



Universidad de Valladolid
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
GRADO EN MEDICINA

**PERSPECTIVA SOCIOSANITARIA EN TORNO A
LA ATENCIÓN AL PARTO EN NIKKI,
BENÍN (ÁFRICA)**

AUTOR: MARCOS SÁNCHEZ SÁNCHEZ

TUTORA: SUSANA REDONDO MARTÍN

ÍNDICE

I.	I. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.	p.1
II.	II. INTRODUCCIÓN.	p.2
	II.1 Salud reproductiva en países en vías de desarrollo	
	II.2 Región de Nikki, Benín.	
	II.3 Justificación.	
III.	III. OBJETIVOS.	p.5
IV.	IV. MATERIAL Y MÉTODO.	p.5
	IV.1 Cuestionarios a mujeres en edad fértil.	p.6
	a. Población de referencia y muestra	
	b. Criterios de inclusión y exclusión	
	c. Variables	
	d. Análisis información	
	IV.2 Entrevistas a agentes involucrados.	p.7
	a. Población de referencia y muestra	
	b. Recogida de datos	
	c. Análisis de datos	
	IV.3 Trabajo de campo.	p.9
	IV.4 Valoración ética.	p.9
V.	V. RESULTADOS.	p.10
	V.1 Análisis cuantitativo de los cuestionarios.	p.10
	a. Lugar de partos previos	
	b. Satisfacción en cuanto a la atención en partos	
	c. Utilización de recursos prenatales	
	V.2 Análisis cualitativo de las entrevistas.	p.11
	a. Formación y relaciones entre los equipos sanitarios	
	b. Percepción de los profesionales sobre la asistencia	
	c. Colaboración con el Estado y otros colaboradores externos	
	d. Otros condicionantes culturales: maridos y curanderos	
VI.	VI. DISCUSIÓN Y LIMITACIONES.	p.16
VII.		
VIII.	VII. CONCLUSIONES.	p.17
IX.		
X.	VIII. OTROS.	p.18
	a. Agradecimientos	
	b. Disponibilidad material	
	c. Conflicto intereses.	
XI.	IX. BIBLIOGRAFÍA.	p.19

ANEXOS

- Anexo 1: Localización y características generales sitios atención al parto.
- Anexo 2: Cuestionarios a mujeres
- Anexo 3: Características entrevistas y codificación.
- Anexo 4: Aprobación ética

I. RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo valorar las consultas prenatales, las ecografías y el lugar de atención de los partos en Nikki (norte de Benín, África), e identificar los posibles factores que puedan estar influyendo sobre la calidad de la atención.

Estudio descriptivo observacional de metodología mixta. Análisis cuantitativo a través de cuestionarios a mujeres mediante entrevistador; análisis cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas individuales y grupales a los agentes implicados en la salud reproductiva.

Por un lado, la existencia de tres centros sanitarios en la ciudad, y la aún presente medicina tradicional, posibilitan la elección del lugar a la hora del parto, siendo el centro de salud el recurso con mayor número de partos atendidos. La satisfacción de la atención en las mujeres es alta. Sin embargo, factores como el trato del personal en situaciones anteriores, las diferencias de precios y la falta de infraestructuras de transporte, y de recursos económicos condicionan las posibilidades de elección de las familias. Los responsables sanitarios consideran que existen una adecuada formación y experiencia en los profesionales. La calidad en la atención se ve limitada por la sobrecarga laboral y falta de recursos materiales, así como la inadecuada comunicación y cooperación entre centros. Por otro lado, se identifican problemas importantes en recursos sanitarios privados sin licencia. Estos factores socioeconómicos y organizativos deben tenerse muy presentes antes de intentar intervenir de manera externa a través de proyectos de cooperación.

Palabras clave: salud reproductiva, cooperación al desarrollo, obstetricia, África, atención al parto, investigación cualitativa, entrevistas.

II.INTRODUCCIÓN

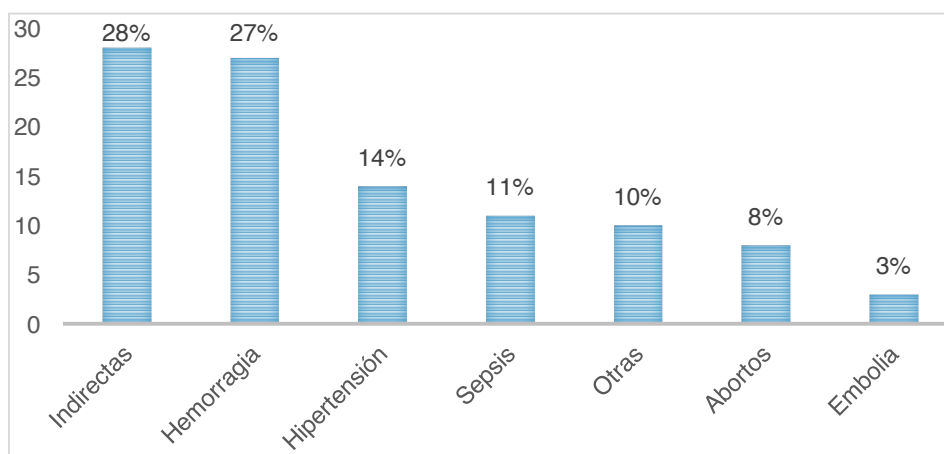
II.1 Salud reproductiva en países en vías de desarrollo

Según la Organización Mundial de la Salud cada día mueren en el mundo unas 830 mujeres por complicaciones en el embarazo o en el periodo perinatal¹. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes mundiales de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos². La situación es especialmente dramática en los países del África subsahariana, con el 66% de las muertes evitables, donde las distintas tasas de mortalidad maternal superan los 1.000/100.000 nacidos vivos, con un riesgo de muerte en una madre de 15 años de 1 de cada 54 mujeres frente a 1 de cada 4900 en los países desarrollados.

El Observatorio de Salud Africano indica que solo cuatro países (Cabo verde, Eritrea, Guinea ecuatorial y Ruanda) han logrado la meta 5ª de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM-5) de disminuir en tres cuartos la mortalidad maternal por cada 100.000 recién nacidos vivos, desde 1990 a 2015³. No obstante, esta información hay que interpretarla con cautela, debido a las dificultades de los sistemas de información: existen registros censales poco formales, dificultades para registrar los abortos debidos a problemas médico legales y confusiones de registro debido a las barreras culturales o a incluso negligencias profesionales⁴.

