conclusions: The networks model allows access to obstetric services but does not guarantee care. For this it is necessary to improve both: the infrastructure of the obstetric service providers, and the care processes. It is necessary to broaden the vision of the IHN management model considering the perspective of human rights and equity in health.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Maternal health
Indigenous population
Healthcare services
Accessibility
Equity in health

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gnigenda@outlook.com (G. Nigenda).

Introducción

Mejorar la atención obstétrica para reducir la mortalidad materna es una prioridad internacional¹. Las múltiples conferencias, declaraciones y firmas de convenios sobre salud materna la han puesto en la agenda mundial como meta prioritaria de los objetivos de desarrollo sostenible² y es un indicador de equidad de los sistemas de salud^{3,4}. La evidencia sostiene que la mayoría de los procesos hospitalarios vinculados a mortalidad materna pueden preverse con una mejor proyección de las necesidades de infraestructura hospitalaria y recursos humanos¹. Sin embargo, el primer problema que hay que resolver es garantizar el acceso a los servicios obstétricos, disminuyendo las barreras que evitan la atención oportuna; existe evidencia sobre la disponibilidad de infraestructura, pero esta no garantiza que las mujeres indígenas la utilicen¹.

Como un dato de contexto en la región respecto al problema abordado en este artículo, destacamos que en los países de ingresos bajos y medios, como los de América Latina, ocurren el 99% de las muertes maternas. América Latina también se caracteriza por ser una de las regiones más desiguales del mundo⁵ y por su amplia diversidad poblacional, incluyendo la indígena. En las mujeres indígenas se concentra el mayor número de emergencias obstétricas debido a la vulnerabilidad económica y sociocultural en la que viven. Las mujeres indígenas tienen tres veces mayor riesgo de morir durante el parto⁶, menor cobertura de seguridad social en salud, utilizan menos los recursos de atención ambulatorios y la atención hospitalaria para atenderse el parto, y se realizan menos pruebas diagnósticas en comparación con las mujeres no indígenas⁷. Ante este panorama, el sistema de salud enfrenta un gran reto para diseñar modelos de atención culturalmente competentes^{8,9}.

En la década de 1990, la Organización Mundial de la Salud enfatizó la importancia de recuperar el enfoque de atención primaria a la salud para fortalecer las intervenciones comunitarias mediante la promoción de la salud, así como de mejorar la continuidad de la atención mediante sistemas de servicios de salud integrados¹⁰. En 2010, la Organización Panamericana de la Salud propuso para América Latina la estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)^{11,12} con la intención de disminuir los problemas que genera la fragmentación de los sistemas de salud, como la falta de acceso de poblaciones sin seguridad social y la inequidad en salud que ello implica. La propuesta de RISS promovía mejoras en provisión y gestión de los servicios, asignación de incentivos, mayor gobernanza (participación social e intersectorial) y enfoque hacia la equidad en salud. Sin embargo, poco sabemos sobre la implantación de la estrategia para combatir lo que otros autores llaman las «viejas desigualdades de América Latina»¹³.

En el caso de México, la estrategia de RISS se implementó en 2012 en algunos de los Estados más pobres¹⁴, como Oaxaca¹⁵, que además tiene el porcentaje nacional más alto de población indígena⁶, con la intención de incidir en los problemas más acuciantes de la región, como la muerte materna, sobre la cual otros estudios han mostrado que uno de los factores desencadenantes es la falta de acceso oportuno al servicio obstétrico^{16–18}. En el marco de RISS se estableció un convenio nacional entre las instituciones prestadoras de servicios de salud para atender emergencias obstétricas, independientemente de si la mujer que lo demandara tuviera o no seguridad social¹⁴. No obstante, durante el año 2018 se registraron 620 muertes maternas en México, de las cuales 28 ocurrieron en el Estado de Oaxaca^{19,20}. Debido a ello, en el marco de una investigación que tuvo como objetivo documentar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos en el marco de RISS en tres países de América Latina, acudimos a Oaxaca para registrar el caso de México preguntándonos de qué manera la atención en redes ayuda o no

a disminuir las barreras de acceso a los servicios obstétricos de las mujeres indígenas.

