Instituto Chihuahuense de la Mujer

**Realizar una evaluación que permita visualizar el impacto del Modelo de Intervención para la prevención de la muerte materna en la Jurisdicción IV, la cual muestre los avances en esta materia en 2012-2013**

# Documento que integra los resultados de la Evaluación del Modelo de Intervención para la Prevención de la Muerte Materna en la Jurisdicción IV

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Instituto Nacional de las Mujeres

Chihuahua
Gobierno del Estado
Secretaría de Desarrollo Social

Instituto Chihuahuense de la Mujer

Chihuahua VIVE

"Este programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal"

# INDICE


- PRESENTACIÓN 2
- CAPITULO I. ANTECEDENTES 3
- CAPITULO II. METODOLOGÍA 15
- CAPITULO III. ANÁLISIS DE RESULTADOS 26
- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 68
- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS 72
- GLOSARIO 73
- ANEXOS 74

## PRESENTACIÓN

El presente trabajo muestra los resultados derivados de la evaluación que se realizó al Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Muerte Materna, implementado ya en algunas localidades de la Jurisdicción Sanitaria IV del Estado de Chihuahua desde Julio de 2012 y hasta la fecha. El objetivo de esta evaluación de corte cualitativo fue conocer el efecto e impacto que éste ha representado en la atención oportuna respecto a la morbimortalidad materna en las localidades incluidas en su ejecución en este estado. Es importante señalar que la evaluación es exclusivamente sobre el comportamiento del Modelo que se pretende conocer a través de las experiencias y vivencias de los personajes involucrados, los propósitos de ésta investigación no están relacionados directamente con el desempeño del personal de salud, aunque sí es un factor protagonista para el análisis de la eficacia, funcionalidad e idoneidad del Modelo en términos de la disminución de la muerte materna.

Se privilegió la voz y percepciones de aquellas personas que aportaron su perspectiva de los pormenores incluidos en el desarrollo del Modelo a través de la serie de entrevistas que se llevaron a cabo para poder establecer el contexto global de los procesos involucrados hacia una transformación del sistema de salud, respecto de la calidad de servicios ofertada a la comunidad. Esta evaluación fue llevada a cabo en dos etapas, una que corresponde a la denominación *Evaluación Formativa* y que establece aquella labor de conocer el proceso de implementación a través de la vivencia de cada una de las fases que le conforman y la etapa de *Evaluación Final* que es la que se lleva a cabo una vez terminadas las actividades de un proyecto. En este sentido, se evaluó a un año de después de la culminación de las actividades del Modelo en el año 2012 llevado a cabo en algunas localidades de la Jurisdicción IV del Estado de Chihuahua.

Estas dos etapas permiten en conjunto conocer la mayor cantidad de detalles acerca de los cambios, dificultades, experiencias exitosas y en general del impacto que representó la implementación de este Modelo. Logrando al final, una perspectiva general de la manera en la que influye éste en las actividades cotidianas del sector salud que participó de él, para conocer los efectos a largo plazo, así como lograr una perspectiva que indique los momentos más significativos de las estrategias, temas y técnicas que se utilizan como parte fundamental del mismo. De tal manera

que se dirijan los esfuerzos hacia una integralidad de los servicios de salud en este importante tema de salud materna.

## ANTECEDENTES

La mortalidad materna en México representa un problema importante de salud pública. Se considera que una muerte materna es el resultado de múltiples factores que hacen complejas las acciones del sector salud dirigidas a enfrentar el problema, estos múltiples factores pueden estar relacionados con las condiciones propias de la localidad de origen de las mujeres: caminos, medios de transporte, falta de recursos materiales para atender las necesidades de las pacientes.

Sin embargo también se ha notado a través de diversos estudios sobre salud materna, que frecuentemente estos riesgos son consecuencia de la desigualdad de género, la discriminación y la inequidad en el acceso a servicios de salud. Las mujeres de escasos recursos y las que viven en las zonas rurales e indígenas tienen muchas menos posibilidades de acceso a la atención médica durante el embarazo, de parir con asistencia de profesionales capacitados y de recibir la vigilancia médica necesaria durante el puerperio, eso aunado a la mala calidad de la atención, incluida la actitud poco respetuosa de las/os trabajadores de los servicios de salud, es lo que influye en la desconfianza de la población hacia las instituciones de salud y así son descartadas, ante la presencia de urgencia obstétrica, dejando en completa vulnerabilidad a quien la padece.

Muchas de las muertes en mujeres embarazadas en México, son agrupadas bajo la denominación de *causa obstétrica materna*, la cual es esencialmente prevenible. Aunque se ha reconocido que el acceso a los servicios de salud crece a medida que hay también un desarrollo económico en las diferentes comunidades del país; aún queda evidenciado que el acceso a las instituciones de salud no queda condicionado únicamente al ingreso económico o a la infraestructura disponible, sino que depende al mismo tiempo de un servicio digno y oportuno, donde se enfatiza la importancia de las acciones de prevención, como lo es en este caso de las complicaciones en el proceso de embarazo y de la muerte materna.

La ocupación en este tema no sólo tiene que ver con el evidente riesgo de perder la vida, sino que también hay una gran probabilidad que la calidad

de ésta (en muchos casos ya de por si deteriorada) se vea aún más afectada por las secuelas en las que deriva en el caso de la preeclampsia por ejemplo. La mayoría de las mujeres con complicaciones obstétricas se recuperan, pero algunas sufren secuelas y discapacidades de largo plazo incluyendo daño cerebral, esterilidad y fístulas vesículo-vaginales asociadas a incontinencia crónica que además de ser dolorosas, pueden producir aislamiento y estigmatización social.

Hasta ahora los esfuerzos dirigidos a la reducción de la muerte materna han intentado abarcar la mayor cantidad de factores que facilitan los riesgos en el tema de salud materna, se han implementado diversos programas, proyectos, se han designado presupuestos para mejorar las infraestructuras, etc. Ha sido un proceso en el que el cambio se da de forma paulatina, por ejemplo, desde su fundación, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) manifestó su preocupación por la situación de la mujer, lo cual se reflejó en la formación de una comisión relacionada con el estatus de la mujer (1946), tiempo después ante la necesidad de integrar a las mujeres en el desarrollo, se dio marcha a una serie de medidas dirigidas a ellas, destacando un fondo destinado al beneficio de las mujeres pobres de áreas rurales de países subdesarrollados, de donde se desprende una serie de declaraciones en favor a la mujer como la protección de la maternidad (1955) ahí se contemplan específicamente los derechos en el área de salud reproductiva que incluye entre otros aspectos recomendaciones en cuanto a la participación de los hombres en el cuidado de los hijos, la protección de la salud de la mujer embarazada y el acceso a una atención médica gratuita y de calidad.

La iniciativa *por una Maternidad sin Riesgos* surgió en 1987 a escala mundial como una preocupación del sistema de Naciones Unidas y de organismos no gubernamentales al descubrirse que a pesar de la escasez en cifras en el ámbito mundial sobre muertes maternas, las mujeres continuaban muriendo por embarazo, parto, puerperio y aborto, donde de alguna manera se reflejaba el fracaso de algunos programas materno-infantiles y las iniciativas de atención primaria. México se une a ésta iniciativa *por una Maternidad sin riesgos* desde el año de 1993. La reducción de la mortalidad materna es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio comprometidos para el 2015, por lo que en los últimos años, se han implementado diversas intervenciones dirigidas al fortalecimiento de la infraestructura de las unidades médicas y de la capacidad técnica médica de las/os prestadores de servicios, sin obtener el impacto suficiente

para alcanzar la meta. En junio del 2009, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución para que los Estados miembros integraran una perspectiva de derechos humanos en las iniciativas destinadas a reducir la mortalidad y la morbilidad materna considerando entre otros, los principios de igualdad, no discriminación, participación y empoderamiento de las mujeres, así como la eliminación de prácticas nocivas en los sistemas de salud.

En este sentido, cabe enfatizar que los factores que incrementan el riesgo de complicaciones en el embarazo, que derivan en muerte materna directamente relacionados con los servicios de salud tienen relación con la falta de control prenatal y la falta de actitudes preventivas. Además, de que como se ha mencionado, la actitud de muchos prestadores de servicios alejan a las usuarias y usuarios de la posibilidad de atenderse en instancias de salud. A ello le sumamos que muchas familias indígenas desconocen el funcionamiento y las formas de acceder a la atención de los centros de salud u hospitales lo que retarda y/o cancela esta opción, debido a la falta de promoción de la salud, es decir, hay un deficiente contacto del sector salud con la población en general.

Se han identificado también algunas variables sociodemográficas que intervienen en el incremento o disminución de la utilización de servicios de atención prenatal, como la edad, la escolaridad, las oportunidades de trabajo, el estrato social, el lugar de residencia, el estado civil y la derechohabiencia a la seguridad social. Analizar el problema de las opciones de salud en un contexto multicultural implica reconocer, además las relaciones de desigualdad entre los géneros y cómo estas relaciones son redefinidas por la presencia de desigualdades étnicas generacionales. Las creencias propias de las diferentes etnias o comunidades de diversos lugares del país o el estado, que desfavorecen a la atención oportuna a la mujer en riesgo durante el proceso de embarazo, algunas de estas creencias tienen que ver directamente con la salud, que es normalmente vista como situación de suerte, ajena a la responsabilidad individual; otras están más bien relacionadas con las creencias o prejuicios que hay en torno a los servicios de salud, que muchas veces son tomados de la comunidad como verdades absolutas, independientemente de haber tenido una experiencia directa o no.

En ese sentido, el modelo teórico descrito por la doctora Deborah Maine a partir del análisis de un número significativo de muertes maternas ha

aportado elementos importantes para identificar con precisión las variables asociadas a su ocurrencia que son: a) Los conocimientos, prácticas y creencias de las mujeres, las familias y las comunidades que influyen en el reconocimiento o no de los signos y síntomas de la enfermedad y en la decisión de buscar atención médica oportuna, b) La inaccesibilidad de los servicios de salud por circunstancias geográficas, por falta de estructura vial o de recursos económicos que condicionan la inoportunidad en la solicitud de atención y, c) Personal insuficiente en los centros de salud y hospitales o que carecen de los conocimientos, habilidades y destrezas para la atención de casos complicados, la deficiencia en recursos tales como medicamentos, hemoderivados, etc.; la ocurrencia de errores de juicio médico, la falta de coordinación entre unidades médicas, la ausencia de seguimiento a la referencia-contrarreferencia, de pacientes con factores de riesgo o complicaciones obstétricas, los problemas de comunicación interpersonal asociados a las estructuras jerárquicas que prevalecen en las unidades médicas y la inoportunidad en la toma de decisiones se asocian al retraso y deficiencias en la atención médica. La postura defensiva y la ausencia de autocrítica en el personal de salud limitan la posibilidad de identificar los errores y mejorar los procesos para reducir el error a cero para neutralizar su efecto en la paciente.

En muchas ocasiones los derechos en torno a la salud responden más a intereses colectivos que individuales. En el ámbito institucional, algunos servidores de salud consideran la atención la población indígena como algo "indeseable" que deriva a ciertas prácticas que persiguen su alejamiento de los centros de atención. Sí, en muchas ocasiones la falta de uso de los servicios de salud se justifica por el mero desconocimiento o la falta de costumbre a su recurrencia en casos de emergencia, sólo por el hecho de que no se encuentra en su esquema de realidad, lo "olvidan", sin embargo, no es novedad que muchas veces se debe por el temor o desconfianza que existe por parte de algunos integrantes de las comunidades generados por una mala atención, ya sea que no fue resolutiva en el problema de salud que se presentó o porque hubo un mal trato a través de la actitud del profesional de salud.

El acceso o inacceso a la atención medica en los centros de salud, puede estar sujeta también no sólo a la falta de calidez en el personal médico y de enfermería, sino, que puede iniciar desde las personas que se encuentran en otras áreas de trabajo de la misma institución de salud y que asumen el rol de diferenciar y establecer las urgencias de las que no lo

son, siendo que sólo un profesional calificado puede realizar con pericia dicha acción, quedando así en manos de personal administrativo, personal de archivo, personal de vigilancia, etc.

En investigaciones previas sobre salud materna se infiere que los factores incluidos en la falta de disminución de la muerte materna en nuestro país obedece más a causas de retraso en la atención medica por circunstancias como las anteriormente mencionadas que por falta de planes de intervención o métodos de diagnóstico y/o intervención sofisticados. La competencia humana, elemento que se ha perdido en la práctica médica, consiste en dar un trato digno y respetuoso al paciente que acude en condiciones de vulnerabilidad extrema. Cuando la mujer asiste al servicio médico no se siente satisfecha con el trato que recibe ni con el tipo de exploración que le hacen, considera que la revisión debería ser más amplia, así como la información proporcionada en el sentido de lo que tendría que procurar para mantener el estado de salud de su hijo no perciben una disposición en ellos para escucharlas y aclarar las dudas; frecuentemente se percibe un sentimiento de indiferencia, frialdad, soledad y falta de calidez de la atención. En vías de subsanar estas deficiencias los expertos en el tema recomiendan un enfoque holístico para abordar el problema de la mortalidad materna,

Por lo que una de las directrices del plan de acción resulta en implementar modelos y/o proyectos que permitan reducir los factores de riesgo originarios de una mala praxis o de una subestimación de los servicios de salud por parte de la población. Reforzar las acciones y estrategias de carácter técnico con un fortalecimiento en los derechos humanos y desde una perspectiva de género, que permita y favorezca una atención de calidad e integral, es uno de los principales propósitos de este Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna adoptado en la jurisdicción sanitaria IV del Estado de Chihuahua, a partir de él se incorporaron acciones dirigidas a fortalecer la atención continua de las mujeres desde la propia familia, la comunidad, las unidades médicas de primero y segundo nivel de atención. Se enfatiza la importancia de que la formación-capacitación de los recursos humanos en salud adopte una perspectiva humanista con enfoque intercultural y de género en el marco ético de los derechos humanos, para hacer efectivo el derecho de las mujeres a proteger su salud durante el embarazo, el parto y puerperio y a vivir una maternidad segura. Se parte del reconocimiento de que el trabajo en salud es

emocionalmente demandante y que el personal de salud requiere de herramientas que le permitan el enfrentamiento constante con el dolor y el sufrimiento humano. Reconoce además que en el sistema de salud prevalece una relación médico-paciente totalmente asimétrica entre el médico que detenta el poder y la mujer que sólo es una paciente más a atender, así como de evidenciar las diversas dimensiones del abuso y maltrato que va desde las formas más elementales (minimizar sus quejas y malestares) hasta las más graves (condicionamiento o negación de la atención), para avanzar en el planteamiento de intervenciones oportunas y que los prestadores de servicios desempeñen su papel de garantes de los derechos de las usuarias, reconocidas como seres humanos que tienen derechos reproductivos y sexuales y que pueden ejercerlos.

La experiencia humana no sólo implica pensamiento, sino también afectividad y únicamente cuando se consideran en conjunto, se capacita al individuo para enriquecer el significado de su experiencia; de allí que el modelo promueva el desarrollo de habilidades de comunicación intra e interpersonal en diferentes áreas de la vida profesional de las/os trabajadores de la salud que le permitan promover y llevar a cabo las mejores prácticas para optimizar su trabajo en beneficio de las usuarias, así como en beneficio de su propia persona y práctica médica a partir de una reflexión crítica de su propio conocimiento y experiencia. A continuación se dan a conocer los objetivos y se describe la metodología del Modelo en su totalidad pues es importante dar el contexto del trabajo realizado en la jurisdicción en cuestión.

**Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para disminuir la Mortalidad Materna**

Objetivo general: Coadyuvar en la disminución la mortalidad materna en diversas localidades de la jurisdicción IV, a través del diseño y aplicación de modelos de intervención educativa con perspectiva de género con el personal del sector salud.

**Objetivos Específicos**

- Incrementar la percepción de riesgo obstétrico entre las mujeres embarazadas, sus parejas y familiares.

- Favorecer la demanda oportuna de atención médica en presencia de señales de alarma obstétrica.
- Favorecer la detección, diagnóstico, referencia y tratamiento tempranos de las complicaciones obstétricas.
- Desarrollar actitudes básicas de empatía y comunicación en el personal de salud para mejorar la continuidad en la atención.

**Fase I. Curso- Taller de formación de facilitadoras/es,** dirigido a personal gerencial (mandos altos y medios) y operativo de diversas instituciones del sector salud. Los contenidos incluyeron temas como: El aprendizaje significativo en la formación y práctica profesional con perspectiva de género, comunicación funcional, Identificación de la escucha en sí mismo y del prestador de servicios de salud, Actitudes básicas en la atención a la usuaria: congruencia, valoración incondicional y empatía. La dimensión humana del prestador de servicios de salud. Reconocimiento del sentimiento del promotor y del manejo técnico de la salud materna. Acciones y compromisos. Las y los asistentes participaron en algún grupo de la segunda fase como parte del equipo de trabajo previo acuerdo con la facilitadora de grupo.

**Fase II. Curso Taller a personal de 1° y 2° nivel de atención,** dirigido a personal médico de enfermería trabajo social, TAPS, auxiliares de salud, parteras y promotoras/es de unidades de primero y segundo nivel de atención, con los siguientes ejes temáticos: Gimnasia cerebral, Panorama epidemiológico preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, Bioquímica mental, Inteligencia emocional, Ácido Fólico, Actitudes básicas en la atención a la usuaria: congruencia, valoración incondicional y empatía, La dimensión humana del prestador de servicios de salud. Reconocimiento del sentimiento del promotor y del manejo técnico de la salud materna, Eslabones críticos en la atención de la preeclampsia-eclampsia y la Estrategia educativa retomada en la fase III por médicos, enfermeras, trabajadores sociales, promotores, entre otros.

**Fase III. Trabajo de campo. Sesiones Educativas** con mujeres embarazadas y sus acompañantes, población abierta y autoridades y actores comunitarios clave. Se trabajan de 1 a 4 localidades en un día de trabajo, ello depende de los tiempos de recorrido que haya y

de la priorización de la jurisdicción para señalar a que unidades o localidades asistir. Al final se suman cinco días de trabajo comunitario. Puede haber jurisdicciones en las que los equipos interinstitucionales pueden estar lo suficientemente preparados como para hacer paralelamente trabajo comunitario, lo que favorece que haya más localidades visitadas y con la calidad laboral tanto por parte del personal aplicativo como del equipo interinstitucional que brinda la retroalimentación

Las y los participantes de las fases 1 y 2, trabajaron los temas aprendidos y tallerearon con mujeres embarazadas, sus parejas, familiares y actores institucionales. Al final de las sesiones se realizó una retroalimentación de la aplicación del modelo educativo.

Se hizo acompañamiento, supervisión, modelaje y apoyo al personal de salud de 1° y 2° nivel de atención que asistió a la Fase 2 como educando y que realizó la promoción y el cuidado de la salud materna. El trabajo se realiza directamente en campo y en vivo.

**Fase IV. Seguimiento de Compromisos**. Se llevan a cabo por lo menos 2 Talleres un día de trabajo cada uno invirtiendo entre 8 y 10 horas. Las y los participantes presentan los resultados de la experiencia desarrollada durante la fase III, realizando un análisis de los compromisos adquiridos y de las fortalezas y debilidades que contribuyeron a darle seguimiento al modelo educativo.

Las y los participantes de la primera y segunda fase asisten a una sesión de seguimiento en la que se comparte el trabajo que genera cada uno de los asistentes a partir de los compromisos que se adquirió desde la Fase 1, derivados de los talleres.

**Metodología.** Hay un proceso de diseño y planeación previa a cada una de las fases y etapas en operación y hay toda una línea de procedimientos y acciones que se llevan a cabo adicionalmente al trabajo dentro del aula lo que permite un monitoreo y seguimiento inmediato del trabajo de los equipo de trabajo interinstitucional. Se contabiliza en tiempo el trabajo formal en aula sin embargo, la labor lleva por implicación natural una inversión de horarios exhaustivos para los participantes, líderes de equipos y facilitadores/coordinadores, especialmente en el trabajo

comunitario debido a los tiempos de desplazamiento, circunstancias de los caminos y condiciones climáticas, convocatoria anticipada a la población, preparación de los equipos de trabajo de las unidades sanitarias participantes, elementos que complejizan y que finalmente son pilares del trabajo operativo en campo. Esta práctica por principio es un incentivo de valor incalculable para el personal operativo en general, en especial para aquellos que por distintas razones no llegan a tener supervisión y reconocimiento por los esfuerzos realizados como prestadores de servicios, sumando a ello en particular al personal que labora en alejado de las cabeceras municipales, en zonas de bajo índice de desarrollo humano y alta marginación.

El trabajo comunitario, da vida a toda la planeación del proyecto y es en la que se concretiza el trabajo de cada uno de los participantes, labor y beneficios de ello que, finalmente llegan directamente a las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, sus familias y autoridades municipales y locales. El desarrollo de este trabajo es el que da cimientos firmes para el cumplimiento de objetivos del proyecto entero. Se utilizan diferentes técnicas que facilitan procesamientos grupales y el enriquecimiento de resultados, sin embargo especialmente, se enfatiza el uso de:

La observación directa del proceso de acompañamiento a cada equipo de salud. El objetivo de la observación directa, es articular los resultados de las acciones llevadas a cabo y los que provienen de una aprehensión intersubjetiva con el fin de proporcionar una visión lo más completa posible de la realidad. Los sistemas para registrar y almacenar los datos observados -conductas, acontecimientos y procesos- serán descriptivos, narrativos y tecnológicos.

Sistemas descriptivos: que se basan en referencias retrospectivas de los acontecimientos observados y compartido. Son por tanto, sistemas abiertos que permiten auténticos momentos de reflexión y concientización a partir de la experiencia de los mismos participantes.

Sistemas narrativos: En este caso el observador es el principal instrumento de observación. Lo que se explora no está especificado de antemano. Esta herramienta es la precurrente necesaria para dar la retroalimentación en el estricto sentido de la palabra y ayuda a identificar en resultados los sentidos que los profesionales de la salud le otorgan al cuidado de la salud materna y perinatal, a la situación de la prestación de sus servicios. Los relatos incluyen desde el impacto emocional que implica definirse como alguien que depende de otro, hasta los cambios de roles, pasando por los detalles concretos de reorganización de la vida cotidiana y de los vínculos sociales que el embarazo, el parto y el puerperio demandan. En este sentido el abordaje fenomenológico centrado en las vivencias expresadas como contenidos de conciencia se revela como una herramienta metodológica de especial eficacia, pues permite la comprensión del profesional de la salud y la transformación y enriquecimiento de su universo de significados en la atención que brinda.

A partir de las observaciones hechas se podrán utilizar los incidentes críticos (aspectos relevantes de la observación), y notas de campo (recogidas tras la observación), inventarios (objetos y actividades de un determinado equipo de trabajo), otros documentos escritos (personales, oficiales, públicos) que pueden ser utilizados durante las retroalimentaciones y/o sesiones en las que se comparten las experiencias exitosas.

En el caso de las relaciones humanas, la retroalimentación se manifiesta con una amplia variedad de señales verbales y no verbales, las cuales son información para la otra persona sobre sus comportamientos y la manera en que estos afectan, con el propósito de que examine su conducta y acciones. Otra finalidad de la retroalimentación entre personas, es señalar, precisar si hay algún obstáculo que esté bloqueando el desarrollo de la actividad desempeñada.

La habilidad para dar y recibir retroalimentación es uno de los recursos más importantes para que una persona avance en su proceso de desarrollo individual y social.

La retroalimentación que se da al equipo supervisado es de acuerdo a los cuatro pasos que estrictamente la misma estipula:

i. Describir la conducta, el desempeño de la persona que se supervisa.

ii. Compartir reacciones de las usuarias ante ese desempeño.

iii. Dar y solicitar con el equipo de trabajo opciones del enriquecimiento de la tarea ejecutada

iv. Hacer acuerdos (de los cuales hay seguimiento)

Acompañamiento Activo: El enfoque de acompañamiento activo supera a la fiscalización, inspección o vigilancia tradicional como una situación externa y objetivable. En cada equipo de trabajo, se rescata a través del acompañamiento activo el logro, los aciertos, actitudes, conductas, cumplimiento de metas, gestiones y atención oportuna realizadas por el personal de salud, traducido todo esto en el reconocimiento profesional necesario en el desempeño de las acciones sustantivas, hecho imposible de abstraer de la experiencia subjetiva del personal de salud.

Este tipo de herramientas se utilizan centrando las acciones y subjetividades implicadas del trabajo realizado por cada uno de los profesionales de la salud que intervienen en el proceso. Cada herramienta metodológica implica la posibilidad de revelar la manera en que el personal de salud es vivenciado por la mujer usuaria de los servicios de salud y por la comunidad misma.

El desarrollo, puntualización de la planeación logística de esta etapa se lleva a cabo por diferentes medios y de forma directa con los líderes de cada equipo de trabajo. Se hace monitoreo y seguimiento de los elementos implicados y derivados de la logística; la comunicación así como acuerdos con cada líder es previa a la operación de esta etapa, por lo tanto las precurrentes para este

trabajo y el monitoreo puntual de cada acción que se desarrolla de manera paralela a las dos etapas que preceden, lo que permite que al llegar a esta etapa la operación se leve acabo de manera concatenada con las etapas anteriores.

