



El gasto de bolsillo en salud materna de las mujeres afiliadas al Seguro Popular en Puebla

*Areliá Gómez Barojas
Mónica Carrasco Gómez*

El gasto de bolsillo en salud materna de las mujeres afiliadas al Seguro Popular en Puebla

Areliá Gómez Barojas

Mónica Carrasco Gómez

Resumen

Este estudio, realizado en el marco del proyecto *La partería en México desde el punto de vista de las usuarias* (Freyermuth, 2016), tiene por objeto analizar las motivaciones de las mujeres afiliadas al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular (SP) para hacer gastos de bolsillo a fin de satisfacer sus necesidades de atención materna. Para ello, se entrevistó a usuarias de los servicios de salud financiados por el SP en Puebla, entre enero y mayo de 2016. Las entrevistas se grabaron para su análisis ulterior. La decisión de las mujeres de acudir a instancias privadas se analizó revisando el cumplimiento o no de las cuatro dimensiones esenciales del derecho a la salud: la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios. Concluimos que las deficiencias en estas dimensiones vulneran los derechos de las mujeres y las orillan a pagar servicios privados de salud.

La disponibilidad de los servicios de salud es deficiente: los centros de atención están saturados y los medicamentos esenciales son insuficientes para satisfacer la demanda. Debido al abarrotamiento de los servicios, las usuarias –que no tendrían por qué gastar de su bolsillo para recibir atención–, recurren a instituciones privadas, a pesar de su

incapacidad de pago, que limita su accesibilidad a estos servicios. Su acceso a la información es también restringido; las usuarias manifiestan que la información que reciben de los prestadores de servicios no es clara ni útil para la toma de decisiones. En cuanto a la aceptabilidad de los servicios, la mayoría de las usuarias se quejaron de la falta de respeto del personal, y mencionaron que las adolescentes son discriminadas y maltratadas por su inexperiencia en el trabajo de parto. Las mujeres entrevistadas coincidieron en mencionar la escasa capacitación del personal médico, además de las deficientes condiciones sanitarias. De aquí que la mayoría de las usuarias terminen buscando atención en diversos establecimientos para satisfacer sus necesidades.

Dadas las deficiencias en las cuatro dimensiones esenciales del derecho a la salud, se sugiere fortalecer la regulación y la rendición de cuentas de las unidades médicas para mejorar la atención del embarazo, el parto y el puerperio de las mujeres que radican en Puebla, y así evitar el gasto de bolsillo. Es necesario incrementar el presupuesto público enfocando los derechos humanos, la perspectiva de género y la pertinencia cultural, para proveer a las instituciones de recursos humanos y materiales a fin de atender dignamente a las usuarias. Es igualmente necesario propiciar el trabajo en equipo respetuoso y responsable entre todas las personas involucradas en la partería (médicos generales, pasantes, internos, parteras tradicionales, enfermeras obstétricas).

Proveedores de servicios del sistema de salud

El sistema de salud en México ofrece tres tipos de proveedores de servicios: 1) la seguridad social, que se brinda a los trabajadores del sector formal del trabajo, 2) el SPSS, que protege a los trabajadores del mercado informal del trabajo, y 3) el aseguramiento privado, por el que opta la población con capacidad de pago. Los trabajadores de la iniciativa privada están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro social (IMSS), y los del Estado, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) están asegurados por los servicios de salud de la propia insti-

tución. La Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR), por su parte, cuentan con sus propios servicios médicos y hospitalarios. La población sin seguridad social o “población abierta” (casi 50 por ciento de los mexicanos), puede afiliarse al SPSS para tener acceso a un paquete de servicios de los Servicios Estatales de Salud (SESA) o de otras instituciones financiadas por el SPSS, como la Cruz Roja, en el caso particular de Puebla.

Hasta 2004, la población abierta tenía acceso a programas de ampliación de cobertura del IMSS que han cambiado su nombre con cada sexenio: IMSS-Solidaridad, Oportunidades y, actualmente, Prospera. En los estados también era atendida (gratuitamente, o por una cuota de recuperación) en los SESA. En 2003 se incluye el SPSS en la Ley General de Salud, y se crea su brazo operativo, el Seguro Popular (SP). El SPSS se puso en marcha en 2004. Desde entonces, se han aplicado diversas estrategias para mejorar la atención materna mediante la integración funcional del sistema de salud. Sirvan de ejemplo las políticas sectoriales como el Programa de Acción Específico (PAE) Arranque Parejo en la Vida (APV), cuyas acciones se incorporaron al SP (Rouvier, *et al.*, 2011); el PAE Salud materna y perinatal (SMP); el Convenio Interinstitucional de Atención de Emergencias Obstétricas (CAEO), y la estrategia Embarazo Saludable,¹ que se inserta en 2008 en el esquema del SP, y ya no está vigente.

El SP ofrece actualmente un paquete de intervenciones en salud costo-efectivas, clasificadas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES), que en 2016 cubriría 287 intervenciones (incluyendo medicamentos y estudios de gabinete), de las que 42 corresponden a la atención materna.² Los servicios de salud del estado de Puebla operan

¹La Estrategia de Embarazo Saludable forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, y fue creada como un complemento del Programa Seguro Médico para una Nueva Generación; su propósito es proteger la salud de la mujer durante el embarazo y la del recién nacido (Coneval, 2014: 13)

²Dx: diagnóstico, Tx: tratamiento. 28 Dx y Tx de anemia ferropriya y por deficiencia de vitamina B12, 93 Atención Prenatal en el Embarazo, 182 Dx y Tx de Amenaza de aborto, 183 Dx y Tx de Amenaza de parto pretérmino, 184 Atención del parto y puerperio fisiológico, 185 Dx y Tx de Pelviperitonitis, 186 Dx y Tx de endometritis, 187 Dx y Tx de choque séptico puerperal, 188 Atención del Recién Nacido, 189 Dx Ictericia neonatal, 190 Dx y Tx del Recién nacido pretérmino sin complicaciones, 191 Dx y Tx

con financiamiento del *SPY* brindan atención en las casas de salud (CS), los centros de salud de servicios ampliados (CESSA), los hospitales comunitarios (HC), los hospitales generales (HG), los hospitales de especialidad (HE) y la Cruz Roja (CR) (SSEP, 2017).

