COMPILACIÓN

Compilación • Una mirada de género en la investigación en salud pública en México

Primera edición: 2007

D.R. Secretaría de Salud
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
Homero 213, piso 7
Colonia Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570
México, D.F.

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 500 ejemplares
Se terminó de imprimir en diciembre de 2007

ISBN 979-970-721-458-3

Esta publicación fue elaborada por:
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Coordinación
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez
Directora de Género y Salud

Lic. Cecilia Robledo Vera
Subdirectora de Documentación de Inequidades

M. en C. Magda Luz Atrián Salazar
Coordinadora de Estadísticas

Citación Sugerida: Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. México, D.F: SS-CNEGySR; 2007.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente, y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Comisionado de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad

Lic. Jorge Camarena García
Titular del Órgano Interno de Control

Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Dra. Patricia Uribe Zúñiga
Directora General del Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Directora General Adjunta de Equidad de Género

Dra. Prudencia Cerón Mireles
Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

Dr. Cuitláhuac Ruiz Matus
Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

ÍNDICE

pag. 7 **Una Mirada de Género en la Investigación en Salud Pública en México. Presentación**

pag. 15 **Indicadores de salud con perspectiva de género.**
Laura R Mendoza Alvarado, Gustavo Olaiz Fernández, Paula Rivera Hernández

pag. 33 **Análisis de género e investigación en salud.**
Prudencia Cerón Mireles, Cecilia Robledo Vera, Constanza I Sánchez Carrillo, Aurora del Río Zolezzi, Laura Pedrosa Islas, Hilda Reyes Zapata, Berta Cerón Mireles, Guadalupe Ordaz Hernández, Gustavo Olaiz Fernández

pag. 47 **Recursos humanos en el sector salud: un acercamiento con enfoque de género.**
Gustavo Nigenda, José Arturo Ruiz

pag. 59 **Calidad de la atención médica hospitalaria asociada a género: estudio en cinco estados de la República Mexicana.**
Ofelia Poblano Verástegui, Emanuel Orozco Núñez, Carlos Eduardo Carrillo Ordaz, Doris Verónica Ortega Altamirano, Alma Lucila Sauceda Valenzuela

pag. 73 **Usuaria simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca.**
Luz Arenas Monreal, Isabel Hernández Tezoquipa,† Doris Ortega Altamirano, Beda Mota Ramírez

pag. 89 **La salud reproductiva de las mujeres en condiciones de pobreza y los significados socioculturales: una perspectiva desde quienes prestan los servicios de salud.**
Isabel Hernández Tezoquipa,† Doris Ortega Altamirano, Luz Arenas Monreal

pag. 103 **Cuidados a la salud en el hogar y salud comunitaria. Análisis con perspectiva de género.**
Gustavo Nigenda, Mariana López Ortega, Cecilia Matarazzo, Clara Juárez

pag. 121 **Diferencias de género en la calidad de la vida y en los apoyos a la salud en adultos y adultas mayores que viven en la pobreza urbana.**
Margarita Márquez Serrano, Blanca Estela Pelcastre Villafuerte, Sandra Treviño Siller

pag. 137 **Las que se quedan: percepción de riesgo para ITS/VIH/Sida en mujeres compañeras de migrantes.**
Marta Caballero, Sandra Catalina Ochoa Marín, René Leyva, Ángel Zarco, Claudia Guerrero

pag. 149 **Mujeres y hombres bebiendo cerveza: etnografía del consumo de alcohol en una comunidad zapoteca del Istmo de Tehuantepec.**
Sergio Lerin Piñón, Marinella Miano Borruso

pag. 165 **Encuesta Nacional de Violencia contra la Mujer en México. Diseño metodológico y prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres.**
Gustavo Olaiz Fernández, Rosalba Rojas, Aurora Franco, Oswaldo Palma, Carlos Echarri y el Grupo de estudio de violencia contra la mujeres

pag. 189 **Violencia hacia la población de 60 años y más.**
María I. Hernández Serrato, Aremis L. Villalobos Hernández

pag. 205 **La violencia durante el noviazgo ¿Cómo la perciben las y los jóvenes en México?**
Rosario Valdez-Santiago, Juan Carlos Ramírez, Rosalba Rojas, Elisa Hidalgo, Leticia Ávila Burgos

Usuaria simulada: análisis de la salud reproductiva en Guerrero, Morelos y Oaxaca

Luz Arenas Monreal, Dra en Antrop,[1] Isabel Hernández Tezoquipa,[†]
Dra en Soc,[1] Doris Ortega Altamirano, M en C,[1]
Beda Mota Ramírez, Lic en Hist Gen.[1]

1 Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).
Cuernavaca, Morelos, México.