Dado el contexto general de los propósitos del Modelo es importante señalar que la evaluación que se llevó a cabo está enfatizada por el principio de la *funcionalidad*, es decir, que no se lleva a cabo por mero ejercicio intelectual sino que se espera conocer de qué manera específicamente éste es adecuado y funciona para la atención obstétrica bajo las condiciones contextuales particulares de las comunidades correspondientes a la Jurisdicción IV en el Estado de Chihuahua; y en el mejor de los casos que de ésta se derive un mejoramiento en la marcha del proyecto, a partir de saber los efectos del programa por comparación con las metas que se propuso alcanzar a fin de contribuir con una panorámica de las influencias y procesos que existen entre las acciones llevadas a cabo y de manera indirecta conocer las circunstancias y situaciones cotidianas a las que se enfrenta el personal de salud o la misma población para acceder a las instancias de atención, es decir, de qué manera se acoplan los principios adoptados a raíz de la implementación del Modelo y qué obstáculos se continúan enfrentando, además de proporcionar dirección para la toma de decisiones subsiguientes.

## METODOLOGÍA

Se diseñó una evaluación cualitativa con enfoque fenomenológico que tuvo como visión privilegiar las voces de aquellos prestadores de servicios que han sido parte de la implementación del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna, así como de las usuarias y usuarios de las unidades de salud donde laboran, de tal manera que se pueda obtener directamente de los actores principales información que guíe hacia una panorámica sobre los efectos, impactos, consecuencias y cambios que se derivan de él. Incluir además la participación de las usuarias (y en algunos casos de los familiares) permite conocer de qué manera están percibiendo dichos efectos y profundizar en los aspectos significativos propios del proceso de implementación de dicho Modelo.

Un diseño cualitativo de investigación resulta muy útil, en tanto que es sensible a la subjetividad de las personas que intervienen en el proceso, recupera su experiencia y posibilita la integración de ésta en las recomendaciones y sugerencias derivadas. Se da primacía de la *presencia* sobre la *frecuencia*, se busca la heterogeneidad en la información

Bajo estos principios la evaluación del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna (2012-2013) se llevó a cabo en diferentes localidades de la Jurisdicción Sanitaria IV del Estado de Chihuahua con el fin de conocer el proceso que ha tenido en los diferentes lugares donde se implementó; así como de los efectos del mismo. Para tal propósito fueron retomados en primer lugar todos los informes y documentos derivados de la aplicación del Modelo, desde el 2012 hasta la fecha, este material se consideró necesario para realizar un análisis que diera cuenta de indicadores de disminución de la muerte materna.

En segundo lugar se dio prioridad a la recolección de datos a través de entrevistas directas con el personal de salud y con algunas usuarias y usuarios, además de los datos obtenidos de la observación directa. Se consideró que debido al trabajo que se ha desarrollado es un momento oportuno para hacer una evaluación del proceso e impacto generado a favor de una política pública en materia de salud que contribuya a la

disminución de la muerte materna, principalmente en las regiones indígenas y de difícil acceso en el Estado de Chihuahua.

Como se ha establecido, el presente documento fue diseñado en una aproximación y lectura de la realidad que privilegia la interpretación, exploración y análisis de la subjetividad como producto de la íntima interrelación de los sujetos con su realidad social, de tal manera que está sustentada en diferentes enfoques teóricos que no esperan encontrar una realidad previamente concebida, si no que trata de descubrir las estructuras y los sistemas dinámicos que subyacen a los eventos observados para poder obtener un panorama más amplio y enriquecido acerca de las vivencias de las/os involucrados, en este caso en cuanto las/os protagonistas del modelo se refiere (personal de salud y usuarias/os). El sustento de esta evaluación tiene como pilares una visión científica, humanística con perspectiva de género y enfoque intercultural, es decir, un reconocimiento de las creencias, perspectivas y predisposiciones de las/os participantes, así como las consideraciones de carácter intercultural para cada comunidad, sus estilos y calidad de vida.

La validez de un análisis evaluativo de tipo cualitativo, de acuerdo a Taylor y Bogdan, (1996) e Itto y Vargas (2005) asegura un estrecho ajuste entre lo que las/os participantes expresan y hacen; y lo observado, particularmente en entrevista, anecdotarios verbales (de búsqueda focalizada), y en este caso en particular además del desempeño en las sesiones educativas con las usuarias e intervenciones de actores de nivel estatal, jurisdiccional, regional, niveles operativos y prestador de los servicios de salud.

Las aproximaciones cualitativas buscan la cercanía con la persona para obtener, además de conductas observables, estados internos que reflejen la percepción de las personas y su sentir hacia determinado fenómeno, se ubican dentro de la tradición del comprender, misma que se enfocan en:

- El significado de la conducta humana
- El contexto de la interacción social
- El entendimiento empático basado en la experiencia subjetiva y en las conexiones entre estados subjetivos y conductas

Son precisamente estos tres elementos los que se describen de diferentes maneras en el presente documento, es decir, comportamientos de las usuarias, personal de salud, acciones de colaboración en los equipos de trabajo de los distintos niveles de gobierno e interinstitucionalmente, la actitud del personal que brinda sus servicios, y el cambio favorecedor en la manera de mirarse a sí mismos, no sólo como profesionales de la salud sino como personas en sus diferentes esferas, en la emocional, en valores, en la relación con su familia, en el cuidado de su propia salud, y en este último punto se implica una confrontación a la congruencia de cada persona, evocando la concientización del darse cuenta desde su decir, sentir, hacer y pensar. Se hacen referencias evidentes y explicitas a la empatía las diversas formas de ver el mundo y la comprensión en las cosmogonías que cada persona tiene para estar en relación con su entorno.

Queda evidente la importancia que tiene para los propósitos de ésta evaluación que haya sido realizada bajo este enfoque cualitativo, ya que la intención no queda sólo en conocer en términos numéricos y estadísticos el impacto generado de este modelo, sino también es de vital importancia conocer y retomar las percepciones y vivencias de los protagonistas que den cuenta del proceso que se está dando desde la fecha de la implementación del modelo hasta el presente y así conocer los factores que están favoreciendo la disminución de la muerte materna en esta jurisdicción. El propósito inmediato en esta evaluación desde este método se basó en crear una imagen apegada y fiel de los datos a analizar.

**Objetivo:**

La presente evaluación tuvo como objetivo conocer el impacto del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna (2012-2013) en diferentes localidades de la Jurisdicción Sanitaria IV del Estado de Chihuahua, a través de la identificación, descripción y análisis de los factores involucrados en el mismo, bajo la perspectiva y voz del personal de salud involucrados.

**Objetivos particulares**:

- Conocer a través de las percepciones y experiencias del personal operativo del sector salud cuál ha sido el efecto de la implementación de este Modelo, así como la funcionalidad del mismo para el desempeño de las actividades para prevenir la mortalidad materna.
- Conocer a través de la voz de algunos usuarios de los servicios de salud de algunas localidades y comunidades correspondientes a la jurisdicción IV, la manera en la que ha influido el modelo para la promoción de la salud materna.
- Visualizar directrices que guíen una perspectiva más amplia de las acciones realizadas, para poder determinar aquellas que son funcionales y que están dando resultados a corto, mediano y largo plazo para evitar muertes maternas en la Jurisdicción No. IV del Estado de Chihuahua.

**Tiempo y extensión de la evaluación:** La investigación se llevó a cabo durante el lapso de julio a noviembre de 2013.

**Instrumentos y técnicas utilizados para la recolección de datos:**

- La observación directa
- Notas de campo en las dos etapas
- Entrevistas individuales y grupos focales con informadores clave
- Grabaciones de audio y fotografía
- Análisis de fuentes secundarias (informes de trabajo, datos estadísticos, etc.)

**Recursos humanos y materiales:**

- Personal para la planeación y logística
- Personal para la recolección de datos
- Personal para el vaciado de información, discriminación de información representativa de audios, anecdotarios y registros de transcripción.

- Personal para la sistematización de la información e integración del documento
- 1 grabadora digital de voz
- Anecdotario personal
- 1 guía de entrevista semi-estructurada para mujeres embarazadas (ver anexos)
- 1 guía de entrevista semi-estructurada para puérperas (ver anexos)
- 1 guía de entrevista semi-estructurada para familiares (ver anexos)
- 1 guía de entrevista semi-estructurada para grupos focales (ver anexos)

**Procedimiento:**

Con fines de abarcar la mayor cobertura del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna, la investigación se llevó a cabo en dos diferentes etapas:

1. **Etapa de Evaluación Formativa** que es la que se realiza durante el desarrollo de un proyecto y sirve especialmente para retroalimentarlo, por lo que se realiza durante las fases del mismo.
2. **Etapa de Evaluación Final:** que se realiza al final de un proyecto, en este caso se llevó a cabo la evaluación a personal de salud que participó de la versión del Modelo en el 2012, de tal manera que se pudieran recabar los datos e información que diera cuenta del desarrollo, eficacia y capacidades del proyecto a través del tiempo, habiendo pasado un lapso de un año desde los inicios de éste.

Estas etapas son frecuentemente utilizadas para la evaluación de proyectos principalmente aquellos sobre la salud (Vergara, 2002). Permitiendo de ésta manera no sólo conocer el impacto que ha tenido a largo plazo, sino el impacto y efectos que van surgiendo al interior del mismo a través de la evaluación realizada en la ejecución de las cuatro fases del Modelo descritas con anterioridad.

Las entrevistas que se realizaron para cada etapa fueron en su mayoría de grupos focales, le siguieron las individuales a personal de salud y las individuales a usuarias embarazadas, parturientas y puérperas, y aunque en menor cantidad las que se realizaron a los familiares que acompañaban a las usuarias en algunas ocasiones. A continuación se describe un listado de las entrevistas realizadas de acuerdo a cada etapa.

**1.** Evaluación Final: a un año de la implementación del Modelo en 2012**.**

1.1 Grupo focal con personal de salud de diferentes localidades participantes del Modelo en la fase I, II, III y IV del año en el que se implementó el modelo, es decir en 2012.

1.2 Grupo focal con personal de salud que no hubiera participado (para conocer los alcances del modelo con personas indirectas)

1.3 Entrevistas individuales a personal de salud de centros de salud que participaron del Modelo de 2012 (en fase I y II)

1.4 Entrevistas individuales a usuarias embarazadas y puérperas así como a los familiares que las acompañaran en el momento de la entrevista, de los centros de salud que participaran en el Modelo de 2012

**Cuadro 1: Entrevistas realizadas en la etapa de Evaluación Final**

| Entrevista dirigida a: | Modalidad | Cantidad de participantes | Descripción |
|---|---|---|---|
| Personal de salud que participó de las fases en el Modelo 2012 | Grupo focal | 13 | Se convocó a una entrevista en el CESSA TIERRANUEVA que incluyera por muestreo diferentes profesionales de salud que hubieran participado del Modelo |
| Personal de salud que no ha participado en el Modelo ni en 2012, ni en 2013 | Grupo focal | 6 | Se convocó un segundo grupo en la misma sede que no conociera, ni hubiera |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | experienciado el Modelo hasta la fecha de la entrevista. El objetivo es el contraste de respuestas entre el grupo anterior y este. |
| Personal de salud que si hubiera participado únicamente en el Modelo llevado a cabo 2012 | Entrevista individual | 4 | De acuerdo con las diferentes unidades de salud visitadas se solicitó entrevista a algún trabajador que hubiera participado Modelo 2012 |
| Entrevistas a usuarias de aquellas unidades de salud que tuvieran plantilla de trabajadores de salud que hubieran participado del Modelo 2012 | Entrevista individual | 20 | Se abordó en las salas de espera de las unidades de salud a diferentes mujeres que fueran a consulta prenatal o postnatal y que accedieran voluntariamente a la entrevista. |

Total de entrevistados: 39 personas

2. Evaluación Formativa: durante el proceso de Implementación del Modelo 2013

2.1 Seis grupos focales a personal de salud que participó de la fase I, II, III y IV
2.2 Grupo focal que participó de la fase III (al término de la sesión educativa)
2.3 Entrevistas individuales a usuarios que participaron de las sesiones educativas propias de la fase III
2.4 Entrevista a usuarias en las unidades de salud

**Cuadro 2. Cantidad de entrevistas realizadas según la etapa de evaluación formativa.**

| Entrevista dirigida a: | Modalidad | Cantidad de participantes | Descripción |
|---|---|---|---|
| Personal de salud participante de la fase I | Grupo Focal | 8 | Se abordó a las participantes de la fase I al finalizar la última sesión del curso taller |
| Personal de salud de la fase II | Grupo focal | 12 | Se abordó a las y los participantes de la fase II en la culminación del curso-taller |
| Personal de salud fase III | Grupo focal | 6 | Se abordó al personal de salud que llevó a cabo la segunda sesión educativa en una localidad al azar (Ciudad Madera) |
| Personal de salud fase IV | Observación directa | 10 | Se llevó a cabo registro anecdotario de la fase IV |
| Usuarias de los centros de salud visitados | Entrevista individual | 20 | Se abordó a usuarias al azar en las salas de espera de distintos espacios de salud |

Total de personas entrevistadas: 56.

Los pasos metodológicos que se siguieron para construir la evaluación fueron principalmente los siguientes:

***I. Recolección de datos***

- **Entrevistas a profundidad realizadas individualmente con usuarias (embazadas y puérperas) y en algunos casos, pareja o familiar:**

  Las entrevistas se llevaron a cabo a través de abordaje directo. Se visitaron unidades de salud de 1° y 2° nivel de atención de la jurisdicción y al personal de salud de la localidad en turno se solicitó la autorización para abordar a las usuarias embarazadas y puérperas que se encontraban en la sala de espera. Para cada una de las personas entrevistadas se explicó el motivo de la entrevista y se preguntó si deseaba participar en la misma, en la mayoría de los casos la respuesta fue afirmativa. Cada una de las entrevistas fue individual y tuvo una duración aproximada de 30 minutos.

- **Entrevista a profundidad en modalidad de grupo focal con el personal de salud**: Para cada grupo focal se reunió a profesionales de salud (personal médico, de enfermería, promotores de salud) que participaron de las fases I, II, III y IV del Modelo de Intervención en el año 2012 para realizar una entrevista semi-estructurada en grupo, donde la participación fue libre y abierta, siendo la moderación del grupo la principal función del entrevistador. Además se realizaron grupos focales con el personal de salud que estaba siendo integrante de la fase I, II, III y IV del Modelo en 2013.
- **Entrevistas individuales con el personal de salud que participó en el Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna de 2012**. Al visitarse algunos centros de salud de municipios y localidades que habían participado del Modelo se llevaron a cabo entrevistas individuales con algunos representantes del equipo de trabajo para indagar principalmente el impacto percibido y las experiencias personales que habían tenido en el caso de salud materna junto con lo que se había aprendido el año anterior, así como el éxito o no de las estrategias propuestas.

Los grupos focales tuvieron una duración de entre media hora y dos horas. Estas entrevistas se llevaron a cabo en un lugar apropiado (privado) para poder realizar las grabaciones de audio que permitieron tener íntegra la información dada por cada entrevistado para que el análisis posterior estuviera basado en las respuestas exactamente como fueron dadas.

El formato de la entrevista fue semi-estructurado, es decir, se utilizó una guía que incluía algunas preguntas generales, pero cada entrevista llevó su curso particular según lo compartido por cada persona entrevistada; este formato permitió que la información otorgada fuera lo más objetiva posible sin inducciones por parte de la investigadora.

Todos los procesos de evaluación, como lo fueron las entrevistas individuales y los grupos focales así como los registros y el vaciado de información, por sustento metodológico se hicieron sin la participación de personal que impartió directamente cada uno de los talleres y cada una de las fases del proyecto, por lo que la información obtenida estuvo libre de la influencia de los mismos.

El número total de entrevistas se determinó a través del punto de saturación teórica, que s es cuando las respuestas reflejan una misma pauta de contenido, así se realizaron 6 entrevistas en modalidad de grupo focal y 25 entrevistas a usuarios y familiares de las localidades incluidas en la ejecución del Modelo 2012-2013.

***II. Procesamiento y análisis de la información***

Posteriormente a la realización de las entrevistas se procedió a llevar a cabo una transcripción íntegra de las entrevistas a profundidad otorgadas por los participantes de la evaluación. Al término de estas transcripciones se realizó el análisis de las respuestas dadas y los objetivos correspondientes al Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna estableciendo categorías que reflejen y sinteticen los aspectos más relevantes en la investigación**.**

### *III. Integración del documento*

Con fundamento al análisis de resultados se procedió a integrar las conclusiones y recomendaciones según lo encontrado a partir de la evaluación cualitativa, es decir, de las percepciones más constantes surgidas de las diferentes entrevistas y observaciones realizadas, se delimitaron las pautas que enmarcan el continuo de fortalezas y debilidades del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna. Las voces de los participantes de la evaluación están diferenciadas del texto descriptivo de análisis en fuente más reducida y en cursivas, destacando en cuadros de texto aquellos testimonios que resultan más relevantes para la categoría en cuestión, en cada testimonio se diferencia también la "P." que se refiere a la pregunta realizada por el evaluador y la "R." que se refiere a la respuesta dada por el entrevistado.

## ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Se presentan a continuación los resultados de la evaluación que se llevó a cabo de julio a noviembre del presente año al Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna, mismos que son derivados de las entrevistas que se realizaron a personal de salud, usuarias; y obtenidos también de las observaciones directas y participativas que formaron parte de la metodología utilizada.

Como se estableció anteriormente la evaluación se llevó a cabo en dos etapas, por un lado la *Formativa*, es decir, la que abarca el proceso de ejecución del Modelo de Intervención durante cada una de sus fases mediante la recolección de datos, entrevistas, documentos y testimonios orales de entrevistas individuales y de grupo, así como de observaciones directas. Y por otro lado la *Final,* que es la que se llevó a cabo para evaluar el impacto y efectos a un año de su implementación (2012) a través, principalmente de grupos focales de personal que participo de él.

Los resultados se presentan, en primer lugar por medio de una descripción de las fases que se presenciaron incluyendo texto de los testimonios recabado de manera escrita. Y en segundo lugar se presenta un análisis de los resultados a través de las categorías derivadas de las respuestas más significativas y de la frecuencia de las mismas.

Al final, se incluye un análisis correspondiente a las voces de los usuarios pues, aunque no fue la prioridad de esta evaluación, ya que el periodo (de un año) que hay de margen, así como la cantidad de municipios y localidades abarcados hasta el momento, no resultaría en un reflejo consistente de los efectos en los usuarios, pero si permitió contrastar éstas experiencias con las anteriormente compartidas por el personal de salud.

Es necesario señalar que en primer lugar se presentan las observaciones directas, como mera técnica para ilustrar y diferenciar las percepciones directas del equipo de investigación de cada fase. Sin embargo no son ajenas ni separadas del análisis posterior presentado en categorías. En lo que respecta a este análisis se notara que están divididas en categorías generales y subcategorías diferenciadas por negritas mismas que integran a la generalidad de la categoría mayor. Se notará también, que las citas de los testimonios por parte de los personajes involucrados estarán diferenciados por las cursivas y menor tamaño de fuente, además que aquellas citas más significativas por su contenido, se presentan destacadas por recuadros. En las citas de cada persona se incluye una

abreviación "P." que señala la pregunta, y la abreviación "R." que señala la respuesta.

Las categorías están presentadas por orden de relevancia, tanto por la frecuencia presentada como por las cualidades físicas mostradas por los participantes de esta evaluación en el momento de compartir sus experiencias (voz clara y fuerte, ojos abiertos, disposición física abierta, que se infiere apelan a la importancia que le asignan a lo que están expresando).

Evaluación Formativa: Para esta evaluación en particular se tuvo participación presencial en calidad únicamente de observación directa en cada una de las fases del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna que se implementó en la Jurisdicción IV del Estado de Chihuahua, percibiéndose que las fases del mismo se llevaron a cabo de manera puntual y oportuna, sin contratiempos y cumpliendo con los objetivos inicialmente propuestos. Se denotó una participación proactiva de carácter interinstitucional (de los niveles federal, estatal, jurisdiccional y local) que genera un impacto positivo entre los participantes pues según refieren ellos mismos dan sensación de integración, seguridad y contención hacia las necesidades, logros y experiencias que cada quien vive desde su campo de acción.

El poder esta reunidos representantes de diferente jerarquía, de diferentes procedencias y diferentes instituciones permite el fortalecimiento de cada una de las acciones dadas en este Modelo. Además que se abarcan distintos ángulos clave para la labor de la prevención de muerte materna, ya que por ejemplo, se encuentran en un mismo espacio autoridades de salud con personal se segundo nivel de atención y con personal operativo de primer nivel de atención, mismo espacio donde se enriquece con la experiencia y perspectivas diferentes de cada uno de los niveles involucrados, siendo al final una experiencia de retroalimentación, pero sobre todo un espacio fértil generador de lazos, contactos a favor de una red profesional para disminuir los factores de riesgo que están en las manos del sector salud. Cabe aclarar que esta presencia inter-jerárquica no es constante a lo largo del Modelo pero si suficiente para poder establecer bases vitales para el movimiento profesional en el ámbito de la salud materna.

- **FASE I:** Se observó en esta fase, la disposición y presencia de distintos personajes y autoridades del sector salud, quienes se involucraron en

algunas de las actividades del curso-taller. Al final los participantes refirieron que este les resultó muy novedoso y que al mismo tiempo rompió con esquemas y expectativas acerca de la naturaleza de las capacitaciones frecuentemente recibidas que son más bien pasivas y de contenido teórico-técnico. Así se observa que un aspecto sumamente significativo de esta fase es el contacto fuera de lo cotidiano con el otro y consigo mismos. Otro aspecto relevante es que notan la importancia por igual tanto de las actividades dirigidas al desarrollo humano y profesional (sensibilización) como aquellos temas de contenido teórico, logrando así obtener un aprendizaje significativo e integrativo que deriva también en la responsabilidad que se asume para la labor subsiguiente en términos de la morbimortalidad materna a través de compromisos concretos.

> *Como que aprendí mucho en muy poco tiempo, se pasó muy rápido, eso es importante. Vamos a mejorar más la atención con las embarazadas para que vengan a sus consultas, sobre todo con alguien que las acompañe, yo lo pienso usar con mis pacientes (Enfermera, SSCH Carichi).*

- **FASE II:** Durante esta fase se observó que, al igual que en la primera fase, hay un impacto importante dado la naturaleza del taller, que además funciona para ellos como modelaje directo de un trato digno hacia el otro, permeado de las tres actitudes básicas: empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia. Que cabe destacar, esta última es la más frecuentemente señalada como la de mayor impacto en los participantes, ya que notan la congruencia siempre manifestada por parte del equipo ponente, pues se respeta la puntualidad, los horarios establecidos y acordados previamente en el grupo, que las acciones que se prometen se llevan a cabo, la disposición de los alimentos, el respeto y aceptación en cada uno de los momentos que el personal de salud abre su experiencia personal e íntima al grupo, etc.

  Otro aspecto relevante resulta la dinámica del diseño original de curso-taller, pues al estar en movimiento corporal y de disposición de los escenarios de aprendizaje, promueve y favorece que cada quien integre sus aprendizajes de manera propia. También se hace mención a las distintas técnicas y recursos materiales que son utilizados y que facilitan las experiencias de profundo significado. Cada uno de los temas abordados en el eje temático es también

trastocado por la esfera personal y de los sentimientos, es por ello que cada quien puede generar una conexión de estilo propio con la importancia de una actitud empática, proactiva y comprometida en el cualquier acción dirigida a la salud de la mujer durante el proceso de embarazo. Algunos testimonios que en formato de texto que se obtuvieron en esta fase son los siguientes:

> *Aprendí que mis compañeros son seres humanos igual que yo y por eso aprendí a valora el trabajo de los demás y que no porque tengan menos años de servicio su participación tenga menos valor, esto porque yo sentía que mi experiencia en 22 años era lo máximo y que ya sabía cómo se comportaban los grupos, pero aprendí con humildad que esta sociedad ha cambiado y que debo tomar ejemplo de lo que hacen los demás para enriquecer mi trabajo. (Enfermera, Cuauhtémoc).*

> *Gracias por la oportunidad que se me dio de estar aquí, lo disfruté muchísimo, es una manera excelente de aprender y sobre todo a saber cómo transmitir los conocimientos para evitar los padecimientos mediante la prevención… aprender a identificar a tiempo los síntomas para así evitar casos lamentables. Estoy muy motivada para transmitir el conocimiento adquirido y así prevenir complicaciones (enfermera auxiliar, puesto de vacunación en Cuauhtémoc).*

> *En este taller aprendí el cómo atender a mis pacientes, el modo de decirles las cosas, respetar etnias, razas ideologías, creencias religiosas sin hacer alardes de lo que yo creo sino sólo transmitir y brindarles un ambiente de confianza, confidencialidad y seguridad (Enfermero, Gómez Farías).*

**FASE III:** Lo más significativo de la realización de esta fase es que se lleva a cabo un seguimiento a las actividades y compromisos realizados en las primeras dos, lo que permite no sólo realizar un acompañamiento al personal de salud que está implementando, reactivando y gestionando estrategias de promoción, prevención e intervención en la salud de las mujeres embarazadas, sino facilitar y modelar la forma de aterrizar los contenidos propuestos en las intervenciones educativas. La presencia del personal interinstitucional genera un impacto en el desempeño del personal de salud involucrado, ya que funge lo mismo de apoyo que de resolución en las dificultades que se puedan presentar en las sesiones educativas que son programadas en la ruta de seguimiento en las diferentes localidades de la jurisdicción que participaron en el curso-taller, que de reconocimiento al trabajo realizado. Se denotó que al personal de salud le es importante que representes de los distintos niveles del sector salud conocieran tanto el trabajo que llevan a cabo, como las

condiciones contextuales (geográficas y culturales) en las que éste se realiza. La manera en la que se establece a través del ejemplo y de la retroalimentación positiva que el trabajo comunitario y en especial con las mujeres embarazadas y sus familiares es posible y necesario realizar para que se consolide con mayor fuerza cada vez, es un aspecto clave de este Modelo, pues se aleja de elucubraciones, propuestas y proyectos que estén lejos de la adaptabilidad a las condiciones específicas de la población a la que están dirigidas. Es en concreto una puesta en acción de los aspectos tanto revisados en el curso-taller, como los aspectos y/o compromisos derivados de la creatividad del personal de salud en el momento de recibir la capacitación. En esta fase se observó también un cuidado minucioso de las actitudes que favorecen al desarrollo personal, principalmente en la retroalimentación, ya que se evidenció que una retroalimentación que permite la libre expresión y el reconocimiento del desempeño positivo más que en las faltas o carencias, facilita que el personal de salud sea más consciente aún de sus recursos personales y materiales con los que sí cuenta, además de que se percatan de aquellos aspectos que necesitan de más cuidado o atención hacia una mayor garantía de que la atención que brindan a la población sea la oportuna para mejorar la calidad de vida.

