

PERCEPCIÓN DE LA EMBARAZADA SOBRE LA ATENCIÓN BRINDADA EN EL CONTROL PRENATAL

On perception of pregnant care provided for antenatal care
Sobre a percepção de cuidados grávida dos cuidados de pré-natal

Gloria Ángeles-Ávila¹
Flaviano Rojas-Carbajal²
Alejandra del Carmen Maciel-Vilchis³

RESUMEN

El **objetivo** del estudio fue identificar la percepción de la embarazada sobre la atención recibida durante el control prenatal, con la finalidad de proponer un programa de seguimiento que permita reconocer a mujeres con riesgo durante el embarazo, así como favorecer la viabilidad para ella y su hijo. **Metodología:** estudio cualitativo, muestra de nueve mujeres embarazadas de los centros rurales dispersos que comprenden la coordinación Municipal de salud de Temascalcingo, Estado de México, en la antigua región mazahua-otomí. El análisis de los resultados se hizo a partir de los núcleos temáticos. **Resultados:** en relación con la percepción de las embarazadas, éstas consideran que los centros de salud rurales dispersos no son accesibles de acuerdo con su ubicación geográfica; las mujeres indígenas son discriminadas de diferentes maneras, en diversas ocasiones no les otorgan la consulta, ni respetan los turnos de las mismas y el proceso de referencia de las mujeres embarazadas hacia el segundo nivel, no da los resultados esperados, a pesar de que se realicen las actividades adecuadas en el primer nivel en la atención prenatal. **Conclusión:** la percepción que tienen las mujeres embarazadas sobre la

¹ Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México. Correo electrónico: gloangelesavila@gmail.com

² Maestro en Enfermería, Instituto de Salud del Estado de México, Toluca.

³ Profesora de tiempo completo, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Autónoma del Estado de México, México.

Fecha de recepción: 11/09/2012

Fecha de aceptación: 18/09/2012

atención en el control prenatal, es que la mujer tiende a buscar alternativas para su atención o simplemente no acude hasta que se presente un factor de riesgo o el desarrollo del parto, con lo cual se desencadenaría en un alto riesgo de mujeres con complicaciones sin seguimiento, expuestas a presentar muerte materna o muerte perinatal.

Palabras clave: Control prenatal. Percepción.

ABSTRACT

The aim of the study was to identify the perception of the pregnant woman on the care provided during antenatal care, with the aim of proposing a monitoring program to identify women at risk during pregnancy, and to facilitate the feasibility for her and her son. The research was with hermeneutical approach, which worked with nine pregnant women dispersed rural centers comprising health coordination Township Temascalcingo of old Mazahua and Otomí region in the State of Mexico. The analysis of the results was based on thematic units with the following findings: according to the perception of pregnant, consider the scattered rural health centers are not accessible, according to its geographical location; Indigenous women are discriminated against in different ways, many of these occasions not granting the query, or be skipped according to the hour of his shift consultation and that the delivery of pregnant women to the second level does not give the expected results, although appropriate at the first level within the ANC activities are performed. It is concluded that the perception of pregnant on care in the prenatal control "is crucial" because women tend to seek alternatives to their attention, or not go until present a risk factor or labor progress, which can be triggered at a high risk

of women with complications untracked exposed to submit maternal death or perinatal death.

Keywords: Perception. Attention. Pregnancy prevention.

RESUMO

O objetivo é identificar a percepção de gestantes sobre os cuidados no pré-natal, com o objetivo de propor um programa de monitoramento para identificar mulheres em risco para a gravidez, e para incentivar a viabilidade bom para ela e seu filho. A pesquisa etnográfica foi, a partir de uma abordagem qualitativa, onde as mulheres grávidas a trabalhar com nove dispersos centros rurais de saúde que compõem a coordenação Township Temascalcingo de Mazahua antiga e região Otomi no estado do México. Análise temática produz os seguintes resultados: os centros de saúde rurais dispersas não são acessíveis, de acordo com sua localização geográfica, as mulheres indígenas são discriminadas de formas diferentes, muitas dessas ocasiões que não dão a consulta, ou ser ignorado quando tocar a sua vez para consulta e que o envio de mulheres grávidas para o segundo nível não dá os resultados esperados, apesar de que é feito as atividades certas no primeiro nível dentro do ANC. Conclui-se que a percepção do atendimento das gestantes no pré-natal "é crítica", porque, as mulheres tendem a buscar alternativas para sua atenção, ou simplesmente não ir até você apresentar um fator de risco ou de desenvolvimento entrega e tal situação pode resultar em morte materna ou morte perinatal.