Método

Diseño del estudio

La sede del estudio fue la Región Mixteca del Estado de Oaxaca²¹, en México. El diseño fue de tipo observacional y se contempló el uso de métodos cuantitativos y cualitativos²². La muestra fue intencionada, no probabilística. Con los métodos cuantitativos se buscó caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio y obtener datos primarios sobre el problema, debido a que es una región que carece de información específica sobre el tema de interés. En complemento, con los métodos cualitativos se profundizó en las dificultades para el acceso a los servicios obstétricos en las mujeres que sufrieron emergencias para atenderse el parto. Los criterios de inclusión fueron ser mayor de 18 años, hablar lengua indígena (como criterio de etnicidad) y haber tenido al menos un parto durante los últimos 5 años.

Recolección de datos

Se recolectaron datos durante 2017 y 2018 en cuatro localidades rurales-indígenas, en cinco unidades médicas de primer nivel de atención y dos hospitales de segundo nivel de atención. Se trataba de servicios médicos gratuitos (o con un costo muy bajo) para población empobrecida, sin seguridad social, que pertenecen a la RISS subvencionada tanto por el Estado de Oaxaca como de ámbito nacional. El estudio exploró varios temas, pero en este artículo solo se reportan los hallazgos sobre las barreras para el acceso.

En la etapa cuantitativa se obtuvo información de 149 mujeres usuarias de servicios obstétricos mediante la elaboración de un cuestionario que realizó el equipo de investigación, previa revisión de la literatura académica sobre el problema de estudio. Se exploraron siete temas con 176 preguntas.

En la etapa cualitativa se seleccionaron 30 casos para hacer entrevistas semiestructuradas, previo diseño de guía. Se utilizaron la técnica de observación no participante para conocer el contexto de la atención, y registros de infraestructura y acontecimientos cotidianos vinculados con la atención obstétrica.

En ambas etapas, el reclutamiento de los participantes se realizó en las unidades médicas mediante invitación directa. La selección para la etapa cualitativa se realizó a partir de preguntas filtro incorporadas al cuestionario.

Análisis de los datos

Existen diversas acepciones y modelos utilizados para explicar el problema del «acceso». Para nuestra investigación utilizamos la propuesta de Tanahashi²³, que observa la influencia de cuatro aspectos específicos vinculados con la organización del establecimiento médico, a partir de los cuales es posible analizar el acceso a los servicios de salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y continuidad del servicio.

En la etapa cuantitativa se utilizó el *software* Stata 12.0 SE para analizar las respuestas mediante frecuencias simples. En la etapa cualitativa se realizó manualmente: se transcribieron las entrevistas, se codificaron siguiendo la técnica del microanálisis a partir de temas contemplados en la guía y se elaboraron concentrados de información.

Presentamos los hallazgos sobre barreras en cuanto a disponibilidad (organizativas), accesibilidad (financieras, geográficas, seguridad social), aceptabilidad (percepción sobre el servicio