> *Yo creo que también como que hubo más participación de las usuarias en este sesión, porque otras veces están nada más viendo el reloj esperando la hora de la salida y hoy fue muy diferente porque estuvieron muy atentas y participando (Enfermera, Madera)*

**FASE IV:** Por último, en esta fase se favoreció un espacio de un compartir continuo de experiencias, éxitos y dificultades enfrentadas en el desempeño diario hacia la salud materna. La relevancia de ésta fase radica en que al escuchar activamente al otro se está en realidad promoviendo y facilitando un aprendizaje entre iguales, que se da a través de las experiencias y de las soluciones creativas que presenta durante las ponencias cada equipo de trabajo de las diferentes localidades participantes de las fases anteriores. Además se generan contactos y redes de apoyo mutuo, pues ellos mismos, desde esta característica autogestora de la que gozan las sesiones de esta fase en particular, establecen relaciones para realizar alguna actividad o solicitar ayuda en el aspecto material y creativo para solucionar las problemáticas que tengan en común. Esta fase se caracteriza por el clima de empatía que se genera a partir de que cada participante se encuentra de alguna manera en su colega o en su compañero de trabajo a través de las vivencias, y que aún

más importante: este compartir no se reduce sólo a la escucha y la expresión o la redundancia en quejas ante la falta resolutiva de otras instancias que no dependen de ellos; sino que se caracteriza por la constante disposición a asumir la responsabilidad en el actuar de cada quien, justamente a través del ofrecimiento del compartir ideas o materiales a otros compañeros de diferentes localidades, esta característica del grupo es especialmente relevante, dado que se denota la diferencia actitudinal ante la resolución de problemas. Finalmente se pudo constatar que es a través de estos encuentros que se conocen las acciones efectivas que se están llevando a cabo a raíz de las fases anteriores y sobre todo se conocen las acciones y estrategias que surgen de la iniciativa propia de cada profesional de salud, como la elaboración de materiales didácticos y elaboración de proyectos que permiten la mejora en términos tecnológicos de las unidades de salud. Esta fase es el cierre que permite reforzar a las fases anteriores a favor de la fortaleza total del Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna.

> *Me pareció formidable porque cada unidad expresa sus logros pero sin omitir las "trabas" que se presentaron durante la operación del programa de apoyo a la salud materno-infantil y es una buena manera de compartir experiencias lo veo como una retroalimentación donde tomo acciones que se emplean en otras unidades de salud y me parecen muy buenas (Promotor de salud, CESSA TIERRANUEVA)*

Además de los resultados derivados de la observación directa, se realizaron grupos focales en cada una de las fases y sobre todo para llevar a término la evaluación denominada *Final* que se refiere a la que se lleva a cabo una vez concluida la ejecución de un proyecto, en este caso haciendo referencia al Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución De La Mortalidad Materna en la Jurisdicción IV del Estado de Chihuahua llevado a cabo en el 2012, dicha evaluación se realizó a través de grupos focales con personal de salud que formó parte de la implementación en las fases I, II y III en el 2012 y como estrategia de contraste se llevó a cabo otro grupo focal con algunos profesionales de salud de diferentes localidades que no hubieran participado, encontrando entre estos dos grupos diferencias sobre todo en la actitud que presentaron durante la entrevista, es decir, en el grupo focal 2 (que no participó) aunque hubo similitud en las respuestas sobre las actividades que se están llevando a cabo en las unidades de salud, se pudo discriminar una tendencia a exponer las limitaciones del

equipo de trabajo, sin embargo el rumbo que tomo esta entrevista derivó de manera positiva ya que se encontraba personal de segundo nivel de atención que resolvió algunas dudas de profesionales de primer nivel de atención. La diferencia no radico en el qué dijeron, sino en el cómo. El grupo focal que si participó se observó cualitativamente en actitud proactiva y dispuesta al reconocimiento de lo que se ha estado llevando a cabo en el lapso que existe entre la culminación en el 2012 y hasta la fecha misma de la entrevista. Se presenta a continuación el perfil de entrevistados en ambos grupos focales.

**Cuadro 3: Grupo focal de personal que sí participo del Modelo 2012**

| Perfil | Edad | Localidad |
|---|---|---|
| **Trabajadora social** | 41 | Cuauhtémoc |
| **Enfermera** | 35 | Anáhuac |
| **Enfermera** | 30 | Cuauhtémoc |
| **Médica** | 38 | Anáhuac |
| **Auxiliar de enfermería** | 35 | Carichi |
| **Promotor de salud** | 32 | guerrero |
| **Enfermera** | 44 | ---------- |
| **Enfermera** | 60 | Matachí |
| **Enfermero** | 31 | Arisiachi |
| **Médico** | 50 | Guerrero |
| **Médico** | 40 | Carichi |
| **Médico** | 46 | Ciénega ojos Azules |
| **Enfermero** | 37 | Guerrero |

**Cuadro 4: Grupo Focal de personal de salud que no participó del Modelo 2012**

| Perfil | Edad | Localidad |
|---|---|---|
| **Médico** | 29 | ICHISAL |
| **Administrativo** | 40 | ICHISAL |
| | 49 | Emiliano Zapata |
| **Médica** | 31 | Basuchil |
| **Enfermero** | 47 | Reforma |
| **Médico** | 26 | Tomochi |
| **Enfermera** | 30 | Reforma |

Se dio cita al personal de salud para realizar la entrevista que tuvo una duración de dos horas aproximadamente con el grupo 1 y una hora para

el grupo 2. Todos los participantes externaron opinión de las distintas preguntas que se realizaron. La dinámica fue activa y fluida en ambos grupos.

Como se mencionó anteriormente toda la información obtenida de cada una de las entrevistas realizadas se vertió en un análisis a continuación expuesto a través de categorías que resultaron de las mismas respuestas y su importancia para los objetivos de esta evaluación, debe considerarse que estas categorías están ordenadas por la prioridad percibida por el mismo personal entrevistado y que obedeciendo este orden, van desde las que están directamente relacionadas con el Modelo, hasta las que están más alejadas de la capacidad interventora del mismo. También se presenta más adelante la parte de descripción de categorías de las entrevistas que se llevó a cabo con las usuarias.

- LA SENSIBILIZACIÓN: FACTOR DE CAMBIO HACIA UNA ATENCIÓN MÁS INTEGRAL Y HUMANITARIA.

Se encuentra a través de las entrevistas realizadas al personal de salud que participó en el Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna que el aspecto de éste que generó uno de los mayores impactos fue la sensibilización que se da al personal de salud a través de las fases I y II. Diferentes personajes de salud refieren que ésta sensibilización ha permitido la mejora de la atención hacia los usuarios en general y en específico la atención a las mujeres embarazadas, transformando así la percepción que se tiene de las personas de ser un caso más a atender a una usuaria que necesita de atención especializada y necesita ser tratada de manera humana. De esta manera se genera mayor confianza en la población para acercarse a los servicios de salud.

> *R. Creo que estos talleres son de recuperar el valor personal, se nota, es que además te dicen, que yo cambié del año pasado que vine. Que además se ha podido ver en los números, en los cualitativos, en las relaciones interpersonales de unos con otros, porque además algunos de ellos son de contrato y no de base que fácilmente podrían no ser tan cumplidos. Y la permanencia de los efectos son a largo plazo y yo creo que eso es porque toca a la persona, se les ayuda a desestresarse, un valor que le veo agregado es el devolverle a las personas involucradas la información que se obtiene del mismo grupo (sobre satisfacción laboral),el participante se va con un panorama de sí mismo y del trabajo y vayan realizando los ajustes necesarios (Asesora nivel federal, Ciudad de México).*

*R. El impacto yo creo que más bien fue en nosotros porque antes nosotros teníamos una manera de trabajar con pacientes embarazadas pero a partir de los talleres la perspectiva cambia entonces eso hace que nosotros demos información a la paciente de su estado y hacer conciencia de ese estado, el hecho de estar también con más mujeres embarazadas que son menores de edad, pues el hecho de platicarles a ellas y hacerles consciencia de su estado de embarazo hacen que ellas se responsabilicen más. Antes eran mujeres embarazadas, adolescentes o de alto riesgo que iban a consultas esporádicas o con embarazos avanzados y ahora eso ya ha cambiado ya están yendo a consulta desde tempranas semanas de embarazo… por eso comento que el impacto también ha sido en nosotros, no nada más hacia la población.*

ENFERMERA, PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CESSA TIERRA NUEVA

Se habla de una toma de consciencia que repercute en las intervenciones diarias que se realizan con mujeres embarazadas, en especial con aquellas que son menores de edad que son un foco de riesgo cada vez más creciente entre las comunidades. El otorgar la información adecuada de una manera personalizada favorece que la población sea cada vez más sensible a los riesgos.

*R. Lo que son embarazadas jóvenes o primigestas porque muchos van a la consulta y a enfrentarse a nueve meses de embarazo y a veces no hay la información no hay quien les diga qué hacer, que va a ocurrir, cómo actuar, cómo va evolucionar ese embarazo, entonces lo del curso a mí me hizo conciencia para darles a conocer más la información a esas adolescentes o a esas embarazadas primigestas (Trabajadora social, CESSA TIERRANUEVA).*

Se recupera además la dimensión personal inherente en la atención que se brinda a las mujeres embarazadas, en algunas de las mujeres profesionales en salud que han vivido la maternidad, en varias de ellas se observó una actitud empática dadas las circunstancias en común vividas en el proceso de embarazo, parto y/o puerperio.

*R. Creo que fue más bien sensibilizarnos como personal de salud porque incluso yo en el caso de ser trabajadora social y yo ya haber tenido dos hijos, vas perdiendo sensibilidad y el taller fue como una sacudida de oye espérate acuérdate lo que es pasar por todo un embarazo, lo que es estar en estas situaciones de que si llevas un embarazo tranquilo pues bien, pero la mayor parte de las embarazadas ya traen algún antecedente o complicación, todavía a eso le agregas todos los nueve meses más la complicación pues si es muy difícil y a veces vas perdiendo*

*esa sensibilidad de tratarla como una persona especial por estar embarazada, yo siento que más fue la sensibilización en el personal (Médica, Anáhuac)*

La comprensión y empatía que se generó hacia las usuarias de salud materna fue extendida más allá de cuestiones de género y de profesión…

R. *...por ejemplo a comprender a una embarazada porque uno como hombre a veces es difícil de entender por los síntomas y eso, pero ya con el taller te vas por el lado humano ya no tanto por el lado técnico ni papelería ni nada (Administrativo, Carichi).*

*R. Como que sientes más empatía, pero también para el manejo del estrés, de que te tienes que relajar para ser más eficiente (personal de jurisdicción).*

Esta sensibilización no solo se convierte en una herramienta exclusiva del personal de salud que ha recibido el Modelo, sino que se transmite hacia la población, se empieza a educar con el ejemplo, si el mismo personal médico o de enfermería muestran una actitud de cuidado y de responsabilidad en la atención de la salud, la población poco a poco va mostrando la misma apertura y disposición para ser atendida.

*R. Yo quiero opinar que tal vez este curso no sea una varita mágica para resolver los problemas que tenemos de fondo y tan profundo en el sistema y en la forma de trabajo y en las carencias tan grandes, pero sí vino a cambiar un poco la cultura y no es nada más la cultura del paciente también es la cultura del trabajador del sector salud, de repente nos encontramos con la frustración de que no todos estamos en el mismo canal pero de todas maneras siempre va a ser así, entonces, yo creo que este modelo vino a sensibilizar a realmente sensibilizar una parte de la población y sí pienso que vino a cambiar muchas cosas para la gente que lo hayamos tomado, creo que si hay muchas cosas buenas (Médico, Cuauhtémoc).*

Los cambios a nivel personal son muy significativos, pues aún cuando éste no es el mismo en todos los involucrados, cada uno va transformando desde sus propias vivencias y experiencias, pues hubo personal de salud que se percibió reforzado en su ya anterior disposición a la atención a través de la sensibilización y hay quienes se vieron confrontados con su responsabilidad en la calidad de atención que brindan a los usuarios, así la decisión de realizar un ajuste en su desempeño se da desde un lugar personal y auténtico, por lo que las probabilidades de que haya un cambio perdurable son mayores.

*R. Yo he cambiado en que si el paciente se quiere pelear conmigo yo no le sigo el rollo o sea antes me ponía al tú por tú ahora no, tranquilamente si le puedo ayudar le ayudo y si no, pues no, y le sugiero quien puede hacerlo, pero ya no me enojo, porque al último hasta sale uno enojado y se lleva los problemas a la casa y es todo un desorden y así ya no (Radiólogo, Madera, fase III).*

El personal que no participó directamente en los talleres de las dos primeras fases del modelo, también hace referencias a que la sensibilización ha marcado una diferencia en el desempeño de sus compañeros de equipo de trabajo.

> R. *Pues yo lo que he notado en mis compañeras es que sí están más al tanto de las embarazadas sí les sirvió de mucho me imagino yo, sobre todo las concientizaron de cómo prevenir una complicación porque a lo mejor sí tenía los conocimientos pero a lo mejor lo vieron más de forma humana ahora (Médico, Basuchil, Grupo focal 2).*
>
> *R. (en respuesta al comentario anterior)…Ah con razón también acá hubo un cambio, por eso yo creo que tantas reuniones con las embarazadas ahora (Enfermera, Emiliano Zapata Grupo focal 2)*

**Aspectos significativos de la sensibilización**

También se mencionan algunas características del Modelo y en particular de la sensibilización propia de la fase I y II que resultaron más significativos y que fueron referidos con mayor frecuencia.

> *R. Es que estamos muy acostumbrados a que el ponente sea el activo y uno el pasivo y muchas veces cuando uno se queda pasivo la información uno no la retiene adecuadamente porque se está cansado ya, de la posición, de estar sentados y ahora fue diferente porque nos invitaron a estar activos y estar pendientes de las ponencias y eso me ayudo a poner más atención e incluso a lo mejor de simple vista esos temas no me parecían interesantes, pero con la dinámica que se llevó me permitió que me interesara y que me involucrara y que me pareciera que si los necesito, a lo mejor si hubiera sido la dinámica diferente los hubiera dejado pasar como cualquier otra información (Médica IMSSS OPO, Cuauhtémoc).*
>
> *R. Yo creo que un punto importante es la organización, porque que desde que llegamos no fue como siempre de te pasamos un video y luego otro y luego otro, más bien hubo de todo, desde relajación, nos desestresamos, nos sentimos en confianza, me gustó mucho desde que me dijeron que había que venir con ropa cómoda (Enfermera general, Carichi).*

No sólo se hace referencia a la estructura u organización del curso-taller, sino también a las cualidades y acciones de los ponentes a cargo del grupo.

> *R. Yo siento que una de las ventajas que las personas que estuvieron al frente del grupo rompieron el hielo, tocamos las fibras más sensibles, incluso hubo unas lágrimas por ahí , nos estimula la parte más humana de nosotros, nos hace darnos cuenta de la importancia de la empatía porque a veces nosotros ya estamos como maquinas, llega una embarazada, llega otra y simplemente es otra más que llego y si nos hace ponernos en los zapatos de las pacientes y luego a mí me gustó*

*mucho eso que nos están cuidando desde nosotros, el agua que estaba puesta ahí en la mesa, la comida tan rica que nos dieron, a sus horas, no sufrimos hambre, la verdad está muy bien organizados.( Enfermera general, Carichi).*

> *R. Yo creo que el taller como taller está muy bien estructurado porque yo creo que el que sea taller, que sea tan vivencial te provoca que te quedes con esa situación, que lo recuerdes más a través del tiempo.*
>
> ENFERMERA, CESSA TIERRA NUEVA.

*R. Las dinámicas, por ejemplo la dinámica donde eres atendido por otro eso como que es muy fuerte porque en primera estas vendado y luego no estás acostumbrado a que alguien te esté atendiendo, estás acostumbrado más a tú dar la atención, entonces yo creo que es de lo que te llevas más, nosotros en el Centro de Salud Anáhuac y nosotros lo que hicimos fue replicarlo tal cual a los compañeros (Enfermera, Anáhuac).*

*R. Estaba muy dinámica desde las 8 de la mañana a las 6 de la tarde y, a mí me gustó mucho eso que si dicen que a una a una hora no se desfasa nada, todo fue como estaba programado así se hizo (coordinadora de enfermería, Guerrero).*

Como se ha mencionado antes, la estructura, las cualidades de los ponentes pero sobre todo la congruencia con la que llevan a cabo las actividades de las fases, son características que forman parte de las fortalezas del Modelo en general.

En la evaluación que se realiza dentro de la fase II los participantes mencionan con entusiasmo los momentos del curso-taller que les fueron de más impacto y dejando entrever la manera en la que lo asocian inmediatamente al cambio en la atención que se proponen tener a corto plazo con las usuarias de salud materna.

*R. A mi estos días sí se me hicieron de mucho provecho porque además no siempre tenemos la información suficiente para comunicársela nosotros a nuestra paciente aparte de que no sólo es el trabajo con las embarazadas sino que también nos hicieron sentir que nosotros somos importantes, que nosotros estemos bien para poder comunicarles a ellas, porque si nosotras estamos mal pues no les vamos a comunicar ni les vamos a mostrar ningún servicio (enfermera, Guerrero).*

*R. Yo pues aprendo un poco más de actitud porque se refleja mucho el estado de ánimo y de ahí la calidad de trabajo que nosotros ofrecemos a nuestros usuarios y bueno de información claro, a veces uno piensa que ya lo sabe ¿no? ¡Y no!*

*Entonces sí, mucha información nueva, formas de llegarle a las personas para que lo que yo quiera pasarles lo asimilen más rápido y no nada más con tecnicismos y de una forma más cálida (Médico, Guerrero, fase II).*

*R. A mí sí me gustó la dinámica en la que nos vendamos los ojos, porque es como la confianza que le damos nosotros a una persona a la que asistimos, el usuario o cuando alguien llega sin saber lo que le espera cuando llega alguien al hospital también se deposita la confianza ciegamente y nos ponemos en las manos de las personas que nos van a cuidar… (Enfermera, Guerrero, fase II)*

**Cobertura de la atención a las mujeres embarazadas de la comunidad**

Uno de los efectos positivos y más frecuentemente mencionados entre las personas entrevistadas se refiere a que la sensibilización permite que haya un interés genuino en cada una de las acciones que están inscritas en el plan de intervención para la disminución de la mortalidad materna y por lo tanto que estas acciones se extiendan de tal manera que se abarca ahora mayor población y se hacen detecciones e intervenciones oportunas.

*R. Yo quiero decir que si esto se sigue replicando si va a evitar las muertes maternas, al momento en que vas y capacitas o concientizas al servidor de salud, en ese momento cambia o modifica su actitud si salva muertes maternas (Médica, Cuauhtémoc).*

El personal de salud que se reconoció con dificultades en la atención expresó haber comprendido la importancia de la actitud de servicio sobre todo para quienes se enfrentan a la diversidad de culturas.

*R. Me sirve para mejorar la actitud con los derechohabientes, tener más tacto con las personas, porque hay personas muy difíciles en las comunidades como los menonitas, hay personas exigentes y para todo hay que tener cierta tolerancia, esto nos sirve mucho para no caer en groserías con ellos, es para lo que puedo yo utilizarlo (Medico caravana, Ciénega ojos azules).*

*R. A mí me sirvió para nutrirme, para concientizarme si he hecho bien o no las cosas, me voy 100% satisfecha porque me voy con muchas tareas gracias a lo que vimos aquí, tareas que me ayudaran en mi vida privada y en mi vida profesional. Ojala este tipo de talleres, de calidad que no sólo vienen acá con nosotros sino que van hasta las comunidades y es eso excelente (Médica, Cuauhtémoc).*

Pero no sólo se da esta amplitud en la atención a las embarazadas desde lo actitudinal, sino también desde los recursos materiales que se obtienen como fruto de la gestión para la obtención de mayor equipo para la atención obstétrica (y atención en general) con especial énfasis en las localidades donde por las condiciones geográficas hay dificultad para el acceso en primer lugar al centro de salud y en segundo lugar de éste a un hospital.

*R. Nosotros somos una unidad que somos principalmente de apoyo, en el sentido de que ellos pueden ocupar algún suero, ellos pueden ocupar la ambulancia, la ambulancia está disponible para cuando la soliciten y entonces ahora tenemos el privilegio de tener dos ambulancias debido a la demanda de urgencias. La primera ambulancia tenemos aproximadamente como 3 años ya con ella y la segunda ambulancia es la más reciente, como por marzo más o menos la recibimos. P. ¿Y a qué se debió que recibieron esa segunda ambulancia? R. Nos iban a cambiar la ambulancia inicialmente, o sea nos iban a cambiar por una nueva y se iban a llevar la viejita pero hablando con las personas que autorizaron el vehículo y con presidencia municipal que es con quienes tratamos también pues se optó por dejar las dos unidades debido a la demanda que hay del servicio entonces la única responsabilidad por parte de presidencia para que se pudieran quedar las dos ambulancias era que se le diera mantenimiento ahí y presidencia municipal aceptó porque sí se ha dado de que se van dos servicios apenas se acaba de ir una ambulancia cuando llega otra urgencia y va otra vez (Médico, Carichi).*

*R. Pero si cabe aclarar que no fue nada más Carichi las ambulancias acaban de llegar a varias partes de lo que es la jurisdicción sanitaria, fueron varias ambulancias (Médico, Guerrero)..*

*R. Pero la mayoría de las ambulancias se enviaron por eso mismo, para evitar la muerte materna (Medico, Carichi).*

Hay una mayor demanda de los servicios de salud, los integrantes de las comunidades más lejanas están acercándose más a los servicios de salud.

*R. El impacto que nosotros tuvimos fue, en el aspecto laboral fue positivo, cambió mucho la relación para bien con los compañeros y con los pacientes, decías ahorita de los indicadores eh, en las comunidades muy en la sierra que no iban a control prenatal incluso se atendían el parto en su casa, eh, con los CDS que nos entregaron ahí en el curso eh, nosotros involucramos a toda la gente porque no podía ser que estuviera pasando todavía eso que estuvieran pariendo en su casa como si nada, entonces involucramos a toda la gente a las autoridades también de cuál era la gravedad de que eso pasara y de que en nuestro país había un tratado para disminuir la muerte materna y que todos éramos parte de ello y que todos éramos parte de ese compromiso, incluso ello que estaban hasta allá lejos ¿no?. Se les pusieron los videos prácticamente a toda la población y de hecho algunos de ellos nos denunciaban, por así decirlo, sabes que fulanita está embarazada y no quiere ir, no, allá en la sierra es mucha labor de convencimiento con la gente tarahumara, por ejemplo, es mucho más difícil a veces convencerlos de que se atiendan, pero fue un balance respecto a eso fue positivo a parte la relación laboral. Allá se manejan mucho lo que son los gobernadores indígenas y el hecho de ellos esté informados de todo esto o que tan grave puede llegar a ser eso nos ayuda mucho porque ellos tienen mucha influencia en la gente (Promotor de salud, Madera).*

> *R. Pues sí se intenta tener un control general de todas las embarazadas de la comunidad para identificar factores de riesgo posibles entre las mujeres, más porque pues ha aumentado mucho el índice de embarazo adolescente.*
>
> ENFERMERA, REFORMA, GRUPO FOCAL 2

Y haciendo uso de las diferentes estrategias que forman parte de la atención en control prenatal, generando así recursos para que las usuarias reciban una atención digna y al mismo tiempo se puedan identificar los riesgos de manera oportuna, al contar por ejemplo con un plan de seguridad.

> *R. Pues ahorita varias cosas, entre ellas el plan de seguridad que se les da a las embarazadas para que ellas mismas sepan cómo le van a hacer para el día del parto, nosotras tenemos una hojita especial que hizo el medico también para saber a qué hospital, ya específico tienes que irte al regional no se espere a ir a la unidad a ver qué le dice la enfermera a ver qué le dice el médico, no, derecho al regional y nosotros estamos anotando dos teléfonos en las tarjetas porque a veces no se localizan fácil, entonces en uno o en otro se localizan. (Enfermera, Emiliano Zapata, grupo focal 2).*

**El Trabajo en equipo**

La labor hacia la salud materna se da no sólo desde el aspecto personal, individual, sino que se dio una mayor integración en los equipos de trabajo, facilitando así cada una de las actividades que realizan cotidianamente y disminuyendo la presencia de riesgos o complicaciones obstétricas por falta de atención oportuna a la usuaria. Estos equipos de trabajo no sólo se refieren a los conformados en las unidades de salud, sino entre los diferentes niveles de atención y entre las diferentes instituciones del sector salud.