Palabras-chave: Percepção. Atenção. Prevenção da gravidez.

INTRODUCCIÓN

El control prenatal es una política y estrategia internacional para disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil, no obstante se ha observado que no todas las mujeres embarazadas acuden a estos controles debido a factores personales y por falta de acceso a estos servicios.¹ Brindar cuidados a una mujer en periodo de gestación es una gran responsabilidad para su familia como para el personal de salud. En particular, el servicio de enfermería ofrece una atención integral desde el inicio del embarazo cuando acude a su primera consulta y brinda una atención de calidad y calidez, para así llegar al mejor fin en este proceso de embarazo.

El que la mujer tenga control prenatal en el periodo de gestación, conlleva a presentar menor riesgo durante el embarazo, así como ofrecer una buena viabilidad para ella y su hijo, por lo que el personal de salud tiene la responsabilidad de proporcionar atención prenatal, lo que implica no sólo el número de visitas sino la frecuencia y calidad con que son realizadas durante el transcurso del embarazo, con los indicadores de calidad para garantizar un buen servicio.²

Cualquier programa de control prenatal debe incluir la consulta médica desde el primer mes de embarazo con frecuencia mensual hasta el octavo mes; el último mes deben ser cada quince días, lo que permitirá identificar riesgos de complicaciones de manera oportuna como son la preeclampsia, infecciones, riesgos de parto prematuro, diabetes gestacional entre otras, a partir de las cuales se podrán diseñar y desarrollar estrategias de manera conjunta con los padres y el

equipo de salud, para mejorar las condiciones de salud de las mujeres con riesgo.

La atención prenatal es de suma importancia porque permite la identificación de riesgos durante el parto y así evitar muchas de las complicaciones que se han presentado en los últimos años, en donde destacan como causas de mortalidad materna las enfermedades hipertensivas del embarazo, también denominada toxemia del embarazo, y la hemorragia del embarazo y parto.³

Resultados de otras investigaciones sobre el control prenatal afirman que éste será más productivo cuando se constituya un proceso continuo que alimente constantemente a los administradores, coordinadores del programa y gerentes a cargo de la toma de decisiones, además de la participación extensa del equipo de salud.⁴ Con lo cual se fundamentó la importancia y aportación de la investigación en la calidad de los servicios de salud, como política federal, estatal y local.

El sistema mexicano de salud está constituido por tres componentes. El primero incluye las diversas organizaciones gubernamentales que prestan servicios a la población no asegurada (alrededor de 40% del total de la población), fundamentalmente los pobres del campo y la ciudad. Esta población es un mosaico completo porque incluye las personas de todos los estratos de la sociedad, desde profesionales independientes hasta trabajadores rurales pobres y grupos de indígenas. La institución más importante en este sentido es la Secretaría de Salud (SSA). El segundo componente es el sistema de seguridad social, que se encarga de prestar atención a cerca de la mitad de la población. Este componente lo constituye el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁵

También existe el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y finalmente el tercer componente del sistema es el sector privado, compuesto por una gran diversidad de prestadores. En este sentido, el objetivo del estudio fue identificar la percepción de la embarazada sobre la atención recibida durante el control prenatal, con la finalidad de proponer un programa de seguimiento que permita identificar a mujeres con riesgo durante el embarazo, así como favorecer la viabilidad para ella y su hijo, servicio y atención que ofrece el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación se estructuró utilizando el enfoque cualitativo, con el fin de identificar la percepción de las mujeres embarazadas que llevan control prenatal. El estudio fue realizado en los centros de salud rurales dispersos que comprenden la Coordinación de Salud del Municipio de Temascalcingo, en el Estado de México. Se constituyeron como sujetos de estudio a nueve mujeres embarazadas, consideradas en el censo del programa de control prenatal. El número de sujetos fue definido considerando el concepto de saturación teórica. Se hizo la invitación a posibles participantes y se recolectaron datos a partir de la entrevista semiestructurada, realizada en los diferentes centros de salud rurales, en el momento en que las mujeres asistían a su consulta previamente programada. La entrevista fue realizada en una sala clara y ventilada, organizada para este fin. Una vez concluidas las entrevistas se clasificaron por categorías, se transcribieron con expresiones claves, puntos

esenciales; asimismo, se llevó un control de preguntas y respuestas. Se realizó la interpretación de los datos obtenidos para, finalmente, llegar a las conclusiones.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Accesibilidad