Los servicios de los seguros privados de gastos médicos mayores se prestan en consultorios particulares o en complejos médicos hospitalarios. Gran parte de la población paga por el servicio médico privado utilizado desde una tarifa mínima en los consultorios de las farmacias, hasta grandes sumas en los consultorios de los médicos especialistas.

El Seguro Popular (SP)

En evaluaciones del *SPSS*, se ha documentado la protección financiera del *SPA* lo largo del tiempo (OCDE, 2016). Se ha visto que la afiliación al *SP* favorece la demanda de atención del parto en las instituciones públicas, y reduce el uso de las instituciones privadas (Rouvier, *et al.*, 2011). En Tijuana y Baja California las mujeres se afilian al *SP* en el último trimestre del embarazo para evitar un gasto catastrófico en el momento del parto; al respecto, algunos autores recomiendan la afiliación al *SP* para disminuir el riesgo de complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, y evitar gastos catastróficos (Castro Espinoza, *et al.*, 2009).

del Recién nacido pretérmino con hipotermia, 192 Dx y Tx del pretérmino con bajo peso al nacer, 193 Dx y Tx de Preeclampsia leve y moderada, 194 Dx y Tx de Preeclampsia severa, 195 Dx y Tx de Eclampsia, 196 Dx y Tx de hemorragia obstétrica puerperal (incluye choque hipovolémico), 197 Dx y Tx de hemorragia por placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, 198 Dx y Tx de infección de episiorrafia o herida quirúrgica obstétricas, 215 Dx y Tx del síndrome de HELLP, 216 Dx y Tx de Corioamniotitis, 217 Dx y Tx de embolia obstétrica, 218 Dx y Tx de Diabetes gestacional, 219 Dx y Tx de hipertensión inducida y/o preexistente en el embarazo, 220 Dx y Tx de trombosis venosa profunda en el embarazo y puerperio, 243 Dx y Tx quirúrgico de enfermedad trofoblástica, 244 Dx y Tx de embarazo ectópico, 245 Dx y Tx del aborto incompleto (no incluye interrupción legal del embarazo), 246 atención de cesárea y puerperio quirúrgico, 247 Reparación uterina, 45 Dx y Tx de Gonorrea, 46. Dx y Tx de infecciones por Chlamydia (incluye tracoma), 47. Dx y Tx de Trichomoniasis, 48 Dx y Tx de sífilis Precoz y tardía, 49. Dx y Tx de cistitis, 50. Dx y Tx de vaginitis aguda, 51. Dx y Tx de vulvitis aguda, Dx y Tx de Chancro Blando, 53 Dx y Tx de herpes genital, 91. Consejo y asesoramiento general sobre anticoncepción mediante el uso del condón, 92. Método de planificación familiar temporal con dispositivo intrauterino 141. Dx y tx de focos infecciosos bacteria (SSA, 2016).

A partir de 2007, diversos estudios cuestionan la justicia financiera del SP, evidenciando que las cuotas de recuperación de los no afiliados solventan las insuficiencias de recursos materiales y humanos de los centros de salud financiados por el SP (Díaz Echeverría *et al.*, 2007: 87). En 2014, el Coneval identifica que para afiliarse, las mujeres deben presentar pruebas de embarazo, lo que implica un gasto que representa un primer obstáculo para la afiliación.

La muerte materna en México y las medidas para combatirla

La morbi-mortalidad materna no solo es un problema de salud pública sino también de derechos humanos. Es un indicador de injusticia social, puesto que la mayoría de las muertes maternas son evitables y se deben a la falta de acceso a una atención adecuada del embarazo, el parto y el puerperio, así como de las emergencias obstétricas (Hunt y Bueno, 2002).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), realizada en El Cairo en 1994, más de 171 estados acordaron los siguientes objetivos con relación a la salud de las mujeres y la maternidad:

- Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo para mejorar la salud y el bienestar de la mujer, y lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y la mortalidad maternas.
- Reducir el número de muertes y la morbilidad causadas por abortos realizados en malas condiciones.
- Mejorar la situación de salud y nutrición de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.
- Incluir en los programas educativos los temas de la maternidad sin riesgo y el derecho a una vida sexual satisfactoria y segura, y la planificación familiar.
- Asegurar cuidados prenatales coordinados y eficaces; programas de nutrición materna, y asistencia adecuada en el parto.
- Evitar recurrir en exceso a las cesáreas.

- Prestar atención de la emergencia obstétrica y servicios de remisión en los casos de complicación del embarazo, el parto y el aborto.
- Asegurar la asistencia de personas capacitadas (enfermeras y parteras) en todos los nacimientos.
- Lograr el apoyo de los varones en las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo (ONU, 1994).

El derecho a la salud en México

De acuerdo con el Artículo 4º de la Constitución Mexicana, “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”; a lo que se agrega que la Ley definirá las bases y las modalidades del acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Segob, 2017). La Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) dispone, por su parte, que “todas las personas son iguales ante la Ley y tienen los derechos y deberes consagrados en esta declaración sin distinción de raza, sexo, idioma, credo, origen nacional, posición económica o cualquier otra condición social” (CIDH, 2015).

De acuerdo con el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), el derecho a la salud es fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, y tiene las siguientes dimensiones esenciales interrelacionadas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad (CDESC, 2000).

Disponibilidad

Cada estado parte debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios y programas públicos de salud y centros de atención de la salud. Debe contar con hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, que dispongan de los elementos determinantes básicos de la salud, como agua limpia, agua potable y condiciones sanitarias adecuadas. Estos deben contar con personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como con los medica-

mentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Accesibilidad

En la jurisdicción del estado parte, los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, lo que implica que tienen la obligación de:

- ser accesibles, de hecho y de derecho a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna
- estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población
- estar al alcance económico de todos; el costo de los servicios, sean públicos o privados, también debe estar al alcance de todos
- garantizar el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud

Aceptabilidad

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben respetar la ética médica y ser culturalmente apropiados.

