

Spring 2013

La Comunicación entre las Mujeres Embarazadas y el Personal Médico Durante el Control Prenatal en el Hospital Álvarez en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina = The Communication Between Pregnant Women and Their Doctors During Prenatal Care in Hospital Alvarez in the city of Buenos Aires, Argentina

Rebecca Oran

SIT Study Abroad, oranr@kenyon.edu

Follow this and additional works at: http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection

 Part of the [Maternal and Child Health Commons](#), [Public Health Education and Promotion Commons](#), and the [Women's Health Commons](#)

Recommended Citation

Oran, Rebecca, "La Comunicación entre las Mujeres Embarazadas y el Personal Médico Durante el Control Prenatal en el Hospital Álvarez en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina = The Communication Between Pregnant Women and Their Doctors During Prenatal Care in Hospital Alvarez in the city of Buenos Aires, Argentina" (2013). *Independent Study Project (ISP) Collection*. Paper 1581. http://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1581

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact digitalcollections@sit.edu.

La comunicación entre las mujeres embarazadas y el personal médico durante el control prenatal en el Hospital Álvarez en la ciudad de Buenos Aires, Argentina

The communication between pregnant women and their doctors during prenatal care in Hospital Alvarez in the city of Buenos Aires, Argentina

Rebecca Oran

Consejera: de la investigación Mariana Romero

SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos

SIT Argentina: Public Health in Urban Environments

Primavera 2013 Spring 2013

La comunicación entre las mujeres embarazadas y el personal médico durante el control prenatal en el Hospital Álvarez en la ciudad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

En los últimos años, la mortalidad materna ha sido un problema en la Argentina. Después de la firma de los Objetivos del Milenio de las Naciones Unidas, Argentina sostuvo la tasa de mortalidad materna tres veces más alta que sus vecinos, Chile y Uruguay. Aunque la mayoría de la literatura no demostró una conexión entre el cuidado prenatal y la reducción de la mortalidad materna, en situaciones de alta mortalidad, hay consenso sobre la necesidad de contacto y comunicación entre la mujer y sus médicos durante el embarazo. Este estudio intentó examinar cómo ven esta comunicación los médicos y pacientes y, si creen que hay aspectos para mejorar y cómo piensan que podrían cambiar sus estrategias de comunicación. Este estudio se realizó en el Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez en el barrio de Flores en Buenos Aires, Argentina.

Para ello, se hicieron entrevistas con pacientes embarazadas y sus médicos durante su cuidado prenatal en el Hospital Álvarez. 15 mujeres entre las edades de 17 y 37 años fueron entrevistadas con relación a las expectativas que rodean la comunicación con su médico durante su cuidado prenatal. Del mismo modo, 5 médicos fueron entrevistados sobre las expectativas de comunicación con sus pacientes mientras proporcionan el cuidado prenatal. Las doctoras y las mujeres dieron información desde perspectivas diferentes de la misma relación médico-paciente, arrojando luz sobre las opiniones y las expectativas de ambas partes. Además, fueron utilizadas fuentes secundarias para construir un marco teórico para la interpretación y la evaluación de las entrevistas.

En este estudio, la mayor parte de la información proporcionada por las doctoras y las pacientes sobre la comunicación entre ellos fue la misma. Tanto las doctoras como las pacientes coincidieron en que tenían una “comunicación muy

buena," así como en muchos de los detalles más pequeños de la atención prenatal. Sin embargo, en el Hospital Álvarez, las barreras internas y externas, tales como las dificultades culturales, financieras y educativas, impiden el acceso de las mujeres a la información prenatal y la capacidad de los médicos para ofrecer información de forma clara. Esto, a su vez, afecta la capacidad de tener una comunicación óptima en la relación médico-paciente.

Abstract

In recent years, maternal mortality has continued to be a problem in Argentina. Even after the passage of the United Nations Millennium Goals, Argentina continued to have maternal mortality rates three times as high as its' neighbors, Chile and Uruguay. Although the majority of the literature does not demonstrate a connection between prenatal care and the reduction of maternal mortality, in situations of high mortality, there is consensus surrounding the need for contact and communication between the woman and their doctors during their pregnancy. This study attempted to examine how both doctors and patients see this communication and how, if there are areas for improvement, they can each change their communication strategies. This study took place at the Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Alvarez in the neighborhood of Flores in Buenos Aires, Argentina.

This study was based on interviews with pregnant patients and their doctors during their prenatal care at Hospital Alvarez. 15 women between the ages of 17 and 37 were interviewed regarding their expectations surrounding their communication with their doctor during their prenatal care. Similarly, 5 doctors were interviewed regarding their expectations surrounding communication with their patients while providing prenatal care. They provided information on the two different sides of the same doctor-patient relationship, shedding light on the opinions and expectations of both sides. Also, secondary sources were utilized to build a theoretical framework for interpreting and evaluating the interviews.

In this study, the majority of the information provided by the doctors and the patients surrounding doctor-patient communication was the same. Both the doctors and the patients agreed that they felt that they had very good communication as well as many of the smaller details of prenatal care. However, in Hospital Alvarez, the internal and external barriers, such as cultural, financial and educational challenges, prevent the women from accessing prenatal information and the doctors from clearly delivering information. This, in turn, affects the ability to have optimal communication in the doctor-patient relationship.

Índice

Agradecimientos	5
Introducción	6
El problema de la mortalidad materna en la Argentina y la ciudad de Buenos Aires	7
La mortalidad materna como un problema relacionado con la atención prenatal	8
La importancia de la comunicación entre las mujeres embarazadas y personal médico durante el embarazo y la atención prenatal	9
Marco conceptual	11
La relación médico-paciente: metas y desafíos	11
El papel de la profesionalidad en la relación médico-paciente	12
Las formas de comunicar en la salud	14
Metodología	16
Población y ubicación de las investigaciones	16

Trabajo del campo y entrevistas	16	
Desarrollo y análisis de los resultados	18	
I. Desarrollo de los resultados.....	18	Entrevista
.....		Entrevista
.....		
II. Las barreras en la comunicación	29	Las
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		Los
Las limitaciones y reflexiones de la investigación	37	Limitacion
.....		Reflexione
.....		
Conclusiones.....	40	
Bibliografía.....	43	
Anexo.....	47	
Pautas de las entrevistas	47	
.....Entrevistas con las mujeres	47	
.....Entrevistas con las doctoras	49	

Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a ...

 Mi consejera, Mariana Romero, por toda su ayuda y sus ideas durante este proceso

 Mi directora académica, Ana Rita Díaz Muñoz, por su apoyo y paciencia durante mi trabajo y por su ayuda con todos mis contactos

Mi profesora de español, AnaVazeilles, por todo el tiempo que pasó haciendo revisiones y sugerencias sobre mi trabajo

La doctora Ana Messina, por su ayuda y mis contactos en el hospital

Las mujeres y las doctoras en el Hospital Álvarez, por su tiempo y sus palabras, fueron las que hicieron posible este trabajo

Valeria Lliubaroff, por su ayuda y apoyo no solo durante este proceso, sino también, durante todo el programa

No lo hubiera logrado sin la ayuda de todas estas persona y por esta razón les doy mi sincero y profundo agradecimiento.

Es muy difícil poder dar cuenta de todos los que hicieron posible este proyecto, así que aaquellos que no fueron nombrados, gracias también.

La comunicación entre las mujeres embarazadas y el
personal médico durante el control prenatal en el Hospital
Álvarez
en la ciudad de Buenos Aires, Argentina

Aunque es una interacción frecuente de la mayoría de la gente con el sistema de salud, la relación médico-paciente sigue siendo una relación complicada arraigada en la ética y en el profesionalismo que une dos perspectivas diferentes. Esta relación se ha estudiado durante siglos, pero al basarse en interacciones humanas, es algo siempre complejo de medir. Además, esta relación varía de paciente a paciente y de médico a médico, según el contexto y las razones de búsqueda de atención. Es decir, si bien está dictada por algunos límites profesionales, sigue siendo recreada por las expectativas y las personalidades de cada médico y cada paciente.