> *R. Es un modelo que funciona, se ha ido consolidando y ahora me gusta verlo en acción, hay un impacto de que las autoridades vengan le sirve mucho al grupo y que se sumen a una capacitación de este tipo que no necesariamente tienen que ser cuestiones técnicas, sino que realmente se trasciende esa parte. Si creo que esto debe de ser gradual, si creo que deben de estar involucradas las autoridades y hacer esta alianza que estoy viendo aquí que no se ve en otros lados, que es la alianza entre el Instituto, entre la secretaría y que además estén aquí (asesora de nivel federal, Ciudad de México).*

*R. Yo creo que lo que vimos nos sirvió mucho para integrarnos en nuestro equipo de trabajo o sea es que a veces es difícil, nos ayudaría a relacionarnos más. (Enfermera ISSSTE, Cuauhtémoc).*

*R. Y que yo creo que el que sea funcional se debe al involucramiento jerárquico, que viene desde el nivel federal, estatal, jurisdiccional y local o sea los centro de salud que están aquí, esa es una parte del modelo importante, la otra parte es la calidad con la que se ofrece el servicio porque eso hace que sea bueno, porque cuando es un taller apretujado, sin espacios, no se mueven, creo que aquí han podido tener los espacios adecuados, los materiales que trae la consultora preparados están cuidadosamente seleccionados y están preparados con mucho tiempo para que todos sus materiales estén. Además que es importante la capacidad profesional de los ponentes, esto no lo puede hacer cualquier persona. Además los efectos se ven porque por ejemplo se esta disminuyendo la mortalidad materna o en algunos casos de la sierra en localidades muy lejanas (Asesora de nivel federal, Ciudad de México).*

*Somos un centro de salud que se caracteriza por ser problemáticos, entonces como que ese curso nos sirvió a unirnos mucho para trabajar en equipo, entonces yo siento que ese curso sí nos benefició mucho para la atención a las embarazadas porque después lo replicamos también con ellas entonces ya estábamos todos así en sintonía de lo que era la atención, entonces nos sirvió para la organización de la hora que recibimos a nuestra embarazada y a la hora que estamos en nuestras consultas y luego ya cuando pasan a enfermería que si es de primera vez hay que hacerle todos los documentos que hacerle la toma de orina, el VDRL o sea todo, ya no se nos pasa nada y ya está todo sistematizado y como dicen esto sirvió para que las enfermeras ya es de oiga doctora le voy a pasar esta paciente porque está en tal situación, entonces yo digo que sí nos ayudó mucho el curso, nos sirvió mucho el replicarlo a los compañeros y si esa dinámica que dicen a mí fue la que más… y también a los pacientes, la dinámica que te atiendan (Enfermera, Anáhuac)*

*R. Incluso se le solicita a la paciente el examen general de orina y se monitoriza todo el personal de salud está al pendiente, se trabaja integralmente ya cuando no es un compañero es otro pero todos estamos enfocados en el mismo plan de trabajo, ya incluso con el personal de enfermería tenemos un área con pacientes ya con foco fetal o si hay actividad uterina pero ya es personal más responsable, ya no es como antes. (Médico, Guerrero)*

Hay una integración en los equipos de trabajo de homólogos profesionales con aquellos compañeros de otras profesiones, las diferencias comienzan

a verse atenuadas para dar paso a las acciones conjuntas del personal de salud.

> *R. Incluso es algo de felicitar al personal de enfermería verdad porque es el primer contacto que tienen con la paciente, antes tomaban los signos y las pasaban directo a la consulta, ahora ellas mismas tomaban la iniciativa de "no, pues te veo media hinchadita", "vete para urgencias", que "la presión alta, vete para urgencias". Y ya no esperan la consulta, ya directo a urgencias, se revisa completamente y se le da consulta normal pero si determinamos algún factor es cuando comenzamos a actuar los médicos ya hay más organización hacia las pacientes y es algo que hay que reconocer ya no es necesario de decirles "¿y por -qué no me la pasó?", que le esté sucediendo algo a la paciente y no que "espérese que su turno le toca tanto". Ya ven algún factor y ya la canalizan para urgencias o sea ya es un mejor servicio para el paciente, por eso están llegando con más confianza o sea, sí fue un cambio radical (Médico, Anáhuac).*
>
> *R. En lo personal aquí con las mismas embarazadas, yo soy administrativo aquí y antes no me involucraba tanto, ahora hacemos las pláticas juntos o sea ya te involucras con ella y antes el médico decía que si ellas no venía no les íbamos a estar rogando y ahora no, ya lo hacemos juntos (Administrativo, Carichi).*
>
> *R: Acá en el CESSA nos manejamos como trabajo en equipo, cada enfermera está en el consultorio con su médico, yo en lo particular estoy con el Dr. Rangel que vemos pura consulta a adolescentes, ahorita tenemos más de 40 embarazadas que tienen menos de 19 años, entre ellas tres chicas de 12 años embarazadas, nosotros contamos con nuestro doppler, para nuestros talleres tenemos el aula, tenemos el proyector, o sea bien, de hecho cualquier cosa que nosotros necesitemos la jurisdicción es quien nos ha apoyado (CESSA Tierra Nueva).*

La integración no solo es interprofesional sino también en los diferentes niveles de atención del sector salud, donde se hace referencia a las acciones de nivel jurisdiccional que favorecen las acciones del personal de los centros de salud.

> *R. Yo sí he sentido que he mejorado, he tratado de dar lo mejor de mí en el trabajo, en mi trato con el paciente, lo mejor que se pueda, este… desde el saludo, ser más amable, quisiera yo tener más tiempo para poder dar un mejor servicio, pero lo hago lo mejor que puedo, yo he visto que se me acercan más los pacientes, de hecho saliendo del trabajo, se me acercan me saludan, hay más contacto y pues, sí me sentido muy bien y siento que lo estoy aprovechando muy bien todo esto. R. Y como compañero, ¡Juan ha cambiado mucho! (Técnico Radiografía, Madera, fase III).*
>
> *R. Yo creo que nos ha enseñado a involucrarnos más con los compañeros como con los pacientes, nos ha enseñado a involucrarnos más a relacionarnos más, con los pacientes también (Equipo de salud, Madera).*

**La Comunicación**

Derivado de lo anteriormente expuesto, un aspecto que mejoró al igual que el trabajo en equipo fue la comunicación que se genera entre los diferentes actores en la atención de las urgencias obstétricas en los distintos niveles de atención.

> *R. A nosotros en el curso nos tocó ir con personal del hospital, entonces siempre se está con que es que los del hospital nos lo regresan y no los atienden o que los del centro de salud nada más los mandan así, entonces el estar ahí todos juntos y ahora ya la gente cuando regresa de su atención obstétrica en el hospital ya son menos las quejas de que si las enfermeras las trataban bien o las trataban mal (Médico, Ciénega ojos azules).*
>
> *R. Se está implementando lo del plan de seguridad porque no se les estaba dando, su atención integral a todas, si hay alguna que presente algún problema pues agilizar los trámites para que la puedan atender en Cuauhtémoc lo antes posible, sí hay comunicación entre nosotros, aquí tenemos ambulancia tenemos como un mes con ella y se habla al regional antes de mandarla para que la reciban sin ningún problema, no ha habido casos severos, no, sí un poco de que se les sube la presión pero no pasa de ahí (Coordinadora de enfermería, Guerrero).*
>
> *R: Me encargo de los traslados, si no las reciben en los hospitales esperarme con ellas o buscar dónde se queden y son 38 unidades y tengo unidades que manejan hasta 200 embarazadas pero intento estar al pendiente de las localidades más alejadas, de "oye, ¿qué paso con tal paciente? Estar al pendiente de ellas, después, con el seguimiento, facilitar que la red de comunicación funcione (Trabajadora Social de jurisdicción).*

**Movimiento de Indicadores: disminución de los riesgos por atención oportuna**

Parte de los efectos positivos que se han observado en el tiempo que se ha trabajado con fundamento en el Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna es que sí hay un movimiento de indicadores estadísticos y cualitativos que dan cuenta de la disminución de los índices de urgencia obstétrica (ver anexos datos estadísticos).

> R. *Sí y en esos casos por ejemplo aquí pues se mandan a Cuauhtémoc al hospital de gineco obstetricia, se mandan directamente allá y ahí las controlan y ya nosotros le hablamos a Erika de que hemos mandado una pacientita, en su semana tal, tiene preclampsia con todos sus signos, la ambulancia de aquí allá hace 30 minutos y ese tiempo Erika anda moviendo allá en el de Gine y cuando llegan ella ya los está esperando con el médico y le da los datos de la paciente y ya la atienden y así es la comunicación aquí de este centro de salud (Administrativo, Carichi).*

*R. Sí, ha disminuido mucho incluso los factores de riesgo en las embarazadas que tenemos ahí en control ya están más apegadas al programa. Incluso en la unidad las monitorizamos si es de foco de riesgo las mandamos inmediatamente, sino estamos al pendiente de algo que pudiera suceder ahí o sea tanto de la parte del paciente como del personal, ya las pacientes están en mejor atención medica pero si, si es positivo el impacto que se ha tenido. (Médico, Guerrero)*

> *R. Se le ve algún detalle y la atención es rápida y gracias a eso se han detectado problemas con tiempo y se han corregido con tiempo los problemas de las embarazadas porque también está la comunicación directa con segundo nivel, se le hace la referencia, se le escribe por qué motivo se le mandó porque también era uno de los factores porque las mandábamos pero sin explicación de porqué las mandábamos, entonces es diferente "y por una infección de vías urinarias me la mandas" si pero es recurrente, ya no es de una vez, ya es recurrente entonces la tienen que atender en un hospital, porque primer nivel no contamos con hospitalización, ni para tenerlas canalizadas, ni para darles el tratamiento adecuado para una infección recurrente, entonces ya también segundo nivel ya empezó a ponerse las pilas ya no nos regresan las pacientes (Médico, Guerrero)*

*R. Se han detectado por ejemplo pacientes con diabetes gestacional, problemas cardiacos, gestacionales, se mandan muchos aquí al CESSA otros se mandan a hospitales dependiendo de la severidad, si la paciente lo requiere es al CESS o si es urgencia al hospital, pero hay una mayor comunicación, esto es a nivel estado, por parte también de otros programas que nos han dado sabemos ya la red de atención a la mujer embarazada, por ejemplo, hay una situación donde no podemos manejar nosotros un control de embarazo, por ser embarazo de alto riesgo, pero como es grande la distancia, atienden a la paciente y ya la seguimos atendiendo nosotros pero ya nos dan la contra referencia de que hacer en caso de, entonces hay una mayor comunicación a nivel estatal en ese aspecto, y mis compañeros médicos conocen ya también esas redes, por ejemplo un embarazo*

*de término con trabajo de parto efectivo, primigesta, podemos atenderla nosotros, pero el manual nos dice que menos de hora y media hospital y referente a eso aunque se enoje hospital muchas veces, no mira aquí papelito habla y: mejor atención de la paciente y si se han disminuido mucho los casos de complicaciones obstétricas y sí hay cambio radical en actitud (Médico, Ciénega ojos azules).*

Al realizarse las medidas preventivas como los análisis de detección de riesgos se tiene un mejor control sobre las posibles complicaciones que una mujer embarazada pueda tener.

*R. Sí se han mejorado cosas, por ejemplo se hacen más los exámenes de glucosa, se da más hincapié en el examen general de orina por medio de la tira reactiva y sobre todo lo que se implementó al 100% es el manejo del cuadernillo P. ¿Cuál cuadernillo? R. En donde se le enseñan las señales de alarma (Médico, Carichi).*

*R… en este año no ha habido ninguna muerte materna en la jurisdicción.-R. Hubo antes del proyecto, porque nosotros tuvimos una muerte materna P. Pero en sus unidades de trabajo, ¿no ha habido? R. No, incluso se ha disminuido ese foco rojo que teníamos, de que muchas veces venía la paciente cuando ya estaba de "¿sabes qué? vete al hospital de urgencia". Ya no, ya se mandan con tiempo y se controlan con más tiempo, entonces ya no se está permitiendo que se dé una preclampsia o que avance a eclampsia (Médico, Carichi).*

**Experiencias exitosas**

En términos concretos se mencionan los casos de experiencias exitosas que se han tenido a lo largo de este año que van desde las emergencias que se pudieron prevenir, las complicaciones que la misma usuaria detectó y asistió a los servicios de salud, como aquellas en las que la intervención oportuna y asertiva del personal de salud previno que se diera una complicación mayor que pudiera derivar en una muerte materna.

*R. A nosotros nos pasó, bueno a mí porque estaba ahí solo que una pacientita de la primera sesión que tuvimos en un fin de semana que no me toco a mi estar allá, que por lo mismo que se vio en la sesión de las señales de alarma, empezó a sentir que el dolor de cabeza, que el hormigueo que, todo eso, se vino a acá Cuauhtémoc, fue una preclampsia, le dieron tratamiento y todo y gracias a Dios ahorita ya ahí tiene a su bebé y todo, pero por lo mismo de los talleres ella y su esposo que es esposa de un maestro, él la acompañó y fue una de las que sí salió que si vino, entonces para mi esa fue una de las experiencias de que si sirve si funciona, lo que estamos haciendo allá (Enfermero, Arisiachi).*

*R. Pues el año pasado hubo 5 muertes maternas y lo que va de este año no ha habido ninguna, yo creo que eso habla mucho ¿no?, pues si están trabajando, a*

*mí me reportan cada mes los talleres que dan, me reportan qué platicas dieron, el plan de seguridad lo tienen todas las embarazadas (Personal de jurisdicción).*

> *R. Sí yo ahorita estoy adscrito al Centro de Salud de Madera, tengo dos meses, cuando yo tomé el curso estaba en las brigadas, tuvimos un caso de hecho hace una semana de eclampsia, la paciente eh, ahorita en el Centro de Salud de Madera tenemos segundo nivel. El Hospital de Gómez Farías está funcionando ahí y tenemos gine, se ingresó a la paciente se indujo con oxitocina y aparentemente todo iba bien, tenía tres consultas de control nada más y no se había detectado absolutamente nada de hecho había una consulta previa hacia doce horas traía una TA de 90/70 y a su ingreso, a los 10 minutos de que ingresó comenzó a convulsionar de repente, se le paso a urgencias, la atendió el gine, exitoso pero si muy sorpresivo porque pues aparentemente todo iba bien y pues fue un caso que se atendió en lo que se puede decir a tiempo y adecuadamente se trasladó a la paciente en ambulancia con el médico y con su caja guinda que siempre está al 100 (Promotor de salud, Madera)*

*R. Por ejemplo un caso de una paciente que nos llegó con diabetes gestacional, se detectó a tiempo, siguió llevándose su control, a final de cuentas se refirió a tiempo, se le hizo su cesárea, salió la paciente y sigue ahí, o sea no nada más es detectar preclampsia eclampsia una paciente de alto riesgo es desde diabetes gestacional, una paciente que tuvimos con una cardiopatía, embarazo de alto riesgo, se mandó a hospital la estuvo manejando el cardiólogo, el médico internista, en perinatología, ahorita está feliz con su bebé, están felices las dos, otro caso exitoso fue de una muchacha jovencita cuando yo la vi por primera vez ya tenía dos embarazos, era el segundo que tenía cuando yo la vi, era muy apegada al proyecto se le mando a hospital y se le presentó una preclampsia se le atendió a tiempo y afortunadamente salió todo bien pero ya en el hospital (Médico primer nivel de atención, Cuauhtémoc).*

*R. Hubo otra que fue que en una urgencia llegamos al hospital de ginecobstetricia y por estar en remodelación la ambulancia no pudo entrar y se tuvo que dar toda la vuelta entonces en ese lapso de tiempo que no podíamos pasar por el tráfico por todo el niño cayó en paro y entonces le dije al chofer párate aquí yo me salgo y me salí me cruce la calle corriendo y afortunadamente me recibió un médico que sí me atendió rápido y se canalizó al bebé a tomarle los signos, todo y pues gracias a Dios todo salió bien, entonces sí es una cuestión de actitud (Médico, Carichi).*

*R. Pues yo diría como experiencia exitosa, que las embarazadas ya se atienden más rápido, o sea que se detecta a una embarazada en la sierra luego, luego se nos habla de que ahí va una paciente embarazada así y así para que la reciban, además ya tenemos radios de comunicación que en la sierra alcanzan en*

*determinadas partes pero ya nos comunicamos y antes no nos enterábamos y así ya estamos prevenidos (Administrativo, Carichi).*

*R. como te decía que no ha habido ninguna muerte, entonces esa es la experiencia exitosa (Personal de jurisdicción).*

### Transformación e implementación de la intervención educativa en la comunidad a través de las sesiones en grupo.

El uso de las sesiones educativas de manera periódica en los centros de salud es percibida como una herramienta eficaz y potente que permite generar conciencia en las mujeres embarazadas y en toda la población en general, de esta manera se crea una actitud de cuidado y respeto al proceso de embarazo y se amplía el conocimiento paulatino de la importancia de la salud materna. Cada uno de los miembros del personal de salud usa además recursos creativos para llamar la atención de los usuarios hacia la importancia de asistir a las sesiones educativas.

*R. Cuando aplicamos los primeros talleres nosotros hacia ellas pues también notamos algún cambio, el primer taller que implementamos fue de nutrición, entonces la gente decía no pues yo puedo comer cualquier cosa durante el embarazo, pero hay que saber comer y distribuir los alimentos que en este caso que las embarazadas tengan 5 alimentos al día, en vez de comer a deshoras o hacer solo 3 o a veces no comer en este caso este es otro aspecto en el que nos favoreció (Enfermera, CESSA).*

*R. Este próximo martes se va a hacer una reunión con las embarazadas, es una reunión que se está haciendo de manera repetitiva con las embarazadas para exponerles diferentes temas a la cual se les hace una invitación en consulta, pero además se hacen invitaciones en donde dice el nombre de la embarazada y vamos y se la llevamos hasta su domicilio, cosa que antes ni pensar que hiciéramos, entonces eso, inicialmente se estaban haciendo cada quincena, pero después hubo un estancamiento y se hacían una vez al mes, pero ahora estamos retomando que sea cada quincena.*

En algunas localidades o comunidades el trabajo de desarrollo comunitario esta recientemente implementado, por lo que no es costumbre para los miembros de la localidad ni para el mismo personal de salud tener sesiones grupales que permitan la intervención educativa; sin embargo una vez iniciadas esta labor se pudo observar una respuesta positiva.

*R. Cuando nosotros empezamos a hacer estas reuniones esperábamos que ni fuera nadie, pero si, si fueron personas e incluso acompañantes o sea se llevan a*

*otra persona no nada más la embarazada, a la mamá, la suegra a la vecina… (Enfermera, Carichi).*

En aquellos lugares donde sí había ya iniciado este trabajo comunitario se transformó la manera de llevar a cabo las reuniones con la población.

> *R. No quisimos que fuera una plática más de vengan siéntese y escuchen y si quieren pregunten, sino que hicimos algo más dinámico en el sentido de que se dio un tema se expuso y se hizo un pequeño receso en donde como era en la mañana les dimos un desayuno light algo así, en ese entonces eran en la mañana ahora son en la tarde, entonces esa es la idea a lo mejor no siempre pero poder dar algo, por ejemplo de lo que no comen normalmente para mostrarles, porque allá se dan las despensas y se la da soya y algunas no saben qué es o la preparan y no les gusta cómo sabe y "pum" a la basura, entonces es ahí donde entra el nutriólogo, está implementando lo que es la nutrición materna, prepara un alimento a base de soya y lo da a probar en la sesión y se les da la forma de aprovechar los alimentos con los recursos que tienen a su alcance y otra cosa, hay gente que nos ha estado apoyando en el centro de salud, entonces bebé que sale, bebé que sale con ropa porque han estado haciendo donaciones bultos de ropa de bebé, desde lo que es una colcha una cobija entonces eso también ha sido un estímulo para ellas, a veces aunque no haya nacido el bebé en la unidad sino que llega a consulta y envuelto en una sábana o ropa de la gente entonces se les quita y se les pone la ropita y los tarahumaras con su sonrisa, ellos son muy duros para expresar lo que sienten… (Médico, Carichi).*

*R. A mí me gustaría compartir, nosotros aquí tuvimos una respuesta muy padre, cuando empezamos con dice el Dr., con la mitad eran como 50 pacientes entonces no cabíamos, ahora tenemos 4 grupos, nos dedicamos todo un día a dar las pláticas a nuestras adolescentes y también implementamos cosas muy dinámicas, estuvo una persona con nosotros que hacia ejercicios de yoga incluso han venido personas a cortarles el cabello, cambio de look, después de la sesión lo hacemos y pues ha dado muy, muy buenos resultados acuden a su control más de 5 veces, que son las que se requiere, acuden más y se quedan, a parte se les agenda la consulta nosotros lo que implementamos de que ya se les agenda todas las consultas de todo lo que van a acudir con nosotros, entonces si ellas vienen a sus pláticas ya tienen sus citas ya no tienen que venir a la fila de la mañana y pues eso es cómodo también para ellas, además de que tenemos a las embarazadas más grandes de 19 años, que es otro grupo y las sesiones las hacemos una vez al mes, tenemos cuatro grupos y cada mes es de diferentes temas.*

*R. … nosotros, lo que hacemos en la unidad, en el Centro de Salud de Matachí les dedicamos un solo día a las embarazadas nada más como no son muchas las que tenemos verdad, ahorita tenemos 9 y con esas 9 trabajamos ese día nada más, les damos pláticas, pasan a su consulta, les agendamos su consulta para el siguiente*

*mes, lo que hemos notado es que las adolescentes ya van más a su consulta (Enfermera, Matachí).*

*R. Allá en Arisiachi lo que se me hace raro es que vayan los hombres, por ejemplo de las primeras sesiones que se hicieron, fueron 9 embarazadas y de esas 9 embarazadas fueron 6 maridos, es que allá esta difícil que los hombres se metan a las pláticas también hacemos refrigerio, porque como además de ser enfermero trabajé mucho en restaurante hacíamos mucho lo que era la soya entonces ahí se les va enseñando a ellas también (Enfermero, Arisiachi)*

*R. …Y es que en las pláticas si se intentan hacer dinámicas, no aburridas para motivarlas y así se hacen diferentes, y pues ven que los doctores están al pendiente de ellas, de su desarrollo y sus consultas y pues si ven motivadas por el personal de salud de cada unidad. P. ¿Cuánto tiempo llevan haciendo las sesiones? R. desde agosto del año pasado y se hacen cada mes, se invitan las que están en el censo, en cuanto nos enteramos que hay una nueva embarazada la abordamos y la invitamos, entonces se invita a todas aunque no vienen todas, todas porque muchas salen o no tienen quien les cuide a los niños por el trabajo (Administrativo, Carichi).*

Aún cuando el personal de salud que no asistió a las sesiones del Modelo en ninguna de sus fases, están al tanto de las acciones que se llevan a cabo en pro de la salud materna como es el caso de las sesiones educativas.

*P. ¿Y en estas reuniones que hacen? R. pues se les habla de todos los riesgos, de higiene, de alimentación, de ejercicio, incluso se han hecho de que trae tú tu comida, qué es lo que comes para irlas guiando y nosotras contamos con psicóloga, contamos con odontóloga y el personal médico y de enfermería, entonces si se requiere de alguna situación de psicología se refiere con la psicóloga (Enfermera Unidad Emiliano Zapata, grupo focal 2)*

El impacto que genera realizar sesiones educativas en un formato diferente donde la información es dada de manera dinámica y humanitaria fue evidente con mayor énfasis a través de la percepción del personal de salud que participaba de la fase III.

*R. Ahorita me percate es que hay muchas señoras de oportunidades que tienen a las hijas embarazadas ahorita me percaté de que están ah sí es cierto a mi hija se le hinchan los pies y si es cierto a mi hija le duele la cabeza, entonces ahí quedo un impacto para que vengan a ver qué le pasa a su niña, que ya se están preocupando por su persona y por su familia (Enfermera, Madera, Fase III)*

*R. Y es que algo que me llamo la atención es que decían eso yo no lo sabía y a lo mejor es que ahora que se tomó otra dinámica en decírselos y hacérselos comprender y que eso ayudo a que ahora si les llegara, ahorita lo percibieron mejor porque ya les hemos dicho varias veces lo mismo y ahorita fue muy diferente*

*que ellas entendieron porque ya se los decía el medico en la consulta, hasta ahorita lo captaron (Enfermera, Madera Fase III)*

*R, Yo creo que también como que hubo más participación, porque otras veces están nada más viendo el reloj esperando la hora de la salida y hoy fue muy diferente porque estuvieron muy atentas y participando (Enfermera, Madera Fase III)*

Además de que la percepción de la eficacia de este formato sugerido para la realización de las sesiones también es puntualizada por el personal de salud que participaba de la fase II donde recién se experimentaban los beneficios de un curso-taller vivencial y que promueve el movimiento continuo para así facilitar el aprendizaje de los participantes.

R. *Yo creo que si diéramos las pláticas dinámicas como lo hacen aquí, porque luego ellas si van pero no ponen atención y a nosotros nos ha pasado nos han llamado a curso y estamos aquí y nos estamos durmiendo ya no oímos lo que nos dicen, por eso este es diferente porque este es dinámico, yo creo que ello se dan cuenta cuando ya nos estamos cansados y nos levantan, nos movemos (Enfermera, Guerrero)*

R. *A veces uno como médico pues si sabes los beneficios pero a la mamá del bebé nada más se le dice no pues tómatelo para que tu hijo nazca bien y no ampliamos la información, pero si lo vemos desde otro punto de vista, incluso en los pacientes que tienen enfermedades crónico degenerativas o sea como decirles la manera en la que también pueden cuidarse y les puede favorecer y al momento de dárselo pues explicarles porque a veces nada más se les dice se toma esto y esto así ya saben a qué les va a ayudar, explicarles de otra forma de otro punto de vista y pues también lo de la forma de dar las pláticas, por ejemplo a nosotros nos dicen de un curso y ya sabemos que nos vamos a sentar y a ver diapositivas y a escuchar a que hablen (Médico, Guerrero).*

## EL IMPACTO EN LOS USUARIOS

### Fortalecimiento de la interrelación del sector salud con los usuarios

En los usuarios los efectos han sido favorables a partir del cambio en actitud del personal de salud, de la activación y reactivación de las diferentes estrategias de salud materna antes mencionadas, por lo que uno de los aspectos que se ha percibido de mayor influencia es la relación que existe ahora entre el personal de salud con la población.