Este estudio fue posible gracias al financiamiento
otorgado por la Fundación Ford.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud incluye dentro de su definición de salud reproductiva y sexual no sólo aquellos aspectos de la reproducción misma -el embarazo, el parto y el puerperio- sino también aquellos relacionados con el ejercicio y el disfrute de la sexualidad, la prevención del embarazo no deseado, la regulación de la fecundidad y el uso de tecnologías anticonceptivas.[1] Esta definición implica la capacidad para reproducirse, tener un embarazo y parto seguros, pero también se refiere a la capacidad de regular la fecundidad sin riesgo, escoger el método más conveniente de manera libre e informada, y el derecho de tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad.[2]

El concepto de salud reproductiva ha evolucionado a favor del adecuado entendimiento de la salud de las mujeres. En un principio la salud femenina se concebía esencialmente como un vehículo para controlar el crecimiento demográfico y para mejorar la salud infantil. Este nuevo concepto considera la salud de las mujeres como personas y no sólo como cuerpos.

Este estudio forma parte de un proyecto más amplio, cuyo objetivo fue analizar si la incorporación de la nueva propuesta de salud reproductiva en los servicios de la Secretaría de Salud ha significado una visión y práctica distintas en la atención a la población usuaria de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca. Se utilizaron diversas técnicas: cuestionarios, entrevistas en profundidad, grupos focales y la técnica de cliente o usuaria simulada.

El objetivo de la técnica de cliente simulado fue recoger información desde la perspectiva de la población usuaria de los servicios de salud reproductiva acerca de la calidad y la calidez de la atención, así como, la información proporcionada por el proveedor. Este trabajo presenta los resultados obtenidos a través de esta técnica.

La técnica de cliente simulado tiene sus antecedentes dentro de la mercadotecnia bajo el concepto de cliente misterioso (mystery shopper) o simulado. Es sencilla y barata, diseñada para entender la experiencia de los consumidores en diversos establecimientos.[3]

Esta técnica empezó a utilizarse dentro de los programas de planificación familiar en 1985 por Schuler, y por Huntington en 1990, y consiste en que una persona entrenada para tal fin se "disfraza" de cliente para observar el nivel de servicio que se ofrece dentro del programa o proyecto a indagar.[4,5] Estos mismos autores publicaron un artículo en el que presentan una reflexión precisa sobre la utilización de esta técnica, así como los aspectos éticos de la misma.[6]

En América Latina diversos autores reportan la utilización de esta técnica simultáneamente con otras, tales como, entrevistas individuales, grupos focales y cuestionarios. La finalidad de usar la técnica de cliente simulado es evaluar el tipo de atención que reciben las usuarias, la percepción del servicio y encontrar las incongruencias entre los conocimientos que los médicos dicen tener y la práctica clínica cotidiana en la atención de la población.[7-12]

La técnica de cliente simulado se ha utilizado también dentro del contexto de la formación académica de estudiantes de medicina de pre y posgrado,[13] en el análisis y evaluación de la venta de medicamentos para infecciones de transmisión sexual en farmacias de México,[14] y para evaluar al personal formado para proporcionar medicamentos antipalúdicos en Kenya.[15]

Metodología

Este es un estudio cualitativo, el cual se realizó de agosto de 2001 a septiembre de 2002. Se acudió a siete centros de salud (CS) urbanos y a tres rurales pertenecientes a la Secretaría de Salud, ubicados en los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca.

Tres investigadoras con formación en las ciencias sociales llevaron a cabo la **técnica de cliente simulado**. Utilizaron una vestimenta semejante a la de la población usuaria de cada región y con características de un nivel socioeconómico bajo. Se diseñó un guión que contenía información clínica y sociodemográfica que la investigadora proporcionaría en el momento de la atención en el CS. Se realizaron los siguientes casos: embarazo, menopausia, detección oportuna de cáncer cérvico uterino y de cáncer de mama, y planificación familiar.