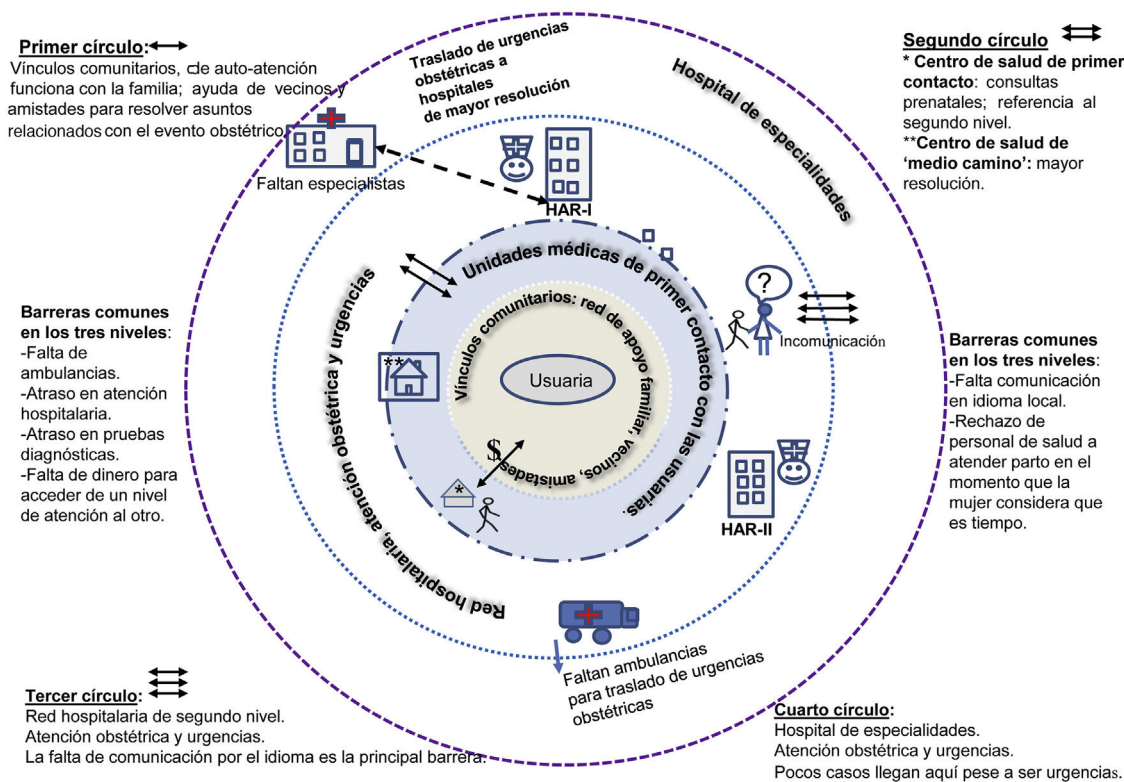


Figura 1. Barreras para acceder a la atención obstétrica.

médico a partir de sus prácticas culturales) y continuidad del servicio (referencia de casos).

Aspectos éticos

Se consideraron los estándares de la Declaración de Helsinki²⁴ y se obtuvo consentimiento informado verbal y escrito. El protocolo del estudio fue aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (CI1416-2016).

Resultados

Contexto de la atención en redes en el escenario indígena

A partir de la técnica de observación se pudo caracterizar la zona de estudio, siguiendo la ruta de la atención obstétrica desde el primer nivel de atención, en donde se brinda atención prenatal, hasta los hospitales donde se atienden los partos y las emergencias obstétricas. En esta región de Oaxaca, la mayoría de la población habla el idioma Mixteco. Los jóvenes son bilingües, pero la mayoría de los adultos son monolingües. La economía de la región es de subsistencia: las mujeres elaboran artesanías de palma y los hombres desempeñan trabajo agrícola. Es una zona de alta migración interna y externa.

La red de servicios estudiada proporciona atención obstétrica a 589 pequeñas localidades indígenas. La red está integrada por cuatro instituciones proveedoras de servicios de salud, con unidades de primer y segundo nivel de atención. Existen cinco tipos de unidades médicas: puestos de salud (manejados por promotoras en las comunidades más alejadas), unidades médicas móviles, centros de salud de primer contacto, centros de salud con área de hospitalización y dos hospitales de referencia de segundo nivel (fig. 1).

La atención prenatal es una de las principales actividades en el primer nivel; parte del trabajo de promotoras, «madrinas

Tabla 1

Principales características sociodemográficas de las mujeres encuestadas en los servicios de atención prenatal

	N = 149	%
Grupo de edad		
< 25 años	53	35,6
25-39 años	91	61,1
40-45 años	5	3,4
Estado civil		
Soltera	18	12,1
Casada	78	52,3
Unión libre	47	31,5
Ocupación principal		
Hogar	124	83,2
Empleada doméstica	5	3,4
Comerciante/vendedora	13	8,7

obstétricas», brigadistas y parteras empíricas es ayudar a identificar mujeres embarazadas para convencerlas de atenderse desde el inicio de su embarazo (tabla 2). Aunque existen algunas parteras empíricas, pocas mujeres se atienden el parto con ellas.

Caracterización de la población de estudio

La mayoría de las mujeres encuestadas tenían entre 25 y 39 años. El 35,6% (n = 53) eran menores de 25 años. No tenían trabajo asalariado y la mayoría (83,2%; n = 124) declararon dedicarse al hogar (tabla 1).