*R. Sobre todo ahora lo importantes es que los pacientes están más abiertos con el personal y el personal está mucho más abierto con el usuario o sea antes las embarazadas tenían un poquito de duda de preguntar o sí, de algún signo de alarma, preguntarle a las enfermeras y a los médicos y ahora ya van y le preguntan cualquier cosa o sea ya están más abiertos a preguntar que no van a decir que "si le pregunto a lo mejor me va a regañar la enfermera o el médico" y*

*ahora no, ahora van y preguntan por cualquier cosa y el personal mismo hizo un cambio de actitud para contestarle a la paciente de una forma más correcta y explicarle los signos de alarma, antes le iban y le preguntaban y le contestaban no pues que no le dijo el médico y le empezaba a recriminar a la paciente por no poner atención cuando esta con el médico pero ahora con lo del curso ya le ponen más atención el personal de enfermería. (Médico, Carichi).*

> *A partir de que el personal cambió, a partir de que el trato fue diferente, el mismo usuario sintió más confianza para poder acercarse a nosotros para podernos preguntar sobre alguna situación (Médico, Ciénega Ojos Azules)*

*R. Por ejemplo antes se caracterizaban las enfermeras por ser rudas ahorita ya están más abiertas a ser más sensibles con el paciente a partir de que se tomó el curso y se les replicó a las muchachas y desde ahí están más abiertas a las usuarias a las embarazadas. (Médica, Anáhuac).*

*R. Respecto al personal de enfermería sí es importante el cambio porque son el primer escalón con el que se tiene contacto, luego son con las que platican es que me he sentido mal o sea sí es una comunicación más abierta con la usuaria (Médico, Guerrero).*

R. *Yo aquí veo que es motivación por el personal que ya dicen a mira les interesa lo que yo estoy pasando, les interesa mi salud, ellos quieren algo mejor para mí porque además la invitación que se les hace es personalizado (Administrativo, Carichi).*

**Mayor uso de los servicios de salud en materia de salud materna**

Como resultado de dicha relación los usuarios van teniendo cada vez más confianza en el sector salud para acercarse al control prenatal, aún y cuando los factores culturales siguen presentes, tales como la preferencia por la atención por medio de partera en el caso de las comunidades indígenas.

*R. Pues en lo que corresponde a la comunidad de Arisiachi sí hubo gran impacto, ya que allá la gente, las personas no salían, ellas estaban a que las atendieran las parteras nada más, no sabían todos los problemas que podía tener el embarazo y nos ha funcionado bien porque ¡han salido a atenderse hasta acá!, hasta Cuauhtémoc o sea que la mayoría ya sale de perdida de allá de la comunidad y ya se va a un centro de salud a Guerrero o hasta acá hasta Cuauhtémoc para una mejor atención (Enfermero, Arisiachi).*

*R. Hay impacto en los pacientes que ha sido un poquito gradual (trabajadora social, CESSA TIERRANUEVA).*

*R. Eso que comenta de los gobernadores si es cierto, el gobernador es una persona que rige el lugar, la población, entonces el gobernador es con quien a veces tenemos que hablar primero, en este caso las brigadas deben hablar para que una mujer embarazada bajara a que recibiera su atención médica, antes de que se implementara este modelo de prevención de muerte materna si teníamos de los deshonrosos primeros lugares en muerte materna en lo que es Carichi, pero eso se ha ido corrigiendo, eso es en coordinación también aquí en Cuauhtémoc por ejemplo, ahora también se ha incrementado el censo de embarazadas porque como dije, antes era difícil que vinieran a consulta y ese número se mantiene, por ejemplo ahora tenemos 22 embarazadas y el número elevado de ha mantenido, ¿porque? Porque las mujeres que antes se atendían en otras unidades o en médicos particulares y ahora dejan de ir ahí para atenderse con nosotros o a veces se atienden con el ginecólogo y también van con nosotros, entonces es ahí donde nosotros nos damos cuenta que hemos incrementado la calidad en la consulta. A nosotros en los ámbitos médicos se nos dice que el paciente es un número más, una carpeta, pero ahora eso ha cambiado porque es una persona es un ser humano y como tal se le debe de tratar entonces ahora la atención a la embarazada es personalizada (Médico, Carichi).*

R. *Antes venían ya casi en las últimas semanas, nada más para irse a aliviar, el personal está más capacitado, y ahora se ha implementado que cada mes se dan sesiones de diferentes temas de interés y vienen en esas sesiones acompañadas (Administrativo, Carichi).*

## Crecimiento de las redes sociales de la mujer embarazada

El personal de salud identifica como redes sociales de la embarazada a los familiares y personas cercanas dentro de la comunidad que pueden ser agentes de apoyo ante cualquier caso de emergencia o incluso como promotores de la atención prenatal directa en los centros de salud de la localidad.

*R. En el Modelo la propuesta era que la embarazada fuera acompañada del esposo y si nos damos cuenta, ya se modificó eso porque el esposo ya casi no está con la embarazada en la consulta, se modificó en el aspecto que no está el esposo pero esta la mamá o está la suegra con la paciente y ano va sola a la consulta que eso era lo más importante que no estuviera sola, porque muchas mujeres iban y omitían los signos de alarma ahora ya va otra persona y ya se dan cuenta más, entonces si fue un impacto importante o sea si hay mejoría (Médico,*

La pareja de la embarazada juega un papel muy importante dentro de su red social, pues es quien en primera instancia estimula o desanima a la

mujer a asistir a un servicio de atención prenatal. Otras figuras importantes en la red social son los suegros (en especial la suegra) y las hermanas, pues tienen autoridad suficiente para dar consejos que la mujer embarazada llega a afectar, como lo es asistir a un servicio médico público o privado.

R. *Sí hubo un impacto porque ya hay más apego de los familiares a acompañar a la embarazada e incluso también van los maridos y si no se sabe ella todos los signos de alarma ya interfiere también el familiar que acompaña a la embarazada y están más atentos ya de los signos de alarma (Medico, Guerrero).*

*R. A mí me tocó en uno de los talleres, que yo creo que fue el primero que dimos a mí me tocó una pareja de menonitas, o sea la menonita con su esposo, acompañándola y traduciéndole todo a la menonita porque de hecho por lo regular las menonitas mujeres no hablan el español, entonces se nos hizo muy agradable que ellos se integraran en el taller, de hecho participaron en todas las actividades, entonces nos dimos cuenta de que aparte de que empiezan a integrarse como cultura diferente a la de nosotros, a parte comienzan a acompañarse en el proceso de embarazo, también nos tocó con una pareja de adolescentes, con una muchachita muy jovencita que venía con no sé si era el novio o ya eran casados pero también fueron dos parejas que llamaron mucho la atención en el taller (Enfermera, Cuauhtémoc ).*

R. *Yo digo que lo impacto mucho en nuestra unidad es que los señores que fueron a los cursos, siguen yendo al control del niño sano con la esposa… entonces fue muy difícil para los señores porque les tocó estar con otra embarazada acompañándola porque ahí estaba la esposa, porque los pusimos en grupos, entonces yo digo que esa dinámica fue la que más nos ayudó y a nosotros el Modelo si nos sirvió mucho hasta la fecha lo estamos llevando y si tenemos más consulta y las adolescentes como dicen van desde que tienen su primer consulta hasta que tienen su bebé, van al tamiz y sí nos ha funcionado mucho en la Anáhuac (Médica, Anáhuac).*

*R. Aquí las tarahumaras pues vienen acompañadas por su señor, pero ahora ya se involucran más y antes no, nada más le decía a la esposa: te está diciendo el doctor esto y ahora no, ahora él también pregunta "y si las lucecitas ¿yo que hago? ¿Y si el sagrado es muy así? "(Administrativo, Carichi).*

*R. Las reuniones que se hacen para las embarazadas cada mes y que involucremos más al familiar, al requerirse que vengan acompañadas pues ya les dicen dijo el doctor que tienes que hacer esto o si algo se les olvida a ellas pues ya el acompañante recuerda más cosas, entonces es más fácil que identifiquen algo, porque cuando vienen solas luego ellas se guardan todo y no le dicen nada a nadie y cuando están mal pues ya vienen hasta que están más complicadas (Administrativo, Carichi).*

*R. Pues en los tarahumaras los esposos porque son los traductores, pero en los mestizos pues es más frecuente que la mamá, que la hermana, por lo regular, pero en la tarahumara es el esposo porque muchas no hablan español (Enfermera, Carichi).*

- Las limitaciones en el desempeño cotidiano

Se incluye esta categoría donde la principal intención en la investigación fue indagar acerca de las limitaciones o desventajas que pudiera incluir el Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna en el Estado de Chihuahua; sin embargo, se identificó que los participantes no perciben limitaciones que sean directamente parte de la estructura del Modelo, sino que están en otro orden más de tipo político o institucional y que está fuera del alcance del diseño.

*R. …que cada uno de los médicos tome el taller para que estemos en el mismo canal, porque para el paciente que le tocó con cierto médico pues bien suave pero la que le tocó con quien no fue al taller pues todavía está en las mismas y es muy difícil trabajar entre nosotros como compañeros, el decir oye échale ganas que a mí en el taller me fue muy bien y dicen pues si verdad, pues que bien yo no sé, o sea por mucho que se lo platiques tiene que ser vivenciado, la persona no lo puede sentir y mucho menos se lo va a expresar a un paciente.*

Casi en todos los casos que se refiere a las limitaciones del Modelo el personal expresa que sería la falta de consistencia en la inclusión de todo el personal del sector salud en la participación del curso-taller, ya que algunos obstáculos se encuentran aún en que algunos profesionales de salud no están realizando la parte que les corresponde; sin embargo en ninguno de los casos es mencionado que debido a ello no se haya podido intervenir exitosamente en algún caso de urgencia o complicaciones obstétricas.

*R. Yo lo que percibo es que si impacta en su momento pero como que se estancó porque falta personal por sensibilizar (Médico de Ciénega Ojos Azules).*

R. *A mí me gustaría que todo mi hospital tuviera ese curso pero porque trabajamos con ese tipo de población entonces lo que nosotros hemos estado haciendo es que a los pasantes de enfermería que llegan se les da una parte del taller nada más y lo da el departamento de psicología pero nuestro atore es en el área médica, ahí es donde tenemos más atore (Mujer).*

Es importante que no sólo se circunscriban las capacitaciones de cualquier índole al personal de salud, sino que se integren a todos los directamente involucrados en la atención de las mujeres embarazadas, ya que, en algunos espacios de salud no es únicamente el personal de salud los que

deciden si la mujer recibe o no la atención, sino otros trabajadores y otros profesionistas, que en el mejor de los casos cuentan con una actitud abierta, consciente y empática pero en los casos en los que no es así, se convierte en un obstáculo que puede pasar desapercibido, dado que a veces hay poca denuncia de la privación de sus derechos de las mujeres a las que se les niega la atención.

> *R. Pues a lo mejor que se incluya más al personal administrativo porque muchas veces no saben y están trabajando en el sector salud, tienen que conocer la problemática si llega a recurrir a alguien alguna embarazada le van a decir que ellos no saben, porque muchos en la jurisdicción no saben de los datos o la información de la embarazada y ellos no están directo, pero si llegan a estar en contacto con una embarazada que se sienta mal no saben qué hacer con ella, yo creo que se debe involucrar a todo el personal del sector salud, para poder informar a los demás (Administrativo, Carichi)*

> *R. Y el taller no creo que le falte algo, yo creo que está muy completo, a todos lados que vamos y que lo toman que me toca seguir viéndolos, salen muy contentos, les gusta porque no es el típico que se están durmiendo y en todos lados me dicen, "danos más este tipo de talleres, porque te motivan" (personal de jurisdicción).*

> *R. No le vemos desventaja al contrario yo creo que le podemos sacar más ventaja a lo que se vio, poner en práctica, desventaja no, creo que va a funcionar (Sonografista, Madera, Fase III).*

**Insuficiencia de recursos**

Se incluyó este aspecto también por la frecuencia en las respuestas referentes a que aún prevalece la carencia de diferentes insumos de índole diferente en cada centro de salud que pudieran potenciar la eficiencia de las acciones en salud materna, ya que, como algunos dicen, se puede tener la actitud pero si no hay el recurso al alcance no es posible erradicar los focos de riesgo para la atención de cualquier urgencia.

> R. *Pero también existen las cosas negativas ¿no?, se manejó también de que se pidiera una televisión, un DVD y pues nunca llegaron, se pidió un doppler tampoco ha llegado, nosotros estamos a la antigüita todavía con el pinar, los demás no sé cómo estén pero en mi centro de salud las autoridades pues no he visto respuesta, tal vez porque se han venido haciendo cambios políticos P. ¿Esto que menciona, de que se han solicitado materiales y que no les han dado respuesta, de quien dependería o a quien se refiere cuando dice autoridades? R. Del nivel jurisdiccional, concretamente y desde mi percepción es que difícilmente dan esos materiales a no ser que sea parte de un proyecto del gobierno que venga desde más arriba (Médico, Guerrero).*

R. *Yo sí respaldo lo que dijo el doctor de las carencias nosotros tenemos una unidad que está aproximadamente a unos 15 kms. de la unidad del doctor pero sigue siendo una unidad que pertenece a lo que es primer nivel, mucha gente lo maneja o lo ve como si fuera un segundo nivel tal vez por el tamaño de la unidad, ahora nosotros tenemos algunos puntos en contra como lo mencionó el, nosotros a lo mejor si tenemos doppler, tenemos el privilegio de tener ambulancia para el traslado de pacientes, pero también tenemos carencias, yo siempre lo he dicho si nos dieran el material para trabajar para atender partos, nosotros a lo mejor no mandábamos tantas a Cuauhtémoc, no andaríamos haciendo circo, maroma y teatro como vulgarmente se dice, para poder mandar a una paciente que viene con alguna complicación o que viene con un trabajo de parto en periodo expulsivo, entonces a veces por ejemplo para esterilizar, dicen puedes hacerlo en una estufa con una olla, pues sí, tenemos una olla muy bonita, grandota, bastante grande, nueva pero si carecemos de una mesa suficiente para que levante esa olla, porque tenemos una estufa, pero una flama de estufa no levanta la olla o sea de lo que se requiere para esterilizar (Médico, Carichi).*

**De índole cultural**

Se pudo observar a través de toda la evaluación que una de las características principales de este estado es la diversidad cultural, es importante señalar que dada esta particularidad de las diferentes localidades el avance o el desarrollo en la prevención de la mortalidad materna se ve afectado. La idea es continuar con los esfuerzos, pero no se deja de notar que es importante mantener atención en las condiciones específicas en las que se trabaja cotidianamente.

*R. Otra de las cuestiones negativas es que tenemos otras unidades periféricas, nosotros somos cabecera municipal y estamos en pie de sierra, entonces dentro de los aspectos negativos es que las unidades periféricas que si están en la sierra nos mandan pacientes a nosotros como si fuéramos unidad de segundo nivel, entonces esas pacientes llegan con algún medio de transporte o ambulancia de la sierra, pero llegan sin un médico a veces llegan sin una enfermera (Médico, Carichi).*

*R. Hemos tenido pacientes que son muy renuentes al control prenatal y muchas veces se intenta dar en esa cita que si van todo lo que se pueda con la mayor calidad posible, porque muchas veces ya no es ni la renuencia, sino las distancias, otros factores externos a la paciente, por ejemplo a veces no tienen vehículo, no tienen recurso para pagar la camioneta y tienen que esperar un raite para que lleguen a la consulta, entonces esas pacientes ya las tenemos identificadas pero en la consulta que van tratamos de buscarles los mayores factores de riesgo o sea no es lo mismo una consulta con una citadina que con alguien de ranchería se trata de sacarles la mayor información para saber y aún así se ve que hay más complicaciones en una de ciudad que alguien de rancho que porque viven en la colonia no sé cuál y que está lejos, les digo "oiga señora si vienen del rancho más lejos" o dicen "es que ya me cansó o sea ponen más pretextos", pero también es cuestión como dije, del médico (Médico, Carichi).*

R. *Aquí no hay tarahumaras pero está en ellos muy arraigada la cultura de la partera o sea yo dure 6 años en Guerrero y nos llegaban las pacientes embarazadas cuando ya habían estado con una partera claro que llegaban nada más a checar tarjeta y luego se las mandaban a ustedes porque ya venían totalmente complicadas ¿y qué pasó?, es que ya tenía los dolores y la llevamos ahí en mi pueblo con una partera pero ya no pudo miles de cosas o sea que primero van a la partera y luego ya acuden con nosotros cuando ya no pueden (enfermero, Cuauhtémoc).*

*R. Y también con los tarahumaras es el dialecto, el idioma es una de las barreras y que en algunas unidades no hay señal, no hay manera de comunicarse, en ciertos lugares tienen que caminar bastante para poderse comunicar (administrativo, Carichi).*

R. *Yo si todavía pienso que es mucho de la cultura, no voy a decir por eso que el personal está bien capacitado, habemos médicos que nos falta mucho, habemos médicos que sabemos de otras cosas, lo que sí es que estamos en una cultura donde la paciente quiere todo gratis y es que si fuera como al principio del seguro popular que se condicionara un poco más que si no asistes a tu control prenatal hay un costo, le aseguro que habría muchísimas más mujeres en los centros de salud se va a ver obligada a ir por la cuestión económica al final de su embarazo, incluso muchas vienen nada más a tener cesárea que porque van con el medico particular y les dice que es cesárea y a eso llegan nada más sin haber tenido control con nosotros, solo porque es gratis (Médica, Anáhuac)*

*R. Principalmente es cuestión educativa ¿no? Porque promoción si revisa si hay pero si habla con una pacientita que está embarazada y se les dice que si les hinchan los pies y ¿qué es hinchar? Tiene edema, o sea la promoción se hace pero lo mejor no están captando (Enfermera, CESSA TIERRANUEVA)*

R. *También porque hay embarazos en chiquitas o sea el 40 % es menor de 18 años y las que son mayores de 20 son multigestas si también dicen que si usas anticonceptivos antes de embarazarte ya no te vas a embarazar y eso se oye incluso de personas estudiadas, o sea la educación básicamente (Trabajadora social, Cuauhtémoc).*

R. *Y creo que donde lo haya tanto en las comunidades que no hay si buscar el acercamiento porque a veces no tienen la fortuna como nosotros de tener el centro de salud tan cerca para poder acceder a la información, para que todos estemos en contacto y con la información. (Directora CEBETA, Madera).*

## DESDE LA VOZ DE LAS USUARIAS Y USUARIOS

De aquellas entrevistas realizadas en los centros de salud que se visitaron al azar y en distintos horarios de atención (siempre y cuando fuera el lugar de trabajo de personal que haya hubiera tomado parte de las actividades en las fases del Modelo de Intervención en el año 2012 principalmente), se presenta a continuación la voz de las usuarias y los usuarios que se pudieron abordar en la sala de espera, en todos los casos se preguntó si proporcionarían la entrevista de manera voluntaria, explicando los motivos y las condiciones en torno a ésta. Así se destaca que la información siguiente tiene el valor agregado de que está libre de influencia de intermediarios del sector salud y se rescata la espontaneidad de las respuestas dadas, que repercute además en el enriquecimiento de las percepciones del personal de salud.

**Cuadro 5. Datos generales de las usuarias entrevistadas**

| Nombre | Edad | Domicilio | Escolaridad | Estado Civil | No. de Hijos | Semanas de Embarazo | Quien la Acompaña | Control Prenatal | Con quien vive | Complicaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rosa** | 37 | Barrio viejo, cd. Cuauhtémoc | Secundaria | Unión libre | 2, un hijo de 12 y una de 16 años | 6 meses | Hija mayor | ICHISAL | Esposo e hijos | Ninguna |
| **Laura** | 21 | Tomochi | Preparatoria trunca | Unión libre | Primero | 30 semanas | Nadie | C.S. Tomochi | Esposo | Detección de arritmia cardiaca en el bebé |
| **Edith** | 16 | El largo | Preparatoria trunca | Unión libre | Primero | Puérpera de 2 días | Mamá | C.S. Cd. Madera | Mamá y esposo | Sí, preeclampsia en la semana 36 |
| **Johana** | 17 | Cuauhtémoc | Secundaria | Unión libre | Primero | Puérpera de 2 días | Mamá, suegra, esposo | C.S. Emiliano Zapata | Esposo | Ninguna |
| **Nancy** | 18 | La junta | Preparatoria | Unión libre | Primero | 8 meses | Esposo | C.S. Guerrero | Esposo | Ninguna |
| **Keyri** | 15 | Colonia 10 de mayo | Secundaria | Soltera | Primero | Entrando al último mes | Abuelo | C.S. Guerrero | Abuela | Ninguna |
| **Magda** | 19 | Nacho Carpio | Primaria | Soltera | Primero | Puérpera de 1 mes | Mamá | C.S. Guerrero | Mamá | Ninguna |
| **Anónima** | 38 | Colonia 10 de mayo | Primaria | Casada | Tercero | 4 meses | Hijo | C.S. Cd. Madera | Hijos | Ninguna |
| **Mayra** | 15 | Tajirachi | Secundaria | Unión libre | Primero | Último mes | Esposo | C.S. Carichi | Papás, esposo | Ninguna |
| **Esther** | 24 | Carichi | Secundaria | Unión libre | Primero | 6 meses | Esposo | C.S. Carichi | Suegros, esposo | Ninguna |
| **Lupe** | 27 | Naguachi | Primaria | Unión libre | Primero | Puérpera de un mes | Nadie | C.S. Carichi | Suegros, esposo | Ninguna |
| **Ivonne** | 28 | Cd. Madera | Primaria | Casada | Tercero | 6 meses 1 semana | Nadie | C.S. Cd Madera | Esposo e hijos | Presión baja |
| **Ana** | 34 | Basuchil | Secundaria | Casada | Segundo | 7 meses | Nadie | C.S. Basuchil | Esposo e hijo | Infecciones de las vías urinarias y presión baja |
| **Claudia** | 30 | Basuchil | Secundaria | Unión libre | Segundo | 5 meses | Esposo | C.S. Basuchil | Esposo, papás e hijo | Ninguna |
| **Cristina** | 28 | Basuchil | Preparatoria | Casada | Tercero | 23 semanas | Mamá | C.S. Basuchil | Suegros y espsoo | Ninguna |
| **Olga** | 31 | Basuchil | Preparatoria | Unión libre | Segundo | 20 semanas | suegra | C.S. Basuchil | | Ninguna |
| **Isabel** | 25 | Basuchil | Bachillerato | Casada | Primero | 4 meses | nadie | C.S. Basuchil | Esposo | Ninguna |
| **Malena** | 17 | Bascuchil | Secundaria | Unión libre | Primero | 28 semanas | mamá | C.S. Basuchil | Esposo | Ninguna |
| **Irais** | 18 | Emiliano Zapata | bachiller | Unión libre | Primero | 18 semanas | Esposo | C.S Emiliano Zapata | Esposo | Ninguna |
| **Lety** | 22 | Emiliano Zapata | Carrera tecnica | soltera | Segundo | 24 semanas | Nadie | C.S Emiliano Zapata | Padres | Eclampsia en el primer embarazo |

Se entrevistaron 20 mujeres que se encontraban en la sala de espera de alguno de los centros de salud en los municipios y localidades que fueron abarcados en la implementación del Modelo 2012. Las mujeres en su mayoría participaron de la entrevista de manera abierta y dispuesta, salvo

una, que aunque sí decidió contestar a las preguntas, no permitió que fuera grabado su testimonio por cuestiones de índole personal.

En su totalidad, estas mujeres entrevistadas se dedican al hogar y la persona que aporta en el gasto del hogar es el esposo o pareja, quien frecuentemente se dedica al campo y otras actividades como minería, empleado de tienda, albañil, mecánico o en su defecto con negocio propio; los ingresos económicos ascienden desde los 120 pesos diarios hasta los 1500 a la semana. Pocas son las mujeres que asisten solas a la consulta de control prenatal y en su mayoría tienen desde una noción general de las señales de alarma y la Preeclampsia-Eclampsia hasta conocimientos claros y detallados de las mismas, es decir, no se encontró una sola usuaria embarazada que no conociera las señales de alarma en el embarazo.

En el caso de las entrevistas que se llevaron a cabo con un familiar, fue variable el que ellos conocieran las señales de alarma, siendo los esposos los que sí tenían una noción previa de los riesgos de los que debían mantener alertas. Otro aspecto relevante respecto de los familiares que estuvieron presentes en la entrevista es que participaron activamente en toda la entrevista respondiendo las preguntas junto con su familiar embarazada, por lo que no se realizó una diferenciación exclusiva para este rubro de entrevistas. Se denota en este sentido la creciente participación y adquisición de la corresponsabilidad del embarazo por quienes están cercanos a la mujer en cuestión. Las entrevistas realizadas con un familiar fueron 10 del total de 20 usuarias abordadas en el centro de salud.

A continuación se detallan los aspectos relevantes derivados de éstas entrevistas con las usuarias y usuarios de los centros de salud que se incluyeron en la evaluación.

**Percepción de la atención**

En este sentido se pudo observar que las opiniones aún son diversas, pero con mayor tendencia a tener una imagen positiva de los servicios de salud en general, las mujeres entrevistadas y sus familiares (en algunos casos) refieren sentir confianza en el personal médico a quienes en su mayoría perciben como amables, cabe recordar que estas entrevistas fueron realizadas en aquellas localidades donde se ha intervenido.