Otro indicador de relevancia para valorar la atención de la salud reproductiva sanitaria de un país son las tasas de mortalidad neonatal e infantil en menores de 5 años, constituyendo esta última el objetivo de la meta 4A de los ODM-2015 (reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años). En la práctica, esta meta pasa a un segundo plano en las crudas realidades en algunas zonas dado que, en palabras de Oluwole, Director de la División de Familia y Salud Reproductiva de OMS-África *“la muerte de una madre es algo más que una tragedia personal ya que su familia se ve privada repentinamente de su amor, de sus cuidados y de su productividad dentro y fuera de casa»*⁵. Además, es importante destacar que la reducción de las tasas de mortalidad perinatal no puede entenderse sin la reducción de las tasas de mortalidad maternal⁶

En la figura 1 se exponen la distribución de causas de mortalidad materna a nivel mundial según UNICEF⁷. Muchas de ellas están directamente relacionadas con los factores socioeconómicos de los países y deben ser tenidos en cuenta para este análisis⁸.



Indirectas: condición médica preexistente agravada durante el embarazo.Otras: en su mayoría anemia y distocias.*

Figura 1: distribución porcentual causas globales de mortalidad maternal. Fuente: UNICEF

Estos condicionantes son según UNICEF son: la guerra, la violencia étnica y de género, la ineficacia y corrupción administrativa, los prejuicios culturales y analfabetismo, la sobrecarga física laboral, las gestaciones en adolescentes y con intervalos intergenésicos cortos, la inaccesibilidad de los escasos hospitales, las estructuras deficientes de las instalaciones sanitarias, la mala nutrición materna y el escaso control sanitario del embarazo. Las principales agencias internacionales afirman que en África hasta el 80% de las muertes maternas podría evitarse mejorando la situación socioeconómica de los diversos países⁹.

II.2 Región de Nikki, Benín

En Benín, el alto grado de estabilidad política en los últimos treinta años ha permitido sentar las bases para emprender esfuerzos nacionales e internacionales para lograr una reducción de la pobreza y mejorar las condiciones sanitarias de la población. Desde 1990 a 2013 se ha reducido la tasa de mortalidad materna en un 56,6% con 340 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacidos vivos. Aun así, estos datos la sitúan aún muy por debajo de la meta 5A de los Objetivos Del Milenio 2015 en salud reproductiva³. Sin embargo, esta situación contrasta con otros informes en los que se reconoce que este país es uno de los pocos a nivel mundial que cuenta con adecuada distribución regional en el número de servicios básicos y atención obstétrica de emergencia (EmOC, por sus siglas en inglés)¹⁰, aunque estos informes no indagan sobre su funcionalidad y eficiencia.

Esta disonancia entre la información publicada al respecto y la falta de un conocimiento exhaustivo sobre la realidad concreta de la región de Nikki, determina la necesidad de una investigación específica en la propia región. Nikki, cuenta con una población de

casi 150.000 habitantes, de los cuales 70.000 se encuentran en la principal ciudad, del mismo nombre que la región. En ella conviven diferentes etnias (la principal los baribás, seguido de peulhs y gandós) con diferentes lenguas indígenas. Es frecuente encontrar familias de estas etnias, pero procedentes de los países colindantes de Nigeria, Níger, Burkina Faso y Togo. A nivel cultural y religioso existen diferentes creencias a medio camino entre animismo y cristianismo e islam, sin relación estricta con la etnia de origen o nacionalidad, y que tiene influencia sobre la manera en que las mujeres enfocan su maternidad. Según datos del Ministerio de salud en 2013 la tasa de mortalidad maternal en esta región fue de 480 por cada 100.000 recién nacidos vivos, y la tasa de mortalidad neonatal precoz de 24'2 por cada 1.000 nacimientos¹¹.

La atención sanitaria al parto basada en medicina tradicional y vudú ha sido desplazada en los últimos veinte años por la medicina moderna en las áreas urbanas de la región, tal como relata la escasa literatura al respecto¹². No obstante, existen pruebas fehacientes de que se sigue recurriendo a la chamanería, *guerissiens*, para diferentes dolencias en familias con menos recursos.

Justificación

Nos encontramos en un momento histórico en el que desde la cooperación al desarrollo se hace necesario emprender los proyectos desde la base, y teniendo en cuenta a los grupos locales involucrados (con su visión de la problemática y las posibles soluciones) antes de cualquier acción¹³.

Con el objetivo de abordar y analizar las altas tasas de morbimortalidad materno-infantil en torno al parto en Nikki, región al norte de Benín, la ONGD OAN International emprendió un proyecto de investigación al respecto.

Las barreras culturales y las limitaciones en los sistemas de información sanitarios en este ámbito de actuación hacen necesaria la utilización de una metodología mixta a la hora de realizar esta investigación¹⁴ que permita obtener una información más completa de esta realidad obstétrica^{15,16}.

III) OBJETIVO DEL ESTUDIO

Objetivo principal/ general

Valorar las características básicas de la atención al embarazo y los partos en Nikki, Benín (África) e identificar los factores que pueden estar influyendo en la calidad de la atención a las mujeres.

Objetivos secundarios/ específicos

1. Conocer los principales lugares de atención al parto, así como las preferencias de las mujeres y sus posibles causas de insatisfacción al respecto.
2. Describir la utilización de las mujeres de la consulta prenatal y la ecografía.
3. Valorar la formación y relaciones profesionales en los diferentes equipos sanitarios.
4. Explorar la percepción de los profesionales sobre la asistencia a los partos.
5. Averiguar si existe colaboración entre las instituciones sanitarias locales, las estatales y otros colaboradores internacionales, en el ámbito de la salud reproductiva.
6. Ahondar en la opinión de otros agentes sociales implicados en el proceso de atención al embarazo y al parto: maridos y curanderos tradicionales.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio mixto cuantitativo/cualitativo sobre las características de atención a la mujer, antes, durante y después del embarazo. Por un lado, se realizó un estudio descriptivo transversal a través de cuestionarios realizados a mujeres mediante entrevistador (para responder a los objetivos 1 y 2 del estudio). Posteriormente los datos se complementaron con un estudio descriptivo cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas individuales y grupales (para responder a los objetivos 3, 4, 5 y 6). Tanto el cuestionario como las entrevistas se realizaron en francés utilizando en el caso del cuestionario traductores de las lenguas nativas.