En relación con la atención obstétrica, es destacable que el 20% (n = 27) no iniciaron control prenatal durante el primer trimestre del embarazo. Se reportó un número importante de cesáreas (44,9%; n = 61), considerando que se promueve el parto fisiológico. Del total de los partos, en el 19,4% (n = 26) hubo complicaciones; la más frecuente fue la preeclampsia (tabla 2). Durante la estancia

hospitalaria, a la mitad de las mujeres no les proporcionaron los medicamentos gratuitamente.

Disponibilidad del servicio

A pesar de que existen varias opciones de establecimientos médicos donde las mujeres pueden atenderse, hubo circunstancias organizativas que evitaron el acceso oportuno a la atención, como por ejemplo los horarios de apertura, ya que no todos los centros de salud (centros de primer contacto que hacen la referencia al segundo nivel) ofrecen atención todo el día y los fines de semana, lo cual generó consecuencias para las mujeres que requirieron atención de emergencia, pues debieron trasladarse al centro de salud de la siguiente localidad o al hospital en la ciudad. En algunas ocasiones, las mujeres entrevistadas narraron que no encontraron personal de salud cualificado y por ello también fueron referidas al hospital, en la ciudad.

Los centros de salud en las zonas rurales de México son atendidos por alumnos de medicina en el año de servicio social obligatorio para obtener el grado. El personal de base que suele estar de manera permanente es mínimo y casi siempre es de enfermería, por lo que es frecuente que la atención prenatal esté solo bajo la vigilancia del personal de enfermería.

Accesibilidad al servicio

La distancia entre las localidades más alejadas y la ciudad donde están los hospitales, aunque es relativamente corta (70 km), puede implicar hasta 6 horas debido a la orografía de la zona y al terreno agreste. Las poblaciones están dispersas en la sierra y no todas cuentan con carreteras pavimentadas. Hubo narraciones de

Tabla 2
Características de la atención obstétrica recibida por las mujeres encuestadas

	N = 136	%
<i>Características de la atención al parto</i>		
Inició de atención en primer trimestre del embarazo	109	80,1
Tuvo complicaciones en el último embarazo	37	27,2
Tiempo de traslado al lugar del parto	1,3 (4,6)	
<i>Lugar de atención del parto</i>		
Casa con partera	3	2,2
Hospital de referencia de segundo nivel I	79	58,1
Hospital de referencia de segundo nivel II	50	36,8
Hospital privado	3	2,2
<i>Tipo de parto</i>		
Normal	75	55,1
Cesárea	61	44,9
<i>Tipo de cesárea</i>		
Programada	13	21,7
Emergencia	47	78,3
<i>Tuvo complicaciones en el parto/cesárea</i>		
Sí	26	19,4
No	108	80,6
<i>Tipo de complicaciones</i>		
Pérdida de latido fetal	2	7,7
Falta de dilatación	2	7,7
Rotura prematura de membrana	2	7,7
Parto fortuito	2	7,7
Alumbramiento tardío	2	7,7
Preeclampsia	7	26,9
Posición anómala	2	7,7
Hemorragia	3	11,5
<i>Recibió medicamentos gratuitos</i>		
Sí	43	38,7
Solo algunos	55	49,5
No, ninguno	10	9,0

Tabla 3
Opiniones de las mujeres encuestadas sobre la aceptabilidad de la atención obstétrica

	N = 136	%
Alguna vez se sintió maltratada por el personal de salud donde se atendió	37	27,2
La informaron sobre su situación y el procedimiento a seguir	106	77,9
Entendió todo lo que dijo el personal médico	104	76,5
Requirió traductor para comprender las explicaciones del proceso de atención	7	5,1
Le pidieron consentimiento antes del procedimiento que le realizarían	116	85,3
Al finalizar su atención le dieron un informe médico sobre su estado de salud	121	89
Le parece poco el tiempo de espera para la consulta	22	17,2
La han atendido siempre que acude a la institución en búsqueda de atención	101	77,1
Se realiza los exámenes de laboratorio en la misma institución	79	59,9