> *P. ¿Siente usted confianza en el personal de salud? R. Si, hasta ahorita lo que llevo viniendo si me gusta P.Y en comparación de sus otros hijos, ¿cómo fue la atención?*

*R. Pues sí está mejor, atiende mejor, más amables y al pendiente, no he batallado ahorita para nada para que me atiendan ¿Qué cree que le haga falta a los servicios de salud? Pues no, nada a mí me ha gustado, no le cambiaría nada (Rosa, usuaria en ICHISAL)*

*P. ¿Tienes confianza en el personal de salud? R. Si, bueno más o menos, no mucho, es que estuve llevando control con una doctora pero se fue y ahora el doctor como que no me gusta, porque no le pone a uno atención y como que ya nada más que quiere que se vaya uno, no me revisa, nada más me ve y ya, no me pone atención y entonces como que no confió en lo que me dicen… (Johana, usuaria en ICHISAL).*

*R. Sí, me atendieron bien aquí y allá también, lo malo que en la hoja que me llenaron pusieron cosas que no son como que es mi segundo hijo y no es cierto… P.¿Tú contabas con un número en caso de emergencia? No, ese día me sentí mal y fui al centro de salud que me terminaron trayendo acá. (Edith, en sala de recuperación post-parto de ICHISAL).*

*P. ¿Cómo ves los servicios de salud? Bien, me atendieron varios doctores, pero todos bien, si me gustó (Caro, en sala de recuperación post-parto de ICHISAL)*

*R. La verdad el doctor que la atiende mis respetos, porque me he dado cuenta que otros doctores no atienden bien a la gente, no los conozco pero si la otra vez llegó otra vez se metió ni tocó, ni nada se metió y gritó y todo y pues si me enojé, yo la mera verdad no voy al doctor pero ella si le tiene mucha confianza a su doctor -El me lleva el control -Él es muy sincero, dice las cosas así como son. Pues si el doctor y la muchacha que está en la entrada son muy amables, pero en general es buen servicio, a ella la atiende muy bien (Esposo, Guerrero).*

*R. Ya me falta este mes nada más, está programado para el 8 de agosto, estoy bien, me siento bien, el doctor me ha dicho que todo va bien no me ha dicho que hay ninguna complicación, el doctor nos gusta mucho como nos trata el doctor, es amable y nos resuelve las dudas y todo, pero en general muy bien la atención de todos, nada más estaría bien que hubiera más doctores porque por ejemplo hoy falto su doctor y nos tenemos que esperar más (Madre de usuaria, Guerrero).*

*R. Bien, mi bebé también, es niña, no tuve ningún problema, me atendieron bien no hubo ningún problema, mis doctores me decían que todo estaba bien y me gustó mucho como me atendieron, fueron amables y todo salió bien (Magda, Carichi).*

*R. La atención, sí me gusta a la hora que me dicen es la hora que me atienden y me atienden bien, me revisa la panza y me dice que si está bien que esta normal (Mayra, Carichi).*

*R. Me gustó el trato que tenían conmigo me explicaron, eran amables, aunque hay una enfermera que no me gusta, es muy enojona, luego nos dice a los pacientes, no que venga mañana porque el doctor está muy cansado, pero ella es la única, lo demás son muy amables (Lupe, Carichi).*

**Conocimiento de los riesgos**

Además de la calidad de la atención en salud, se indagó acerca del conocimiento que tienen las usuarias de los riesgos a los que están expuestas en el proceso de embarazo, donde se encontró que la mayoría tiene conocimiento de las señales de alarma, en menor cantidad, las mujeres están al tanto de la preclampsia como enfermedad y en el mínimo de los casos no estaban informadas de nada. La manera en la que obtuvieron la información en este aspecto fue principalmente durante las consultas y las sesiones educativas, en el menor de los casos el conocimiento era por alguna experiencia directa de algún familiar o conocida con preclampsia.

> *P. ¿Y qué tendrías que hacer en caso de presentar en algunos signos de los que me hablaste hace rato? R. Ir allá o venir aquí, hay ambulancia nada más que hay que pagar pero no sé cuánto, yo supongo que para la gasolina y el chofer que la traiga (Mamá de Johana, usuaria en ICHISAL).*

En este sentido, se abordó a una usuaria de ICHISAL que se encontraba en sala de recuperación después de haber tenido su parto, esta mujer de 16 años de edad tuvo preclampsia que fue detectada a tiempo y por lo cual había sido intervenida por medio de una cesárea que permitió la atención oportuna en la disminución del riesgo de muerte. La usuaria es proveniente del municipio de Ciudad Madera y se encontraba en el momento de la entrevista en estado óptimo de salud al igual que su bebé. Además de que tenía conocimiento previo de las señales de alarma en el embarazo, la preclampsia y fue la razón por la que asistió de manera inmediata al centro de salud, donde fue trasladada al hospital ICHISAL

*Y que les explicaron, que les dijeron de la presión alta. Pues es que nos dijeron que a lo mejor era por una infección y que había que hacerle unos estudios y por eso nos mandaron para acá. ¿Y aquí qué les dijeron? Que era por algo del bebé, la placenta o algo así. ¿Y ustedes conocían o tu conocías los datos de alarma en el embarazo? Si, el zumbido de oídos, dolor en el estómago fuerte vista borrosa. ¿Y cuándo te los dijeron? Desde que me embaracé y que tenía que ir a la clínica que porque corría peligro la vida del bebé o la mía. ¿Les hablaron de la preclampsia? Si, que es cuando se les sube la presión. A ti te dijeron que era preclampsia u otra cosa?. Allá no, acá sí, pero me estabilizaron el mismo miércoles que llegué y ya estoy bien, ya tengo la presión normal (Edith, en sala de recuperación post-parto de ICHISAL).*

*R. En la consulta y en las pláticas, cada mes iba a platicas, nos presentaban videos y folletos, nos hablaron de la preclampsia y eclampsia también nos pasaron un video de eso, me sentí bien porque fue una lección para no seguir lo mismo que hicieron en ese video, si yo presentaba alguno tenía que venir porque a lo mejor le estaba pasando algo al niño o que la preclampsia que es cuando se te sube la presión y corre peligro la vida de mi bebé y la mía (Caro, en sala de recuperación post-parto en ICHISAL).*

*R. Si nos dieron un folleto, este (lo muestra) me dijeron que lo tenía que traer conmigo siempre, así que los dolores de cabeza… que tenía que asistir si tenía dolores de cabeza o si veía lucecitas o que si tenía fiebre, flujo vaginal o sangrado que tenía que asistir al doctor porque podía ser un aborto (Flor, Guerrero).*

*P. ¿Qué harían en caso de emergencia? R. Pues como tenemos auto propio ya nos iríamos directo a Cuauhtémoc que nos queda más cerca, ya no vendríamos acá o sea porque si la traigo aquí de acá me la mandan para allá entonces pues mejor yo directo, de hecho ya fuimos a donde va a nacer el bebé porque no conocíamos, ya sabemos dónde va a nacer y donde hay que llegar y con quien y todo, yo la voy a llevar en el momento en el que sea necesario. (Esposo, Guerrero).*

*P. ¿Han oído hablar de la preclampsia? R. Si, que es cuando pueden dar convulsiones, es muy peligrosa esa, la mamá de ella lo sufrió cuando la tuvo a ella, uhh pues a ella le empezaron a dar como ataques, convulsiones, la operaron de urgencia ella estaba bien hasta que la llevamos a Cuauhtémoc y ahí empezó todo, pero la operaron de urgencia y de milagro vivieron las dos (Abuela de Keyri, Guerrero).*

*R. El doctor me los dijo en consulta y me dio un folleto y me dijo que cualquier síntoma tenía que venir de emergencia aquí porque podía ser algo grave, como la preclampsia por ejemplo que es cuando se sube la presión arterial (Esther, Carichi).*

*R. (sobre los signos de alarma) si me los sabía porque no tengo muy buena memoria, pero de que si te dolía la cabeza o que si te hinchan los pies, tenía que venir aquí luego, luego (Lupe, Carichi).*

*R. Preclampsia, sí que es una enfermedad que puede fallecer uno o el bebecito, si de eso si he oído, pero a nosotros no nos han dicho nada, lo de la preclampsia lo sé porque a una prima mía le dio, hace como unos 4 o 5 años y de hecho falleció su bebé y ella quedó muy malita y ya no puede tener hijos. (Jessica, Madera).*

**Para prevenir complicaciones**

En esta categoría se incluyen las experiencias directas que tuvieron las entrevistadas en el proceso de embarazo, específicamente aquellas que tuvieron que ver con atención específica para prevenir algún tipo de complicación.

*P. ¿Y si presentara alguna complicación qué tendría que hacer?* -R. *Pues irme a urgencias porque sí, ya estuve internada por una infección en vías urinarias hace como un mes, pero sí, me atendieron luego, luego, me estuvieron poniendo medicamento, suero, y ya estoy bien (Rosa, usuaria en ICHISAL).*

R. *Porque hace dos días vine de emergencia aquí porque me habían dicho que el ritmo del corazón del bebé estaba elevado y pues vine aquí y me dijeron que no, que de hecho está en lo normal y ahorita voy a pasar otra vez a hacerme unos estudios (Johana, usuaria en ICHISAL).*

> *Muy bien expresado todo, son temas que nos hacen mucha falta porque nosotros si escuchamos pero no es lo mismo que ahora que fue dinámica la sesión porque de esto ya había escuchado ciertas cosas y he tenido 9 embarazos y no sabía de esto así tan detalla mente, pero esta información me sirve para mis hijas por ejemplo o para cualquier otra persona que tal vez está embarazada y no sabe de esto, para que se cuide (usuaria, Madera)*

*R. Yo he estado un poco mal porque he tenido infecciones urinarias y cosas así pero estoy asistiendo regularmente a mis citas pues he tenido el medicamento adecuado y la atención adecuado, en todo lo demás he estado bien, en un tiempo tuve la presión baja pero también se me dio medicamento para ayudarme, pero también debido a esas consultas que estoy yendo pues también me dieron para controlarme P. ¿Y para hoy te dijeron que iba a haber una plática? Sí, me avisaron como hace 15 días, me dijeron en la cita de control pero hace 8 días regresé, porque como ya estoy más próxima, las estoy teniendo más frecuentes ya, hace 8 días regrese y me dieron ya el dato exacto del día y la hora. ¿Y habían tenido sesiones antes? Si, ahí en el centro de salud, esta fue diferente*

*porque hablamos sobre la preeclampsia, pero era así como más leve, como que nada más poca información. (Ana, Basuchil)*

**Acerca del plan de seguridad**

Las usuarias hicieron constante referencia al plan de seguridad y en la mayoría de los casos tenían conocimiento de él, poseían en folleto y/o habían hecho uso de él.

*P. ¿Ya sabes dónde te vas a atender?* R. *Aquí en este hospital, pues no sé si me traiga otra vez mi suegro o mis papás ellos están siempre, aunque mi esposo y mi mamá son quienes están más al pendiente (Johana, usuaria en ICHISAL)*

*P. Ya tenías un plan para tu parto? R. Si, ya sabía que iba a ser aquí y quien me iba a acompañar (Caro, en sala de recuperación post-parto en ICHISAL)*

*P. ¿Dónde se va a atender? R. En el regional, en Cuauhtémoc que queda como a una hora, yo creo que vamos a pedir ambulancia aquí para el traslado, nomás pagando que cuesta como 500 cobran la ambulancia, si está disponible siempre la ambulancia (Keyri, Guerrero).*

*P. ¿Ya sabes dónde te vas a atender? R. Si, en el regional, tengo que llevar mis papeles, me dijo mi doctor, allá me hago como unos 15 minutos, para llegar acá pero llego en coche propio (Mayra, Carichi).*

*P. Para mi parto primero voy a venir aquí para que me chequen y ya luego que me digan si ya me voy al hospital, al regional, me iría con mi mamá y solicitaría la ambulancia porque yo no tengo más como llegar, si me dieron el plan de seguridad, me lo dieron en la primera consulta. Aquí si hay a quien le tengo más confianza pero a todos, si me acerco a quien sea (Esther, Carichi).*

*R. Si ya lo tenía planeado todo, el doctor me dio un folletito y luego ya me explicó de hecho lo llenamos juntos, también para las señales de alarma me dieron un folleto. (Lupe, Carichi).*

**De las sesiones educativas.**

Por último se incluyen las impresiones de algunos participantes de las sesiones educativas que forman parte de la fase III (particularmente de Ciudad Madera) del Modelo en aquellas comunidades donde recientemente estaba siendo implementado.

*R. Yo soy Toña, me pareció muy interesante, con temas importantes yo igual que ella con muchos hijos y uno nunca termina de aprender, muy interesante, yo ya no pienso tener hijos, pero tengo mis hijas ¿no? (usuaria participante de la sesión educativa)*

*R. La sesión muy buena muy suave, por ejemplo del ácido fólico que de eso yo no sabía, que sirve para muchas cosas también como prevenir el cáncer de mamá, para las embarazadas, es lo más me llamo la atención, aprendí como lo puedo*

*uno tomar. Yo no conocía las señales de alarma, o sea había oído pero no sabía cuáles eran (usuaria participante de la sesión educativa)*

*R. Yo de hecho tenía una familiar que tenía todos los síntomas estos de la preclampsia pero a ella le manejaron otra cosa, tenía mucho los dolores de parto, tenía dolor abdominal, pero a ella le decían que era una infección urinaria, pero yo digo que podía ser preclampsia porque cuando se alivio tenía todos los pies hinchados, la cara, toda se hinchó, le manejaron mucho la gastritis le dieron mucho medicamento, pero yo pienso que pudo ser preclampsia, esto fue hace como tres meses pero ella apenas se le está quitando lo hinchado, a veces todavía se le hinchan los pies (usuaria participante de la sesión educativa.*

De la sesión educativa realizada en una preparatoria se resalta que los estudiantes estuvieron muy atentos a lo visto en cada momento de la sesión, además al final en la entrevista que se les realizó se pudo constatar que la información fue adquirida y dimensionada como importante, lejos de sentir que el tema era ajeno a ellos, se muestra un interés por usar la información en sus vidas cotidianas.

*R. yo soy Víctor del CEBTA 123 de ciudad Madera pues se me hace muy padre porque muchas veces los jóvenes no sabemos lo que estamos haciendo, entonces muchas veces no se pierde nada más el bebé sino también la mamá y con toda esta información es algo bueno, porque además de que tomamos conciencia nos estamos informando de que es lo que está pasando y de que podemos hacer en caso de que pase algo como eso, como en el caso de la enfermedad de la preclampsia (estudiante, Madera).*

*R. Me pareció muy bien porque así se informa uno de la enfermedad que da sobre la preclampsia en el embarazo de la mujer o después del embarazo, es muy interesante saber eso, porque así sabemos qué es, porqué da y qué síntomas tiene, para que en caso de que alguien tenga un síntoma poderle decir a lo mejor tienes esto ve y chécate (estudiante, Madera)*

*P. ¿A ti para que te sirve? R. pues para si me pasa algo por el estilo o si alguien que yo conozca le pasa algo, porque por ejemplo hace poco a una de mi familia, tuvo un problema en un embarazo y no sabíamos qué era y la atendieron a ella si le dijeron que era pero yo ya no supe, no era eso de la preclampsia y todo salió bien (estudiante, Madera)*

*Mi nombre es Rebeca León soy encargada de vinculación del CEBETA 124 y pues les agradezco que hayan venido a esta platica con los chavos, porque yo creo que es de suma importancia aun cuando ellos ya tienen cierta información pues les sigamos dando más temas de embarazo, porque es alto el índice de jovencitas embarazadas en ciudad madera y pues se trata de ir combatiendo (estudiante, Madera)*

Al final de otras sesiones educativas en Basuchil también se recogieron las impresiones al terminar la misma, destacando que casi todas las asistentes accedieron a la entrevista, expresando su sentir al respecto.

> *P. ¿Y qué le pareció la sesión? R. Bien bonita, de hecho no sé si escuchaste que les dije gracias a ustedes también porque había escuchado sobre la preeclampsia pero no sabía nada de los síntomas ni cómo se daba pero si había escuchado, se me hizo muy interesante la plática. ¿Y recuerda cuales son los signos de alarma? Son el dolor de cabeza fuerte y frecuente, el ver lucecitas, la hinchazón de manos, cara y pies. ¿Y para qué te sirve saber esto que se vio en sesión? Para estar muy pendiente, ahorita yo estoy bien gracias a Dios pero como se da también en el puerperio, entonces también es importante saber qué síntomas trae y tener los mismos cuidados (Ana, Basuchil)*

> *R. Estuvo muy suave porque le explican a uno sobre el embarazo y las complicaciones que puede haber para que no se ponga mal uno. Me gusto que sobre el video que explica bien claramente sobre la eclampsia, es mi segundo bebé y ya tuve eclampsia en mi primer embarazo. ¿Qué te llevarías nuevo de esta sesión? Que los doctores ya están más con uno, si va uno ya la atienden luego ya no tiene que esperarse a ver si hay doctor o no hay (Usuaria, Emiliano Zapata).*

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las preguntas que guiaron esta investigación fueron acerca del impacto y efectos que pudiera haber representado el Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna para las acciones y esfuerzos dirigidos a la salud materna, dado que el Estado de Chihuahua ha existido una alta prevalencia en las estadísticas de morbimortalidad materna, se inició con el interés de encontrar la naturaleza propia de estos efectos e impacto. El motivo principal, fue conocer si el Modelo es adecuado y responde a las necesidades que aún están presentes en las prácticas de salud pública que por ende repercutan en una disminución de las tasas de mortalidad y morbilidad materna. Se encontró que, en esencia, este Modelo representa un punto de partida y catalizador de las actividades tanto propias de él, como de otras acciones y estrategias diversas que no tienen su origen en éste, pero que son funcionales para cada contexto de acción.

Así se establece en primer lugar que los objetivos de esta evaluación fueron cumplidos, pues se logró conocer y detallar a través del análisis cualitativo no sólo que se está generando un movimiento de indicadores y datos estadísticos a favor de la salud materna, sino los aspectos propios de cada acción que está permitiendo que esto ocurra. Conocer estos detalles permite saber que aún con la presencia de algunas inconsistencias que pudieran seguir presentes, las acciones y estrategias que sí se están llevando a cabo son efectivas para esta labor. Los datos cuantitativos nos permiten aproximarnos dando cuenta de las incidencias, de los factores y de los hechos que están en torno a la salud materna permitiendo reconocer una transformación en el ámbito de la salud materna al parecer a raíz de la implementación del Modelo, pero no dan cuenta de cómo se construyen estos cambios, ni de qué manera se están gestando y llevando a cabo las acciones que están circunscritas a este evidente avance en términos de la disminución de la mortalidad materna.

A través del análisis que se realizó se pudo dar cuenta de que las actividades del Modelo continúan vigentes y significativas a la fecha, que los participantes que han cumplido un año de recibir la información y la sensibilización permanecen en la misma frecuencia de consciencia, apertura y entusiasmo. También se conoció de cerca las reacciones que

van derivando en lo inmediato de las personas que reciben las sesiones educativas, tanto los profesionistas de salud, como la población en general. Esto da cuenta del aprendizaje significativo que se consolida en cada participante.

Los datos y las voces recuperadas a través de la presente investigación aportan evidencia suficiente para entender que el abordaje participativo y multi-actoral contribuyó a modificar algunos de los determinantes identificados como de prevención. Los cambios que se evidenciaron en la actitud y la forma de relación con los usuarios de los participantes del Modelo dan cuenta de que las deficiencias en la calidad de la atención que las y los prestadores de servicios de salud brindan a las mujeres, tiene que ver no solo con la disponibilidad de insumos o con el nivel de conocimientos técnicos que poseen, sino también con la apertura que tiene acerca de la relación médico-paciente.

Una buena calidad en la atención puede además de prevenir la muerte materna ser el medio de comunicación entre los servicios, instituciones y profesionales de salud y la comunidad en general, tomando rumbo cada vez más hacia una visión más preventiva que de intervención, esto es, que entre más acercamiento haya entre sector salud y la población, en mayor medida de reducen los riesgos de cualquier índole cuando de salud se atañe y que las estrategias utilizadas pueden funcionar más eficazmente debido al vínculo que se geste a partir de la confianza.

En términos de la salud materna, resulta no sólo necesario este cambio sino vital y se ha dejado ver a través de los resultados de ésta evaluación los efectos que se pueden llegar a tener y los beneficios multiplicados por cada uno de los cambios y estrategias utilizados para la disminución de las urgencias obstétricas y muertes maternas permeados de una actitud activa, implicada y de calidad por parte de los prestadores de servicios de salud.

Es importante mantener un reconocimiento de que las condiciones y factores circundantes a la muerte materna, siguen siendo plurales y diversos; sin embargo se destaca la importancia de establecer las redes de apoyo, la atención de calidad y confianza que el personal de salud logra a través de un estar más sensible y abierto en el ejercicio de su profesión, así se van poco a poco difuminando las líneas divisorias y fragmentarias en

el entendimiento de este fenómeno de la mortalidad materna, así como de la manera de erradicarlo, logrando acciones integrales e incluyentes que van estableciendo una fortaleza en el campo de la salud materna y en todos sus implicados.

En función de las particularidades del Modelo en cuestión se enfatizó la importancia de conocer la congruencia del mismo, tanto a nivel interno que se tomó en cuenta como el indicador que de que todos los elementos y partes constituyentes de éste se relacionen entre sí sin contradicciones, que forman un todo coherente e integrado, resultando altamente positivo ya que los temas abordados durante la capacitación al personal de salud como las actitudes humanistas por parte de los representantes y ponentes del Modelo permitieron modelar la manera de generar confianza en una relación interpersonal e interprofesional hacia un incremento en la eficacia en el aprendizaje significativo en los usuarios. También se tomó en cuenta la evaluación y percepción de la coherencia externa que implica la compatibilidad de los elementos internos tales como los temas, técnicas y conocimientos sugeridos para la atención prenatal y postnatal con la adaptabilidad a las condiciones propias de las usuarias de los servicios de salud, es decir, si las estrategias abordadas y propuestas son funcionales en términos concretos en la promoción de la salud materna, encontrándose a través de los resultados cualitativos que aún con las características pluriétnicas de las localidades y municipios en los que se trabajó se observó a través del contacto con el desarrollo de las distintas fases y a través de los distintos decires de los personajes involucrados, que el proceso lleva un ritmo particular según cada lugar pero que se establece de manera positiva una inminente transformación en las relaciones del sector salud con la comunidad que favorece cada vez más a la disminución mortalidad materna siendo que a poco más de un año de su implementación la tasa actual es de cero.

No se pretenden adjudicar un efecto extraordinario a la implementación del Modelo en esta jurisdicción pues se observó también que ya habían acciones que se estaban llevando a cabo eficazmente, pero si se percibió como un potente catalizador de la constancia con la que estas se realizan. En algunos casos el Modelo sí represento el inicio de un trabajo proactivo en el ámbito de salud materna en algunas localidades; en otros casos es la plataforma que permite uniformar y concretar lo que habían estado llevando a cabo, dotando al personal de salud con nuevos recursos de

índole personal y también de índole material que permitió la libertad de decisión acerca de lo que cada quien según sus capacidades y potencialidades podía llevar a cabo para el fortalecimiento de la labor en salud materna.

La aportación educativa y permeada por las tres actitudes básicas del humanismo que dotan al servidor de salud de una actitud más humanitaria que potencia las estrategias técnicas, pedagógicas y/o instrumentales que pueda usar, de tal manera que no se da tanto énfasis en el qué hacer, pero sobre todo en el cómo y es ahí donde radica su éxito. Hay también una relevancia importante y vital acerca del enfoque propio del Modelo hacia los derechos humanos y la perspectiva de género, ya que a raíz del primero se desprende el trato humanista y del segundo la intervención y prevención incluyente de las mujeres y sus parejas hacia una paternidad responsable pues aunque el embarazo parto y postparto es riesgo de las mujeres, es también corresponsabilidad de los hombres.

Desde la postura de la congruencia que permea las actividades del Modelo, el trato digno que se le pide a los familiares y redes de apoyo tengan con las mujeres embarazadas, puede estar impulsado por el modelamiento de la actitud que ellos mismos muestren con la usuaria, es decir, no reproducir violencia o discriminación de género, más que desde las palabras con el ejemplo. En una región pluricultural como lo es el Estado de Chihuahua es necesario ejercer y mantener la aceptación incondicional y la empatía debido a las barreras que existen entre las personas por su idiosincrasia.

Así de manera particular se encuentra que la eficacia del Modelo hasta ahora observada está relacionada con el cambio de actitud necesaria para la atención que debe trascender los límites del idioma y las costumbres y percepciones diferentes dadas las características que existen en las localidades de la Jurisdicción IV. Como se ha enfatizado en diversos momentos de este documento La información dada sin actitud humanitaria no repercute en aprendizaje alguno. Sin una dimensión interpersonal no hay efectividad en la parte teórica la adhesión a los servicios de salud dependen de esta dimensión, que debe estar regida bajo ciertos principios éticos como lo es el respeto y la justicia hacia quien lo requiera, en este caso: la mujer embarazada.

Espinoza E. (2010). Evaluación de proyectos sociales. México: Trillas.
Gibbs, G. (2012). El análisis de datos cualitativos. España: Morata.
Gonzales, N. y Ángeles, M. /2006). Investigación cualitativa como estrategia de conocimiento, intervención y trabajo de las políticas de salud: Una aproximación desde México y Cuba. México.
Karnblit, A. (2004). Metodologías cualitativas en ciencias sociales. Argentina: Biblos.
Krueger, R. (1991). El grupo de discusión. Madrid: Pirámide.
Kvale, S. (2011). Las entrevistas en la investigación cualitativa. Madrid: Morata.
Martínez, M. (2008). Evaluación cualitativa de programas. México: Trillas.
Ortiz, F. (2009). La entrevista de investigación en las ciencias sociales. España: Pirámide.
Robinson, U. y Tolley, E. (2006). Investigación aplicada en salud pública. Washington: Panamericana de la salud.
Vásquez, M. (2011). Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Colombia: Universidad del Valle.
Izcara, S. (2009). La praxis de la investigación cualitativa. México: Plaza y Valdez.
Herrera, V (2012) Informe fase I, II, III, IV de la Meta: Capacitar al personal de los centros de salud de 7 municipios de la Jurisdicción IV para la prevención de la mortalidad materna a través de un Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para Disminuir la Mortalidad Materna. Instituto Chihuahuense de la Mujer.
Herrera, V (2013) Informe fase I, II, III, IV de la Meta: Capacitar al personal de los centros de salud de la Jurisdicción IV para la prevención de la muerte materna a través de un Modelo de Intervención Educativa para Disminuir la Mortalidad Materna con perspectiva de género y derechos humanos.