En Argentina, gran parte de estas relaciones médico-paciente durante el embarazo se producen en el sector público de salud debido a que la mayoría de los nacimientos ocurren en los hospitales públicos. En 2009, según el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, en Argentina, hubo 745.336 nacimientos. La casi totalidad (99,4%) ocurrieron en instituciones ya sea públicas (56%) o privadas (44%). También casi todos (97,8%) fueron asistidos por personal calificado (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2012).

Este estudio investigó las diferentes dimensiones de la comunicación entre médico y paciente durante la atención prenatal en el Hospital Álvarez, un hospital público en Buenos Aires. A través de entrevistas a pacientes y médicos durante la atención prenatal, el estudio intentó examinar algunos de los desafíos,

obstáculos y formas para mejorar esta comunicación, así como los dos puntos de vista de esta comunicación: el de los pacientes y el de los médicos.

El problema de la mortalidad materna en la Argentina y la ciudad de Buenos Aires

En el año 2000, después de la Declaración del Milenio, la ONU desarrolló los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas, un conjunto de ocho objetivos que pretende abordar algunos de los "problemas más graves del mundo." El quinto objetivo, mejorar la salud materna, intentaba alcanzar dos aspectos antes de 2015: "reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna" y "lograr el acceso universal a la salud reproductiva" (Naciones Unidas n.d.). Doce años más tarde, el éxito en el logro de tasas de mortalidad materna entre los países del cono sur difiere en gran medida, particularmente entre Argentina y sus vecinos, Chile y Uruguay. Hasta la fecha, Argentina tiene tasas de mortalidad materna tres veces más altas que Uruguay y Chile, pero gasta más en salud per cápita que cualquiera de sus vecinos (Valente, 2011).

Según los objetivos del Milenio de Naciones Unidas, la mortalidad materna se define como "la muerte como consecuencia de las complicaciones del embarazo o el parto" (Naciones Unidas, n.d.). Las muertes maternas se deben en su mayoría a complicaciones, como hemorragia, hipertensión y abortos inseguros.

"[La mortalidad materna es] la causa de defunción de la mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales" (OPS/OMS, 1995:139).

Según el Ministerio de Salud (2012), en Argentina, en 2011, había 4 muertes de madres cada 100.000 nacidos vivos. En el mismo año, la ciudad de Buenos Aires tenía una tasa de mortalidad materna de 1,3 por 100.000 nacidos vivos. En comparación con otras provincias, como Formosa y Jujuy, esta es bastante baja y ha sido la más baja del país en los últimos 25 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

La mortalidad materna como un problema relacionado con la atención prenatal

Aunque la mayor parte de la literatura no ha demostrado una conexión entre la atención prenatal y la reducción de la mortalidad maternal, en situaciones de alta mortalidad, existe un consenso sobre la necesidad de contacto y comunicación entre la mujer y los servicios de salud. Sin embargo, se ha demostrado que hay algunas intervenciones durante el embarazo que ayudan a

la reducción del riesgo de la muerte de la madre. En general, estas intervenciones se aplican a condiciones crónicas durante el embarazo, tales como la anemia, los trastornos hipertensivos del embarazo (HDPs) y otras infecciones. En estas situaciones, durante el embarazo, los médicos deben tratar de detectar y reducir estos riesgos (Carroli et. al., 2001).

La atención prenatal se puede dividir en varias categorías de intervenciones basadas en la evidencia: intervenciones de cuidado, intervenciones conductuales y nutricionales antes y durante el embarazo, prevención y tratamiento de trastornos e infecciones durante el embarazo, detección y control durante el embarazo y el parto. Este tipo de intervenciones han demostrado ser eficaces para reducir no sólo las muertes maternas, sino también los mortinatos. Juntos, estos tipos de intervenciones estructuran la base de muchos programas de cuidado prenatal y son algunos de los aspectos sobre los que los doctores intentan transmitir información durante el embarazo (Brouwere et. al., 2010).

Además, no es sólo "la disponibilidad de atención prenatal y servicios de salud, sino también cómo los servicios se refieren a los pacientes" (Brouwere&Lerberghe, 2001). Los servicios más eficaces de atención prenatal para reducir la mortalidad materna son aquellos en los que la atención no es sólo una transacción, sino que se establece una relación. En los países con un nivel

comparable de riqueza o de pobreza, pero diferentes tasas de mortalidad materna, la calidad de los servicios prenatales puede constituir el factor responsable de las complicaciones, lo que sugiere una importancia no sólo en la oferta de servicios prenatales, sino también en la oferta de servicios que construyen relaciones con los pacientes (Brouwere&Lerberghe, 2001).

La importancia de la comunicación entre las mujeres embarazadas y el personal médico durante el embarazo y la atención prenatal

Existe un consenso general en el campo de la medicina acerca de la importancia de la comunicación entre los pacientes y sus médicos durante el embarazo, particularmente durante la atención prenatal. Según el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del Reino Unido (2008), las mujeres embarazadas no sólo deben contar con suficiente información para tomar una decisión informada, sino también recibir "información escrita, basada en la evidencia de los necesidades [de las mujeres]." Además, los cuidados y las instrucciones durante las interacciones deben ser personalizados y culturalmente apropiados. Toda la información debe ser accesible a todo tipo de mujeres, incluyendo a aquellas que tienen discapacidades o no hablan el idioma del país. Finalmente, según el informe, el punto de vista de las mujeres debe considerarse incluso si contradicen las opiniones del médico (NICE, 2008).

Durante años, se ha estudiado la relación médico-paciente a través de muchas disciplinas diferentes. Esta relación ha sido llamada la "piedra angular de cuidado." La mayoría de los encuentros de la gente con el sistema de la salud corresponde a sus interacciones y su comunicación con sus doctores. De esa manera, su impresión del sistema depende de esta comunicación y para muchas personas, esta relación tiene importancia. En el estudio de Lipkin y Goold, se sostiene que este momento es aún más crítico para las poblaciones vulnerables y pacientes que confían más en el conocimiento y habilidades del médico. Sin embargo, aunque más a menudo dependen de esta interacción, no siempre saben las formas de aprovechar al máximo las mismas (Lipkin& Goold,1999).

Sin embargo, la concepción que los pacientes pueden tener de esta relación podría diferir mucho de las formas en las que los médicos la comprenden. El médico puede decir una cosa y el paciente podían escuchar algo más. ¿Ocurre esto? ¿Cuáles son los objetivos de ambos lados? Quiero ver cómo los pacientes de diferentes edades utilizan al médico como un recurso y cómo estose diferencia entre distintos pacientes. ¿Cómo define cada uno esta relación? ¿Qué importancia, si la hay, colocan en la relación? ¿Cómo influye la percepción de la atención prenatal en la relación con su médico o desde el punto de vista del médico, su relación con el paciente? ¿Cómo se sienten los pacientes con respecto

a sus interacciones con los médicos? ¿Cómo se sienten los médicos con respecto a su interacción con los pacientes?

Marco Conceptual

La relación médico-paciente: metas y desafíos

Aunque la relación médico-paciente a menudo sea la interacción más frecuente del paciente con el sistema de la asistencia médica y una parte valiosa del tratamiento durante el embarazo, esta no deja de ser una relación interpersonal como otras con dos subjetividades que se encuentran y deben transitar el proceso del embarazo, en este caso.

Debido a los desafíos que a menudo se enfrentan en esta relación, las distintas Facultades de Medicina, y también el Departamento de Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina en la Universidad Nacional de La Plata, han comenzado a integrar materias relacionadas con Humanidades Médicas en su currículo. Las universidades intentan definir la diferencia entre el comportamiento humanitario y humanista en esta relación.