Se preparó una guía de observación en la cual se registraron los datos inmediatamente después de retirarse del CS.[i] Esta guía se complementó con un registro etnográfico que incluyó todo el proceso que las investigadoras realizaron desde el momento cuando se acercaron a los centros de salud a solicitar atención hasta la conclusión de la consulta. Los datos registrados en la guía de observación se agruparon en cinco ejes, los que a continuación se detallan:

1. Información que el proveedor proporcionó sobre preguntas que la usuaria hizo acerca del caso clínico en salud reproductiva que estaba representando.
2. Información que proporcionó quien prestó el servicio acerca del diagnóstico, tratamiento y cuidados generales.
3. Trato recibido –respeto, privacidad, confidencialidad, confianza-, tiempos de espera y duración de la consulta.

i Si se desea tener acceso a los instrumentos usados para recoger los datos, favor de contactar a Luz María Arenas Monreal, en el correo electrónico: mareanas@insp.mx.

4. Aspectos técnicos: toma de signos vitales, interrogatorio y exploración clínica.
5. Mecanismos utilizados por la unidad de salud para el control, manejo y seguimiento de la usuaria.

Este proyecto fue autorizado por la Comisión de Investigación y Ética de la institución a la que pertenecen las investigadoras y por las autoridades de los Servicios de Salud en Guerrero, Morelos y Oaxaca.

Los registros de la guía de observación de los 10 CS se concentraron en un cuadro para su análisis y los registros etnográficos fueron transcritos en un procesador de textos y transformados al programa Ethnograph v.4. En el análisis etnográfico se identificaron cinco líneas temáticas: descripción del sitio, solicitud de ficha, tiempo de espera, atención de la enfermera y atención médica.

Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo con el análisis del registro etnográfico, el cual se complementó con los registros de la guía de observación *(cuadro I)*.

Cuadro I

Resultados de la guía de observación de "usuaria simulada" en centros de salud pertenecientes a las Secretarías de Salud de Guerrero, Morelos y Oaxaca, 2001-2002

ASPECTO El proveedor tomó en consideración:	No aplica	Sí %	No %
Las características socioculturales y demográficas		30	70
La elección del método, riesgos en salud reproductiva, historia anticonceptiva, opciones de métodos anticonceptivos y preferencias de la clienta.		10	90
Informó el diagnóstico con detalle, claramente y sin utilizar lenguaje técnico		40	60
Informó el tratamiento médico con detalle, claramente y sin utilizar lenguaje técnico		30	70
Informó de manera adecuada sobre efectos secundarios de la terapéutica	30*	10	60
Explicó con claridad los cuidados específicos y generales a seguir para la recuperación o prevención de daños		10	90
Informó de manera adecuada acerca de las contraindicaciones y complicaciones del tratamiento indicado		10	90
Trató con actitud respetuosa, responsable, sensible (escuchó, veía a los ojos, respondió a las preocupaciones de la clienta)		10	90
Se respetó la individualidad (privacidad, confidencialidad, se pidió permiso para la exploración física)	20**	30	50
El tiempo de espera fue el adecuado (máximo de 30 minutos en CS urbano y 50 min en CS rural)		20	80
La duración de la atención fue la adecuada (entre 15 a 30 minutos)		60	40
Se efectuó interrogatorio y exploración clínica		40	60
Se dio confianza para expresar preguntas/ dudas y se impulsó para participar activamente en la toma de decisiones		10	90
Se dio valor a los comentarios expresados por la clienta respecto a su salud		30	70
La clienta percibió que fue juzgada según las conductas que tomó respecto a su salud		50	50
Se dio un recordatorio para la próxima cita tipo cartilla, carnet		60	40
Se aprovechó el encuentro para dar información educativa a través de folletos u otro material acerca de la salud reproductiva (embarazo, planificación familiar, detección de cáncer de mama, de cérvix, menopausia)		10	90
Se interesó el proveedor por identificar el domicilio de la clienta para registrarla en el tarjetero o censo del centro de salud		40	60

* En los casos de embarazo no se dio ninguna terapéutica.
** Fueron casos en los que el proveedor no hizo exploración física.