## GLOSARIO DE TERMINOLOGÍA Y ABREVIATURAS

CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados

C.S.: Centro de Salud

ICHISAL: Instituto Chihuahuense de la Salud

ICHIMU: Instituto Chihuahuense de la Mujer

P.: abreviatura para señalar una pregunta

R. abreviatura para señalar una respuesta

Modelo: referencia al Modelo de Intervención Educativa con Perspectiva de Género y Derechos Humanos para la Disminución de la Mortalidad Materna.

"Este programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal"

## ANEXO 1: Guías de entrevista semi-estructurada.

**Guía de entrevista para mujeres embarazadas**

1. Nombre completo, dirección, edad y lengua
2. ¿Cuántos meses de embarazo tiene? O semanas de embarazo
3. ¿Cuándo es la fecha probable de parto?
4. Si acude a control prenatal ¿a qué unidad acude?
5. ¿qué persona la acompaña a la unidad de salud?
6. ¿Cuál es su percepción sobre la calidad de la atención?
7. Mencione cuales son las señales de alarma (dolor de cabeza, zumbido de oídos o ve lucecitas; hinchazón de cara, manos o pies; dolor como un cinturón que aprieta, ardor o sangrado al orinar; flujo vaginal con mal olor o inmovilidad del bebé).
8. ¿Tiene usted confianza en el personal del centro de salud?
9. ¿Qué es lo que debe usted de hacer para que sea atendido con oportunidad su parto (plan de seguridad)
10. ¿Cuenta usted con el directorio de la red social de su comunidad?
11. ¿Conoce usted el hospital en donde se va a atender el parto y el tiempo para llegar oportunamente a este?
12. ¿Cómo se va trasladar (¿en qué vehículo?), y en compañía de quién?

**Guía de entrevista para Familiares**

1. ¿Qué piensa usted acerca de la maternidad de su esposa o compañera?
2. ¿Su familiar acude a un centro de salud?
3. ¿Desde cuándo?
4. ¿Qué les han dicho?
5. ¿Cuál es el obstáculo más importante para llevar las mujeres utilicen los servicios ofertados de salud?
6. ¿Tiene usted confianza en el personal del centro de salud? Explíquelo
7. ¿Conoce cuáles son las complicaciones y riesgos que las mujeres sufren durante los embarazos?
8. ¿Sabe en qué circunstancias y adónde debe acudir su esposa si se le complica el embarazo? Especifique
9. ¿Conoce entre sus familiares, amigas y o vecinos de casos de mujeres que murieron departo o por problemas con el embarazo?
10. ¿Qué hacían antes en su comunidad cuando habían complicaciones, ¿Qué hacen ahora?, hay alguna diferencia
11. ¿Conoce usted el hospital en donde se va a atender el parto de su familiar y el tiempo para llegar oportunamente a este?
12. ¿Cómo se va trasladar (¿en qué vehículo?), y en compañía de quién?

**Guía de entrevista para mujeres puérperas y en recuperación:**
Registro anecdótico de la relatoría del embarazo, parto y puerperio. Narrativa

**Guía de entrevista para 3 experiencias exitosas:**
Registro anecdótico de la relatoría. Narrativa

**Guía de entrevista para grupos focales**

1. ¿Cuál ha sido el impacto (si lo hubo) del Modelo de Intervención Educativa para Disminuir la Mortalidad Maternaeducativa en salud materna? (Refiéralo en acciones concretas)

2. Para ti ¿Cuáles fueron los aspectos más significativos del Modelo de Intervención Educativa para Disminuir la Mortalidad Maternaeducativa, tanto del curso-taller, como del trabajo en comunidades? (aquellos que han sido más funcionales)

3. ¿De qué manera ha contribuido este modelo en la disminución de la mortalidad materna aquí en tu área de influencia?

4. ¿Cuáles fueron las acciones o medidas concretas que se implantaron en tu comunidad a partir del Modelo de Intervención Educativa para Disminuir la Mortalidad Maternaeducativa para en pro la disminución de la muerte materna?

5. ¿Cuáles de éstas propuestas se llevaron a cabo?

6. ¿Qué procedimientos se realizaron para dar cumplimiento a dichas acciones?

7. ¿Cuáles acciones o medidas, que se tomaron después de la intervención educativa tuvieron resultados más satisfactorios?

8. En términos del tiempo. ¿a partir de qué fecha se empezó a trabajar en ello?

9. Y esas acciones ¿continúan vigentes hasta la fecha?

10. ¿Han cambiado? (¿en qué?) o se han mantenido?

11. ¿Cuáles fueron los resultados tangibles derivados de estas acciones (ejemplos)?

12. En caso de resultados positivos ¿Cómo te diste cuenta de la eficacia de las mismas?

13. ¿Cómo se traducen a la disminución de la mortalidad materna en tu centro de salud o en tu municipio?

14. De manera particular y breve, ¿Cuál fue tu labor en estas acciones? ¿Cuál es tu participación actualmente?

15. ¿Cuáles han sido algunos de los cambios (sean positivos o negativos) de actitud en el personal de salud (directivos, subordinados, colegas, compañeros de otras profesiones) a partir de que se implementa el modelo educativo?

16. ¿Cuáles han sido algunos cambios de actitud de los usuarios, en este caso particular de las usuarias embarazadas y sus familiares?

17. En términos de comunicación interinstitucional ¿cómo se lleva a cabo en la actualidad?

18. ¿Cuáles han sido según tu opinión y/o experiencia aquellos puntos en los que han mejorado las acciones en pro la salud materna?

19. ¿Cuáles son, según tu opinión y/o experiencia aquellos aspectos en los que no se ha percibido cambio alguno y que resulte necesario?

20. ¿De qué manera se han resuelto las situaciones de emergencia de salud materna en este periodo de tiempo desde la aplicación del modelo?

21. Explica si ha habido movimiento de indicadores o registros a partir de la implementación del modelo

22. Compartan tres casos exitosos en los que se salvó la vida de la mujer y su producto. ¿En qué radico el éxito? ¿Qué fue lo que sí se hizo o lo que se hizo diferente?

23. ¿Menciona algún caso que no haya concluido exitosamente y a que se debió?

24. ¿Cuáles serían los ajustes particulares de este modelo de intervención, que en tu opinión quedan pendientes por hacer?

**Guía de entrevista para grupos focales II (personal que NO participó en l fase 1 ni 2)**

1. ¿Conoce de algún plan para disminuir la mortalidad materna en su área o región?
2. ¿Cómo están trabajando ustedes para reducir la mortalidad materna?
3. ¿Qué es lo que se sabe acerca del modelo educativo aplicado en el año 20...?
4. ¿Existen en su servicio comités de mortalidad materna, Cómo funcionan?
5. ¿Qué dificultades tienen para manejar las emergencias obstétricas?
6. ¿Qué sugerencias tienen para mejorar la atención de la urgencia obstétrica?
7. ¿De qué manera la formación recibida los ha habilitado para tratar apropiadamente los eventos del embarazo y parto, y sobre todo la emergencia obstétrica?
8. ¿Cómo valoran el desempeño de los internos y médicos en servicio social con relación a la salud integral de la mujer, y sobre todo, en la atención a la urgencia obstétrica?

En este grupo se indaga: acerca de si conocían sesiones educativas, cómo concientizan a las mujeres del autocuidado y señales de alarma durante el embarazo, parto y puerperio, si hay promoción de la corresponsabilidad y participación de los varones, cuáles son las medidas que se están llevando a cabo en sus unidades de trabajo para prevenir alguna complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio, todo ellos con la finalidad de cotejar con las entrevistas del personal que sí participó en la estrategia directamente.

ANEXO 2: Ejemplo de transcripción integral de entrevista

Toda vez que se hace la entrevista verbalmente y que es grabada, se procede a la transcripción fiel de la misma. Junto con el presente documento se anexa cd con los audios originales de todas las entrevistas realizadas para la evaluación

**GRUPO FOCAL DE PERSONAL QUE PARTICIPÓ EN El MODELO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON PERSPECTIVA DE GENERO Y DERECHOS HUMANOS PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD MATERNAEDUCATIVA DE 2012**

Mi nombre es Alba Rodríguez, trabajo aquí en el CESSA, estamos encargados del programa de servicios amigables, soy enfermera. Mi nombre es Gabriel Chávez trabajo en el centro de salud de Arisiachi soy el enfermero. Soy Fernando Octavio Domínguez Domínguez soy el enfermero del centro de salud de Guerrero. Soy el doctor Jorge Ornelas del centro de salud de Carichi. Soy Cecilia Rodríguez auxiliar de enfermería del centro de salud de Carichi. Alfonso Cervantes medico aplicativo del centro de salud de Guerrero. Carmen Domínguez enfermera del centro de salud Matachí. Eréndira Hernández del CESSA Tierranueva. Javier Toledo, médico del centro de salud de Ciénega Ojos Azules. Karina médico del centro de salud Anáhuac. Erika enfermera en Anáhuac. Bustillos trabajadora social aquí en el CESSA.

P. ¿Cuál han percibido que ha sido el impacto del Modelo de Intervención para la disminución de la muerte materna, si han visto impacto, genero algún efecto ¿o no?

R. Pues en lo que corresponde a la comunidad de Arisiachi si hubo gran impacto, ya que allá la gente, las personas no salían, ellas estaban a que las atendieran las parteras nada más, no sabían todos los problemas que podía tener el embarazo y nos ha funcionado bien porque han salido a atenderse hasta acá hasta Cuauhtémoc o sea que la mayoría ya sale de perdida de allá de la comunidad y ya se va a un centro de salud a Guerrero o hasta acá hasta Cuauhtémoc para una mejor atención.

R. Pues allá en el centro de salud de Guerrero eh, si hubo un impacto porque ya hay más apego de los familiares a acompañar a la embarazada e incluso también van los maridos y si no se sabe ella todos los signos de alarma ya interfiere también el familiar que acompaña a la embarazada y están más atentos ya de los signos de alarma y si ha disminuido mucho incluso los factores de riesgo en las embarazadas que tenemos ahí en control ya están más apegadas al programa. Incluso en la unidad las monitorizamos si es de foco de riesgo las mandamos inmediatamente, sino estamos al pendiente de algo que pudiera suceder ahí o sea tanto de la parte del paciente como del personal, ya las pacientes están en mejor atención medica pero si, si es positivo el impacto que se ha tenido.

P. Entonces se está más al pendiente de los factores de riesgo desde el conocimiento de las señales de alarma, ¿alguna otra?

R. Incluso se le solicita a la paciente el examen general de orina y se monitoriza todo el personal de salud está al pendiente, se trabaja integralmente ya cuando no es un compañero es otro pero todos estamos enfocados en el mismo plan de trabajo, ya incluso

con el personal de enfermería tenemos un área con pacientes ya con foco fetal o si hay actividad uterina pero ya es personal más responsable, ya no es como antes.

R. El impacto yo creo que más bien fue en nosotros porque antes nosotros teníamos una manera de trabajar con pacientes embarazadas pero a partir de los talleres la perspectiva cambia entonces eso hace que nosotros demos información a la paciente de su estado y hacer conciencia de ese estado, el hecho de estar también con más mujeres embarazadas que son menores de edad, pues el hecho de platicarles a ellas y hacerles consciencia de su estado de embarazo hacen que ellas se responsabilicen más antes eran mujeres embarazadas, adolescentes o de alto riesgo que iban a consultas esporádicas o con embarazos avanzados y ahora eso ya ha cambiado ya están yendo a consulta desde tempranas semanas de embarazo… por eso comento que el impacto también ha sido en nosotros, no nada más hacia la población.

P. ¿Qué de lo que se vio o se hizo te facilito tener un cambio?

R. Pues a mí en lo personal siempre me ha gustado trabajar con las embarazadas principalmente, lo que son embarazadas jóvenes o primigestas porque muchos van a la consulta y a enfrentarse a nueve meses de embarazo y a veces no hay la información no hay quien les diga qué hacer, que va a ocurrir, cómo actuar, cómo va evolucionar ese embarazo, entonces lo del curso a mí me hizo conciencia para darles a conocer más la información a esas adolescentes o a esas embarazadas primigestas. Cuando aplicamos los primeros talleres nosotros hacia ellas pues también notamos algún cambio, el primer taller que implementamos fue de nutrición, entonces la gente decía no pues yo puedo comer cualquier cosa durante el embarazo, pero hay que saber comer y distribuir los alimentos que en este caso que las embarazadas tengan 5 alimentos al día, en vez de comer a deshoras o hacer solo 3 o a veces no comer en este caso este es otro aspecto en el que nos favoreció.

R. Sobre todo ahora lo importantes es que los pacientes están más abiertos con el personal y el personal está mucho más abierto con el usuario o sea antes las embarazadas tenían un poquito de duda de preguntar o si de algún signo de alarma, preguntarle a las enfermeras y a los médicos y ahora ya van y le preguntan cualquier cosa o sea ya están más abiertos a preguntar que no van a decir que si le pregunto a lo mejor me va a regañar la enfermera o el médico y ahora no, ahora van y preguntan por cualquier cosa y el personal mismo hizo un cambio de actitud para contestarle a la paciente de una forma más correcta y explicarle los signos de alarma, antes le iban y le preguntaban y le contestaban no pues que no le dijo el médico y le empezaba a recriminar a la paciente por no poner atención cuando esta con el medico pero ahora con lo del curso ya le ponen más atención el personal de enfermería.

P. Habla al principio de que hay un cambio en el usuario, nada más para entenderlo un poco más ¿qué fue lo que permitió ese cambio en la comunidad?

R. A partir de que el personal cambio, a partir de que el trato fue diferente, el mismo usuario sintió más confianza para poder acercarse a nosotros para podernos preguntar sobre alguna situación.

P. ¿Cómo qué cambios, por ejemplo?

R. Por ejemplo antes se caracterizaban las enfermeras por ser rudas ahorita ya están más abiertas a ser más sensibles con el paciente a partir de que se tomó el curso y se les replico a las muchachas y desde ahí están más abiertas a las usuarias a las embarazadas.

P. ¿Se replicó…?

R. Pues les platicamos ahí como habíamos tenido la experiencia del curso y cuál era la forma de querer nosotros aplicárselos a las embarazadas.

P. ¿Y cuál fue la reacción?

R. Pues al principio si de cómo le vamos a hacer pero ya poco a poquito se fueron abriendo hacia las usuarias embarazadas; y si pues ahí fue un impacto bien bueno porque se ve en la misma embarazada ese trato hacia las enfermeras, antes había un poquito más de choque y ahorita ya cambio la situación.

P. ¿Y es más evidente en el personal de enfermería?

R. Bueno pues yo lo veo con el personal de enfermería porque estamos en una parte abierta, entran con el médico y están en el consultorio, pero nosotros estamos en una parte abierta si la trata mal o le contesta de alguna manera el otro paciente se va a dar cuenta, si la tratan bien pues ya el otro paciente también se da cuenta de que la están tratando bien que ya no la tratan tan rudamente a la embarazada, entonces es ahí donde se dan cuenta como está realmente el personal de enfermería y de medicina.

R. Incluso es algo de felicitar al personal de enfermería verdad porque es el primer contacto que tienen con la paciente, antes tomaban los signos y las pasaban directo a la consulta, ahora ellas mismas tomaban la iniciativa de no pues te veo media hinchadita, vete para urgencias, que la presión alta vete para urgencias, ya no esperan la consulta, ya directo a urgencias, se revisa completamente y se le da consulta normal pero si determinamos algún factor es cuando comenzamos a actuar los médicos ya hay más organización hacia las pacientes y es algo que hay que reconocer ya no es necesario de decirles y porque no me la paso, que le esté sucediendo algo a la paciente y no que espérese que su turno le toca tanto, ya ven algún factor y ya la canalizan para urgencias o sea ya es un mejor servicio para el paciente, por eso están llegando con más confianza o sea si fue un cambio radical, yo digo que fue radical porque todas las embarazadas tienen preferencia, se le ve algún detalle y la atención es rápida y gracias a eso se han detectado problemas con tiempo y se han corregido con tiempo los problemas de las embarazadas porque también está la comunicación directa con segundo nivel, se le hace la referencia, se le escribe porque motivo se le mandó porque también era uno de los factores porque las mandábamos pero sin explicación de porqué las mandábamos, entonces es diferente "y por una infección de vías urinarias me la mandas" si pero es recurrente, ya no es de una vez, ya es recurrente entonces la tienen que atender en un hospital, porque primer nivel no contamos con hospitalización, ni para tenerlas canalizadas, ni para darles el tratamiento adecuado para una infección recurrente, entonces ya también segundo nivel ya empezó a ponerse las pilas ya no nos regresan las pacientes.

P. ¿También segundo nivel participó?

R. No lo que pasa es que hay varios programas donde nosotros tenemos la obligación de mandar a segundo nivel, preclamsias, eclampsias de trabajo de parto efectivo, todos los problemas de segundo nivel pero tenemos en varios cursos que nos han dado por ejemplo embarazo de alto riesgo, se han detectado por ejemplo pacientes con diabetes gestacional, problemas cardiacos gestacionales, se mandan muchos aquí al CESSA otros se mandan a hospitales dependiendo de la severidad, si la paciente lo requiere es al CESS o si es urgencia al hospital, pero hay una mayor comunicación, esto es a nivel estado, por parte también de otros programas que nos han dado sabemos ya la red de atención a la mujer embarazada, por ejemplo hay una situación donde no podemos manejar nosotros un control de embarazo, por ser embarazo de alto riesgo, pero como es grande la distancia, atienden a la paciente y ya la seguimos atendiendo nosotros pero ya nos dan la contra referencia de que hacer en caso de, entonces hay una mayor comunicación a nivel estatal en ese aspecto, y mis compañeros médicos conocen ya también esas redes, por ejemplo un embarazo de termino con trabajo de parto efectivo, primigesta, podemos atenderla nosotros, pero el manual nos dice que menos de hora y media hospital y referente a eso aunque se enoje hospital muchas veces, no mira aquí papelito habla y: mejor atención de la paciente y si se han disminuido mucho los casos de complicaciones obstétricas y si hay cambio radical en actitud. Pero respecto al personal de enfermería si es importante el cambio porque son el primer escalón con el que se tiene contacto, luego son con las que platican es que me he sentido mal o sea si es una comunicación más abierta con la usuaria, incluso muchas veces no lo comenta ni siquiera la paciente, lo comenta el esposo o la hermana o la mamá de la muchacha y nos comentan lo que notan.

R. Bueno yo vengo del centro de salud de Ciénega ojos azules, y voy a hablar de las cosas positivas y negativas, eh hay muchas que nosotros como médicos siempre las hemos aplicado, pero si se han mejorado cosas, por ejemplo se hacen más los exámenes de glucosa, se da más hincapié en el examen general de orina por medio de la tira reactiva y sobre todo lo que se implementó al 100% es el manejo del cuadernillo

P. ¿Cuál cuadernillo?

R. En donde se le enseñan las señales de alarma, pero también existen las cosas negativas ¿no?, se manejó también de que se pidiera una televisión, un DVD y pues nunca llegaron, se pidió un doppler tampoco ha llegado, nosotros estamos a la antigüita todavía con el pinar, los demás no sé cómo estén pero en mi centro de salud las autoridades pues no he visto respuesta, tal vez porque se han venido haciendo cambios políticos, pero bueno, en cuanto el control de las mujeres embarazadas pienso que ahí siempre ha sido un buen control la ventaja que tenemos es que son 42 km, media hora, las mujeres se acostumbran a venirse a la ciudad, nunca se alivian ahí, la única muerte de una mujer que tuvo un parto y falleció un mes después, no sé si se toma también como muerte materna, porque fue por un motivo muy diferente al control prenatal, tengo esa ventaja yo no se si a diferencia de otros centros de salud pero en cuanto a lo que es el proyecto en sí es lo que han sido las cosas positivas y negativas.

P. ¿Esto que menciona, de que se han solicitado materiales y que no les han dado respuesta, de quien dependería o a quien se refiere cuando dice autoridades?

R. Del nivel jurisdiccional, concretamente y desde mi percepción es que difícilmente dan esos materiales a no ser que sea parte de un proyecto del gobierno que venga desde más arriba

P. Alguien más comparte esta experiencia

R. En nuestro caso no, nosotros acá en el CESSA nos manejamos como trabajo en equipo, cada enfermera está en el consultorio con su médico, yo en lo particular estoy con el Dr. Rangel que vemos pura consulta a adolescentes, ahorita tenemos más de 40 embarazadas que tienen menos de 19 años, entre ellas tres chicas de 12 años embarazadas, nosotros contamos con nuestro doppler, para nuestros talleres tenemos el aula, tenemos el proyector, o sea bien, de hecho cualquier cosa que nosotros necesitemos la jurisdicción es quien nos ha apoyado.

R. Yo si respaldo lo que dijo el doctor de las carencias nosotros tenemos una unidad que esta aproximadamente a unos 15 kms de la unidad del doctor pero sigue siendo una unidad que pertenece a lo que es primer nivel, mucha gente lo maneja o lo ve como si fuera un segundo nivel tal vez por el tamaño de la unidad, ahora nosotros tenemos algunos puntos en contra como lo mencionó el, nosotros a lo mejor si tenemos dopler, tenemos el privilegio de tener ambulancia para el traslado de pacientes, pero también tenemos carencias, yo siempre lo he dicho si nos dieran el material para trabajar para atender partos, nosotros a lo mejor no mandábamos tantas a Cuauhtémoc, no andaríamos haciendo circo, maroma y teatro como vulgarmente se dice, para poder mandar a una paciente que viene con alguna complicación o que viene con un trabajo de parto en periodo expulsivo, entonces a veces por ejemplo para esterilizar, dicen puedes hacerlo en una estufa con una olla, pues si tenemos una olla muy bonita, grandota, bastante grande, nueva pero si carecemos de una mesa suficiente para que levante esa olla, porque tenemos una estufa, pero una flama de estufa no levanta la olla o sea de lo que se requiere para esterilizar, de otra de las cuestiones negativas es que tenemos otras unidades periféricas, nosotros somos cabecera municipal y estamos en pie de sierra, entonces dentro de los aspectos negativos es que las unidades periféricas que si están en la sierra nos mandan pacientes a nosotros como si fuéramos unidad de segundo nivel, entonces esas pacientes llegan con algún medio de transporte o ambulancia de la sierra, pero llegan sin un médico a veces llegan sin una enfermera con una hoja de referencia pues a veces mal escrita y quieren que nosotros por decir así nos responsabilicemos de esa paciente a trasladarla a Cuauhtémoc y que nosotros seamos los que recibamos el regaño o la llamada de atención del médico que nos recibe la paciente, que porque no viene canalizada, que porque no tiene un control prenatal, que porque no la trajeron antes, siendo que esa paciente la bajaron de la sierra y esa paciente llega a nosotros sin esos datos, entonces por ejemplo nosotros en la unidad tenemos la obligación de que al llegar a Cuauhtémoc en el caso de urgencias venga acompañada del médico y si es una no urgencia que cuando menos venga la enfermera, en este caso, esta es la solicitud que nosotros le hemos hecho a las unidades que son de la sierra y de las cuales no hemos tenido una respuesta favorable, a veces vienen, a veces no vienen, a veces viene la paciente canalizada, pero sin medico sin enfermera o viene el médico y a veces nos quieren aventar la paciente nomás ahí y ustedes llévenla a Cuauhtémoc , no nosotros somos una unidad que somos principalmente de apoyo, en el sentido de que ellos pueden ocupar algún suero, ellos

pueden ocupar la ambulancia, la ambulancia está disponible para cuando la soliciten y entonces ahora tenemos el privilegio de tener dos ambulancias debido a la demanda de urgencias. La primera ambulancia tenemos aproximadamente como 3 años ya con ella y la segunda ambulancia es la más reciente, como por marzo más o menos la recibimos

P. ¿Y a qué se debió que recibieron esa segunda ambulancia?

R. Nos iban a cambiar la ambulancia inicialmente, o sea nos iban a cambiar por una nueva y se iban a llevar la viejita pero hablando con las personas que autorizaron el vehículo y con presidencia municipal que es con quienes tratamos también pues se optó por dejar las dos unidades debido a la demanda que hay del servicio entonces la única responsabilidad por parte de presidencia para que se pudieran quedar las dos ambulancias era que se le diera mantenimiento ahí y presidencia municipal aceptó porque si se ha dado de que se van dos servicios apenas se acaba de ir una ambulancia cuando llega otra urgencia y va otra vez

R. Pero si cabe aclarar que no fue nada más Carichi las ambulancias acaban de llegar a varias partes de lo que es la jurisdicción sanitaria, fueron varias ambulancias