Según Leopoldo E. Acuña, Presidente de dicho Departamento:

""Humanitarismo" había sido tradicionalmente relacionado con actitud profesional del médico de la compasión, la caridad y la

beneficencia hacia los que sufren (...) Pero "humanista" significa algo diferente. Este término se refería al nivel personal de sensibilidad hacia la comprensión y participación con el paciente que un médico potencial podría adquirir a través de una educación médica orientada a las Humanidades. "La sensibilidad" se refería a la capacidad de un doctor para registrar y evaluar en términos morales su propio comportamiento hacia el paciente. "El entendimiento" significaba la capacidad para la compasión, para situarse desde el punto de vista de la víctima. "La participación", finalmente, significaba que el doctor da ayuda a alguien que la busca" (Acuña, 2000).

Sin embargo, aun si estos principios se enseñan, ¿cómo se traducen entonces a la acción? ¿Cómo los interpretan los diferentes doctores de acuerdo con su visión? ¿Qué significa para un doctor ser capaz de registrar moralmente y evaluar su comportamiento hacia el paciente? ¿Aunque el doctor opine que tiene una actitud compasiva, eso significa que el paciente opina lo mismo? Hay mucho espacio para la interpretación dentro de las pautas y suposiciones perfiladas para los doctores. Esto hace que esta "clave del cuidado" sea más bien un área gris en las interacciones diarias entre doctor y pacientes.

El papel de la profesionalidad en la relación médico-paciente

Por otra parte, la relación médico-paciente no es sólo una relación complicada debido a la interpretación de los términos claves, sino también, debido a las normas profesionales y éticas de los médicos. La relación médico-paciente puede definirse como una relación fiduciaria, término proveniente del latín *fiducia* que significa "confianza." A través de sus estándares profesionales y la ética, los médicos están sujetos a un código de reglas que "reconocen el carácter especial de estas relaciones médicas" (Universidad de Washington, 1998). Los comportamientos, como no revelar la información privada o hacer un diagnóstico preciso, no son sólo lo que el paciente espera, sino que forman una parte de la profesionalidad que viene con el hecho de ser médico.

En el estudio de Talcott Parsons en 1951, el sociólogo analizó y explicó la dinámica de esta relación y por qué los pacientes esperan que su médico se comporte de cierta manera. Parsons estaba más interesado en la desviación de las normas sociales y cómo la sociedad es capaz de funcionar en armonía y responder a los problemas de desviación. Sin embargo, durante su investigación, llegó a la conclusión de que "el funcionamiento social se logra en parte a través de la existencia de papeles institucionalizados con modelos prescritos del comportamiento" (Morgan n.d. :50) Una vez que somos conscientes de cómo

alguien debería actuar, esperamos que ellos actúen así. En el caso de un médico, esperamos que aplique sus conocimientos a los problemas de salud, actúe para el bienestar de los pacientes y la comunidad más que en función de su interés, sea objetivo y emocionalmente independiente y finalmente, se guíe por las reglas de la práctica profesional (Morgan n.d.). Todas estas expectativas provienen de nuestro conocimiento del papel que desempeñan y el juramento ético que deben seguir. En este sentido, la relación médico-paciente está arraigada no sólo en valores personales, sino en las expectativas profesionales también.

Las formas de comunicar en la salud

Las formas tradicionales de proveer información en la salud han sido la vía oral (médicos u otros agentes de salud), la escrita o los videos. Tradicionalmente, durante la consulta prenatal, el médico se sienta con las mujeres para darles la información oralmente en cada visita. Sin embargo, esta comunicación no existe en un mundo perfecto, sino más bien, un mundo lleno de pacientes y médicos que a menudo tienen un tiempo limitado. Los pacientes no tienen los medios financieros para ir al médico o los médicos creen que no pueden cumplir su función de transmitir la información que necesitan o desean hacer recordar a sus pacientes sobre su control prenatal, por ejemplo. Aunque se han hecho muchos intentos para corregir algunos de estos problemas, aún hay

grandes lagunas en términos de la capacidad del médico para comunicar información prenatal o el seguimiento con el paciente entre las visitas o dar información si no se presentan para su visita médica. Esto ha hecho que se exploren nuevas vías tales como el eHealth.

EHealth, o salud móvil, es un movimiento en el que los médicos son capaces de utilizar la tecnología móvil para comunicarse con sus pacientes. En el caso de la atención prenatal, varios programas han surgido alrededor del mundo en que los médicos envían los hechos sobre la atención prenatal a sus pacientes, así como la información sobre su propio cuidado prenatal durante el embarazo. EHealth se ha encontrado potencialmente eficaz para ayudar con algunas de las barreras en la comunicación médico-paciente, como el tiempo limitado, el problema de transporte a las citas y la necesidad de repetir información.

En el estudio de Cormick et. al., les preguntaron a mujeres en Rosario, Santa Fe y Mercedes, Corrientes si tenían acceso a teléfonos celulares y en ese caso, si estarían interesadas en recibir actualizaciones médicas durante su embarazo por mensajes de texto. La mayoría de las mujeres no sólo tenía acceso a teléfonos celulares, sino que estaría interesada en recibir mensajes de texto con información sobre su atención prenatal y su embarazo. En los resultados, el 96% de las mujeres dijo que les gustaría recibir mensajes de texto con este tipo de

información. En las conclusiones, los autores determinaron que las mujeres se beneficiarían de un programa eHealth en Argentina (Cormick et. al., 2012).

La bibliografía que rodea eHealth es confusa en este momento en cuanto a si ayudará o hará daño a la comunicación. Estudios, como el de Cormick y. al., han mostrado que las mujeres apreciarían los recordatorios y otros estudios han mostrado que las mujeres realmente encuentran los recordatorios provechosos y una manera buena de recibir la información. Sin embargo, debido a la novedad del campo, no se ha hecho mucho trabajo para determinar si realmente mejora la comunicación entre el paciente y el doctor. Además, la introducción de una barrera tecnológica entre el doctor y el paciente puede hacer aun más confusa la evaluación de los posibles beneficios. Esto podría ser un área interesante para explorar en el futuro.

Metodología

Población y ubicación de las investigaciones

Este estudio fue elaborado y llevado a cabo durante fines de mayo y principios de junio de 2013. La mayoría de las entrevistas se realizó en el departamento de obstetricia del Hospital Álvarez en el barrio de Flores en Buenos Aires, Argentina. Esta división obstétrica ofrece atención de nivel II.

Este hospital fue seleccionado por varias razones. En primer lugar, debido a las conexiones de mi consejera y mi directora del programa, era más fácil tener acceso e información sobre el hospital. Después de hacer contacto con la directora de la división obstétrica, he podido contar con los contactos de las entrevistas: los médicos y las pacientes. En segundo lugar, el hospital tenía una población interesante para entrevistar en relación con mi estudio. Trabaja con una gran población boliviana, lo cual hace más compleja e interesante la comunicación entre los médicos y pacientes debido a factores culturales e idiomáticos.

Como hospital público en Buenos Aires, el Hospital Álvarez tiene una división de obstetricia importante que "asiste a mujeres durante el embarazo, nacimiento y el puerperio" (Hospital Álvarez, n.d.). También, tiene diagnóstico del cuidado prenatal, incluyendo urgencias e internación, ecografía programada, detección de estreptococo B-hemolítico, y monitoreo fetal durante el embarazo. El hospital tiene 1,500 partos cada año.