Aparentemente los enfoques cualitativos y cuantitativos son distintos y contradictorios: mientras la investigación cuantitativa (basada en la perspectiva fenomenológica) analiza datos objetivos y medibles por instrumentos y establece de antemano el diseño, la investigación cualitativa da valor precisamente al componente subjetivo de la realidad según quién la percibe y es una metodología abierta que permite explorar elementos nuevos. La combinación de estas dos metodologías se ha constatado que mejora el conocimiento de la realidad¹⁷, especialmente en contextos o fenómenos sociosanitarios complejos y donde las barreras culturales son importantes y los sistemas de información sanita-

rios son deficientes o poco fiables. Este hecho determina que la metodología mixta es cada vez más requerida en la actualidad¹⁸ en las investigaciones en ciencias de la salud^{19,20}. Se optó por las entrevistas semiestructuradas al ser un método que permite una mayor interacción del investigador con los individuos, siendo más fácil evitar la inhibición del discurso y profundizar más en la búsqueda de la información¹⁹.

IV.1) CUESTIONARIOS MUJERES EDAD FÉRTIL

Población de referencia y muestra

La población de referencia fueron las mujeres con edades fértiles que residían en la región de Nikki y habían dado a luz en dicha región.

Para conseguir una muestra lo más representativa posible de las mujeres en edad fértil, teniendo en cuenta la heterogeneidad cultural y económica, y la falta de registros oficiales sobre los que poder realizar un muestreo, se procedió a hacer una cobertura geográficamente equitativa de la ciudad con las visitas a domicilio para realizar los cuestionarios. Para garantizar una adecuada comunicación con las mujeres se buscó la ayuda de personas locales con conocimientos en francés, siendo principalmente las hermanas o hijas más jóvenes.

El número de mujeres encuestadas fue de 204 con la siguiente distribución por tramos de edad: 72 mujeres (35'3%) de 15 a 25 años; 100 mujeres (49%) de 25 a 45 años; 21 mujeres (10'3%) mayores de 45 años y 11 mujeres (5'4%) sin datos.

Criterio de inclusión

- Mujeres en edad fértil, mayores de 15 años con uno o más partos en Nikki.
- Mujeres mayores de 45 años con uno o más partos en Nikki.

Criterios de exclusión

- Ningún parto en Nikki ciudad, ni con intención de quedarse embarazada.
- Limitación importante en la comunicación (no conocimiento del francés y carecer de un posible intérprete cercano a esta).
- Situación cultural que limite la fiabilidad de la información recogida (no seriedad del ambiente, marido presente interviniendo, interpretación exhaustiva del discurso por parte del traductor).
- Negativa de la encuestada o de su entorno.

Variables

Para los objetivos 1 y 2 del presente estudio se seleccionaron los siguientes ítems de la base de datos de las 204 encuestas válidamente aceptadas:

- Edad.
- Número de partos.
- Lugar donde dieron a luz.
- Satisfacción con la atención perinatal.
- Posibles causas de insatisfacción sobre la atención recibida.
- Realización o no de ecografías y/o de consultas prenatales durante los embarazos.

El cuestionario a las mujeres se encuentra en el anexo 2.

Análisis información

La información fue incorporada a una base de datos online mediante la herramienta de Google sheet. La información se codificó numéricamente y adjuntando comentarios finales sobre la entrevista para su mejor interpretación, que también fueron codificados.

Las variables cuantitativas se describieron mediante medias y desviaciones estándar y las categóricas mediante valor absoluto y el porcentaje. El tratamiento de los datos se realizó a través de Excel.

IV.2) ENTREVISTAS A LOS AGENTES INVOLUCRADOS

Población de referencia y muestra

Se consideró como un elemento clave para mejorar el conocimiento de la situación de la atención a la mujer embarazada y al parto contar con la experiencia y percepción de los diferentes agentes involucrados en este proceso de cuidados. Los diferentes lugares donde se produce la atención en la ciudad de Nikki son: curanderos y parteras tradicionales, clínica privada Anour, centro de salud público y Hospital Sounon Sero. Sus características se describen en el Anexo 1.

La metodología cualitativa utiliza el muestreo intencional¹⁹, los objetivos del estudio definen perfiles que pueden ser clave para conocer el fenómeno a estudiar. En el presente estudio, se seleccionaron aquellos perfiles que podían aportar información sobre la atención al embarazo y especialmente al parto (Tabla 1). Destacar que en las entrevistas realizadas se consiguió la saturación del discurso.

Entrevistados	Justificación	Número
Gerentes sanitarios	Figuras clave en la dirección de los tres diferentes centros (hospital regional, centro de salud y clínica privada) y en sus perspectivas de futuro. Sus experiencias profesionales y su conocimiento de la situación determinaron una entrevista para cada uno, por ser visiones complementarias.	3 individuales
Médico	Solo había un médico con función de obstetra, sin especialidad, además con funciones de coordinación de todo el equipo de maternidad del hospital.	1 individual
Matronas Enfermeras	Grupo de características e intereses diversos, pero fundamental por su atención directa a las embarazadas en el parto. Se seleccionaron por su compromiso y experiencia. Las entrevistas se realizaron diferenciando entre ambas profesiones en cada uno de los tres centros.	3 grupales 1 individual
Curandero	Se consiguió vencer las amplias barreras culturales con este grupo logrando una entrevista con un curandero tradicional que seguía atendiendo partos en casa mediante métodos naturales y chamanismo vudú.	1 individual
Maridos	Se consideraron los maridos como informantes clave por su papel en la toma de decisiones en la familia. Se seleccionados por el método de la bola de nieve, identificando a aquellos que tuvieran un conocimiento global de la diversidad de enfoque diferencias entre etnias, religiones y clases económicas.	Grupal (5 maridos, 26-35 años, formación media-alta)

Tabla 1: Perfil de las entrevistas

Recogida de datos

Las entrevistas se realizaron en francés sin ningún tipo de barrera de idioma, ni necesidad de doble traducción. Se realizaron en lugares neutrales que no condicionaban los discursos. Se contactó con las personas seleccionadas a través de los representantes de la ONG que ya conocían. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadores, uno realizaba las preguntas y otro tomaba notas. Se recogió la información mediante grabadora y se solicitó a los participantes permiso, indicándoles que se garantizaría el anonimato de sus discursos, así mismo se les pidió permiso para poder utilizar su información en informes y publicaciones. La duración media de las entrevistas fue de 45 minutos para las individuales y de 70 minutos para las grupales.