Descripción de sitios

Los CS rurales se encontraban limpios, uno de ellos pequeño, pero que aun así permitía la privacidad de la atención médica. Algunos de los CS urbanos, con deficientes condiciones de higiene y con limitaciones de espacio y mobiliario en la sala de espera. No todos cuentan con un espacio específico para entrega de fichas de atención médica ni de archivo clínico. Sólo en un CS se abrió un expediente clínico y una tarjeta de registro; en otros CS se registraban los datos en hojas, sin abrir expediente.

Los CS tienen, en general, una alta demanda de atención, a excepción de un CS rural y uno urbano en donde se observó poca demanda el día cuando se acudió a solicitar la atención.

Solicitud de ficha y tiempos de espera

Las fichas son entregadas al iniciar las actividades por las mañanas y sólo en el caso de CS con horario vespertino entregan fichas dos veces al día, por la mañana y al medio día. La entrega de fichas corre a cargo de distintas personas que tienen además otras funciones; puede ser una enfermera o la responsable de farmacia, y se observó que sólo en un CS urbano la persona responsable de dar las fichas tenía esa función exclusivamente, además de estar ubicada en un módulo de información.

Al momento de entregar la ficha se cobró una cantidad por el servicio, que osciló entre 8 y 15 pesos; sólo en un CS no se fijó costo y la cooperación fue opcional. En otro CS urbano no hubo costo cuando la usuaria le refirió a la responsable de dar la ficha que el motivo por el que acudía a consulta era para que le realizaran la prueba de Papanicolaou.

Se entregan un número determinado de fichas, conforme la gente lo va solicitando. La población usuaria, después de que le han dado el número de ficha, espera la atención médica hasta el turno que le haya tocado; sólo en un CS urbano dan la ficha y le fijan la hora a la que pasará a consulta, y se observó que algunas personas se retiraban del CS y regresaban a la hora que les habían fijado para la consulta. Los tiempos de espera son de mínimo 10 minutos y máximo de 4 horas; el promedio se ubica en una hora con treinta minutos. De los 10 CS sólo en uno rural y en uno urbano los tiempos de espera se ajustaron a los lineamientos estipulados en el Programa de Calidad de la Atención.

Atención de enfermería

Después de haber solicitado la ficha, las enfermeras constituyen el servicio previo a recibir la atención médica. En esta atención participaron tanto enfermeras de base, como pasantes de enfermería.

Las enfermeras tomaron signos vitales (peso, talla, presión arterial), los registraron en la ficha y la usuaria entregó ese papel al médico. Únicamente en un CS urbano los datos se registraron en la *Cartilla de la Mujer* (la cual fue entregada a la usuaria) y en un expediente clínico que se entregó al médico.

En varios CS las enfermeras, en especial las pasantes, cometieron errores técnicos en la toma de signos vitales (por ejemplo, pesar cargando bolsas, tomar la presión arterial de manera incorrecta). En un CS rural la enfermera anotó la frecuencia cardiaca y la temperatura corporal sin haberle tomado estos signos a la paciente.

En un CS urbano la enfermera interrogó sobre antecedentes heredofamiliares y ginecobstétricos, y aplicó un cuestionario sobre riesgos para diabetes mellitus. Registró los datos del domicilio de la usuaria en una tarjeta para el fichero del consultorio, y ella misma tomó la muestra para el Papanicolaou.

En un CS rural la enfermera registró datos para el fichero de planificación familiar, tales como el domicilio de la mujer y le proporcionó un carnet a la usuaria.

En el resto de los CS las enfermeras no hicieron otra actividad más allá de la toma de signos vitales; el trato fue en general distante e impersonal y, en el caso concreto de un CS urbano, se trató a la usuaria con regaños e infantilizándola.