Trabajo de campo y las entrevistas

El trabajo de campo se basa en las entrevistas en el Hospital Álvarez con las mujeres embarazadas y sus médicos. Mediante un cuestionario de un estudio de la Organización Mundial de la salud de 2002 que examinó si las mujeres y los

proveedores están satisfechos con la atención prenatal, dos guías de entrevista fueron desarrolladas para preguntarles a las mujeres y a sus médicos acerca de su comunicación (ver anexos I & II) (Langer et. al., 2002). Quince mujeres embarazadas, entre las edades de 17 y 37, fueron entrevistadas acerca de diversos aspectos de la comunicación y de la percepción de su comunicación con sus médicos. Las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de espera mientras las mujeres estaban esperando para reunirse con su médico o después de su cita con sus médicos. La investigadora preguntó si las mujeres estarían interesadas en participar en el estudio. Si era así, las mujeres leían y entregaban un formulario de consentimiento informado, en el que se describía el propósito del estudio y se les permitía abandonar el estudio en cualquier momento. A continuación, se les hacían varias preguntas acerca de su situación, tales como su edad, cuántos años de escuela habían cumplido y si la que habían terminado, y si era su primer embarazo, para conocer más sobre la mujer y situar sus respuestas. Después, cada entrevista consistía en una serie de preguntas sobre la presentación de la información, el contenido de la información, la calidad y la cantidad de su comunicación con su médico, y cómo se sentían sobre su comunicación con su médico y lo que cambiaría en el futuro (ver anexo I). Cada entrevista duró veinte minutos y fue grabada con el consentimiento de la mujer.

Además, cinco médicos que trabajan en el Hospital Álvarez fueron entrevistados para obtener información acerca de cómo los médicos perciben la comunicación con sus pacientes. Dos residentes de obstetricia, un concurrente a obstetricia, la jefa de residentes y una doctora de planta y guardia fueron entrevistados. A las doctoras también se les ofreció un formulario de consentimiento informado con las intenciones del estudio, así como con la comunicación de su derecho a dejarlo en cualquier momento. Los médicos completaron preguntas similares a las mujeres embarazadas con respecto a sus percepciones de la comunicación con sus pacientes, así como los posibles obstáculos en el sector de las comunicaciones y las áreas de mejora en el futuro (ver anexo II).

I. DESARROLLO Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Resultados de las entrevistas a las mujeres

Las 15 mujeres que fueron entrevistadas para este estudio tenían entre 17 y 37 años. Las mujeres habían superado el primer trimestre del embarazo y la mayoría estaba en el octavo o noveno mes. También, para la mayoría de las mujeres, este era su primer embarazo.

En el caso de los niveles de educación de estas mujeres, el último año de escuela que la mayoría completó fue la escuela secundaria (ver tabla I).

Tabla I: La población de las mujeres en el estudio

¿Cuántos años tiene?	17-37 años
¿De cuantos meses está?	4-9 meses, la mayoría estaba en el octavo o noveno mes
¿Este es su primer embarazo o ha tenido otros?	11 mujeres – su primer embarazo 4 mujeres – habían tenido otros bebés
¿Cuál fue el último año de escuela que completó?	11 mujeres – la escuela secundaria 3 mujeres – la escuela primaria 1 mujer- no completó el nivel básico

En términos de cómo las mujeres habían recibido información que rodeaba al embarazo, la mayoría de las mujeres había recibido y prefería recibir información por vía oral. Sin embargo, 3 mujeres manifestaron que preferían recibir su información de una manera escrita como en un folleto o una hoja. Todas las razones citadas para la elección de sus métodos de comunicación preferidos se referían a su capacidad para entender la información claramente. Para aquellas que preferían recibir la información por vía oral, las razones incluían la personalización de la información, la cantidad de información proporcionada, la capacidad para entender más, el contacto con la doctora, y la posibilidad para preguntar al médico. Las mujeres que estaban a favor de recibir información oral mencionaron frases como *“Es más personal que ‘el embarazo.’ Se puede hablar sobre un embarazo específico.”* o *“Más contacto”* o *“Se puede preguntar a la doctora.”* Sin embargo, algunas mujeres vieron méritos en la distribución de la información escrita. Una de las mujeres que dijo que prefería

un folleto para distribuir información dijo, “ *[El médico] me informa muy poquito. El folleto es más fácil de entender y puedo memorizarlo y leerlo otra vez.*”

Sin embargo, más allá de la forma en que la información se presenta, las mujeres estuvieron bastante divididas sobre si los médicos repiten la información muchas veces o sólo una vez. 8 mujeres afirmaron que los médicos les daban la información muchas veces y 7 afirmaron que los médicos sólo les daban la información una vez. Sin embargo, las mujeres dijeron que cuando querían saber algo, preguntaban y el médico les respondía.

Además de si la información fue entregada una vez o muchas veces, las opiniones de las mujeres también se dividieron con respecto a la información que habían recibido con respecto a susembarazos. La información más frecuentemente recibida es sobre los signos de alarma durante el embarazo aunque la frecuencia por signo variaba. Algo más de la mitad de las mujeres dijeron que habían recibido información sobre su salud y la salud del bebé durante el embarazo. Progresivamente el número de mujeres bajaba entre las que recibieron información sobre los análisis y las que lo hicieron sobre planificación familiar(ver tabla II).

Tabla II: La información que las mujeres han recibido

¿Ha recibido información acerca de:

Su salud y la salud del bebé durante el embarazo?	8 mujeres
Análisis que necesita durante el embarazo?	6 mujeres
Tratamientos que necesita durante el embarazo?	4 mujeres
Trabajo de parto?	4 mujeres
Lactancia materna?	5 mujeres
Planificación familiar?	4 mujeres
Signos de alarma por los que debe consultar:	10 mujeres
Si pierde líquido	6 mujeres
Si pierde sangre	4 mujeres
Si se pone dura la panza	8 mujeres
Mareos y desmayos	1 mujer
Fiebre alta	3 mujeres

A pesar de que gran parte de las mujeres sostuvieron que no recibían información sobre todos los temas, la mayoría de las mujeres sentía que tenían suficientes datos sobre cada uno de esos temas. 9 mujeres afirmaron que habían recibido información suficiente, 5 dijeron que no y 1 dijo "*más o menos*." Para quienes no habían recibido suficiente información, también respondieron sobre otros temas con respecto a su embarazo que les hubiera gustado conocer más. Estos incluían las enfermedades que vienen con el embarazo, las contracciones, el crecimiento del bebé, la lactancia materna, más sobre el estado del bebé y los tratamientos durante el embarazo.

Además de las diferencias en la información recibida, la distribución de la información es diferente para cada mujer. El número de visitas prenatales va de 3

a 8 con un promedio de 5 consultas prenatales. La mayoría de las mujeres tuvo su primera visita prenatal alrededor de las 20 semanas. Según las respuestas de las mujeres, la duración de las visitas era entre 15 minutos y 1 hora. Sin embargo, la mayoría de las mujeres dijeron que las visitas duraban unos 15 a 20 minutos.

En general, las mujeres estaban realmente contentas con la cantidad de tiempo que los médicos les dedicaban. 13 de 15 mujeres dijeron que la cantidad de tiempo "*está bien*." Las otras 2 mujeres sostuvieron que les gustaría tener más tiempo con su médico. Muchas de las mujeres, incluso las que dijeron que la cantidad de tiempo "*está bien*", agregaron que, en ocasiones, queda poco tiempo para una gran cantidad de información. Las dos mujeres que querían más tiempo citan dos diferentes razones para ello: una dijo que quería más tiempo dedicado a ella ahora que tiene más meses de su embarazo y la otra dijo que quería más tiempo para que el médico pudiera explicar más cosas.

La mayoría de las mujeres (10 mujeres) manifestó que no habían recibido información diferente en los distintos momentos de sus embarazos, sino más bien, que obtuvo de forma repetida durante todas sus visitas prenatales mucha de la información sobre el cuidado prenatal, como signos de alarma y pautas para las actividades que podía hacer y no hacer. Hasta el momento de la presente investigación, las mujeres habían recibido información diferente: La información más frecuentemente recibida fue sobre los derechos que las mujeres tienen a estar

acompañadas durante el parto. También, algo más de la mitad de las mujeres dijeron que habían recibido información sobre las pautas para actividades que pueden hacer y no hacer, los signos de alarma y los derechos que las mujeres tienen a estar acompañadas en las visitas prenatales. Progresivamente el número de mujeres bajaba entre las que recibieron información sobre el trabajo de parto y las que lo hicieron sobre anticoncepción (ver tabla III).

Tabla III: La información que las mujeres han recibido hasta el momento del estudio

Hasta ahora, ha recibido información sobre...