R. Pero la mayoría de las ambulancias se enviaron por eso mismo, para evitar la muerte materna

R. De hecho

R. A mí me tocó en uno de los talleres, que yo creo que fue el primero que dimos a mí me tocó una pareja de menonitas, o sea la menonita con su esposo, acompañándola y traduciéndole todo a la menonita porque de hecho por lo regular las menonitas mujeres no hablan el español, entonces se nos hizo muy agradable que ellos se integraran en el taller, de hecho participaron en todas las actividades, entonces nos dimos cuenta de que aparte de que empiezan a integrarse como cultura diferente a la de nosotros, a parte comienzan a acompañarse en el proceso de embarazo, también nos tocó con una pareja de adolescentes, con una muchachita muy jovencita que venía con no sé si era el novio o ya eran casados pero también fueron dos parejas que llamaron mucho la atención en el taller y era el primer taller, entonces nos fue muy bien en ese primer taller y el impacto que pudo haber tenido en nuestras unidades o por lo menos en el personal yo comparto la opinión de doctor, creo que fue más bien sensibilizarnos como personal de salud porque incluso yo en el caso de ser trabajadora social y yo ya haber tenido dos hijos, vas perdiendo sensibilidad y el taller fue como una sacudida de oye espérate acuérdate lo que es pasar por todo un embarazo, lo que es estar en estas situaciones de que si llevas un embarazo tranquilo pues bien, pero la mayor parte de las embarazadas ya traen algún antecedente o complicación, todavía a eso le agregas todos los nueve meses más la complicación pues si es muy difícil y a veces vas perdiendo esa sensibilidad de tratarla como una persona especial por estar embarazada, yo siento que más fue la sensibilización en el personal, si hay impacto en los pacientes que ha sido un poquito gradual, pero de los que hemos ido a los talleres al menos yo siento que debería de ser toda la unidad la que asistiera al taller para que fuera esa sensibilidad pareja ¿verdad?, porque ciertamente los que tenemos más contacto con los pacientes son los enfermeros, pero de nuestra unidad ¿cuantos enfermeros fueron? Entonces hace falta que cada uno de los enfermeros, que cada uno de los médicos tome el taller para que estemos en el mismo canal, porque para el paciente que le tocó con *** pues bien suave pero la que le

toco la que no fue al taller pues todavía está en las mismas y es muy difícil trabajar entre nosotros como compañeros, el decir oye échale ganas que a mí en el taller me fue muy bien y dicen pues si verdad, pues que bien yo no sé, o sea por mucho que se lo platiques tiene que ser vivenciado, la persona no lo puede sentir y mucho menos se lo va a expresar a un paciente

P. Ese cambio o sensibilización consideran ustedes que ha permanecido, que ha aumentado o disminuido…

R. Yo lo que percibo es que si impacta en su momento pero como que se estancó porque falta personal por sensibilizar porque falta cierto tipo de material para complementar el proyecto…

R. A lo mejor avanzó pero hasta ahí se quedó

R. A mí me toca estar en una localidad donde el 90% de la población son mujeres embarazadas que es en un hospital de gine aquí en Cuauhtémoc, pero estoy en un área que es el área de psicología entonces yo tengo dos observaciones, yo creo que el taller como taller está muy bien estructurado porque yo creo que el que sea taller, que sea tan vivencial te provoca que te quedes con esa situación yo pienso que el detalle para que esto o se quede estancado o crezca es precisamente qué pasa después del taller, yo creo que a todos nos tocó que todos nuestros compañeros de todas las áreas de todas, todas las áreas salimos gratamente satisfechos y esa parte de la sensibilización yo creo que nos quedamos con él, yo creo que hasta ahorita pero, la parte de poder integrar un equipo de trabajo para poder aplicar los conocimientos y la sensibilización y lo que adquirimos en el taller es difícil por lo que decía la Lic. Moni, porque no hay la sensibilización en todo el equipo de trabajo entonces a lo que a mí respecta, a mí me gustaría que todo mi hospital tuviera ese curso pero porque trabajamos con ese tipo de población entonces lo que nosotros hemos estado haciendo es que a los pasantes de enfermería que llegan se les da una parte del taller nada más y lo da el departamento de psicología pero nuestro atore es en el área médica, ahí es donde tenemos más atore con la sensibilización increíblemente se nos olvida el burn out que vamos teniendo, tendrían que estar directamente ahí con los médicos, con los que están directamente enfermería o medicina o un grupo de trabajo previo específico para sensibilizar, porque creo que es donde nos frustramos todos y lo que decía el compañero del equipo y material de apoyo yo desde la vez pasada lo comenté con Vianey que sería bueno unificar un solo video que pudiéramos estar poniendo en las salas, los que tuviéramos la oportunidad en la sala de espera un video que tuviera que ver con la sensibilización relacionada con el paciente directamente: la importancia del ácido fólico, la importancia de los cuidados, la importancia del buen trato, todo eso, porque si hay uno, pero no está especificado como tips, no está dirigido para el paciente para apoyar lo que nosotros estamos trabajando a raíz del curso

P. Alguien más respecto del impacto… ahora sobre los aspectos significativos que desde su opinión ha habido en la implementación de este modelo

R. Las dinámicas, por ejemplo la dinámica donde eres atendido por otro eso como que es muy fuerte porque en primera estas vendado y luego no estás acostumbrado a que alguien te esté atendiendo, estás acostumbrado más a tu dar la atención, entonces yo

creo que es de lo que te llevas más, nosotros en el centro de salud Anáhuac y nosotros lo que hicimos fue replicarlo tal cual a los compañeros

P. ¿Y cómo les fue?

R. muy bien porque somos un centro de salud que se caracteriza por ser problemáticos, entonces como que ese curso nos sirvió a unirnos mucho para trabajar en equipo, entonces yo siento que ese curso si nos benefició mucho para la atención a las embarazadas porque después lo replicamos también con ellas entonces ya estábamos todos así en sintonía de lo que era modelo, entonces nos sirvió para la organización de a la hora que recibimos a nuestra embarazada y a la hora que estamos en nuestras consultas y luego ya cuando pasan a enfermería que si es de primera vez hay que hacerle todos los documentos que hacerle la toma de orina, el VDRL o sea todo, ya no se nos pasa nada y ya está todo sistematizado y como dicen esto sirvió para que las enfermeras ya es de oiga doctora le voy a pasar esta paciente porque está en tal situación, entonces yo digo que si nos ayudó mucho el curso, nos sirvió mucho el replicarlo a los compañeros y si esa dinámica que dicen a mí fue la que más… y también a los pacientes, la dinámica que te atiendan y yo digo que lo impacto mucho en nuestra unida es que los señores que fueron a los cursos, siguen yendo al control del niño sano con la esposa… entonces fue muy difícil para los señores porque les toco estar con otra embarazada acompañándola porque ahí estaba la esposa, porque los pusimos en grupos, entonces yo digo que esa dinámica fue la que más nos ayudó y a nosotros el modelo si nos sirvió mucho hasta la fecha lo estamos llevando y si tenemos más consulta y las adolescentes como dicen van desde que tienen su primer consulta hasta que tienen su bebé, van al tamiz y sí nos ha funcionado mucho en la Anáhuac.

R. Yo siento que también, a nosotros en el curso nos tocó ir con personal del hospital, entonces siempre se está con que es que los del hospital nos lo regresan y no los atienden o que los del centro de salud nada más los mandan así, entonces el estar ahí todos juntos y ahora ya la gente cuando regresa de su atención obstétrica en el hospital ya son menos las quejas de que si las enfermeras las trataban bien o las trataban mal y como dice la psicóloga a lo mejor hay más queja de los médicos que a lo mejor no tomaron el curso

R. En eso de la actitud del personal del hospital de ginecobstetricia es que ahí hay una situación, por ejemplo yo mando una paciente de embarazo de alto riesgo y regresan decepcionadas porque las vio otro médico general y lo que muchas veces no se les explica es que primero se les va a hacer una valoración el médico general para que pase con el ginecólogo y entonces el médico general se enoja y volvemos a lo mismo ¿Cuál es la mayor incidencia de defunciones de muerte materna? En hospitales, me ha tocado a mí directamente que se canaliza una paciente a hospital y el médico no revisa la nota de referencia, de los obstetras mis respetos, porque si cuando el recibe a alguien que por casualidad está ahí en el servicio de urgencias el sí revisa la nota y le da una excelente atención a la paciente le explica porque no se puede quedar en el hospital y porque tiene que regresar a la unidad pero el problema es personal médico general y eso es un comentario que por eso se está suscitando todavía mucha muerte materna, pero ya lo que se refiere a la atención en primer nivel hay un abismo de lo que fue el año antepasado a este año de muerte materna, es un abismo el que hay, es una mejoría enorme, hay que dar el curso a segundo nivel y a tercer nivel, ya se empezó con la base

pero hay que seguirle hasta arriba (ultimo comentario de la categoría: mejora de la atención)

P. Se toca un punto muy importante con lo que dice: el movimiento de indicadores, ¿si ha habido….?

R. En este año no ha habido ninguna muerte materna en la jurisdicción

R. Hubo antes del proyecto, porque nosotros tuvimos una muerte materna

P. Pero en sus unidades de trabajo, ¿no ha habido?

R. No, incluso se ha disminuido ese foco rojo que teníamos, de que muchas veces venía la paciente cuando ya estaba de sabes que vete al hospital de urgencia ya no, ya se mandan con tiempo y se controlan con más tiempo, entonces ya no se está permitiendo que se dé una preclampsia o que avance a eclampsia

P. Esa era una siguiente pregunta, si aún cuando no han tenido muerte materna, ¿han tenido casos de preclampsia/eclampsia?

R. Si yo ahorita estoy adscrito al centro de salud de Madera, tengo dos meses, cuando yo tome el curso estaba en las brigadas, tuvimos un caso de hecho hace una semana de eclampsia, la paciente eh, ahorita en el centro de salud de Madera tenemos segundo nivel el hospital de Gómez Farías está funcionando ahí y tenemos gine, se ingresó a la paciente se indujo con oxitocina y aparentemente todo iba bien, tenía tres consultas de control nada más y no se había detectado absolutamente nada de hecho había una consulta previa hacia doce horas traía una TA de 90/70 y a su ingreso, a los 10 minutos de que ingreso comenzó a convulsionar de repente, se le paso a urgencias, la atendió el gine, exitoso pero si muy sorpresivo porque pues aparentemente todo iba bien y pues fue un caso que se atendió en lo que se puede decir a tiempo y adecuadamente se trasladó a la paciente en ambulancia con el médico y con su caja guinda que siempre está al 100, bueno eso respecto al caso, pero respecto al curso que lo tomé cuando estaba en brigada el impacto que nosotros tuvimos fue en el aspecto laboral fue positivo, cambio mucho la relación para bien con los compañeros y con los pacientes, decías ahorita de los indicadores eh, en las comunidades muy en la sierra que no iban a control prenatal incluso se atendían el parto en su casa, eh con los CDS que nos entregaron ahí en el curso e nosotros involucramos a toda la gente porque no podía ser que estuviera pasando todavía eso que estuvieran pariendo en su casa como si nada, entonces involucramos a toda la gente a las autoridades también de cuál era la gravedad de que eso pasara y de que en nuestro país había un tratado para disminuir la muerte materna y que todos éramos parte de ello y que todos éramos parte de ese compromiso, incluso ello que estaban hasta allá lejos ¿no? Se les pusieron los videos prácticamente a toda la población y de hecho algunos de ellos nos denunciaban, por así decirlo, sabes que fulanita está embarazada y no quiere ir no, allá en la sierra es mucha labor de convencimiento con la gente tarahumara, por ejemplo es mucho más difícil a veces convencerlos de que se atiendan, pero fue un balance respecto a eso fue positivo a parte la relación laboral. Allá se manejan mucho lo que son los gobernadores indígenas y el hecho de ellos esté informados de todo esto o que tan grave puede llegar a ser eso nos ayuda mucho porque ellos tienen mucha influencia en la gente.

R. Eso que comenta de los gobernadores si es cierto, el gobernador es una persona que rige el lugar, la población, entonces el gobernador es con quien a veces tenemos que hablar primero, en este caso las brigadas deben hablar para que una mujer embarazada bajara a que recibiera su atención médica, antes de que se implementara este modelo de muerte materna si teníamos de los deshonrosos primeros lugares en muerte materna en lo que es Carichi, pero eso se ha ido corrigiendo, eso es en coordinación también aquí en Cuauhtémoc por ejemplo, ahora también se ha incrementado el censo de embarazadas porque como dije, antes era difícil que vinieran a consulta y ese número se mantiene, por ejemplo ahora tenemos 22 embarazadas y el número elevado de ha mantenido, ¿porque? Porque las mujeres que antes se atendían en otras unidades o en médicos particulares y ahora dejan de ir ahí para atenderse con nosotros o a veces se atienden con el ginecólogo y también van con nosotros, entonces es ahí donde nosotros nos damos cuenta que hemos incrementado la calidad en la consulta. A nosotros en los ámbitos médicos se nos dice que el paciente es un número más, una carpeta, pero ahora eso ha cambiado porque es una persona es un ser humano y como tal se le debe de tratar entonces ahora la atención a la embarazada es personalizada de hecho este próximo martes se va a hacer una reunión con las embarazadas, es una reunión que se está haciendo de manera repetitiva con las embarazadas para exponerles diferentes temas a la cual se les hace una invitación en consulta, pero además se hacen invitaciones en donde dice el nombre de la embarazada y vamos y se la llevamos hasta su domicilio, cosa que antes ni pensar que hiciéramos, entonces eso, inicialmente se estaban haciendo cada quincena, pero después hubo un estancamiento y se hacían una vez al mes, pero ahora estamos retomando que sea cada quincena.

P. y con esta convocatoria que tienen, la respuesta de la gente…

R. De hecho cuando nosotros empezamos a hacer estas reuniones esperábamos que ni fuera nadie, pero si, si fueron personas e incluso acompañantes o sea se llevan a otra persona no nada más la embarazada, a la mamá, la suegra a la vecina…

P. Y en general (para los demás) las sesiones educativas ¿se siguieron llevando a cabo?

R. Si retomando el tema, en las primeras platicas que hicimos no quisimos que fuera una plática más de vengan siéntese y escuchen y si quieren pregunten, sino que hicimos algo más dinámico en el sentido de que se dio un tema se expuso y se hizo un pequeño receso en donde como era en la mañana les dimos un desayuno light algo así, en ese entonces eran en la mañana ahora son en la tarde, entonces esa es la idea a lo mejor no siempre pero poder dar algo, por ejemplo de lo que no comen normalmente para mostrarles, porque allá se dan las despensas y se la da soya y algunas no saben qué es o la preparan y no les gusta cómo sabe y pum a la basura, entonces es ahí donde entra el nutriólogo, está implementando lo que es la nutrición materna, prepara un alimento a base de soya y lo da a probar en la sesión y se les da la forma de aprovechar los alimentos con los recursos que tienen a su alcance y otra cosa, hay gente que nos ha estado apoyando en el centro de salud, entonces bebé que sale, bebé que sale con ropa porque han estado haciendo donaciones bultos de ropa de bebé, desde lo que es una colcha una cobija entonces eso también ha sido un estímulo para ellas, a veces aunque no haya nacido el bebé en la unidad sino que llega a consulta y envuelto en una sábana o ropa de la gente entonces se les quita y se les pone la ropita y los tarahumaras con su sonrisa, ellos son muy duros para expresar lo que sienten…

R. A mí me gustaría compartir, nosotros aquí tuvimos una respuesta muy padre, cuando empezamos con dice el Dr., con la mitad eran como 50 pacientes entonces no cabíamos, ahora tenemos 4 grupos, nos dedicamos todo un día a dar las pláticas a nuestras adolescentes y también implementamos cosas muy dinámicas, estuvo una persona con nosotros que hacia ejercicios de yoga incluso han venido personas a cortarles el cabello, cambio de look, después de la sesión lo hacemos y pues ha dado muy, muy buenos resultados acuden a su control más de 5 veces, que son las que se requiere, acuden más y se quedan, a parte se les agenda la consulta nosotros lo que implementamos de que ya se les agenda todas las consultas de todo lo que van a acudir con nosotros, entonces si ellas vienen a sus pláticas ya tienen sus citas ya no tienen que venir a la fila de la mañana y pues eso es cómodo también para ellas, además de que tenemos a las embarazadas más grandes de 19 años, que es otro grupo y las sesiones las hacemos una vez al mes, tenemos cuatro grupos y cada mes es de diferentes temas.

R. Nosotros lo que hacemos en la unidad en el centro de salud de Matachí les dedicamos un solo día a las embarazadas nada mas como no son muchas las que tenemos verdad, ahorita tenemos 9 y con esas 9 trabajamos ese día nada más, les damos pláticas, pasan a su consulta, les agendamos su consulta para el siguiente mes, lo que hemos notado es que las adolescentes ya van más a su consulta

R. Allá en Arisiachi lo que se me hace raro es que vayan los hombres, por ejemplo de las primeras sesiones que se hicieron, fueron 9 embarazadas y de esas 9 embarazadas fueron 6 maridos, es que allá esta difícil que los hombres se metan a las pláticas también hacemos refrigerio, porque como además de ser enfermero trabajé mucho en restaurante hacíamos mucho lo que era la soya entonces ahí se les va enseñando a ellas también

P. Ya estamos terminando, nada más me gustaría hacer énfasis en las experiencias exitosas

R. Mire por ejemplo un caso de una paciente que nos llegó con diabetes gestacional, se detectó a tiempo, siguió llevándose su control, a final de cuentas se refirió a tiempo, se le hizo su cesárea, salió la paciente y sigue ahí, o sea no nada más es detectar preclampsia eclampsia una paciente de alto riesgo es desde diabetes gestacional, una paciente que tuvimos con una cardiopatía, embarazo de alto riesgo, se mandó a hospital la estuvo manejando el cardiólogo, el médico internista, en perinatología, ahorita está feliz con su bebé, están felices las dos, otro caso exitoso fue de una muchacha jovencita cuando yo la vi por primera vez ya tenía dos embarazos, era el segundo que tenía cuando yo la vi, era muy apegada al proyecto se le mando a hospital y se le presentó una preclampsia se le atendió a tiempo y afortunadamente salió todo bien pero ya en el hospital o sea son pacientes que se apagaron bien al programa e independientemente del programa también tiene que ver mucho la actitud del personal porque puede ser un programa bueno pero si el personal no cambia su actitud hacia el paciente muchas veces esa es la diferencia, hemos tenido pacientes que son muy renuentes al control prenatal y muchas veces se intenta dar en esa cita que si van todo lo que se pueda con la mayor calidad posible, porque muchas veces ya no es ni la renuencia, sino las distancias, otros factores externos a la paciente, por ejemplo a veces no tienen vehículo, no tienen recurso para pagar la camioneta y tienen que esperar un raid para que lleguen a la consulta, entonces esas pacientes ya las tenemos identificadas pero en la consulta que van tratamos de buscarles los mayores factores de riesgo o sea no es lo mismo una consulta con una

citadina que con alguien de ranchería se trata de sacarles la mayor información para saber y aún así se ve que hay más complicaciones en una de cuidad que alguien de rancho que porque viven en la colonia no sé cuál y que está lejos, les digo oiga señora si vienen del rancho más lejos o dicen es que ya me cansó o sea ponen más pretextos, pero también es cuestión como dije, del médico que tipo de información puedes sacar, gracias a Dios ahorita en el centro de salud donde estamos nosotros estamos en el mismo canal. Y también en el pedir está el dar, muchas veces nosotros no conocemos el mecanismo para solicitar las cosas que se necesitan (a la jurisdicción u otros niveles).

R. A nosotros nos pasó, bueno a mí porque estaba ahí solo que una pacientita de la primera sesión que tuvimos en un fin de semana que no me toco a mi estar allá, que por lo mismo que se vio en la sesión de las señales de alarma, empezó a sentir que el dolor de cabeza que el hormigueo que todo eso, se vino a acá Cuauhtémoc, fue una preclampsia, le dieron tratamiento y todo y gracias a dios ahorita ya ahí tiene a su bebé y todo, pero por lo mismo de los talleres ella y su esposo que es esposa de un maestro él la acompaño y fue una de las que sí salió que si vino, entonces para mi esa fue una de las experiencias de que si sirve si funciona, lo que estamos haciendo allá

R. Yo quiero opinar que tal vez este curso no sea una varita mágica para resolver los problemas que tenemos de fondo y tan profundo en el sistema y en la forma de trabajo y en las carencias tan grandes, pero si vino a cambiar un poco la cultura y no es nada más la cultura del paciente también es la cultura del trabajador del sector salud, de repente nos encontramos con la frustración de que no todos estamos en el mismo canal pero de todas maneras siempre va a ser así, entonces yo creo que este modelo vino a sensibilizar a realmente sensibilizar una parte de la población si pienso que vino a cambiar muchas cosas para la gente que lo hayamos tomado, creo que si hay muchas cosas buenas y quisiera compartir que nosotros diseñamos en ginecobstetricia 5 talleres que se enfocan más que a lo biológico a lo emocional del proceso de embarazo, incluyendo temas como la depresión post parto o la participación del padre en el embarazo y crianza por si a alguien le son útiles en sus áreas, ya ustedes las adecuan, hay otra cosa que nos mandó la coordinadora general del ICHISAL que es también como un modelo que

R. Hubo otra que fue que en una urgencia llegamos al hospital de ginecobstetricia y por estar en remodelación la ambulancia no pudo entrar y se tuvo que dar toda la vuelta entonces en ese lapso de tiempo que no podíamos pasar por el tráfico por todo el niño cayo en paro y entonces le dije al chofer párate aquí yo me salgo y me salí me cruce la calle corriendo y afortunadamente me recibió un médico que si me atendió rápido y se canalizo al bebé a tomarle los signos, todo y pues gracias a dios todo salió bien, entonces si es una cuestión de actitud.

Namiquipa: La sesión educativa de este municipio estuvo a cargo de personal de enfermería y promotores de salud, quienes expusieron sobre dos ejes temáticos principales: el uso del ácido fólico y los riesgos de la preeclampsia eclampsia. El grupo reunido fue de 38 integrantes aproximadamente, en su mayoría mujeres embarazadas, la característica principal de este grupo fue que eran mujeres trabajadoras de bar. No hubo presencia de varones y se observó que algunas mujeres asistieron acompañadas de algún familiar.

La sesión tuvo una duración aproximada de 2 horas y la dinámica del grupo fue fluctuante en energía pero constante en atención. La sesión fue interactiva, es decir, las exposiciones incluyeron la participación de dudas y comentarios de las participantes. El uso de recursos audio visuales facilito el impacto de los contenidos abordados en las participantes. La sesión se percibió organizada y cuidadosamente planeada, el personal presentó habilidades de facilitación sobresalientes tales como tono de voz fuerte, claro, con potencia, el uso de los reflejos (reflejo de contenido hacia las opiniones de las participantes), empatía, captar la atención de los integrantes de grupo por medio del contacto visual y el acercamiento físico en diferentes puntos del aula.

El aula fue suficientemente amplia, ventilada e iluminada lo que permitió la estancia cómoda y continua de las personas presentes. Se pudo constatar el impacto que hubo en las asistentes por medio de preguntas concretas y directas en las que todas las respuestas fueron correctas. La actitud de la mayoría de las participantes fue activa, pues por medio de experiencias o dudas interactuaban entre ellas mismas o con el personal que estaba exponiendo.

No solo se abordaron los contenidos del taller por medio de información teórica ofrecida verbalmente, sino que se hizo uso de presentaciones en PWP, el video de hazle caso a los mensajes de tu cuerpo, material impreso y juegos, así se abordaron los estilos pertinentes de aprendizaje para asegurar la asimilación de la información dada. Al finalizar la sesión se obsequiaron folletos informativos sobre embarazo, VIH, métodos post parto; anticonceptivos, ácido fólico, etc. se notó una gran aceptación hacia este gesto, pues las mujeres se acercaron a elegir aquello que les interesaba más.

Algunos puntos significativos fueron:

La participación activa y voluntaria de algunas asistentes a través de opiniones, dudas, etc.

Los gestos y expresiones físicas de impacto de la información, por ejemplo en el caso particular del video "hazle caso a los mensajes de tu cuerpo" (expresiones de sorpresa, tristeza, llanto).

Permanencia de los asistentes: en algunas ocasiones se observó la inquietud por parte de algunas mujeres de retirarse por diversos motivos, sin embargo, no se retiraron hasta el final de las actividades.

Una de las dinámicas de la sesión consistió en tomar la presión arterial de algunas participantes, donde además se pudo conocer el nivel de conocimientos de la normalidad/anormalidad de la misma, donde la mayoría de las que participaron

verbalmente mostró conocimientos suficientes, así la información previa fue confirmada y complementada por el personal de salud.

La preparación previa de la sesión, permitió que esta transcurriera sin contratiempos y en los tiempos acordados.

Se notó una comunicación y acoplamiento en el equipo expositor, pues todas las intervenciones estuvieron permeadas por el estilo de cada quien y se percibieron complementarias a las participaciones de los compañeros, por lo que evidencia trabajo en equipo efectivo, que se tradujo en el éxito del total de actividades de la sesión.

El personal de salud expositor hizo uso de los recursos dados en las primeras fases del modelo, tales como el trato humano, digno y personalizado a las usuarias, la información teórica sobre el ácido fólico, el material pedagógico sobre señales de alarma, técnicas lúdicas que faciliten el contacto, interacción y aprendizaje significativos, el contacto visual, atención focalizada a cada una de las personas que participaron, sondeo intencionado de los sentimientos, sensaciones y percepciones de las usuarias durante los diferentes momentos de la sesión educativa.

Instituto Chihuahuense de la Mujer

**Realizar una evaluación que permita visualizar el impacto del Modelo de Intervención para la prevención de la muerte materna en la Jurisdicción IV, la cual muestre los avances en esta materia en 2012-2013**

**Documento que integra los resultados de la Evaluación del Modelo de Intervención para la Prevención de la Muerte Materna en la Jurisdicción IV**

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA

Instituto Nacional de las Mujeres

Chihuahua
Gobierno del Estado
Secretaría de Desarrollo Social

Instituto Chihuahuense de la Mujer

Chihuahua VIVE

**"Este programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal"**