mujeres que debieron salvar varios obstáculos para llegar al hospital, sobre todo cuando el parto se presentó durante la noche o la madrugada. Siendo poblaciones que viven en extrema pobreza, su forma de traslado fue mediante el servicio de transporte público, que tiene horarios restringidos. Ante una urgencia, las mujeres deben trasladarse en servicio privado de taxi, cuyo costo es excesivo para sus ingresos. En cuatro de los cinco centros de salud visitados no tenían ambulancia para hacer traslados, y el que la tenía carecía de chofer. Algunos centros de salud han hecho acuerdos con las autoridades locales para facilitar algún chofer o pagar la gasolina, pero llegado el momento de una emergencia obstétrica cualquier detalle (como que el chofer no esté en ese momento) complica el traslado de las mujeres al hospital. De acuerdo con las narraciones de las entrevistadas, estas circunstancias vinculadas a la disponibilidad del servicio fueron las que más impacto negativo tuvieron para la atención oportuna de sus partos. Estas situaciones también explican parcialmente la falta de seguimiento de las consultas prenatales, pues algunas de las mujeres entrevistadas comentaron que para dar seguimiento mensualmente debieron caminar largas distancias entre su hogar y el centro de salud, para lo que no todas tienen disposición ni tiempo.

Aceptabilidad del servicio

La organización institucional para la provisión de la atención obstétrica no fue del agrado de las entrevistadas. La mayoría de las mujeres encuestadas (tabla 3) se quejaron tanto de falta de información sobre los procedimientos a seguir como de la incomprensión de estos. Las mujeres de mayor edad tuvieron más dificultades para entender español, y por ello con frecuencia realizaron interpretaciones negativas sobre la calidez de la atención obstétrica, basadas en las acciones del personal de salud observadas durante la atención; un ejemplo de esto fueron las opiniones negativas sobre la atención hacia los recién nacidos. Adicionalmente, percibieron poca empatía del personal de salud hacia su estado y su experiencia de partos previos no fue valorada, y algunas de ellas tuvieron el alumbramiento durante la espera para ser atendidas y no dentro de la sala de partos. Se quejaron de los tactos vaginales, se

Tabla 4
Opiniones de las mujeres entrevistadas sobre las barreras que tuvieron para utilizar los servicios obstétricos

Disponibilidad del servicio (ejemplo de falta de insumos médicos para la atención obstétrica oportuna)	«... Me dijeron que iba a ser operación cesárea, pero no tenían donde hacerla, o sea, decían que es mejor que me saliera: "es mejor que se salga para ir al otro hospital porque aquí no tenemos nada". [En el otro hospital] me dice la doctora que me atendió: "cómo señora si desde a qué hora iba a nacer su bebé la hubieran atendido rápido!, de ahí me dio algo, no sé cómo le hizo, como que apretó [el estómago] y nació el bebé, pero no lloró ni nada, así nomás, y ya después me atendieron y ya me dijeron que el niño nació deforme porque tragó mucho líquido, me dijo la doctora que tenía que esperar a ver cómo reaccionaba...» (Caso 2).
Accesibilidad al servicio (ejemplo de barreras geográficas y financieras) Aceptabilidad del servicio (ejemplo de barreras de comunicación)	«... Si no hay taxis aquí, aunque quieras llegar pronto porque ya te sientes mal, pues no se puede... muchas mujeres llegan al aborto o llegan hasta fallecer porque es muy difícil el taxi y cobra caro, y luego está muy lejos de aquí...» (Caso 3). «... No me dejaban hacer preguntas... Casi no me atendieron, hasta me regañaban. [¿Te sentiste maltratada?] Sí, cuando me llevaron a hacer la cesárea, ni me dejaron hablar, ni por qué o para qué me iban a llevar a eso pues... [¿Te pusieron algún método anticonceptivo?] Me obligaron... [¿Les dijiste que no querías?] Que no quería, porque nunca he utilizado ninguno de esos, según lo que dicen es que maltrata a la matriz, y la verdad no sé, me empezaron a regañar, que era necesario usar eso, que como tuve cesárea no podía embarazarme luego...» (Caso 13).
Continuidad de la atención (ejemplo de barreras para la referencia de casos del primer al segundo nivel de atención y poder recibir atención oportuna y de calidad)	«Tenía ocho meses de embarazo, levanté una olla de atole y pienso que eso me hizo daño y empecé con los dolores, mi esposo me llevó al hospital...» [¿Por qué no vino al centro de salud?] «Por qué era domingo y estaba cerrado.» «Me llevó al hospital a urgencias, pero me dijeron que no tenía nada, que todavía no era tiempo que naciera. Le dijeron a mi esposo que me regresara a mi casa, la enfermera me dijo: "para qué quiere un niño prematuro, regrese a su casa". Al tercer día el dolor era más fuerte, le dieron a mi esposo una medicina según para detener al bebé, gastó como 1,500 pesos; yo estaba sangrando mucho. La enfermera del centro de salud fue a mi casa a verme y cuando me vio me dijo que tenían que trasladarme al hospital de urgencia, me llevaron en una camioneta...» (Caso 6).