Lactancia materna?	5 mujeres
Pautas para actividades que puede hacer y no hacer?	9 mujeres
Trabajo de parto?	4 mujeres
Salud de bebé?	6 mujeres
Anticoncepción?	4 mujeres
Signos de alarma?	10 mujeres
Derechos que usted tiene:	
A estar acompañada en las visitas prenatales?	10 mujeres
A estar acompañada en el parto?	11 mujeres

Sin embargo, para las mujeres, las preguntas eran no sólo sobre cómo recibieron la información y qué información recibieron y cuándo la recibieron, sino también, el contexto en que recibieron esa información. Las mujeres dieron

distintas respuestas en cuanto a si alguien venía con ellas a la consulta. 3 mujeres dijeron que alguien iba con ellas. 7 mujeres dijeron que iban solas. 5 mujeres dijeron que a veces alguien iba con ellas. Las que agregaron que alguien iba con ellas citaron a los seres queridos y a las personas familiares más a menudo, como su pareja, mamá o papá, abuelo/a, marido o novio. Sin embargo, la mayoría (13 mujeres) dijo que no era una sugerencia o recomendación del doctor y sólo 2 mujeres dijeron que sí lo era. Sin embargo, la inmensa mayoría de las mujeres (12 mujeres) afirmó que les gustaba que alguien las acompañara ya que las hacía sentir mejor.

Las mujeres mencionaron diferentes razones para querer que alguien estuviera allí. Una de las mujeres habló de cómo quería que alguien estuviera allí si algo pasaba. Ella habló sobre cómo su madre estaba allí para sus otros partos, pero su marido nunca había venido. Otra mujer dijo que le gustaría tener a alguien allí durante el parto. Otra afirmó que si necesitaba quedarse, a ella le gustaba tener a alguien allí. Otra sostuvo que se sentía apoyada y segura cuando alguien estaba allí. Sin embargo, algunas describieron que no sea siempre posible que alguien estuviera allí. Una de las mujeres habló de que quería tener a alguien allí, pero, lamentablemente, todos sus familiares solían trabajar. Sin embargo, no todas las mujeres se sintieron de esta forma. Algunas describieron

que estaban nerviosas con alguien allí. Una de las mujeres dijo: "*vengo más tranquila sola*".

En general, la mayoría de las mujeres afirmó que tenía buena comunicación con sus médicos, y se sentían cerca y capaces de confiar en sus médicos. Las respuestas a la pregunta sobre su comunicación con su médico fueron: "*ningún problema*", "*muy bueno*", "*los doctores informan bien sobre el parto*", "*bien*", "*buen trato*", "*trabaja con [mis] dudas*", "*tratan muy bien*", "*todo bien*", "*una relación muy amable*," "*excelente*." Todas las mujeres afirmaron que se sentían cerca de su médico y/o podrían confiar en él.

Algunas mujeres no sólo dijeron que su comunicación con su médico era bueno, pero también describieron que se sentían cómodas durante su comunicación con él. Una describió cómo cuando no le gustaba algo, cambiaban las cosas y cómo, con su médico en el pasado, esto no sucedió. Otra dijo: "*En un momento, me siento un poco nerviosa y la doctora explica todo. Este hospital tiene tiempo para dudas*." Otra agregó: "*Los doctores explican todo. Tratan bien a los pacientes. Cuando algo pasa, el doctor da un consejo*."

Sin embargo, aunque todas las mujeres describieron su comunicación con su médico en una forma positiva, muchas tenían algunas quejas sobre aspectos de su comunicación con sus médicos. Una queja era que, aunque su comunicación era clara, a veces, los médicos no informaban mucho. Otra queja

era la vergüenza que algunas sentían para hacer preguntas.

Finalmente, todas las mujeres tenían teléfonos celulares y estaban interesadas en recibir información prenatal vía mensajes de texto de su médico.

Resultados de las entrevistas con las doctoras

Al igual que las respuestas de las mujeres, las doctoras en general tienden a dar información en forma oral, por lo que prefieren usar este método. A veces, las doctoras también refuerzan la información oral "*con algo escrito o dibujitos.*" Tal como afirmaron las mujeres, las doctoras citaron varias razones en torno al nivel de comprensión como un motivo para dar información de esta forma. Una doctora dijo que se podía ver si las mujeres comprendían o no cuando daba información oralmente puesto que algunas madres no saben leer y es más fácil dar información oralmente. Cuando un doctor habla y da información, también, puede usar palabras más sencillas, no técnicas. Una doctora agregó que los doctores trataban de decir palabras que las mamás usaban a diario. Otra afirmó que cuando daba información verbalmente, "*puedo profundizarla un poco más.*" También, cuando da información oralmente, puede hablar no solo sobre las consultas sino también sobre las pastillas, el proceso para sacar turnos y cuándo necesitan acudir a la guardia las mujeres para aclarar sus dudas. Finalmente, una

doctora manifestó su opinión sobre la falta de folletos que rodeaban el control prenatal como una razón por la que prefería dar información oralmente.

En términos de cuántas veces los médicos tienden a hablar sobre el control prenatal y si encuentran valor en repetir la información, todas las doctoras afirmaron recurrir a estas estrategias con mucha frecuencia. En cada consulta, tienden a repetir las pautas de qué hacer y qué no hacer, cómo llegar a la guardia y cuándo la mujer necesita ir a la guardia, signos de alarma (si pierde líquido, si pierde sangre, si no se mueve el bebé...), y la información sobre las contracciones. Sin embargo, según las doctoras, hay algunas variaciones y algunas variables que influyen en la cantidad de veces que tienden a la repetición de la información. Primero, según una doctora, a veces, el doctor pregunta si la mujer entendió y qué entendió y el doctor repite si la mujer no entiende. En segundo lugar, la cantidad de veces que los doctores repiten información depende de "*la recepción y la educación*" de la mujer. A veces, dependiendo de la mujer, el doctor necesita mostrar dibujos, hacer una verificación de que entendieron o repetir la información otra vez.

Sobre los contenidos de la información, las doctoras estaban de acuerdo en que dan información sobre algunos de los temas principales durante la atención prenatal. Se trata de la salud de la mujer y la salud del bebé, los análisis durante el embarazo, los tratamientos, el trabajo de parto, la lactancia materna, la

planificación familiar, y los signos de alarma. Las doctoras también mencionaron otra información relacionada con otros temas, tales como la alimentación, cuando el bebé no se mueve, la presión alta y la información para mujeres en casos especiales.

Cuando la investigadora preguntó si había datos que faltaban en la información que se les daba a las mujeres, las doctoras se dividieron: dos doctoras dijeron las mujeres estaban bien informadas, otra doctora agregó que, a veces, había cosas que surgían en el momento sobre alguna paciente en particular y en este momento, daba información a las mujeres.

Las respuestas de las doctoras con respecto a cuándo y en qué situación les dan información a las mujeres eran las mismas más o menos que las respuestas de las mujeres. En términos de cuántas citas prenatales tiene la mayoría de los pacientes, las doctoras dijeron que normalmente, la mayoría de las mujeres tenía entre 4 y 7 citas. La mayoría de las mujeres asiste después de 20 semanas para su primera visita. Sin embargo, antes de la semana 20, las mujeres tienden a ir solas para una consulta. Entre 20-37 semanas, la mayoría de las mujeres tiene 1 cita cada 3 ó 4 semanas. Después de 37 semanas, tienen citas una vez por semana. Algunas veces, algunas mujeres llegan después de 20 semanas para tener su bebé y nada más. También, el número de citas depende del riesgo del paciente. Para las madres de bajo riesgo, seis citas es suficiente, pero, las

madres de alto riesgo necesitan más. Estas citas tienden a durar 15-20 minutos. Sin embargo, según las doctoras, como el número de citas, la longitud depende del punto de embarazo y de la mamá. Al principio, las citas suelen durar 20-30 minutos. En la mitad del embarazo, los doctores observan solo cómo está la panza, la mamá y el bebé entonces la cita es mas corta. Hacia el final, después de 37 semanas, la cita es incluso más corta.