El guion de las entrevistas se obtuvo de los objetivos 3, 4, 5 y 6 del estudio, y de los temas que surgieron durante las cuatro semanas de trabajo previo en los centros donde se atendían los partos (Tabla 2).

Tabla 2: Guion de entrevistas por objetivos del estudio

<p>OBJ.3: Conocer la formación y relaciones profesionales en los diferentes equipos sanitarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dentro del rol de director del centro cuál es su papel? - ¿Hay buena comunicación entre la dirección del hospital y los demás servicios? - ¿Cómo valoras la formación de las matronas, enfermeras y médicos? - ¿Creéis que hay demasiada carga laboral?
<p>OBJ.4: Valorar la percepción profesional sobre la asistencia a los partos</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde hay más partos en Nikki y cuántos se atienden aquí? ¿Piensan que la asistencia a estos es buena? - ¿Qué cambiaría de la atención en este centro? ¿preferirías hacer vuestro trabajo de otra manera?

OBJ. 5: Averiguar si existe una colaboración, en el ámbito de la salud reproductiva, de las instituciones locales con las estatales y otros colaboradores internacionales.

- ¿Qué tal la relación entre el centro y la coordinación de la región sanitaria? ¿y con los otros centros de la comuna? ¿cómo se puede hacer más fluida esta relación?
- ¿Cuál es la relación económica entre el hospital y el Estado? ¿Hay alguna inspección periódica de vuestro trabajo? ¿cuáles serían las consecuencias de un mal informe?
- ¿Qué tal las colaboraciones externas o partenariats?

OBJ. 6: Ahondar en la opinión de otros condicionantes culturales: maridos y curanderos tradicionales.

• **MARIDOS:**

- ¿Dónde han dado a luz sus mujeres? ¿están satisfechas? ¿hicieron consulta prenatal?
- ¿Cuál es su opinión general de la salud maternoinfantil? ¿qué se puede hacer para mejorar?
- ¿Quién aporta el dinero para los costes de un parto? ¿en qué creen que es más conveniente gastar dinero en la atención al embarazo parto? ¿Ha cambiado el tema de la maternidad en los últimos años?

• **CURANDERO:**

- ¿Cuántos partos atiende por mes? ¿ha cambiado a lo largo de los años?
- ¿Qué medios tiene? ¿tiene limitaciones para atender los partos en casa? ¿cómo podría mejorar?
- ¿Qué sitio recomienda a las mujeres para buscar ayuda hospitalaria? ¿son accesibles económicamente? ¿le gustaría que fuesen más baratos, aunque eso implicase menos trabajo para usted?
- ¿Cómo cree que se valora su trabajo? ¿hay mujeres que solo quieran acudir a usted? ¿qué motivos?

Análisis de los datos

Las entrevistas fueron transcritas literalmente y traducidas al español por un miembro bilingüe del equipo investigador para asegurar la exactitud del proceso. Posteriormente, se realizó un análisis inductivo del contenido (ejemplo en el Anexo 3) para crear los bloques temáticos en función de los objetivos, así como para agrupar otros aspectos nuevos identificados por los agentes participantes. Dicho análisis fue realizado por el primer autor y cotejado por la tutora del trabajo, descartándose elementos discrepantes. Posteriormente se realizó el análisis lógico con la generalización y contextualización de los resultados. No se utilizó ningún tipo de programa informático para el análisis de los datos.

IV.3 Trabajo de campo

La recogida de datos a través del cuestionario y las entrevistas se realizaron en el mes de agosto de 2016 por los cuatro investigadores estudiantes de Medicina que se desplazaron a la zona. Previamente se contó con las indicaciones del Departamento de medicina preventiva para realizar de forma adecuada los cuestionarios y las entrevistas.

IV.4 Valoración ética

Para el presente estudio se solicitó la aprobación del Comité Ético de Investigaciones Clínicas del Área de salud de Valladolid (Anexo 4).

En terreno, se pidió el consentimiento tradicional al rey local de los baribás (etnia principal en la ciudad que ejercía función simbólica) y consentimiento formal al equivalente administrativo de alcalde. Se solicitó a los gerentes de los tres centros consentimiento oral y escrito (Anexo 4).

V. RESULTADOS

V.1. ANÁLISIS CUANTITATIVO DE LOS CUESTIONARIOS

En la tabla 3 se describe la distribución por rangos de edad y número medio de partos de la muestra.

Tabla 3: Características de la muestra

Nº de mujeres por rango de edad	Media de edad y Desviación típica	Media de partos y Desviación típica
72 ♀ 15-25 años	21,36 años (2,99)	1,44 partos (1,16)
100 ♀ 25-45 años	33,59 años (5,57)	4,03 partos (2,38)
21 ♀ >45 años	56,95 años (6,71)	6,76 partos (3,62)
11 ♀ Sin dato de edad	-	2,9 partos (2,28)
TOTAL: 204 ♀	31,62 años (11,64)	3,34 partos (2,70)

1.1 Lugar de partos previos

De las 204 mujeres encuestadas válidamente admitidas, con un total de 681 partos notificados la distribución de los lugares donde tuvieron lugar fue: centro de salud público 74,3%, hospital 13'1%, casa 7'6%, otra ciudad 3'5% y en la clínica privada 1'5%. El análisis por tramos de edad se muestra en la tabla 4.