Atención médica

De los 10 CS, sólo en uno la atención médica fue proporcionada por un médico pasante. En ninguno de los CS a los que se acudió en los tres estados (Guerrero, Morelos y Oaxaca) se hizo historia clínica completa, es decir, que incluyera interrogatorio sobre antecedentes heredofamiliares, personales no patológicos (sociodemográficos, características de la vivienda y entorno donde se vive), personales patológicos, ginecobstétricos, padecimiento actual, y la exploración física que incluyera no sólo la región corporal que motivó la consulta, sino exploración física general. De tal manera que la atención médica se concretó a realizar interrogatorio básico sobre padecimiento actual y, a veces, no siempre, exploración física mínima y, por lo tanto, incompleta o técnicamente inadecuada, como en el caso de exploración de mamas.

Sólo tres médicos explicaron con detalle el diagnóstico y la terapéutica a seguir. Uno de ellos tuvo un trato amable y más personalizado.

Los médicos no proporcionaron atención integral, se concretaron al problema específico de salud y sólo 30% de ellos tomó en cuenta las características personales y socioculturales de la mujer usuaria.

En la mayoría de las ocasiones se perdieron oportunidades para realizar o promover con la usuaria el programa de salud reproductiva, servicios como toma de la muestra para citología cérvico vaginal con tinción de Papanicolaou, exploración de mama, y enseñarle a la paciente la autoexploración y los métodos de planificación familiar. Sólo en una ocasión un médico le planteó a la usuaria la necesidad de hablar con su pareja e integrarlo en la toma de decisión sobre la utilización de métodos de planificación familiar. En su mayoría, los médicos proporcionaron la atención médica de manera individual, es decir, centrándose únicamente en la mujer y sin considerar a la pareja.

Los resultados obtenidos con la guía y el registro etnográfico muestran semejanzas (interrogatorio y exploración clínica, duración de la atención) entre las tres entidades federativas. Las diferencias se ubican en: a) tiempos de espera; b) información proporcionada a la usuaria por el médico en relación con el diagnóstico y el tratamiento, así como la que es proporcionada por la enfermera mediante folletos u otro material educativo; c) inclusión de la usuaria en el censo del CS. En el primer aspecto,

en el estado de Morelos los tiempos de espera fueron mayores. En el segundo aspecto, en Guerrero y Oaxaca no se brindó información a las usuarias, y en el tercer inciso, en ninguno de los CS de Oaxaca se incluyó a la usuaria dentro del censo.

Discusión

Este estudio aportó elementos para el análisis del proceso de atención que se brinda en el servicio de salud reproductiva de la Secretaría de Salud de las tres entidades federativas en las que se efectuó la investigación.

La información obtenida a través de esta técnica señala que los proveedores de servicios de salud (personal médico y de enfermería) no brindan suficiente información acerca del diagnóstico y del tratamiento. En su mayoría muestran una actitud poco sensible y, en consecuencia, no toman en consideración las características socioculturales de la población usuaria. Además, los resultados de esta investigación manifiestan que el ejercicio clínico que realizan los médicos y las médicas a quienes se visitó es limitado; esto conduce a señalar que tanto el diagnóstico como la terapéutica que se desprende de situaciones de esta naturaleza son deficientes, lo cual es preocupante por las consecuencias que entraña.

La clínica médica es la piedra angular en la medicina occidental. La clínica conjuga la mirada acuciosa, paciente y detenida del personal médico con el interrogatorio acerca de los síntomas del enfermo, lo cual le permite encontrar los signos objetivos, describir el padecimiento que lo conduzca a establecer un diagnóstico y a definir el tratamiento. De acuerdo con M Foucault la clínica así estructurada posibilita la coherencia científica del saber médico.[16]

La clínica sintetiza la experiencia acumulada de la medicina occidental de los últimos siglos; sin embargo, para que tenga sentido, cada médico o médica -ya sea en la cabecera de la cama del enfermo dentro del hogar, en el consultorio o en el hospital- debe repetir ese acto que conjuga el ver y el preguntar con el saber.[16] Cuando esto no ocurre se está perdiendo uno de los principios esenciales de la medicina occidental.

Además de la atención médica, los otros datos relacionados con la atención de enfermería y con el servicio, en general, muestran la existencia de un trato que denota poca calidad en la atención y falta de sensibilidad de parte del personal de salud, de los sitios donde se llevó a cabo el estudio, hacia la población.

La bibliografía encontrada sobre usuaria simulada, en general, se enfoca en la atención otorgada por el personal médico y, en menor grado, por el de enfermería.