Calidad

Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico.

Penalización de la violencia obstétrica

En el Segundo Informe Hemisférico, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, así como la Convención de Belém do Pará (2012), y su mecanismo de seguimiento (MESECVI) –instancias defensoras de los derechos humanos de las mujeres–, recomendaron a los estados parte de la Convención adoptar disposiciones que penalizaran la violencia obstétrica (MESECVI y OEA, 2014).

El costo de la atención de la salud materna en Puebla

En 2016, la Dirección General de Estudios sobre Consumo (DGEC), de la Procuraduría Federal del Consumidor (Profeco), hizo una investigación para la que recabó los precios de las pruebas de embarazo, los estudios de laboratorio, las consultas médicas y los paquetes de maternidad en la Ciudad de México, el Área Metropolitana y Guadalajara, para estimar el costo de la atención privada del embarazo de bajo riesgo. Obtuvo la información solicitando presupuestos a diferentes compañías mediante la técnica del consumidor encubierto.

De acuerdo con dichos datos, y considerando la frecuencia de los estudios, la atención médica y hospitalaria (según la NOM-007-SSA2-2016)³ del embarazo y el parto en el sector privado, se puede desembolsar por ese concepto (prueba de embarazo, VIH, VDRL, grupo sanguíneo y factor RH, BH completa, QS completa, EGO, US obstétrico), consulta ginecológica, hospital o clínica (excluyendo los honorarios médicos) para el parto normal, de \$ 22,868 a \$ 50,499, y para la cesárea, de \$ 28,560 a \$ 67,099 (Beade y García, 2016).

En Puebla, los servicios públicos están atrapados en la burocracia, y el precio de la atención de un parto o una cesárea en los servicios privados varían de un lugar a otro, como se muestra a continuación (tarifas de distintos hospitales, clínicas y centros de atención). Los honorarios médicos, cuando no se incluyen, pueden ir de \$2,000 a 10,000 por un parto normal, y de \$3,000 a \$20,000 por una cesárea.

En el hospital de la mujer se hace un estudio socioeconómico de la paciente para determinar la tarifa aplicable. No se obtuvieron cifras para este estudio, pues la mujer embarazada debe tramitar personalmente la atención.⁴

³NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.

⁴2008 "En Puebla, nacer cuesta caro", Poblannerías.com, consultado el 25 de septiembre de 2016, disponible en <<http://www.poblannerias.com/2008/06/en-puebla-nacer-cuesta-caro/>>.

TABLA 1. EJEMPLOS DEL COSTO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO Y LA CESÁREA EN EL SECTOR PRIVADO DE PUEBLA, EN ORDEN ASCENDENTE

	PARTO	CESÁREA
s/honorarios médicos	\$ 17 225	\$21 425
s/especificar	de \$2 000 a \$3 000	de \$10 000 a \$20 000
s/especificar	\$10 000	\$14 000
s/especificar	\$2 400	\$3 600
c/honorarios médicos	\$6 800	\$8 800

Fuente: Carrasco con base en 2008 “En Puebla, nacer cuesta caro”, *Poblanerías.com*

Metodología

El presente estudio se llevó a cabo en algunos municipios y en la capital del estado de Puebla, entrevistando a mujeres que estuvieran afiliadas al spy hubieran atendido el último y el penúltimo embarazo (incluyendo el parto y el puerperio) en los servicios de atención financiados por el sp. La aplicación del cuestionario permitió conocer las representaciones de las mujeres del embarazo, el parto y el posparto, y los motivos de su elección de la atención del sp de la atención privada.

Se eligió, para entrevistarlas, a mujeres que hubieran tenido más de dos partos, a fin de identificar los cambios entre la primera y la segunda experiencia, y a primigestas que al parir tuvieran menos de 17 o más de 35 años. El 67.5 por ciento de las mujeres entrevistadas iniciaron su vida sexual entre los 14 y los 15 años edad, y 63 por ciento tuvieron su primer embarazo en esta etapa.

Las entrevistas fueron anónimas y confidenciales, y se grabaron con el consentimiento de las mujeres entrevistadas. Las entrevistas fueron

semiestructuradas, con preguntas abiertas y cerradas, y se hicieron en la ciudad de Puebla, en el centro y las colonias periféricas de la localidad Cuacnopalan, en el municipio de Palmar de Bravo. Participaron 23 mujeres afiliadas al SP que usaron los servicios públicos y decidieron usar servicios privados en algún momento del embarazo o para atender el parto, por falta de insumos, medicamentos o disponibilidad de los servicios públicos, o para evitar el maltrato del personal médico. Las mujeres entrevistadas se reclutaron con la técnica de muestreo bola de nieve. Las primeras se hicieron a madres de alumnos de un Jardín de Niños, y ellas nos recomendaron con sus amistades y familiares. Para entrevistar a usuarias de la partería tradicional, se acudió a Cuacnopalan, Puebla, donde se encontró a mujeres afiliadas al SP que prefirieron atenderse con partera.

Resultados

Características sociodemográficas de las usuarias del SP entrevistadas

De las 23 usuarias entrevistadas que acudieron al SP, la de menor edad en el primer embarazo tenía 15 años, y la mayor, 30 años. La edad promedio en el primer embarazo fue de 18 años. De las 23 mujeres, 20 profesan la religión católica, una es evangélica, una cristiana y una pentecostés. En cuanto a su escolaridad, dijeron tener de 0 a 16 años de estudios.

Inicio de la atención prenatal

Todas las mujeres entrevistadas iniciaron la atención de su embarazo en el SP desde el primer trimestre, con excepción de una que lo inició con un médico de farmacia Similares y acudió a la institución pública hasta el octavo mes.