Tabla 4: Distribución del lugar de los partos por edad

Grupo de edad	Nº de partos	Centro de salud		Hospital regional		En casa		Otra ciudad		Clínica privada	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15-25	104	72	(69,2)	25	(24)	3	(2,8)	1	(0,9)	3	(2,9)
25-45	403	316	(78'4)	48	(11,9)	27	(6,69)	5	(1,2)	7	(1,7)
>45	142	100	(70,4)	2	(1,4)	22	(15,5)	18	(12,7)	0	
Sin datos edad	32	18	(56,3)	14	(43,8)	0		0		0	

91.2 Satisfacción en cuanto a la atención en partos

De las 204 mujeres entrevistadas a 177 a las que se preguntó de forma válida por su satisfacción, el 80'7% refirieron sentirse satisfechas en un primer momento. Sin embargo, al realizar las preguntas abiertas sobre posibles causas de insatisfacción 10 mujeres más refirieron alguna causa de insatisfacción. Por lo que finalmente de las mujeres que contestaron, el 75'1% refirieron estar satisfechas con la atención al parto.

De las 44 mujeres que refirieron no estar satisfechas (24,9%), teniendo en cuenta que los motivos de insatisfacción podían ser varios, las causas (n=77) de insatisfacción en torno a la atención al parto fueron: trato y acogida (46%), dinero (18%), higiene (14%), distancia (5%), formación del personal (9%), otros (7%).

1.3. Utilización de recursos prenatales

Este apartado valora la percepción de la asistencia obstétrica y su integración como hábito integrado en la salud maternal, a través de los recursos prenatales básicos (la consulta prenatal (CPN) y la ecografía). Se valoró la utilización alguna vez de cualquiera de los dos los recursos por parte de las mujeres en algún embarazo.

Remarcar que el 32,8% de las mujeres refirieron consulta prenatal, el 17,6% no había recibido esta consulta y el resto no disponían de datos. En relación a la ecografía los datos muestran una utilización global del 4,4%, frente a un 31,4% que refería no haberla utilizado y del resto no se disponían de datos. Como información relevante se obtuvo que se consideraba a la ecografía como una prueba a realizar exclusivamente ante el malestar de la embarazada, y no como de diagnóstico rutinario obstétrico. En la tabla 5 se describen los datos por grupos de edad.

Tabla 5: Distribución de recursos prenatales por rangos de edad

Grupo de edad	Nº de mujeres n %	CPN			ECOGRAFÍA		
		Con CPN n %	Sin CPN n %	Sin datos n %	Con ECO n %	Sin ECO n %	Sin datos n %
15-25	72 (35,3)	32(44'4)	13(18'1)	27 (37'5)	5 (6'9)	26 (36'1)	41(56'9)
25-45	100(49)	34 (34)	15 (15)	51 (51'0)	4 (4'0)	28 (28'0)	68(68)
>45	21(10'3)	1(4'8)	6 (28,6)	14 (66'7)	0	9 (42'9)	12(57'1)
Sin dato edad	11(5'4)	0(0)	2 (18'2)	9 (81'8)	0 (0)	1(9'1)	10(90'9)

* Porcentajes relativos a su respectivo grupo de edad

V.2. ANÁLISIS CUALITATIVO ENTREVISTAS

1 Formación y relaciones entre los equipos sanitarios

1.1 Formación profesional adecuada, pero falta de contratación

Independientemente de su cargo asistencial, la mayor parte de los entrevistados consideraban adecuada su formación y la de sus compañeros. Alegaban que cualquier posible mala actuación profesional se debía a la presión asistencial y a la falta de personal para el volumen de pacientes, y no a la inexperiencia o falta de conocimientos.

“El sistema da a todos los centros personal cualificado; es insuficiente, pero está formado y ha pasado las oposiciones” Matrona Centro de salud.

“(hablando de las matronas) hace falta tiempo para que cojan experiencia. Salen del colegio y este es su primer trabajo entonces hay que enseñarlas. Sin embargo, puedo decir que confío 90% en ellas” Médico Hospital.

Por parte de las gerencias se percibía un especial interés en la formación continuada del personal; promoviendo sesiones de revisiones de casos, seminarios con organizaciones colaboradoras o llegando a financiar la realización de la especialidad médica.

“El hospital patrocina a médicos para que marchen a hacer la especialidad porque no siempre es fácil encontrar especialistas que quieran venir aquí con sus familias y pasar años lejos de centros urbanos con más posibilidades y oportunidades” Gerente Hospital.

“(sobre las enfermeras en prácticas) la idea es darles una formación en sanidad y socorrismo. Al ser de aquí de cada barrio, cada parte de la ciudad tendrá personas formadas para los primeros cuidados, sensibilización y evitar la automedicación” Gerente Clínica privada

“Todas las historias clínicas de muertes maternas son llevadas a auditorías, no para buscar la culpa sino para preguntarnos la causa, y formular recomendaciones” Médico Hospital.

1.2 Sobrecarga laboral

La principal causa de tensiones dentro del equipo de trabajo era el exceso de pacientes para la cantidad de profesionales contratados, así como los trámites burocráticos para los diferentes organismos de los que dependen (coordinador regional de zona sanitaria, Ministerio de sanidad, colaboradores de cooperación al desarrollo...), aunque estos se valoran positivamente de cara a mejorar los sistemas de información.

“Hay sobrecarga de trabajo, mucho papeleo, formalidades administrativas... cada vez que haces un parto hay muchos papeles que rellenar. No tenemos ordenadores” Médico Hospital.

“Estamos sobrepasados de trabajo, estamos habituado, no falta el trabajo. Pero a veces hay mucha necesidad de más personal; como otra matrona por turno, aunque reconozco que a veces sobra con una. Respecto al papeleo, es el único medio para almacenar información que tenemos.” Matronas hospital

2 Percepción de los profesionales sobre la asistencia

2.1 Calidad asistencial

En el centro de salud y clínica privada matronas y enfermeras se encontraban satisfechas con la manera de atender los partos.

“Me gusta mi trabajo, mi país y ayudar a la gente. Me ha gustado desde que soy pequeña y cuando crecí pude estudiarlo” Enfermera Centro de salud.

En los diferentes centros se refería satisfacción respecto a la manera de trabajar en los equipos (médicos, enfermeras y matronas). Se transmitía la información sobre los casos en los diferentes turnos a través de los dosieres escritos, además de reuniones esporádicas para plantear mejoras.

“La atención es buena, este hospital forma parte de los hospitales a nivel nacional en el que todo paciente llega a ser atendido por un médico. Por eso también hacemos el pase de planta; incluso si no estuviese en ese momento habrá quien podrá atenderle al haber visto en reunión todos los casos. Si alguien no es atendido, todo el mundo es castigado.” Médico Hospital.