Los resultados de este estudio muestran que los proveedores de servicios de salud contribuían muy poco a resolver dudas y brindaban poca confianza para exteriorizar preguntas; estos hallazgos son semejantes a lo reportado por Katz y colaboradores en un estudio realizado para indagar sobre el uso limitado del dispositivo intrauterino en El Salvador, y en el que se utilizó la técnica de cliente simulado, entre otras.[7]

En este estudio, 90% de los proveedores no brindó información sobre distintas opciones en métodos anticonceptivos, lo cual es semejante a lo reportado por Brambila y Taracema en una investigación realizada en Guatemala, en la cual 60.2% de los proveedores no proporcionó información acerca del dispositivo intrauterino.[10]

León y colaboradores han utilizado la técnica de cliente simulado para evaluar aspectos específicos en salud reproductiva tales como la Estrategia de Consejería Balanceada, encontrando que los proveedores capacitados que usaban los apoyos de trabajo en las interacciones con las clientas mejoraban su calidad de atención.[8] Evaluando la misma estrategia, pero con la salvedad de que los proveedores sabían de antemano que serían visitados por una cliente simulada, León y colaboradores reportan que se incrementó de forma significativa la calidad del servicio.[9] En ese sentido, los resultados de este estudio son diferentes a los de estos investigadores debido a que en nuestro trabajo no se evaluó dicha estrategia.

El tiempo de espera es otro aspecto esencial en el proceso de atención y que refleja la satisfacción de la población usuaria de los servicios. Los lineamientos operativos del sistema de monitoreo para la gestión de la calidad en el primer nivel estipulan que en los CS rurales el tiempo de espera máximo debe ser de 50 minutos y en los CS urbanos de 30 minutos.[1] Los resultados de este estudio mostraron que sólo dos CS (uno rural y uno urbano) se ubicaron dentro de la norma. Este es otro elemento que contribuye al análisis del proceso de atención en estas unidades de salud.

Los señalamientos de nuestro estudio coinciden con lo mencionado por Maynard-Tucker G en un estudio realizado en Haití, en el que informó que la técnica de cliente simulado es un método no intrusivo, rápido y económico que recoge la percepción que la población tiene de los servicios de salud reproductiva.[12]

Cuando se necesita información sobre las prácticas realizadas en la clínica es indispensable la perspectiva de las usuarias simuladas. He ahí la importancia de los datos obtenidos a través de ellas.

Las limitaciones de esta investigación se ubican en el reducido número de entidades federativas de la República Mexicana, así como de unidades de salud en las que se efectuó la técnica de cliente simulado. Otra limitación es que en los casos clínicos no se incluyó la presencia de un usuario varón, lo cual podría haber brindado información útil e interesante.

Conclusiones

La técnica de usuaria simulada proporcionó información relevante sobre el proceso de atención que reciben las mujeres que acuden a los servicios de salud reproductiva del primer nivel de atención de la Secretaría de Salud, de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, en los CS donde se llevó a cabo el estudio. La atención médica y de enfermería es de baja calidad tanto por el trato que se prodiga, como por la nula información que se proporciona; no se integra la nueva visión de salud reproductiva (ver a las mujeres como personas y no sólo como cuerpos), y no se proporciona una atención integral. Aunado a lo anterior, se pierden oportunidades para ofrecer distintos servicios del área a las usuarias y los tiempos de espera se encuentran fuera de la norma oficial.

El diagnóstico y el tratamiento que emitieron los médicos del estudio no están fundamentados en la práctica clínica, lo cual implica una calidad deficiente en la prestación del servicio en el área de la salud reproductiva.

Con este estudio se confirma para el contexto mexicano que la técnica de cliente simulado es útil para obtener información sobre la calidad de la atención otorgada por los proveedores de los servicios de salud.