En cuanto a si las doctoras quisieran más tiempo, menos tiempo o está bien el tiempo, todas las doctoras hablaron de una cantidad diferente según cada mujer y cómo *"la cita no es sobre el tiempo."* Varias doctoras dijeron que algunas mujeres tenían más dudas. Por lo tanto, *"algunas pacientes llevan una hora. Algunas paciente llevan menos tiempo."* Sin embargo, las cinco destacaron cómo, a pesar de que tuvieron muchas pacientes, vieron a todas y dieron tiempo a cada mujer hasta responder a sus preguntas y sus dudas. Sin embargo, una doctora mencionó cómo esto podría ser una decisión personal, lo que significaba que cada médico podría determinar cuándo habían respondido a sus preguntas.

Todas las doctoras también estaban de acuerdo con el hecho de que daban información diferente en diferentes puntos del embarazo. Todas dijeron que daban información de la lactancia materna, las pautas de lo que se debe o no hacer, el trabajo de parto, la salud de bebé, la anticoncepción, los signos de alarma, y los derechos que la mujer tiene de estar acompañada en las visitas

prenatales ya estar acompañada en el parto. Mucha de esta información se da durante el curso de parto, seis clases durante el embarazo y donde se brinda mucha información. Los doctores tratan que todas las mujeres pasen por las seis clases. Sin embargo, *"Lo que pasa es que las mujeres que tienen muchos hijos no van."* Además del curso de parto, mucha de la información se da en ciertos puntos a lo largo del embarazo. Al principio, durante *"una charla súper larga,"* las mujeres reciben información sobre los estudios que deben realizarse durante el embarazo, las pautas, la alimentación, y las modificaciones que las mujeres necesitan hacer en su ejercicio y su trabajo. En el mitad del embarazo, las doctoras agregan más sobre los análisis y las pautas, así como el peso de las mujeres, la alimentación y las condiciones específicas, como presión alta o diabetes. También, hablan con las mujeres sobre cómo se sienten sobre el embarazo, sus dudas y sus síntomas. Al final, hablan sobre las pautas de alarmas y dan el curso de parto para preparar a las mujeres para los cambios y las situaciones normales durante el embarazo y los síntomas a los que necesitan prestar atención.

En términos de la situación en la que las doctoras le dieron información a las mujeres, las doctoras coincidieron en que la mayoría de las mujeres iban solas. Sin embargo, las doctoras afirmaron que una persona podía estar con ellas, y si las mujeres venían con alguien, esta persona podía entrar a la consulta. Una doctora dijo, *"Nos gusta que [las mujeres] vengan acompañadas."* Sin embargo,

aunque las cinco dijeron que alientan este comportamiento, no todas hicieron un eco de ese sentimiento. Una doctora agregó, "*Si, a menos que nos molesten. Para mí, lo que molesta por ahí es cuando la familia interviene. Cuanto pregunto algo a ella y la familia contesta antes de que ella pueda expresarse.*" Como las mujeres, las doctoras sostuvieron que a las mujeres les gusta cuando alguien está allí, pero muchas veces, era difícil que otra persona fuera porque tenía trabajo. Una doctora había hablado acerca de cómo ciertos grupos de mujeres solían tener a alguien allí. Si es el primer bebé, muchas mujeres llevan a su marido. Las mujeres más jóvenes asisten con su mamá. Sin embargo, en general, de acuerdo con las doctoras, las mujeres tienden a ir solas.

Por último, las doctoras estaban de acuerdo en cómo se podría describir la comunicación con sus pacientes. Al describir su comunicación, en general, las doctoras consideraron que su comunicación era "*muy buena.*" Dijeron que las mujeres volvían a hacer más preguntas y entonces, parecía que a las doctoras les gustaba la forma de explicación. Sin embargo, hablaron sobre los obstáculos potenciales en su comunicación y la comprensión de sus pacientes.

Las barreras en la comunicación

I. Las barreras externas

Las diferencias culturales

La primera barrera durante la comunicación médico-paciente son las diferencias culturales. El Hospital Álvarez atiende a una población grande de personas de otros países, particularmente de Bolivia y China. La atención y comunicación en general es difícil, pero cuando los médicos encuentran mujeres que no hablan el idioma, no conocen las costumbres de Argentina o tienen sus propias costumbres, creencias y deseos, el reto de brindar atención y comunicar información prenatal importante llega a ser aún más difícil.

Durante sus entrevistas, varios médicos hablaron de esta barrera potencial y las maneras en que ellos habían tratado de mejorar su comunicación con la gente de otros países. En sus testimonios, algunas doctoras afirmaron que, en general, no había problemas en la comunicación, pero había algunos pacientes que tenían dificultades con el idioma y a veces, esto era un problema. En general, los doctores tratan de buscar una manera a través de la que todos pudieran entender. Un ejemplo es la gran población boliviana que el hospital atiende. Para las personas de Bolivia, es difícil entender algunas palabras de castellano y los doctores necesitan una manera diferente de ayudarlos. Por ejemplo, algunas palabras tienen un sentimiento diferente para los bolivianos, como acostarse o echarse.

Pensando acerca de las maneras en que podrían seguir los cambios en el futuro, una doctora sostuvo que los doctores necesitaban concentrarse en

estafaceta de su comunicación porque no todos los pacientes tenían la misma forma de entendimiento. Una doctora mencionó que, recientemente, el jefe había estado hablando con las comunidades de bolivianos para aprender las palabras y las costumbres que tenían. Ella esperaba que esto ayudara a los médicos a seguir adaptando sus explicaciones de la forma más fácil para que cada mujer comprenda.

Sin embargo, a pesar de los cambios y los esfuerzos para mejorar la comunicación con los extranjeros, la comunicación efectiva sigue siendo un reto ya que es totalmente imposible ponerse en el lugar del otro.

El analfabetismo y la falta de educación

La segunda y tercera barreras son el analfabetismo y la falta de educación entre los pacientes. Estas barreras hacen que la comunicación, particularmente la distribución de información, sea más difícil para los pacientes y los médicos. Una persona con un nivel educativo bajo o una persona que no puede leer o escribir tiene menos recursos para entender o procurarse información. Esto deja al paciente con una menor comprensión de la información prenatal y el médico con la responsabilidad de dedicar más tiempo para que el paciente entienda.

Con respecto al tema de analfabetismo, un médico describió cómo algunas doctoras tenían dificultades porque algunas pacientes no sabían leer o no

entendían los dibujos. En general, el Hospital Álvarez trabaja con un porcentaje alto de personas con analfabetismo. Esto hace que el esfuerzo para distribuir la información para que las mujeres entiendan sea bastante difícil. Como muchas de las doctoras mencionaron, una de las razones por las que preferían dar información oral era porque los pacientes podían comprender porque esta vía no requería lectura o escritura por parte de la mujer. Esto fácilmente podría explicar algunas de las discrepancias en la información recibida por las mujeres. Las mujeres podrían decir que entendían la información o parecía que entendían la información, pero realmente no.