Se identificaba como una de las áreas de mayor satisfacción la acogida en los centros tanto en hospital como en centros de salud. Afirmaban como prueba de ello el haber venido ellas mismas a parir a sus respectivos centros y no haber tenido problemas.

“Sí, la atención es buena, y vendría a parir aquí. A las mujeres les gusta venir porque no es caro, acogemos bien y si tienen complicación las derivamos al Hospital”. Matrona Centro de salud.

Sin embargo, una de las cuestiones que preocupan a todos los profesionales sanitarios del hospital y centro de salud público y es motivo de una baja calidad asistencial es la apertura de clínicas particulares con personal no médico o sin tener garantías para la atención en condiciones de esterilidad y de equipamiento. Se plantea en este sentido la responsabilidad estatal debido a las laxas regulaciones estatales.

“El principal problema (de salud pública) son los gabinetes de cuidados no autorizados dirigidos por personal no cualificado (en referencia a la clínica privada) ... El nuevo gobierno está haciendo reformas... las autoridades han comprendido que hay muchos fallos en el sistema” Médico Hospital.

“Hay centros clandestinos (que atienden partos) y que no trabajan con nosotros” Gerente hospital.

“Si las mujeres no están informadas van a centros en los que no se utilizan personal cualificado, a veces auxiliares” Gerente centro salud.

2.2 Falta de sensibilización y seguimiento embarazadas

Por parte de todos los profesionales se hacía referencia a un problema común: la no asistencia a los centros sanitarios de buena parte de las mujeres hasta el parto, o incluso hasta que este se complicaba. Esto limitaba cualquier intervención durante el embarazo como detección de infecciones, anomalías placentofetales, u otros problemas de salud maternas.

“Desgraciadamente no siempre vienen (mujeres a dar a luz) o por falta de medios o porque el marido no ha autorizado que venga. Cuando las lluvias comienzan la mujer debe esperar al marido para ir al médico y se retrasa” Coordinador zona sanitaria.

Se planteaba continuamente como prioridad el sensibilizar a las familias sobre la importancia de acudir a los centros, ya durante el embarazo, sin esperar a que haya complicaciones, siendo un punto crítico que mejorar por parte de los diferentes implicados.

“A veces se quedan mucho tiempo en casa y el trabajo (de parto) se prolonga, no van al centro de salud hasta mucho tiempo después siendo la situación a veces ya irrecuperable; la mayor parte de las causas de muerte es por esto... hay que sensibilizar en la importancia de la consulta prenatal” Médico hospital.

2.3 Requerimientos recursos materiales y humanos

A lo largo de todas las entrevistas el principal problema percibido era la falta de material en los diferentes centros (ecógrafo, analíticas, quirófano, personal) y en el caso de los privados de las vacunas del neonato.

“La sala de partos no es suficientemente grande... el quirófano está demasiado lejos de la maternidad; ante urgencias no llegamos a veces a recuperar a las mujeres por esta distancia... no tenemos ordenador, ni para imprimir” Médico hospital

“No tenemos un médico, y faltan enfermeras y técnico de laboratorio. Las pruebas de laboratorio las tenemos que mandar al hospital, igual que las ecografías. Aunque tuviésemos ecógrafo no tenemos ni matronas formadas ni técnico de reparación” Gerente centro de salud público.

2.4. Accesibilidad

Se identifica el coste de los servicios como un elemento que limita la accesibilidad de la población. Los precios son lo más bajos posibles para poder prestar una atención obstétrica adecuada, no obstante, siguen siendo percibidos como altos e inaccesibles por las familias menos pudientes.

“Subir los precios no es posible; el hospital se está planteando bajarlos para evitar que los pacientes huyan del hospital que consideran que es de ricos. Van a otros sitios donde se gastan menos y creen que pueden curar igual... Hay demasiadas muertes sobre todo entre la gente pobre” Médico hospital

Las dificultades de acceso a los servicios también se deben a la falta de infraestructuras de comunicación, la distancia y los caminos no adecuados desde los pueblos, o desde la periferia de la ciudad y el hecho de no haber ambulancias son elementos que influyen en la menor utilización de los servicios.

“Hay un problema en cuanto al medio de transporte: no hay ambulancias. El paciente tiene que arreglárselas para venir al hospital por pistas en mal estado” Gerente hospital.

3 Colaboración con el Estado y otros agentes externos

3.1 Dependencia de la ayuda externa

Los cargos asistenciales hacían referencia a la importancia de los acuerdos con ONGs para completar los costes de la asistencia materno-infantil (oxitocina, vacunaciones, antipalúdicos, mosquiteras...).

“Los precios son lo más bajos posibles, no pueden reducirse salvo que encontremos patrocinadores externos” Gerente hospital.

Sin embargo, la gerencia de los tres centros valoraba como muy limitante la regulación estatal sobre la dotación económica a centros, tanto públicos como privados, y la fijación estricta de precios.

“No podemos comprar fuera del presupuesto del Estado, son las ONGs nos dan dinero... no tenemos independencia financiera, la fijación de precios es estatal” Gerente Centro salud

Por último, destacar como dato interesante que en los diferentes discursos no se hizo ninguna referencia, ni crítica a la medicina tradicional realizada por curanderos.

3 Otros agentes implicados: curanderos y maridos

4.1 La Medicina tradicional

El curandero admitía que la asistencia que se le requerían era por falta de recursos económicos de las familias para acudir a los centros sanitarios. Además, aseguraba que recomendaba acudir al hospital en caso de complicación.

“Aquí vienen muchas mujeres sin medios... si con mi tisana hay dificultades las recomiendo ir al Hospital... No sería problema (que la asistencia hospitalaria fuera más barata, aunque él perdiese clientes), prefiero que todo el mundo vaya allí porque tienen los medios, la seguridad etc.”

No consideraba que hubiese una incompatibilidad entre medicina tradicional y moderna, ni que la tendencia de la primera fuese desaparecer.

“En el futuro la medicina tradicional aumentará porque hay gente que está estudiando para juntarlo con la medicina moderna”

4.2 Los maridos como condicionantes sociosanitarios

La figura del marido como agente clave en la salud maternoinfantil es muy variable en función del dinero disponible y de la etnia de origen. Si la mujer trabaja cuenta con un dinero propio con el que pagar directamente los gastos derivados del embarazo y parto.