Disponibilidad

Instalaciones para la atención del parto en los hospitales mencionados por las usuarias

Los hospitales de la ciudad de Puebla en los que las mujeres entrevistadas recibieron atención del parto fueron el Hospital General Sur (HGS), que atiende a 253 000 habitantes, y para la atención de parto las refiere al Hospital de Especialidades de la Mujer (HEM) y al Hospital General de la Zona Norte (HGZN), de 120 camas, que atiende a una población de 1 458 752 habitantes, y el Hospital Integral Comunitario de Cuacnopalan (HICC) de 13 camas censables, para una población afiliada de 9 471 personas (SSEP, 2017a).

La primera diferencia notable es la de la población atendida por los dos hospitales de la capital del estado: el HGZN atiende a 5.7 veces más personas que el HEM: tienen el mismo número de camas para trabajo de parto, y una sala de expulsión cada uno. La población atendida por el HICC es, en cambio, 26.7 veces menos que la atendida en el HEM.

El número de camas en el área de posparto en el HGZN es el doble que en el HEM, mientras que en el HICC solo se reporta una cama. En el HGZN hay ocho cunas más que en el HEM, y el HICC no tiene ninguna. El número de quirófanos también es mayor en el HGZN, con tres salas más que el HEM, y el HICC no tiene quirófano. Los tres hospitales tienen sala de expulsión.

La disponibilidad desde el punto de vista de las usuarias

Seis usuarias mencionaron la saturación de los servicios, que implica largas horas de espera, la atención de los partos en camilla, o su derivación a la Cruz Roja en el último momento. En algunos casos esta experiencia propició que las mujeres optaran por la atención privada. Para una mujer, enterarse de eso por otra de las mujeres entrevistadas fue decisivo para no afiliarse al SP. Una mujer que ya había sufrido maltrato en su penúltimo parto en el SP, fue regresada cuatro veces a su casa, por lo que su esposo la llevó a una clínica particular; allí fue rechazada por

TABLA 2. NÚMERO DE CAMAS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO Y EL POSPARTO EN EL HEM Y EL HGZN, EN EL MUNICIPIO HEROICA PUEBLA DE ZARAGOZA, Y EN EL HICC, EN CUACNOPALAN, MUNICIPIO DE PALMAR DE BRAVO

INSTALACIONES	HEM	HGZN	HGZN
Habitantes atendidos	253 000	1 458 752	9 471
Camas para trabajo de parto	6	6	1
Camas en área de recuperación posparto	6	12	1
Cunas para recién nacido	52	60	0
Quirófanos	5	8	0
Salas de expulsión	1	1	1

Fuente: Carrasco con base en los Servicios de salud del estado de Puebla (SSEP, 2017a).

su aspecto (el recepcionista consideró que no podría pagar los servicios). El bebé tuvo sufrimiento fetal y nació en otra clínica privada. Una usuaria que se había atendido en el HEM comentó que a partir de la entrada del SP, los servicios estatales de salud se saturaron.

Accesibilidad

La mayoría de las mujeres entrevistadas dijeron usar los servicios del SP por estar afiliadas y porque les queda cerca de su casa. Manifestaron su insatisfacción por “tener que formarse para sacar ficha desde la madrugada y pasar a consulta o a estudios seis horas después”. En la percepción de las usuarias pudo identificarse un trato diferenciado entre las que tuvieron parto vaginal y las que tuvieron cesárea; a estas últimas las anestesiaron y les dieron analgésicos.

Sobre el acceso a la información, las mujeres mencionaron que las explicaciones durante el puerperio fueron desde buenas y regulares hasta nulas. A algunas les dieron folletos sobre la atención del bebé. Casi todas tuvieron hijos sanos (una tuvo un parto prematuro y el bebé murió) y a la mayoría les agradó la entrega inmediata del bebé.

Aceptabilidad

Cuando se preguntó a las mujeres entrevistadas si habían sufrido maltrato por el personal que las atendió, la mayoría dijo que no. Pero cuando se les preguntó por lo que no les había gustado, la mayoría mencionaron: tener que formarse para sacar ficha desde las cinco de la mañana y pasar a consulta seis horas después, y el servicio deficiente. Algunas comentaron que los médicos no contestaban sus preguntas, por lo que se sintieron ignoradas e inseguras. Oyeron y presenciaron maltrato a otras compañeras: “si se quejaban, se enojaba el personal y las regañaban o les hablaban en forma irrespetuosa o molestos. Entonces era mejor callar”. Algunas mencionaron amabilidad y buen trato; dijeron que estaban al pendiente de su estado, y que las atendieron bien, a ellas y al bebé. Otras comentaron que era cosa de suerte o dependía del tipo de personal con quién le tocara.

Un comentario recurrente entre las mujeres entrevistadas fue que las dejaron en una camilla esperando a ser transferidas a la Cruz Roja. Hubo incluso quienes “dieron el camillazo”, es decir, que parieron en la camilla mientras esperaban ser atendidas. Como relata Mirna: “no me agradó que mis dos hijos nacieron en camilla porque somos muchas y no hay suficientes salas, y después pasas mucho tiempo incómoda en la camilla”. Susana comentó que en su primer parto no la atendían porque el hospital estaba saturado y la regresaron cuatro veces a casa; por este motivo buscó atención particular y fue rechazada; la aceptaron finalmente en un centro privado. En su último embarazo, ahorró para pagar atención privada.

Cecilia contó que estuvo “en la camilla durante cinco horas en un pasillo donde había corrientes de aire y hacía mucho frío, cuando me entregaron a mi bebé estaba muy fría y con sus manitas moradas”. En

un parto prematuro, el niño murió al nacer, aparentemente por malformación, y la madre fue regañada porque el personal que la atendió creyó que ella había provocado el parto. La mujer manifestó haber sentido crueldad cuando le dieron la noticia de que su hijo iba a morir.

CASO DEL SP: Rita minimiza los malos tratos, da la impresión de estar totalmente agradecida con el SP porque no tuvo que pagar el primer parto con un niño prematuro de alto riesgo que requería mucha atención. Ella pensaba que en el servicio particular no hubiese tenido que pagar o le hubiese salido muy caro.