Recomendaciones

Elevar la calidad del proceso de atención del servicio de salud reproductiva en las entidades federativas en las que se efectuó el estudio, para lo cual se requieren acciones en distintos ámbitos:

1. Efectuar ajustes y acciones específicas para mejorar los tiempos de espera; asimismo, aprovechar la presencia de las usuarias para ofrecer información y promover los distintos servicios del área e incorporarlas en los registros de cada CS.
2. Fortalecer la práctica de enfermería y de medicina, para lo cual se propone que se brinde capacitación continua tanto en aspectos técnicos específicos del área, como en aspectos socioculturales y de interculturalidad a todos los integrantes de los equipos responsables del área de salud reproductiva. Lo anterior tiene la finalidad de que quienes prestan los servicios de salud adquieran mayor compromiso y sensibilidad para mejorar la atención.

En el caso de unidades de salud en cuyo manejo están integrados pasantes de medicina y enfermería se recomienda que cuenten con supervisión, capacitación y apoyo permanentes.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a quienes proveen los servicios de salud y a las autoridades sanitarias de los estados de Guerrero, Morelos y Oaxaca, y al doctor Mario Bronfman, por la gestión realizada para obtener el financiamiento para este trabajo.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Salud reproductiva. Informe de la Secretaría. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Punto 12.10 del orden del día provisional. A57/13. Ginebra: OMS; 2004.
2. Langer A. Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Bronfman M, Castro R, comp. Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina. México, DF: Edamex; 1997:136-49.
3. Bertrand JT, Solís M. Evaluando proyectos de prevención de VIH/sida. Un manual con enfoque en las organizaciones no gubernamentales. Disponible en: hhtp://www.risolidaria.org/canales/canal_sida/pascal/manual_monitoreo.pdf. [2006 marzo 28].
4. Schuler SR, McIntosh EN, Melvi CG, Badri RP. Barriers to effective family planning in Nepal. Stud Fam Plann 1985;16:260-70.
5. Huntington D, Cheryl L, Obeng-Quaidoo I. User's perspective of counseling training in Ghana: The 'mistery' client trial. Stud Fam Plann 1990;21:171-7.
6. Hungtinton D, Schuler SR. The simulated client method: Evaluating client-provider interactions in family planning clinics. Stud Fam Plann 1993;24 (3):187-93.
7. Katz KR, Johnson LM, Janowitz B, Carranza JM. Factores que inciden en el uso limitado del DIU en El Salvador. Perspect Int Planif Fam 2002;número especial:3-9.
8. León FR, Ríos A, Zumarán A, Bratt John. Perú. La Estrategia de Consejería Balanceada. Fronteras de salud reproductiva. Population Council. Perú: Editorial Sestante; 2003: 6-28.
9. León F, Brambila C, De la Cruz M, Bratt J, García Colindres J, Vásquez B, Morales C. Guatemala. La Estrategia de Consejería Balanceada en el MSPAS. En: Martín M, ed. Mejorar la salud reproductiva. Fronteras de salud reproductiva. Guatemala: Population Council; 2004: 5-20.
10. Brambila C, Taracema B. Disponibilidad y aceptación del DIU en Guatemala, Guatemala. La Estrategia de Consejería Balanceada en el MSPAS. En: Martín M, ed. Mejorar la salud reproductiva. Fronteras de salud reproductiva. Guatemala: Population Council; 2004: 37-46.
11. León FR, Quiroz G, Brazzoduro A. The reliability of simulated clients' quality-of care ratings. Stud Fam Plann 1994;25(3):184-90.

12. Maynard-Tucker G. Indigenous perceptions and quality of care of family planning services in Haiti. Health Policy Plann 1994;9(3):306-17.

13. Anderson-Juárez J, Marvel K, Brezinski KL, Glazner Ch, Towbin MM, Lawton S. Bridging the Gap: A curriculum to teach residents cultural humility. Fam Med 2006;38(2):97-102.

14. Leyva-Flores R, Bronfman M, Erviti-Erice J. Estrategias para el estudio de las interacciones entre proveedores y usuarios de servicios de salud: entrevistas a dependientes vs clientes ficticios en farmacias. En: Mercado-Martínez FJ, Torres-López TM, comp. Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica. México, DF: Plaza y Valdés Editores; 2000: 125-39.

15. Tavrow P, Shabahang J, Makama S. Vendor-to-vendor education to improve malaria treatment by drug outlets in Kenya. Operation research results. Bethesda (MD): US Agency for International Development (USAID); 2002.

16. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 18ª edición. México, DF: Siglo Veintiuno Editores; 1999: 1-244.