Sin embargo, no es sólo el analfabetismo lo que actúa como una barrera en la comunicación médico-paciente en el Hospital Álvarez, sino también, la falta de educación de las mujeres. Según una de las doctoras, muchos de los pacientes no han concluido la escuela secundaria. Sin un nivel básico de educación, son incapaces de comprender la información que se les da durante gran parte del tiempo y no saben cómo buscar la información en otros lugares o pedir que se la repitan. Esto es algo evidente en los resultados de este estudio. Varias de las mujeres que dijeron que los médicos sólo repetían la información una vez también dijeron que no habían recibido mucha información importante. Aunque la mayoría de las mujeres en este estudio había terminado la escuela secundaria, todavía persistía esta discrepancia entre la cantidad de datos y la cantidad de

información recibida. Esto podría ser debido a la falta de herramientas para acceder a la información o miedo a pedirla otra vez. Aludiendo al grave problema que plantea la falta de educación para los médicos, una doctora dijo: *"El mayor problema acá es la falta de educación. Habría que cambiarlo desde nuestra tarea: la educación (...) y el gobierno ya está haciendo cosas para modificar eso."* Desde el punto de vista de las doctoras, es importante que las mujeres no sólo completen su educación para poder comprender la información que se les da, sino también, para tener más recursos para su salud y la de su bebé. Destacando la importancia de terminar la escuela secundaria para las mujeres que no lo han hecho, una doctora dijo: *"mas allá de la salud del embarazo y todo eso, tratamos de que terminen su educación escolar."*

Según las doctoras de este estudio, los doctores estaban tratando de incorporar esta información en el control prenatal. El hospital estaba haciendo un programa de alfabetización porque sería mejor si los pacientes pudieran entender, leer y escribir y saber qué necesitan hacer sobre su embarazo. Esperan que, al alentar más a las mujeres embarazadas a terminar su educación, especialmente la escuela secundaria, las mujeres obtendrán más recursos para ser pensadoras más críticas y consumidoras de información, al igual que muchas mujeres que han terminado su educación.

La falta de medios de las pacientes

La cuarta barrera que las doctoras mencionaron y que impidió que las mujeres tuvieran acceso a la información y oportunidades para comunicarse con sus médicos era la falta de medios de los pacientes, como la falta de dinero o tiempo. Dichos inconvenientes proporcionaban graves problemas en el acceso a la atención prenatal. Según las doctoras, a veces, las pacientes no venían porque no tenían dinero para viajar o no podían salir de trabajo. En este sentido, es imposible comunicarse con el doctor cuando no se puede estar presente para obtener atención médica. Esto también comienza un círculo vicioso en el cual la mujer no puede asistir y, a continuación, se convence de que no es necesaria la visita y por lo tanto, no la realiza incluso si posteriormente tiene los medios para hacerlo. Esto no sólo pone a la mujer en peligro, sino que además, arriesga la salud del bebé. Por último, si nunca o rara vez tiene acceso al cuidado prenatal, las percepciones de la mujer sobre la comunicación con su médico serán inevitablemente sesgadas.

Sin embargo, no es sólo la incapacidad de la mujer para estar presente durante la atención prenatal lo que potencialmente afecta la cantidad de información sobre la salud del bebé, sino también el hecho de que el padre se ausente a su vez. Aunque en los últimos años, la importancia de contar con el padre durante el control prenatal no ha sido tomada en cuenta por los investigadores, en situaciones con medicamentos o enfermedades como el VIH,

la importancia del padre durante la atención prenatal aumentaría que es fundamental contar con su historia clínica o por lo menos realizarle estudios durante la atención prenatal. Incluso en situaciones de embarazos "*saludables*," según una de las doctoras, era importante incorporar la historia de la pareja y comprobarla para ser capaz de dar más información a la mujer sobre su bebé. Sin embargo, debido a la falta de los medios en esta población, no sólo es difícil a menudo que la mujer asista a la consulta, sino aún más difícil que el padre pueda hacerlo debido a una incapacidad para dejar el trabajo o la falta de fondos suficientes para que los dos vayan al hospital.

En ambos casos, con las mujeres o el padre del bebé, la falta de medios dificulta el control prenatal y por lo tanto, la comunicación. En una situación ideal donde la mujer puede asistir después de 20 semanas de embarazo y el padre puede asistir y hacerse estudios o al menos ser parte de la atención prenatal, el médico puede proporcionar la mayor información posible a la madre sobre su salud y la salud del bebé, controlarla a lo largo de su embarazo y ver cómo se siente. Sin embargo, por desgracia, en esta población, esto no sucede todo el tiempo, haciendo que los pacientes pierdan información y los médicos estén frustrados porque no pueden ofrecer la mejor atención posible.

II. Las barreras internas

La estructuración interna del hospital

Sin embargo, no son sólo las barreras externas en la vida de los pacientes y sus orígenes las que dificultan el acceso a la información y comunicación, sino también, la estructuración interna y la "*complejidad*" del hospital. En términos de tamaño físico, la división de obstetricia en el Hospital Álvarez no es muy grande. Sin embargo, alberga una gran cantidad de médicos que atienden a muchos pacientes. Como una doctora dijo: "*Somos muchos profesionales para un hospital pequeño.*" Esto lleva al hacinamiento y a desafíos no sólo en el campo de la comunicación, sino también, en la atención a las mujeres.

Uno de esos desafíos es la "*contaminación auditiva,*" o el ruido constante en la habitación de los consultorios donde la mayoría de las mujeres reciben atención prenatal. Los principales consultorios de la atención prenatal están en una sala grande con separadores entre las habitaciones. Esto no sólo lleva a problemas para escuchar las conversaciones, sino también, como una doctora describe, a problemas en la comunicación entre las mujeres y sus médicos. "*Los consultorios aquí a veces no están aislados y se pueden escuchar otras conversaciones. A veces, esto intimida a las mujeres y les impide compartir aspectos personales o sensibles,*" lo cual plantea otra barrera en la comunicación entre los médicos y los pacientes en el Hospital Álvarez. Incluso si todos los otros obstáculos no estuvieran presentes, como las barreras culturales o la falta de medios, si el médico y el

paciente no pueden tener una conversación, en la definición de comunicación, es imposible comunicarse. Si el médico no puede escuchar al paciente, es más difícil tratar sus preocupaciones. Si el paciente no puede oír al médico, es difícil que el paciente entienda, especialmente si el médico está hablando rápido como algunas de las doctoras han admitido hacer involuntariamente.

Los cambios en el futuro

En conjunto, todas estas barreras hacen que el acceso y la proporción de información necesaria, a través de la buena comunicación, sea bastante difícil. Aunque cuando todos los factores correctos están presentes la comunicación puede ocurrir, en el caso de la comunicación médico-paciente en el Hospital Álvarez, las opiniones difieren de la realidad. Los pacientes y el médico opinan que la comunicación es "*muy buena*", pero los obstáculos que se presentan están haciendo que algunas partes de la información se pierdan en el camino.

Sin embargo, hay algunas maneras para reducir estas barreras un poco en el futuro. Durante las conversaciones con las doctoras, pensando en posibles formas para mejorar la comunicación en el futuro, las doctoras hablaban de ideas similares, así como los programas que ya habían comenzado y las áreas que podrían continuar trabajando sobre estas barreras en el futuro. La primera forma potencial de mejorar la comunicación era la idea de dedicar más tiempo para

explicar los conceptos prenatales a las mujeres que posiblemente no entendían, como a personas de otros países o las mujeres que no habían terminado su educación secundaria, o eran analfabetas. La segunda manera era tener más discusiones con las mujeres sobre la importancia de terminar la escuela secundaria para tratar de convencer a más mujeres de que necesitaban terminar su educación. La tercera vía mencionada fue "*la utilización de palabras que las mujeres pueden entender*" a través de los esfuerzos como el realizado con la comunidad boliviana. La cuarta forma era mejorar los índices de alfabetización.

Las limitaciones y reflexiones de la investigación

Limitaciones de la investigación

Aunque se reconoce la importancia de ciertos factores, algunos de ellos no pudieron ser abordados durante mi trabajo de campo. Según un artículo de la Organización Mundial de la Salud,

"La medición de la calidad de la atención médica se ha conceptualizado de manera amplia, lo cual representa un

verdadero desafío. Mientras que la calidad técnica de un servicio de salud puede ser determinada por la evaluación de los resultados de la atención prestada, las dimensiones subjetivas de la calidad de la atención (relación interpersonal con el proveedor y las expectativas de la población) sólo pueden evaluarse mediante entrevistas que están fuertemente influenciadas por el medio cultural y las circunstancias en las que se realizan" (Langer et. al. 2002: 2).