Ella tuvo un trato especial en el SP, por ser hija de la amiga de la doctora, quien la atendió en el parto y se hizo pasar como familiar de la Ginecobstetra ante el personal. Sin embargo, comenta "yo sé que es un servicio público, que hay demasiada gente, que no hay donde sentarse o que pasas mucho tiempo en las filas o todo el día te mantienen en ayunas, pero es parte del servicio al fin de cuentas no estas pagando ni un peso los laboratorios.

Aunque esboza algunas sugerencias "a lo mejor si les deben dar prioridad a las embarazadas. Añade: "Por ejemplo ahorita mi hermana está embarazada y su ultrasonido en su consulta de hoy le mandan su ultrasonido hasta finales de abril... y ya nace a finales de abril el bebé, porque está saturado, entonces siento que si debería o hacer más grande o poner más centros digamos para hacerse los servicios o darle prioridad a las embarazadas".

Ella refiere que utiliza el SP porque "es el que me toca". Comenta: "en el hospital del niño poblano a mi hijo lo atienden muy bien, sí aunque a veces las citas son muy prolongadas yo sé que hay demanda exceso de demanda... pero en el servicio lo que es dentro del servicio está muy bien está muy equipado y los doctores son muy buenos. El hospital del niño poblano ahora es del SP desde 2015".

Calidad

A excepción de la mujer que tuvo un parto prematuro y su bebé (con probable malformación) murió, las mujeres entrevistadas manifestaron haber recibido una atención médica adecuada en el parto, a pesar de la saturación del hospital durante el trabajo de parto. Las mujeres expresaron que había mucha gente, no había dónde sentarse, no había salas ni cuartos. Las mujeres permanecieron en el hospital durante el puerperio de uno a dos días, primero en una camilla ubicada en la sala de recuperación, y después en su cuarto. Unas en cama y otras en la misma camilla. Hubo quienes permanecieron varias horas en la camilla en un pasillo donde había corrientes de aire y hacía frío, esperando a que se desocupara un cuarto.

Hubo un parto prematuro, de siete meses. El recién nacido estuvo en terapia intensiva, donde le dieron muy buena atención, y a la madre la enviaron al banco de leche para poder alimentar al bebé. El niño continuó con sus consultas en el Hospital del Niño Poblano, que actualmente financia el SP, según informó la madre. La institución cuenta con terapia intensiva e incubadoras. A todos los recién nacidos se les aplicaron vacunas, tamizaje y vitaminas en el posparto inmediato o en su primera revisión.

En los comentarios de las usuarias se pudo identificar que hay médicos y enfermeras que tratan bien a las usuarias de embarazo de alto riesgo y de parto prematuro.

Atención mixta

Algunas de las mujeres entrevistadas acudieron a diferentes proveedores de atención durante el embarazo. Una mujer llevó el control prenatal con un médico de farmacia Similares y el octavo mes acudió a la institución pública que le correspondía. De tres usuarias del SP, dos eran derechohabientes del IMSS, y una de Oportunidades. Una usuaria afiliada al SP acudió durante el embarazo al servicio que le correspondía, y se atendió también con partera. Otra usuaria recomienda la atención de las parteras para acomodar al bebé, y asistir, además, al servicio

institucional porque ahí les dan más información y explicaciones y les hacen estudios.

En un caso en el servicio médico privado se detectaron errores de diagnóstico, y en otro se registró un incidente obstétrico que requirió histerectomía y transfusión. Hubo una mujer cuyo parto estaba en riesgo de ser prematuro, y los médicos privados le recomendaron que acudiera a los servicios públicos porque los gastos de incubadora y otros aparatos elevarían el costo. La mayoría de las usuarias atendidas en instituciones privadas llevaron a sus niños a instituciones públicas de salud para recibir atención, valoración, tamizaje, vacunas y vitaminas.

Manifestaciones de violencia obstétrica

Una de las usuarias entrevistadas explica que en su segundo embarazo no acudió al hospital cuando empezó el trabajo de parto; llevó el registro de sus contracciones durante todo el día para evitar tantos tactos vaginales. Ella comentó: “algo que sí no me gustó es que todo el mundo te hace tacto y yo no quería eso; entonces dije: ‘ya hasta que ya no aguante voy corriendo al hospital’, y hasta las doce de la noche ya era un dolor insoportable cada cinco minutos. Y entonces llegamos al hospital y en una hora ya había nacido mi niño”.⁵ Añade que la regañaron porque el niño pudo haber nacido en el camino. Al respecto, Ramírez Elías y Hernández (2016) comentan el uso de simuladores para no usar a las mujeres como objetos didácticos.

Otra usuaria comparte la experiencia de su penúltimo parto: “si te quejas, los médicos son groseros, irrespetuosos, se ponen de malas y tratan mal a todas. Yo en el último parto me aguanté. Claro, los dolores son fuertes, pero así te tratan mejor”.⁶ Mónica comentó: “no me agradó que mis dos hijos nacieron en camilla porque somos muchas y no hay suficientes salas, y después pasas mucho tiempo incómoda en la cami-

⁵Rita [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 29 de enero, Puebla, México.

⁶Mirna [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 12 de febrero de, Puebla, México.

lla”.⁷ Una usuaria llevó el control prenatal en una institución pública, pero a la hora del nacimiento esperó seis horas y no fue atendida, por lo que buscó atención privada; ella atribuye la saturación del servicio a la entrada en vigor del Seguro Popular.

Elena relató haberse sentido regañada “porque no me explicaban, no me revisaban, solo me daban el medicamento”.⁸ Le realizaron diez tactos. No tenía dolor. Relató: “mi mamá les pedía que me hicieran cesárea y le decían que se esperara que aún le faltaba para que naciera el bebe.”⁹ La canalizaron, finalmente, a la Cruz Roja y le hicieron cesárea. Si se asomaba para buscar a sus familiares, “me regañaban y me amenazaban que era bajo mi responsabilidad si algo salía mal”.¹⁰ No hizo nada al respecto “porque si les dice uno algo, **más se enojan y menos nos atienden**, es mejor quedarnos calladas”.¹¹

Gastos de las usuarias en todo el proceso de atención del embarazo y el parto

Si bien la atención de los hospitales acreditados por el SP debe ser gratuita, uno de los hallazgos de este estudio se refiere a los gastos de las usuarias entrevistadas que optaron por la atención privada debido a la saturación de los hospitales o el riesgo de maltrato. La *tabla 13* muestra los gastos de diez mujeres afiliadas al SP que fueron atendidas en el HEM y el HGZN durante el embarazo, el parto o la cesárea y el puerperio.