“No ocurre en todas las casas (que el marido ponga el dinero para el parto), depende de la capacidad financiera. Trae muchos problemas el tema del dinero... depende también mucho de la diversidad cultural en Nikki” Grupo de discusión de maridos.

Las prioridades económicas en el seno familiar dejan de lado el seguimiento y asistencia durante el embarazo. La ecografía se considera únicamente como una prueba para cuando hay complicaciones mayores.

“Nadie se interesa por la consulta prenatal... si hay que quitar de algo de la ecografía... se ahorra el dinero para el parto... también para el bautismo en vez de para la consulta” Grupo de discusión de maridos.

La función maternal de las mujeres toma un peso prioritario dentro de su rol en la sociedad. Los maridos pueden apoyarlas en casos de infertilidad de la pareja, recomendar medicina tradicional y, en última instancia, abandonarlas si no logran descendencia.

“En África la familia es muy importante, una mujer que no puede tener hijos es marginada... si os amáis se supera juntos... se recurre a lo tradicional para embarazar en caso de problemas... el marido llega a dejarla o casarse con otras” Grupos de discusión maridos

VI. DISCUSIÓN

El principal lugar de atención al parto es el centro de salud público, con un leve incremento hacia la clínica privada y el hospital en las mujeres más jóvenes. Esta elección indica un fuerte peso del hábito personal y la costumbre familiar, al ser el centro que lleva más tiempo desempeñando esta función, siendo otro elemento clave de elección es el precio, ya que es ligeramente más barato que las otras alternativas. Similares conclusiones se han obtenido al respecto en otras comunidades africanas²¹. Por otro lado, la asistencia tradicional a los partos ha quedado relegada a situaciones de emergencia doméstica o familias con muy pocos recursos. Además, los propios curanderos consideran que se ha superado ya la fase de conciliación medicina moderna- tradicional que se plantea como necesaria en las naciones en vías de desarrollo²².

La mayoría de las mujeres declaran estar satisfechas con la atención, y entre las que no lo están la principal causa es el trato inapropiado por parte de los profesionales, seguido por el coste de los servicios. Esta insatisfacción con trato es un elemento que se ha identificado por otros estudios como un factor que genera un rechazo global hacia el sistema sanitario²³, siendo un elemento clave de mejora.

La consulta prenatal se percibe como necesaria por parte de los profesionales sanitarios, así mismo la mayor utilización de las mujeres menores de 45 años puede indicar que se considera una intervención importante, aunque los profesionales refieren que son consultas aisladas y no continuadas a lo largo del embarazo. La ecografía ha sido utilizada por pocas mujeres (menos de un 7%), en ningún caso en las más mayores, aunque el alto porcentaje de mujeres que no respondieron a esta pregunta hace que haya que interpretar los datos con cautela. En las mujeres que han utilizado la ecografía, no lo hacen como un método rutinario del seguimiento maternal, sino únicamente como prueba de diagnóstico ante malestar. Estos datos muestran la necesidad de incidir en la sensibilización de mujeres para que acudan a las consultas prenatales para controlar su embarazo y concienciándolas sobre las posibles complicaciones que se derivan de no acudir a tiempo a centros sanitarios, aspecto fundamental ya tratado en otros proyectos de cooperación²⁴.

El excesivo papeleo burocrático y la falta de personal en relación al volumen de pacientes atendidos es fuente de insatisfacción entre los sanitarios. Esto repercute negativamente sobre la atención a los partos, tarea especialmente estresante para el profesional sanitario, como prueban estudios al respecto en otras comunidades subsaharianas²⁵.

Para cualquier colaboración material con el sector público o privado ha de tenerse en cuenta que existe un sistema nacional de salud ya montado en el que toda ONG debe integrarse; tal como se viene reclamando desde hace unos años para otros países²⁶. Ya se han emprendido diversos programas internacionales, existen regulaciones de precios sanitarios y organismos que deben autorizar cualquier intervención. Por otro lado, se detecta una importante necesidad de regulación del sector para evitar una asistencia sanitaria sin garantías mínimas.

Las diferencias económicas determinan en mayor medida que la etnia, la religión, el rol del marido y la independencia de la mujer en la toma de decisiones referentes a su salud maternal. Esto, aunque depende de cada región africana, ya ha sido puesto en relevancia por diferentes estudios²⁷.

Limitaciones del estudio

La falta de registro de las características de las mujeres que no quisieron participar en el estudio, así como el hecho de no haber realizado una prueba piloto del cuestionario ha derivado en dificultades en los registros que explican las tasas de desconocidos en los datos sobre ecografía y consulta prenatal.

Por otro lado, las fuertes barreras culturales han podido sesgar la perspectiva de las mujeres al ser encuestadas.

La bibliografía en relación a los aspectos estudiados es escasa, lo que hace difícil la comparación de los resultados.

Los datos obtenidos de este estudio, como cualquier otro que utiliza la metodología cualitativa no son extrapolables a otras realidades diferentes a la estudiada.

VII.CONCLUSIONES

- En Nikki la mayoría de los partos se realizan en el centro de salud público, con un ligero ascenso en el hospital y clínica privada en población más joven. La formación de los profesionales se valora como buena, pero existe una infradotación para la presión asistencial existente.
- La mayoría de las mujeres están satisfechas con la atención que reciben, y aquellas que no lo están refieren como principal causa el trato profesional inadecuado.
- La consulta prenatal es percibida como necesaria, aunque se realiza de manera aislada y no continuada. La ecografía no se emplea como método rutinario de seguimiento maternal.

- El personal sanitario identifica como puntos críticos en la atención al embarazo y parto de las mujeres de Nikki:
 - o La falta de asistencia a la consulta prenatal preventiva y periódica.
 - o Las dificultades en la accesibilidad a los centros hospitalarios por los precios y los medios y vías de transporte.
 - o La coordinación entre los diferentes tipos de centros que prestan atención.
 - o La falta de presupuesto para disponer de determinados elementos básicos (ecógrafos, vacunas, fármacos...), que en muchas ocasiones depende de la ayuda de ONG o de proyectos internacionales.
 - o La falta de normativa e inspección que permite la apertura de servicios de atención al parto sin garantías.
- La atención al parto por parte de curanderos ha quedado relegado a familias sin recursos o casos de urgencia domiciliaria.
- Los maridos juegan un papel clave en la salud materno infantil, no tanto como obstaculizadores de la atención que reciben las mujeres sino como generadores de la renta necesaria para su coste.