sintieron maltratadas verbalmente y discriminadas por ser indígenas y por no entender los procedimientos biomédicos. Otro aspecto que no les gustó fue la insistencia del personal de salud para el uso de métodos anticonceptivos definitivos (tabla 4). Estas experiencias se transmitieron hacia las otras mujeres de la comunidad e impactó negativamente en la asistencia a sus citas médicas.

Continuidad de la atención

El seguimiento al embarazo se realizó en unidades médicas de primer nivel de atención en la localidad de residencia de la mujer. Un mes antes de la fecha del parto se prepara a la mujer con una hoja de referencia para acudir al hospital cuando llegue el momento del alumbramiento. Sin embargo, en las mujeres que tuvieron partos prematuros esta organización entre los diferentes niveles de atención representó un obstáculo, pues el hospital no provee atención sin la hoja de referencia, a menos que lo consideren una emergencia previa valoración del caso, lo cual representa mucho estrés para las mujeres. Dos mujeres narraron haber sido trasladadas a hospitales de mayor resolución en otras ciudades para atender su emergencia. De acuerdo con las narraciones, el mayor obstáculo para la continuidad de la atención estuvo relacionado con la disponibilidad del servicio, pues no siempre hubo camas disponibles, insumos o personal de salud cualificado para aceptar su ingreso al hospital y atenderles el parto.

Discusión

Respondiendo a la pregunta que originó la presente investigación, según nuestros hallazgos el modelo RISS¹¹ posibilita el acceso a la atención a través del convenio interinstitucional, pero no es garantía de la atención obstétrica hacia las mujeres indígenas de Oaxaca.

En los aspectos evaluados²³ influyen negativamente diversos tipos de barreras sobre las que el sistema de salud debe actuar para hacer sinergia con el modelo RISS, pues de lo contrario la iniciativa no podrá ir hacia adelante.

La atención mediante redes es una estrategia importante para reducir la mortalidad materna y mejorar los procesos de atención obstétrica, pero también se necesita hacer ajustes en los diferentes

niveles de provisión del servicio^{25–27}. Las dificultades se encuentran tanto en los niveles organizativos del primer nivel de atención (p. ej., los horarios de consulta) como en el sistema de referencias que no asegura el acceso al segundo nivel de atención, debido a que la capacidad de respuesta de los hospitales está vinculada a la disponibilidad de insumos, de infraestructura y de recursos humanos, que requieren una mayor sensibilidad a las necesidades específicas de las mujeres indígenas, a las que generalmente se les imponen criterios clínicos de atención sin considerar criterios de sensibilidad cultural.

Estos problemas, analizados desde la calidad de la atención, han sido reportados ampliamente en otros estudios^{28–30}; no obstante, con frecuencia las dificultades que tienen las mujeres para acceder a los servicios obstétricos no se describen lo suficiente para comprender el hecho en la cotidianidad de la pobreza ni cómo y en qué momento se transforma en barrera y deviene en una muerte materna. En este sentido, es importante preguntarse sobre el significado de «corresponsabilidad» en un ámbito social como el aquí expuesto, donde las variables socioculturales tienen mucho peso al explicar por qué las mujeres indígenas son las que tienen más complicaciones durante el parto, pero también cómo el Estado garantiza los requerimientos mínimos que un establecimiento de salud debe tener para otorgar atención médica de calidad.