La mayoría de los centros de salud de la Coordinación Municipal de Temascalcingo están dispersos por el municipio. En muchas de estas zonas el servicio de transporte no es frecuente, al respecto dicen:

“Pues caminando de aquí allá, pues, ... 50 minutos, si, pasa un taxi como en 10 minutos, pero pos pa saber si pasa o no el taxi” [E3] (Sic).

“me tardo como una hora o más caminando, y en coche o si pasa el camión como 15 o 20 minutos” [E6].

Identificar que de acuerdo con los lugares rurales la accesibilidad para llegar a ellos no es suficiente, ya que las distancias aún es significativamente un obstáculo para recibir la atención oportuna. Además de ser una de las grandes consecuencias de los problemas de posibles muertes maternas.⁶

Organización

Gran parte de las mujeres embarazadas cuentan con el apoyo de programas de desarrollo social, por tal motivo las citas para su control prenatal las determina el personal de salud, realizando una programación anual de las actividades a realizar, tocante a esto dicen:

“Cada mes acudo a mi consulta de embarazo; como le digo nos ponen una fecha fija, me citaron a las 10,

como hay mucha gente y no creo que me atiendan y son las 11 y aún no me recogen mi carnet, y pus se van a tardar más, pus, no solo ven embarazadas sino también a los de su cita familiar y pos ya es muy tarde, yo pediría que en un solo día vean a puras embarazadas por que se tardan mucho” [E5] (Sic).

Los centros de salud cuentan con equipos de salud integrados por médico, enfermera y técnico en atención primaria a la salud. Hay centros de salud que cuentan con más de tres equipos. Cabe mencionar que a ellos les corresponde la organización interna de sus centros de salud.⁷

Discriminación o maltrato

Dentro de las comunidades rurales, por el hecho de tratarse de mujeres indígenas son discriminadas de diferentes maneras, en ocasiones no les otorgan la consulta, les dan preferencia a otras personas, al respecto comentan:

“Pues hace como dos meses que fui a la clínica, la doctora casi no me atendió muy bien que digamos, me dejó al último, pasó a otros que llegaron después y cuando le dije, se molestó y me otorgó la consulta de mala gana” [E1] (Sic).

Ningún ser humano por humilde y sencillo que sea debe recibir maltrato, lo que implica molestia, desagrado e insatisfacción para la gente de las comunidades rurales, prefieren ya no regresar para su atención y acudir con otras personas que les brinden confianza, como son las parteras.⁸

El personal de salud debe de estar preparado, principalmente, los de primer nivel de atención, ya que la mayoría trabajan en comunidades rurales, que en todo momento van a encontrar indígenas que

merecen respeto, la misma atención y profesionalismo como ser humano.

Referencia médica

La referencia médica es el procedimiento utilizado para canalizar al paciente de una unidad operativa de salud a un nivel de atención para la salud con mayor capacidad resolutive por los recursos con que cuenta, con el fin de que reciba atención médica integral. El médico debe realizar una referencia, hacia el Hospital General de Atlacomulco, o a los Centros Especializados de Atención Primaria a la Salud (C.E.A.P.S.) a las 34 semanas de gestación o en el transcurso del embarazo de acuerdo con la presencia de riesgo, o estudios de laboratorio o ultrasonidos a realizarse. Respecto a la obtención de la referencia de las mujeres embarazadas al segundo nivel expresan:

“No pues cuando me envíen pienso irme a la clínica de Temas pues ahí me han atendido bien con mis anteriores embarazos, me dan confianza, no pienso ir al hospital porque ahí no me siento segura, pues como que ahí hay mucha gente, como que me da miedo” [E2].

“No me han tratado bien en el hospital general y no voy aunque me envíen porque tengo miedo, por lo que pasó con la otra señora de mi comunidad, que se murió, tengo temor” [E3].