Estos datos son importantes de cara a continuar y mejorar las futuras actuaciones de cooperación en la zona, que deberán intentar incidir en estos puntos críticos, especialmente mediante programas de promoción de la salud materno infantil tanto con las mujeres como con los hombres, así como intentar fomentar un trabajo en red desde los diferentes recursos o mejorar los medios materiales.

VIII. OTROS

a. Agradecimientos

Al resto de investigadores Carmen Basavilbaso, Amaya Goñi y Miguel Ángel Rojo. Al equipo de profesores colaboradores (Ana Almaraz, Ignacio Rosell, Pablo Bachiller, Ángel Martínez, Claudio Navarro, Elena Pérez, Purina Gutiérrez, Susana Sánchez), a la facultad de Medicina de Valladolid y a OAN International y su sede en Valladolid.

b. Disponibilidad material

Todo el material de entrevistas y cuestionarios, así como sus bases de datos online son de libre acceso mediante solicitud al mail marcossanchezsanchezz@gmail.com

c. Conflicto intereses

El autor declara no existir conflicto de intereses.

IX. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ International Classification of Diseases, 10th Revision. *The Health Care Manager*. 2011;30(4):371.
- ² Maternal mortality. World Health Organization. 2016 [citado 30 enero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>
- ³ Maternal mortality ratio [Internet]. African Health Observatory. 2017 [citado 30 enero 2017]. Disponible en: <http://www.aho.afro.who.int/en/data-statistics/maternal-mortality-ratio>
- ⁴ Fathalla M, Rosenfield A, Indriso C, Sen D, Ratham S. Mortalidad materna. En: Fathalla M, Rosenfield A, Indriso C, Sen D, Ratham S, editores. *Salud reproductiva. Aspectos globales*. FIGO. Manual de Reproducción Humana. Barcelona: EdikaMadSL; 1990. p. 85-104.
- ⁵ Oluwole D. An overview of the antenatal and newborn health situation in the African Region. *African Health Monitor*. 2004. p.2-4.
- ⁶ The Global strategy for women's, children's and adolescent's health (2016-2030). Amina J. Mohammed, Nana Taona Kuo. Italy: *Every Woman Every Child*; 2016. p. 14-21.
- ⁷ "Maternal Mortality - UNICEF DATA". UNICEF DATA. N.p., 2014. Web. 30 Jan. 2017. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>
- ⁸ Carrera JM et al. Mortalidad materna en África. *Prog Obstet Ginecol*. 2007;50(7):405-19
- ⁹ UNICEF WCARO –Leading and underlying causes of maternal mortality. 2008. [citado 15 feb. 2017]. Disponible en: www.unicef.org/wcaro/overview_2642.html
- ¹⁰ Paxton A, Bailey P, Lobis S, Fry D. Global patterns in availability of emergency obstetric care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2006;93(3):300-307
- ¹¹ Ministère de la santé du Bénin. *Annuaire des statistiques sanitaires*. Zonesanitaire de Nikki- Kalalé- Pereré. 2013. Disponible en: http://www.sante.gouv.bj/documents/DDS_BA/NKP/ANNUAIRE_STATISTIQUES_2013_ZS-NKP-1.pdf
- ¹² Caroly Fisher Sargent. *Maternity, Medicine, and Power: Reproductive Decisions in Urban Benin*. University of California Press; 1989. 36-40
- ¹³ Vázquez-de-Francisco, M. J., Torres-Jiménez, M., Caldentey-del-Pozo, P. (2015). Límites del marco lógico y deficiencias de la evaluación tradicional de la cooperación al desarrollo para medir impacto. *Iberoamerican Journal of Development Studies*, 4 (2): 80-105
- ¹⁴ Greenhalgh T, Taylor R. How to read a paper: Papers that go beyond numbers (qualitative research). *BMJ* 1997; 315:740-743.

-
- ¹⁵ How J, Abitbol J, Lau S, Gotlieb W, Abenhaim H. The impact of Qualitative research on Gynaecologic Oncology guidelines. 2015.
- ¹⁶ Tariq S, Woodman J. Using mixed methods in health researchs. *JRSM Short Reports*. 2013;4(6):204253331347919.
- ¹⁷ Pope C, Mays N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311:42-5.
- ¹⁸ Nebot M, María García A. La investigación cualitativa en Gaceta Sanitaria: bienvenida y mejor valorada. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18(1):5-6.
- ¹⁹ Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014.
- ²⁰ Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and methods in change. *Eur J Public Hlth*. 1997; 7: 357-363
- ²¹ Seljeskog L, Sundby J, Chimango J. Factors Influencing Women's Choice of Place of Delivery in Rural Malawi-An Explorative Study. *African Journal of Reproductive Health*. 2006;10(3):66.
- ²² Kayombo E. Impact of Training traditional birth attendants on maternal mortality and morbidity in Sub-Saharan African countries. *Tanzania Journal of Health Research*. 2013;15(2).
- ²³ Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Gülmezoglu AM. Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG* 2016; 123:671–674.
- ²⁴ Nikiema B, Beninguisse G, Haggerty J. Providing information on pregnancy complications during antenatal visits: unmet educational needs in sub-Saharan Africa. *Health Policy and Planning*. 2009;24(5):367-376.
- ²⁵ Gerein N, Green A, Pearson S. The Implications of Shortages of Health Professionals for Maternal Health in Sub-Saharan Africa. *Reproductive Health Matters*. 2006;14(27):40-50.
- ²⁶ Ejaz I, Shaikh B, Rizvi N. NGOs and government partnership for health systems strengthening: A qualitative study presenting viewpoints of government, NGOs and donors in Pakistan. *BMC Health Services Research*. 2011;11(1).
- ²⁷ Asfawosen Aregay, Mussie Alemayehu, Huruy Assefa, Wondeweson Terefe, Factors Associated with Maternal Health Care Services in Enderta District, Tigray, Northern Ethiopia: A Cross Sectional Study, *American Journal of Nursing Science*. 2014; 3(6): 117-125.