Ocho usuarias pagaron consulta, medicamentos y estudios de laboratorio o ultrasonidos en servicios privados durante el embarazo porque la atención de la institución pública no les daba seguridad; los gastos fueron de \$320 a \$8,484, con un promedio de \$1,889 por usuaria.

⁷Mónica [entrevista por AGB], afiliada al SP y derechohabiente del IMSS, Accesibilidad, 2016, 9 de febrero, Puebla, México.

⁸Elena [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 24 de febrero, Puebla, México.

⁹Elena [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 24 de febrero, Puebla, México.

¹⁰Elena [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 24 de febrero, Puebla, México.

¹¹Elena [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 24 de febrero, Puebla, México.

TABLA 3. GASTOS DE MUJERES AFILIADAS AL SP PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, DEL PARTO O LA CESÁREA Y DEL PUERPERIO, ATENDIDAS EN DOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA CAPITAL POBLANA

	PRENATAL	COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO	PARTO O CESÁREA	COMPLICACIÓN POSNATAL	TOTAL GASTO POR USUARIA	OBSERVACIONES
1	\$600	\$2,500	\$0	\$0	\$3,100	Prenatal y complicaciones del embarazo: consulta y medicamento.
2	\$0	\$800	\$0	\$0	\$800	Complicaciones del embarazo: ultrasonido
3	\$320	\$0	\$0	\$0	\$320	Prenatal examen de laboratorio
4	\$1,685	\$0	\$0	\$0	\$1,685	Prenatal: consulta, medicamento, examen de laboratorio pasaje
5	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	
6	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	Complicaciones embarazada y parto: Canalizada a Cruz Roja por cesárea
7	\$1,880	\$510	\$80	\$0	\$2,470	Consulta y medicamento en prenatal
8	\$300	\$0	\$30	\$0	\$330	Complicaciones en embarazo: Hospedaje y comida
9	\$1,400	\$0	\$300	\$0	\$1,700	Prenatal: consulta, traslado. Cesárea hospedaje acompañante
10	\$2,284	\$200	6,000	\$0	\$8,484	Prenatal: consulta, estudios y medicina y parto.

Fuente: Gómez y Carrasco, con base en los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS A. C.

Cuatro usuarias más pagaron consultas, estudios y medicamentos en el sector privado para la atención de complicaciones del embarazo. Los montos totales van de \$200 a \$2,500. Los gastos por el parto o la cesárea

TABLA 4. GASTOS DE MUJERES AFILIADAS AL SP PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, DEL PARTO O LA CESÁREA Y POSNATAL EN EL HICC

	PRENATAL	COMPLICACIÓN DEL EMBARAZO	PARTO O CESÁREA	COMPLICACIÓN POSNATAL	TOTAL GASTO POR USUARIA	OBSERVACIONES
1	\$0	\$0	\$1,900	\$0	\$1,900	Traslados y acompañantes en cesárea
2	\$8,390	\$2,390	\$3,600	\$0	\$14,380	Prenatal, complicaciones de embarazo y parto con partera tradicional
3	\$0	\$0	\$2,800	\$0	\$2,800	Paquete embarazo y parto
4	\$970	\$0	\$2,700	\$0	\$3,670	Consultas, medicamentos y parto
5	\$150	\$0	\$3,250	\$0	\$3,400	Consulta particular y paquete de parto
6	\$876	\$0	\$2,200	\$0	\$3,076	Embarazo y parto
7	\$170	\$0	\$2,500	\$0	\$2,670	Prenatal: consulta, parto
8	\$900	\$0	\$3,500	\$0	\$4,400	Prenatal y parto
9	\$1,400	\$0	\$3,000	\$0	\$4,400	Prenatal (estudios) y parto
10	\$300	\$0	\$7,500	\$0	\$7,800	Prenatal (consulta) y parto
11	\$1,150	\$0	\$3,300	\$0	\$4,450	Prenatal (consulta) y parto
12	\$1,170	\$0	\$3,500	\$0	\$4,670	Prenatal (consulta) y parto

Fuente: Gómez y Carrasco, con base en los resultados del cuestionario CIESAS-ACAS A. C.

de cuatro usuarias alcanzaron los \$6,000. Ninguna usuaria tuvo gastos por complicaciones posnatales. La *tabla 14* muestra los gastos de 13 mujeres afiliadas al SP que viven en comunidades rurales y tienen acceso al HICC.

Las usuarias del HICC gastaron más que las mujeres que se atendieron en los hospitales de la capital del estado de Puebla. El gasto por usuaria fue de \$1,900 hasta \$14,380, con un promedio de \$4,801 por usuaria. Solo una mujer reportó haber pagado \$2,390 por complicaciones del embarazo. El gasto por el parto o la cesárea fue mayor, con un rango que va de \$1,900 a \$7,500. Tampoco entre ellas hubo gastos por complicaciones posnatales.

Discusión

Los datos sobre el uso de los servicios de atención de la salud materna obtenidos en este estudio coinciden con lo reportado por Coneval en 2014: el porcentaje de atención en los hospitales y clínicas de la Secretaría de Salud (Ssa) que prestan servicios a los usuarios del SP disminuyó 10 por ciento, mientras que el de los servicios privados aumentó. El Consejo reportó también que ninguna mujer embarazada se atendió solo a través del SP, ni lo hizo sin incurrir en gastos de bolsillo (Coneval, 2014: 53).