La referencia de las mujeres embarazadas hacia el segundo nivel no da los resultados esperados, a pesar de que se realice las actividades adecuadas en el primer nivel dentro de la atención prenatal. El temor, el miedo, el rechazo, entre otras cuestiones, impiden que las mujeres atiendan su parto en el hospital general, es ahí donde tal vez perdemos el contacto

con la paciente, porque con su insatisfacción busca otras alternativas para su atención, clínicas privadas, parteras o bien en su propio domicilio.⁹

Consideración general de la atención

El primer contacto con la mujer embarazada se realiza en el primer nivel de atención. El trato que reciba la usuaria es primordial porque se crean las expectativas de cómo va a ser el proceso de su atención durante su embarazo, de ahí el éxito o el fracaso de la continuidad y el seguimiento de su atención, las mujeres embarazadas emiten las siguientes opiniones:

“Pues yo si estoy a gusto a pesar de que se tardan mucho para atendernos, pues con los médicos privados me atienden más rápido, pero ahí pago, y aquí hasta salgo ganando ya que con el nacimiento de mi bebe, me dan el seguro popular y hasta ropita y cobijas para mi bebé, como a mi cuñada y a otras señoras que son atendidas en el hospital” [E2].

La espera, el maltrato y la falta de información brindada hacia la mujer y su familia es causa de que no sean atendidas dentro de los servicios de salud, si no por el contrario, recurran a sus costumbres o a las decisiones de terceros.¹⁰

Esta es la problemática que puede causar un embarazo de alto riesgo o una muerte materna, por la falta de un buen control durante su embarazo y a su insatisfacción en su atención.

DISCUSIÓN

En México, la percepción de los pacientes de los servicios de salud es un fenómeno insuficientemente comprendido, en donde la introducción de

enfoques y metodologías de medición de satisfacción del paciente son recientes.

No obstante, los avances en salud y tecnológicos a nivel mundial, la accesibilidad a los servicios de salud prenatal, es aún incipiente y no se cumple en muchos casos con el mínimo recomendado de cuatro consultas durante el embarazo.¹¹ En este sentido existe un estudio realizado en Canadá en donde se describe que las personas con menores ingresos tienen menos visitas a los servicios de salud, lo que se traduce en un mayor riesgo para la población más vulnerable.¹² Estos reportes coinciden con los resultados obtenidos, donde la accesibilidad de las mujeres embarazadas se observa limitada, principalmente por la distancia, lo cual puede influir en la frecuencia de consultas prenatales que se traduce en riesgo para la salud de la madre y el niño, así se muestra en un estudio realizado en México, donde se encontró que “no tener derecho a atención médica por una institución aumenta tres veces más el riesgo de tener una muerte materna no hospitalaria (RM 3.6, IC 95% 0.09-147.8)”.¹³

El tiempo de espera es un factor que influye en la utilización de los servicios de salud y en la satisfacción de los usuarios, lo cual es un problema que se ha descrito en el sistema de salud en México. En una institución pública de seguridad social, se reportan tiempos largos de espera, que alcanzan más de una hora, cuando en una institución privada el tiempo máximo reportado es de 30 minutos.¹⁴ Este es un elemento encontrado en esta investigación, donde las mujeres mencionan que los tiempos de espera son muy largos por falta de organización del personal, lo cual puede influir en la satisfacción de las mujeres.

El maltrato en los servicios de salud ha sido reconocido como un problema en algunos sistemas

de salud, muestra de ello es un estudio realizado en un país latinoamericano en donde se reportan casos de maltrato a mujeres y familias indígenas por discriminación racial y por multas impuestas en ese sistema de salud, por no acudir a las consultas para control prenatal.¹⁵ Asimismo, en un estudio realizado en México, mencionan como no trato digno el que las enfermeras no se dirijan a ellas por su nombre y que no se resguarde su intimidad.¹⁶ Contrario a las quejas del personal de enfermería, en este estudio se encontró que las mujeres relacionan el maltrato con el hecho del que médico no les otorga la consulta en el turno que les corresponde.