Los obstáculos para recibir atención obstétrica narrados aquí por las mujeres entrevistadas cumplen con lo señalado por el modelo de las «tres demoras» formulado por Maine et al.³¹: retraso en la búsqueda de atención, retraso en llegar al lugar de la atención y retraso en recibir atención. Estos indicadores negativos vinculados con la muerte materna que propone el modelo pueden complementarse a partir de nuestros hallazgos con una cuarta variable, la étnica, particularmente por la dificultad de comunicación, ya que es un elemento presente en los tres momentos de la demora en el acceso al servicio que interfiere para que las mujeres comuniquen adecuadamente sus síntomas al personal de salud y pueda identificarse la urgencia.

Por otro lado, es prioritario mejorar las condiciones de vida de la población indígena. Existe evidencia académica que muestra el vínculo entre los niveles de pobreza de la población indígena y unos menores índices de bienestar económico y mayores carencias sociales, como poca o nula escolaridad, ausencia de seguridad social, falta

de servicios básicos de saneamiento e inseguridad alimentaria³². Estas circunstancias, vinculadas con el proceso de la determinación social de la salud, son factores que sin duda constituyen un entorno poco favorable para las mujeres embarazadas y sus familias.

En otros países de América Latina, como Bolivia³³ y Guatemala³⁴, incorporaron organizaciones no gubernamentales en la red de provisión de servicios médicos (más gobernanza). De otras experiencias, como la de Colombia³⁵, se sabe que la provisión de servicios por diferentes redes sigue teniendo como desafío el fortalecimiento del primer nivel de atención y enfrentando el problema de la baja satisfacción de los usuarios con la atención recibida.

En conclusión, los hallazgos trascienden el análisis del modelo RISS; para disminuir las barreras en el acceso es necesario mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos como los procesos de atención. Adicionalmente, hay que ampliar la visión del modelo y considerar la perspectiva de los derechos humanos³⁰ y de la equidad en salud.

Limitaciones del estudio

Tratándose de un estudio observacional, lo expuesto es exclusivo de la realidad estudiada y no tiene intención de generalizar.

Editora responsable del artículo

Lucero Aida Juárez Herrera y Cairo.

Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Puntos de coincidencia de otros estudios versan sobre la necesidad de mejorar procesos organizativos, la calidad y la continuidad de la atención en instituciones médicas. La atención en redes es una alternativa, pero sus procesos no han sido suficientemente evaluados en las mujeres indígenas.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Una descripción cualitativa sobre cómo diversos aspectos de la vida cotidiana de las mujeres indígenas se vinculan con procesos de determinación social de la salud y marcan trayectorias de atención que culminan en muertes maternas.

Contribuciones de autoría

C. Juárez-Ramírez: concepción del estudio, diseño de los instrumentos cualitativos, recolección de datos, análisis e interpretación de los resultados cualitativos y redacción del manuscrito. A. Villalobos: diseño de los instrumentos cuantitativos, análisis de los resultados cuantitativos y redacción del manuscrito. A.L. Saucedo Valenzuela: diseño de los instrumentos cuantitativos, análisis de los resultados cuantitativos y redacción del manuscrito. G. Nigenda:

concepción del estudio, diseño de instrumentos cualitativos, recolección de datos y redacción del manuscrito.

Agradecimientos

Al International Development Research Center, de Canadá.

A las mujeres que proporcionaron sus testimonios. A los Servicios de Salud de Oaxaca que nos dieron permiso para acceder a sus instalaciones y desarrollar la investigación.