La insuficiencia tanto de instalaciones como de medicamentos y estudios de laboratorio en los servicios de salud financiados por el SP conduce a que las mujeres tomen decisiones que no solo implican gastos imprevistos, sino que ponen en riesgo su vida y la del bebé (Coneval, 2014: 53). Estos datos contravienen las conclusiones de Rouvier, *et al.*, quienes en 2011 documentaron que el SP favorecía la demanda de atención del parto en las instituciones públicas, y restringía la demanda en las instituciones privadas. Como indican los testimonios recopilados en este estudio, dada la saturación de los servicios públicos, las mujeres prefieren acudir a instituciones privadas, siempre y cuando tengan capacidad de pago o puedan obtener crédito. Las mujeres que no pueden pagar la atención privada deben hacer frente al maltrato y a la falta de disponibilidad de insumos básicos y de camas para ser atendidas.

Las usuarias de los servicios del SP tienen gastos de bolsillo para recibir atención del embarazo y el parto por dos motivos:

- la insuficiencia de instalaciones, medicamentos y estudios de laboratorio
- el propósito de evitar el maltrato que conlleva la atención en las instituciones públicas

Las mujeres que viven en zonas rurales y son atendidas en el HICC tienen mayores gastos. (\$4,801 en promedio) que las mujeres que viven en la capital poblana y que son atendidas en el HEM o en el HGZN, cuyo gasto promedio es de \$1,889.

Otros comentarios de las mujeres entrevistadas que denuncian maltrato o disgusto con la atención del Seguro Popular son los siguientes:

- esperar un tiempo excesivo para sacar fichas y para ser atendidas tanto en consulta como para hacerse estudios de laboratorio
- no poder reclamar ni quejarse porque, por la experiencia anterior, sabían que si lo hacían, el personal en turno se enojaría, las regañaría y les hablaría en forma irrespetuosa
- presenciar el maltrato a las primigestas y, más acentuado, a las adolescentes, lo que es, al parecer de una mujer entrevistada, “cosa de suerte o del personal que les tocara”
- ser abandonadas en la camilla para ser transferidas a la Cruz Roja por falta de espacio y personal, con el riesgo de “dar el camillazo”
- tener el trabajo de parto y el mismo parto en un lugar saturado de estudiantes de medicina, muchas pacientes y sin sillas donde sentarse

La escasez de salas de labor, entre otras deficiencias, denuncia las pésimas condiciones de estas instituciones, que imposibilitan brindar una atención adecuada en el momento del parto y propician la violencia obstétrica. Los hallazgos de este estudio concuerdan con los reportes de Pantoja (2015) de una práctica médica deficiente, un trato cruel, inhumano

o degradante, y un maltrato físico y psicológico (como la indiferencia), e irresponsabilidad institucional por la falta de equipo médico adecuado, especialistas y medicamentos.

La mayoría de las usuarias entrevistadas reportaron, sin embargo, haber recibido una buena atención (ellas y sus bebés) en el puerperio inmediato, cuando presentaron cianosis, vómito o ictericia. Algunas dejaron al bebé internado para observación y se los entregaron en buenas condiciones.

Como se comentó antes, la mayoría de las mujeres entrevistadas acudieron a la institución a la que tienen derecho, y buscaron la opinión de un médico privado o de una partera tradicional. Esto indica que, desde su punto de vista, las instituciones públicas no les brindan una atención completa y de calidad que les garantice su salud y la del recién nacido. Ni ellas ni sus familiares tienen confianza ni tranquilidad con los servicios institucionales. El que las mujeres acudan simultáneamente a diversos proveedores de atención del embarazo (partería, servicios institucionales y servicios privados) tiene como consecuencia que no haya un seguimiento adecuado, duplicidad de la atención, gastos innecesarios y saturación de los servicios. Se detectó también que varias de las mujeres entrevistadas estaban afiliadas a más de una institución pública. Esto se evitaría si los servicios fueran más organizados y completos. Los beneficios de la atención privada mencionados por las usuarias se refieren sobre todo al trato humanizado y a las buenas explicaciones.

Conclusiones

Los resultados de esta investigación evidencian que en Puebla los servicios de salud materna no cumplen satisfactoriamente con los cuatro criterios que aseguran el respeto al derecho a la salud, que son: la disponibilidad, la accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

- En las áreas rurales las afiliadas tienen que trasladarse por su propia cuenta hasta por una hora y media de camino para tener acceso a la atención.

- En las áreas rurales y urbanas hay carencias de insumos y de higiene en las instalaciones.
- La demanda de servicios excede la capacidad de los hospitales públicos.
- El personal de salud es insuficiente para la carga de trabajo y las condiciones en que trabajan son precarias.
- El personal médico de pregrado da a las usuarias un trato deshumanizado y degradante, su preparación es deficiente y utilizan el cuerpo de la mujer embarazada como objeto de práctica.

Estos resultados indican la necesidad de la intervención de los tomadores de decisión de las instituciones públicas y de regulación de los servicios privados, y de abrir nuevas líneas de investigación sobre:

- Cómo pueden cumplir las instituciones de salud con la normatividad para el uso de sus instalaciones.
- Cómo lograr servicios de enseñanza y tutoría en la formación de recursos humanos para la salud que no vulnere el cuerpo de las mujeres.
- Cómo lograr que los médicos pasantes destinados a los programas de salud cumplan con la formación necesaria y suficiente para atender a la población.
- Identificar el presupuesto otorgado y ejercido para satisfacer las necesidades de salud de las usuarias y darle seguimiento para verificar que llegue a su destino, con rendición de cuentas claras y transparencia.

Recomendaciones

Las usuarias recomiendan:

Al Seguro Popular:

- que se incremente el personal gineco-obstétrico y se fortalezca la calidad de la atención

- que se instrumenten jornadas de concientización del personal para que den un trato humano, amable y respetuoso
- que no se hagan múltiples tactos vaginales, que los médicos se entrenen con simuladores
- que se haga un uso honesto y óptimo de materiales médicos
- que se abastezca de medicamentos
- que se disponga de los estudios básicos de laboratorio y de ultrasonido

Al personal de los servicios públicos:

- que les den un trato amable y explicaciones claras
- que no se enojen ni las regañen, sobre todo a las jóvenes primigestas
- que hagan diagnósticos acertados

A los servicios privados:

- que ofrezcan costos accesibles
- que hagan diagnósticos apropiados
- que se sigan preparando para dar mejor atención
- que sean amables y honestos
- que les den explicaciones claras y comprensibles

A las parteras tradicionales:

- que estén mejor equipadas
- que estén capacitadas

Para las usuarias, en general

En este estudio se detectó la necesidad de ofrecer a los adolescentes información del proceso reproductivo, acceso a métodos de planificación y orientación sobre la maternidad y la paternidad responsables.