La referencia y contrareferencia para la atención de un primer nivel a un segundo nivel está normativizado.¹⁷ Desafortunadamente sólo se menciona las cuestiones técnicas y procedimentales, no se encontraron evidencias de la satisfacción que puedan tener las mujeres acerca de la institución médica de referencia. En este sentido, se pudo observar que las mujeres prefieren no acudir a la unidad médica de referencia por miedo, debido a insuficiente o falta de información acerca de los servicios que recibirán. Existe una fuerte influencia de la información que les es transmitida por experiencias negativas de otras mujeres acerca de la atención recibida. Gran parte de las mujeres embarazadas no llevan un buen control prenatal, ellas acuden a los centros de salud sólo a solicitar su pase o referencia para los hospitales de segundo nivel, al séptimo u octavo mes del embarazo.

Al reflexionar sobre los resultados de la percepción de la mujer embarazada sobre la atención brindada en el control prenatal, es importante abarcar que el contexto cultural de la mujer en las áreas rurales es totalmente diferente, los hábitos, las costumbres, las tradiciones y su vestimenta, además

de las decisiones de terceros son actitudes que ellas mismas tienen muy arraigadas, y son las que dan gran pauta para su atención.

Otro de los elementos que destaca de los resultados es el hecho de que las usuarias ven los programas de desarrollo social, como la forma de obtener recursos que permitan cubrir algunas de sus necesidades económicas, de vestimenta y alimentación, entre otras, y se embarazan por ese hecho de acuerdo con su nivel socioeconómico.

CONSIDERACIONES FINALES

En síntesis, la investigación evidencia que la insatisfacción percibida por la mujer embarazada va encaminada al trato que reciba por el personal médico, que a pesar de su condición social es importante su atención y que no por tratarse de mujeres indígenas deban recibir una discriminación o maltrato, ya que también se documenta una asociación entre la satisfacción de las usuarias y su disposición para regresar a los servicios o establecimientos de salud.

La satisfacción en la atención de la mujer en el periodo de embarazo “es fundamental”, si no se cuenta con una buena satisfacción, la mujer tiende a buscar alternativas para su atención, o simplemente no acude hasta que se presente un factor de riesgo o el desarrollo del parto, tal situación puede terminar en una muerte materna o perinatal.

Es importante mencionar que la mujer embarazada en este proceso de atención ve al médico como el responsable directo para continuar con su control prenatal debido al trato o la atención que le brinden en su consulta.

Los apoyos de los programas de desarrollo social en ayuda de la mujer embarazada están desvirtuando los reales objetivos de una buena atención del embarazo, ya que las encuestadas refieren que acuden a los centros de salud o a los hospitales por lo que van a recibir al atenderse, en los centros de salud rurales de la Secretaría de Salud y por los apoyos, no por la salud del binomio madre e hijo(a) que debe de ser el objetivo primordial.

El tiempo de espera, el buen trato, la pronta atención son factores fundamentales que influyen para que la mujer embarazada siga acudiendo a los establecimientos de salud para la atención de su embarazo y así lograr embarazos saludables y evitar muertes maternas.

Pocas mujeres embarazadas no cuentan con acceso a los servicios de salud debido a que las distancias que tienen que recorrer no hay con frecuencia transporte y tienen que valerse de la medicina tradicional, o bien de las parteras por costumbres y tradiciones, debido a que dentro de sus familiares su madre o su suegra, sus cuñadas o hermanas fueron apoyadas durante su parto con la partera o comadrona, o de ser posible con la ayuda de su madre o suegra llegan a tener sus recién nacidos en sus propias casas en condiciones desfavorables en cuanto a hábitos higiénicos se refiere.

Con la tendencia de mejorar su economía y a través de apoyos de gobierno en sus diferentes niveles federal y estatal, con los apoyos de los programas sociales (seguro popular, oportunidades) manifiestan que la mujer embarazada no se le cobre cuotas de recuperación por la atención recibida, durante su embarazo, parto y puerperio, y de acuerdo con sus necesidades para ella es

satisfactorio. Como se puede resaltar no hay satisfacción en la atención de la mujer embarazada, pero esa insatisfacción no es producida por los tiempos de espera, o la organización ni menos la infraestructura, si no va más hacia una discriminación y maltrato.