Financiación

El estudio fue financiado por el International Development Research Center, de Canadá.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Ciudad de México: CIESAS-CPMSR; 2009. p. 217.
2. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Ginebra: OMS; 2018. 8 p.
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas y de la Oficina de las Naciones Unidas. Plan Estratégico del PNUD para 2018–2021. ONU, Período extraordinario de sesiones de 2017. Nueva York: ONU; 2017. 46 p.
4. Etienne C. Equity in health systems. Rev Panam Salud Publica. 2013;33:79–80.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Informe regional sobre desarrollo humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión generacional de la desigualdad. San José de Costa Rica: PNUD; 2010. 220 p.
6. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). La mortalidad materna indígena y su prevención. Ciudad de México: CDI/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010. 5 p.
7. Leyva-Flores R, Infante-Xibille C, Gutiérrez-Reyes JP, et al. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006–2012. Salud Publica Mex. 2013;55 Supl 2:S123–8.
8. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Washington: Interamerican Development Bank; 1997. Informe de trabajo 353.
9. Geidón U, Villar M, Ávila A. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. Madrid: Fundación Mapfre; 2010. p. 341.
10. Organización Mundial de la Salud. Integración de la atención a la salud. Informe de un grupo de Estudio de la OMS. Ginebra: OMS; 1997. Informe Técnico No. 861.
11. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPS; 2010. 102 p.
12. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. Rev Panam Salud Publica. 2009;26:360–7.
13. Atal JP, Ñopo H, Winder N. New century, old disparities. Gender and ethnic wage gaps in Latin America. Washington: Interamerican Development Bank; 2009. p. 109. Series No. IDB-W.
14. Secretaría de Salud. Convenio general de colaboración interinstitucional para la atención de la emergencia obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud. Ciudad de México: SSA; 2012. 98 p.
15. Servicios de Salud de Oaxaca. Plan sectorial para la operación de redes de servicios de salud en el Estado de Oaxaca 2012–2016. Oaxaca: Secretaría de Salud, Gobierno del Estado de Oaxaca; 2012. 119 p.
16. Sachse M, Sesia P, Pintado A, et al. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Revista CONAMED. 2012;17 Supl:S4–15.
17. Freyermuth G. La mortalidad materna y los nudos en la prestación de los servicios de salud en Chiapas: un análisis desde la interculturalidad. Limina R. 2014;12:30–45.
18. Cárdenas R. Los servicios de salud y la mortalidad maternal. En: Freyermuth G, Sesia P, editores. La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Ciudad de México: CIESAS-CPMSR; 2009. p. 69–73.
19. Secretaría de Salud de México, SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico de los grupos vulnerables en México. Ciudad de México: SSA; 2012. 141 p.
20. Observatorio de Mortalidad Materna: Indicadores de mortalidad materna. Ciudad de México: OMD. (Consultado el 11/11/2018.) Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php>.

21. Romero Frizzi MA. El sol y la cruz: los pueblos indios de Oaxaca colonial. Ciudad de México: CIESAS-INI; 1996. 291 p.
22. Johnson RB, Onwuegbuzie AJ, Turner LA. Toward a definition of mixed methods research. *J Mix Methods Res.* 2007;1:112–33.
23. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56:295–303.
24. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA.* 2013;310:2191–4.
25. Servan-Mori E, Ávila-Burgos L, Nigenda G, et al. A performance analysis of public expenditure on maternal health in Mexico. *PLoS One.* 2016;11:1–14.
26. Vásquez ML, Vargas L. Redes integradas de servicios de salud: ¿solución o problema? Bogotá, Colombia: Ciencias de la Salud; 2006. p. 5–9.
27. Organización Panamericana de la Salud. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Washington: OPS; 2018. 80.
28. García RA, L'Abbate S, Arakaki J. Estrategias de articulación entre atención primaria y vigilancia en salud y la interfaz entre los sujetos. *Interface Comunicaao Saúde Educacao.* 2015;19:431–42.
29. Rouvier M, González-Block MA, Sesia P, et al. Problemas del sistema de salud en Estados de México con alta incidencia de mortalidad materna. *Salud Publica Mex.* 2013;55:185–92.
30. Freyermuth G, Sesia P. La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura (prólogo). Ciudad de México: CIESAS-CPMSR; 2009. p. 11–21.
31. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, et al. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. New York: Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia; 1997. p. 71.
32. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. La pobreza en la población indígena de México 2012. Ciudad de México: CONEVAL; 2014. 157 p.
33. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. *Salud Pública Méx.* 2011;53 Supl 2:109–19.
34. Becerril-Montekio V, López-Dávila L. Sistema de salud de Guatemala. *Salud Pública Mex.* 2011;53 Supl 2:197–208.
35. Quintero-Vieda JC, Cardona-López H, Rodríguez-Andrade YB, et al. Diagnóstico situacional de las condiciones más importantes y necesarias para la implementación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en Atención Primaria en Salud (APS) en el departamento del Huila. *Entornos.* 2014;27: 66–88.