Propuesta para integrar a las parteras a los servicios públicos

Dado el descontento expresado por las mujeres entrevistadas, se sugiere integrar a las parteras en el primer nivel de atención, y capacitar al personal de salud sobre la importancia de su práctica, así como favorecer el diálogo y el respeto a las diversas prácticas de partería en función de lo que las usuarias necesiten.

Bibliografía

BEADE RUELAS, ALMA Y CARLOS GARCÍA SOTO

2016 *El embarazo. La espera tiene un costo*, Procuraduría Federal del Consumidor, consultado el 22 de junio de 2017, disponible en <<https://www.gob.mx/profeco/articulos/el-embarazo-la-espera-tiene-un-costo-34555?idiom=es>>.

CASTRO ESPINOZA, JOSÉ MARTÍN ET AL.

2009 “Utilización (*sic*) del Seguro Popular de Salud en mujeres embarazadas”. *Gac Méd Méx*, vol. 145, no. 4, pp. 285-288, consultado el 31 de mayo de 2017, disponible en <<http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2009/gm094d.pdf> p. 288>.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH)

2015 *Relatoría sobre los derechos de la Mujer* [versión electrónica], Organización de los Estados Americanos, consultado el 28 de agosto de 2016, disponible en <<http://cidh.org/women/saludmaterna1osp/SaludMaternaCap3.sp.htm>>.

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CDESC)

2000 *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000*, E/C/12/2000/4, CESCR observación general.

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL (CONEVAL)

2014 *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afi-*

liados al Seguro Popular. México, DF, Coneval, consultado el 13 de mayo de 2017, disponible en <<http://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>>.

DÍAZ ECHEVERRÍA, DANIELA ET AL.

2007 *Muerte Materna y Seguro Popular*, México, Fundar Centro de Análisis.

FREYERMUTH ENCISO, GRACIELA

2016 *La Partería en México desde el punto de vista de las usuarias*, Asesoría, Capacitación y Asistencia en Salud, A. C., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología social (texto no publicado).

HUNT, PAUL Y JUDITH BUENO DE MESQUITA

2002 *Reducing Maternal Mortality : the contribution of the Right to the Highest Attainable Standard of Health* [versión electrónica] University of Essex, Human Rights Centre, consultado el 18 de mayo de 2017, disponible en <<https://gire.org.mx/consultations/violencia-obstetrica-en-codigospenales/>>.

MECANISMO DE SEGUIMIENTO CONVENCIÓN BELÉM DO PARÁ (MESECVI) Y ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS (OEA)

2014 *Declaración sobre la violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos*, Montevideo, Uruguay, consultado el 16 de junio de 2017, disponible en <<http://www.oas.org/es/MESECVI/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf>>.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU)

1994 *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo* [versión electrónica], El Cairo, consultado el 23 de mayo de 2017, disponible en <<https://documentsddsny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>>.

ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE)

2016 *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. Resumen ejecutivo y diagnóstico y recomendaciones*, OCDE, consultado el 22 de mayo de 2017, disponible en <<http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en p.7>>.

PANTOJA, SARA

- 2015 “Documentan 23 casos de violencia obstétrica en hospitales del DF”, *Proceso*, “Reportaje especial”, consultado el 15 de junio de 2017, disponible en <<http://www.proceso.com.mx/405655/documentan-23-casos-de-violenciaobstetrica-en-hospitales-del-df>>.

RAMÍREZ, ELÍAS, ANGÉLICA Y LETICIA HERNÁNDEZ

- 2016 “Una de cada cuatro mexicanas sufre violencia obstétrica en instituciones de salud”, *Boletín UNAM-DGCS-423 Ciudad Universitaria*, México, consultado el 28 de mayo de 2017, disponible en <http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2016_423.html>.

ROUVIER, MARIEL ET AL.

- 2011 “Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales”, *Salud Pública de México*, vol. 53, no. 1, pp. 48-56, consultado el 31 de mayo de 2017, disponible en <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000100008&lng=es&tlng=pt>.

SECRETARÍA DE GOBERNACIÓN (SEGOB)

- 2017a *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, Unidad General de Asuntos Jurídicos, consultado el 13 de mayo de 2017, disponible en <<http://www.ordenjuridico.gob.mx/constitucion.php>>.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

- 2016 Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), *Catálogo Universal de Servicios de Salud*, México.

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE PUEBLA (SSEP)

- 2017 *Módulos seguro popular en Puebla*, consultado el 21 de junio de 2017, disponible en <<http://www.ss.puebla.gob.mx/index.php/seguro-pop-front/modulos-del-seguro-popular?start=100>>.
- 2017a *Directorio de hospitales y centros de salud*, consultado el 21 de junio de 2017, disponible en <<http://ss.puebla.gob.mx/index.php/servicios-hospitales-y-centros-de-salud-puebla>>.

PÁGINAS WEB

2018 “En Puebla, nacer cuesta caro”, *Poblanerías.com*, consultado el 25 de septiembre de 2016, disponible en <<http://www.poblanerias.com/2008/06/en-puebla-nacer-cuesta-caro/>>

Referencias entrevistas

Cecilia [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 23 de febrero de, Puebla, México.

Elena [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 24 de febrero, Puebla, México.

Mirna [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2006, 12 de febrero, Puebla, México.

Mónica [entrevista por AGB], afiliada al spy derechohabiente del IMSS, Accesibilidad, 2016, 9 de febrero, Puebla, México.

Rita [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 29 de enero, Puebla, México.

Susana [entrevista por AGB], afiliada al SP, Aceptabilidad, 2016, 30 de enero, Puebla, México.