REFERENCIAS

1. Cáceres-Manrique F. de M. "El control prenatal una reflexión urgente". *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60 (2): 165-170. [Acceso: 29 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n2/v60n2a07.pdf>
2. Arias-Charry J., Bernal-Arias K., Giraldo-Carvajal D.C., González-Echeverri E.V., Rivera-Mejía P.T. Prenatal Control Quality Performed by Nursing Professionals in a Public Health Service Provider, Manizales 2007. *Hacia promoc. Salud [serial on the Internet]*. 2008 Dec [cited 2015 Apr. 06]; 13(1): 131-142. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772008000100009&lng=en
3. Sánchez-Nuncio H.R., Pérez-Toga G., Pérez-Rodríguez P., Vázquez-Nava F. "Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal". *Revista Médica del IMSS*. 2005; 43 (5): 377-380. [Acceso: 2 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2005/im055c.pdf>
4. Pazmiño de Osorio Sonia, Guzmán-Gómez N. "Control prenatal y su impacto en la mortalidad materna. Análisis de una tendencia". *Revista*

- Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2009; 60 (1): 12-18. [Acceso: 17 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v60n1/v60n1a04.pdf>
5. Camarena L., Von Glascoe C. "Perspectiva de calidad de atención prenatal alterna a la institucional: ciudad de Chihuahua, México". *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*. 2007; 25(1): 40-9. [Acceso: 17 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v25n1/v25n1a06.pdf>
 6. Rivera L., Fuentes R., Esquinca-Alboresb C., Abarcab F.J. y Hernández-Giróna C. "Factores asociados a mortalidad perinatal en el hospital general de Chiapas, México". *Revista de Salud Pública* 2003; 37(6):687-692. Disponible en: www.fsp.usp.br/rsp
 7. Sanchez-Pérez H.J., Ochoa-Díaz López H., García-Gil M.M., Martín-Mateo M. "Bienestar social y servicios de salud en la región Fraylesca de Chiapas: el uso de los servicios de atención prenatal". *Revista Salud Pública México*. 2007; 39: 530-538.
 8. Chambi Ayala, V.S. "Factores culturales que influyen en la asistencia al control prenatal al centro de salud de bella vista de la red sur de la ciudad de la paz en la gestión". [Tesis del Postgrado] de la Facultad Medicina. Universidad Mayor de San Andrés 2007. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/3642>
 9. Gonzaga-Soriano M. R., Zonana-Nacach A., Anzaldo-Campos M. C., Olazarán-Gutiérrez A. "Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California". *Salud pública Méx.* [Internet]. 2014 Feb. [citado 2015 Abr 07]; 56(1): 32-39. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100005&lng=es.
 10. Dantés O.G., Sesma S., Becerril V.M., Knaul F. M., Arreola H., Frenk J. "Sistema de salud de México". *Salud pública Méx.* [Internet]. 2011 Ene. [citado 2015 Ago. 14]; 53(Suppl 2): 220-232. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es
 11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2005-¿cada madre y cada niño contarán! Grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo. 2005 Cap. 3: 43-62. Disponible en: http://www.who.int/whr/2005/05_chap3_es.pdf?ua=1
 12. Dahrouge S, Hogg, W., Ward N. Tuna M., Devlin R.A., Kristjansson E., Tugwell P., Pottie K. "Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter". *BMC Health Services Research*. 2013; 13:517. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/517> doi:10.1186/1472-6963-13-517.
 13. Ordaz-Martínez K.Y., Rangel R., Hernández-Girón C. "Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México". *Ginecol Obstet Mex*. 2010; 78 (7):357-364. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom107e.pdf>
 14. Gómez-Dantés O., Sesma S., Becerril V.M., Knaul F.M., Arreola H. Frenk J., "Sistema de salud de México". *Salud Pública de México*. 2011; 53, suplemento 2: S220-S232 Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
 15. Nureña C.R. "Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano:

- la atención del parto vertical”. *Rev Panam Salud Pública*. 2009; 26(4):368-76. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a13.pdf>
16. Nieto-González L.A., Romero-Quiroz M.A., Córdoba-Ávila M.A., Campos-Castolo M. “Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería”. *Rev. CONAMED* 2011; 16 Supl 1: S5-S11. Disponible en: <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2011/vol16/supl1/4.pdf>
17. Gobierno del Estado de México. Manual de procedimientos para la operación del sistema de referencia y contrareferencia de pacientes en unidades médicas de primero, segundo y tercer nivel de atención. *Gaceta*. 2010; Tomo CLXXXIX(111). Disponible en: <http://www.edomex.gob.mx/legistelfon/doc/pdf/gct/2010/jun143.PDF>