En este caso, la naturaleza subjetiva de las entrevistas puede ser una limitación potencial del estudio. Aunque somos capaces de extraer algunos resultados de las entrevistas, los comentarios de las mujeres están muy arraigados en otras variables, tales como las barreras idiomáticas y culturales, que debido al tiempo y el alcance del estudio, no podremos tener en cuenta.

Además, el estudio fue limitado por el número de entrevistas que se realizaron. Las entrevistas fueron útiles para recoger algunos datos iniciales, pero debido al tiempo y las restricciones, no podremos contar con tantas como sería necesario para establecer conclusiones más amplias con respecto a la comunicación entre el médico y el paciente.

Por último, el estudio fue limitado por las condiciones de las entrevistas. Muchas de las entrevistas se llevaron a cabo en la sala de espera o durante los

exámenes del control prenatal y no podría llevarse a cabo en una situación tranquila e ideal. Sin embargo, esto aumenta la importancia de otros aspectos de la entrevista, tales como tomar buenas notas y tratar de extraer tanto como se pueda en el momento. También, en muchas de las entrevistas, los médicos estuvieron presentes en una parte de ella. Esto hizo que las respuestas y la capacidad de recopilar respuestas honestas resultara más difícil. También la grabación fue difícil para entender después. Finalmente, el Hospital Álvarez sirve a una gran población boliviana, así como a población analfabeta. Por ello, a veces, es una población difícil para entrevistar.

Sin embargo, debido a las limitaciones de tiempo de los médicos y a las mujeres y las limitaciones del tiempo de mi estudio, esas eran las mejores condiciones y las condiciones en que las entrevistas podrían llevarse a cabo. Es importante tener en cuenta los posibles efectos de la realización de entrevistas y las condiciones que pudieran haber afectado las respuestas dadas.

Reflexiones de la investigación

Este estudio aportó interesantes elementos para pensar entre el sistema privado de salud en los Estados Unidos y el de un hospital público de Argentina en términos comparativos. En el comienzo de este estudio, tenía ciertas expectativas o ideas preconcebidas acerca de cuánto tiempo es adecuado con un

médico o cómo un médico debe comunicarse con su paciente, basado en mis propias experiencias de vida y de mis propios deseos de mis interacciones con médicos. Sin embargo, de lo que no me daba cuenta era cuánto mis expectativas estaban afianzadas en las diferencias de las normas culturales. En el sistema de salud privado en los Estados Unidos, el concepto de hacer filas o esperar para ver a un médico, en la mayoría de hospitales, no existe. La gente paga por los servicios de salud y junto con eso, viene la expectativa de ver al médico inmediatamente. Aunque la comunicación no siempre es perfecta y como en muchos hospitales en Argentina, los médicos no tienen mucho tiempo, esta interacción en los Estados Unidos se acompaña con altas expectativas. Sin embargo, mis expectativas que rodean la comunicación no resultaron ser las mismas que encontré cuando hablé con las mujeres. Muchas de ellas esperan horas para ver al médico y luego, sólo ven al doctor durante cinco minutos. Cuando se les pregunté si querían más tiempo, dijeron que el tiempo "*está bien*." Para mí, esto fue interesante. Personalmente, me enojaría si recibiera la cantidad de tiempo y el estilo de comunicación que algunas de estas mujeres recibieron. Sin embargo, ellas se sentían bastante afortunadas por ser atendidas por el médico porque sus expectativas son bajas o la normalidad de la rutina bajó sus expectativas.

Además de las respuestas que a menudo contradijeron mis expectativas, este estudio demostró para ser un desafío de otra manera también. Con mis limitaciones, entrevistara esta población en un hospital público no fue siempre fácil. Aunque realmente quería hacer entrevistas y hablar con los pacientes y las doctoras, la idea de hacer entrevistas en otro idioma me aterrorizó en algún momento. Sin embargo, las entrevistas sirvieron como herramientas vitales en la recolección de los datos para este estudio. Las conversaciones con las mujeres y los médicos me han permitido, a través de mi propio estilo de comunicación, hablar con ellas de primera mano. Aunque hubo momentos de confusión durante la entrevista, al final, experimentamos un intercambio cultural en el que siento que ambas partes se beneficiaron.

Conclusiones

En este estudio, las mujeres y los doctores sentían que su comunicación poseía cualidades fuertes. En general, las mujeres sentían que no sólo habían recibido suficiente información sobre los temas importantes durante el embarazo, sino que se sentían cerca y capaces de confiar en su médico. Utilizando términos como "*bien*", "*tratan muy bien*," "*una relación muy amable*," las mujeres en general compartieron no sólo anécdotas positivas sobre sus médicos, sino que algunas hablaron sobre su regreso al Hospital Álvarez debido a su comunicación y

relación con sus médicos. En sus entrevistas, las doctoras también describieron su comunicación con sus pacientes como "muy buena". Las doctoras describieron la dedicación de bastante tiempo a las mujeres para que sus preguntas y sus dudas fueran atendidas.

Sin embargo, había áreas en las cuales el foco de los pacientes y los doctores se diferenció. Para los doctores, el énfasis estaba generalmente en la distribución de la información para asegurarse de que las mujeres la recibían a través de varios medios, como las visitas prenatales y el curso prenatal. Las mujeres generalmente quisieron asegurarse de que sus preocupaciones fueran oídas y sus preguntas fueron contestadas, en particular en los meses finales de su embarazo. Muchas mujeres sintieron que tenían una comunicación buena con sus doctores, pero unas querían recibir más información, sugiriendo que, porque estaban satisfechas con su comunicación con su doctor, sintieron que había otras áreas potenciales para una discusión que rodeaba su embarazo.

Debido a los motivos a menudo diferentes de los pacientes y los médicos durante la comunicación médico-paciente, esta relación sigue siendo uno de los aspectos más estudiados en el campo de la medicina. Dentro de este amplio tema, se han realizado muchas investigaciones sobre la comunicación entre el médico y el paciente. Gran parte de esta investigación se centra en los problemas de la comunicación o la tensión y el comportamiento humanitario y humanista.

Según la definición de Acuña en el marco conceptual, hay mucho espacio para la interpretación dentro de las pautas y suposiciones perfiladas por los doctores. Este espacio no sólo es evidente en este estudio y las respuestas de los médicos, sino también está presente en uno de los testimonios de las doctoras. Aunque las respuestas que rodean la información que brindan los médicos y el número de visitas que las mujeres tienden a tener eran los mismos, las doctoras proporcionan diversas respuestas para preguntas más subjetivas, como las barreras o cómo determinar cuánto tiempo dedicarle a cada paciente. Estas respuestas indican los problemas potenciales en la interpretación y la realización de la comunicación médico-paciente.

Sin embargo, como lo demuestra este estudio, esta comunicación no solo existe en un mundo con las metas y los desafíos de esta relación, sino con el papel de la profesionalidad también. Aunque los médicos todos respondieron de acuerdo a las expectativas profesionales, a diferencia del artículo de Morgan, los testimonios de los pacientes no solo destacaron esa expectativa debido a un conocimiento de cómo los médicos deben actuar, sino más bien, los testimonios de las mujeres hicieron hincapié en la expectativa de que el médico actúa a favor de la salud de la mujer y la salud de su bebé.

Por último, como se sostiene el estudio de Cormick et. al., todas las mujeres tenían teléfonos móviles y estaban interesadas en recibir mensajes de

texto. Esto podría ser un paso potencial para explorar en el futuro una forma de atacar ciertas barreras, especialmente llevar la información a aquellos que no tienen los medios para acudir al hospital. Debido al potencial círculo vicioso se ha discutido anteriormente, en el que las mujeres no pueden ir al hospital, y no van y luego, y por ese motivo sesgan sus percepciones de la comunicación entre médico y paciente, en el futuro, es muy importante pensar en otras maneras para transmitir la información a estas mujeres y tratar de ayudar a que este círculo vicioso se termine. Si, para algunas mujeres, la mejor o la única forma de romper este ciclo es "comunicar" a través de mensajes de texto, entonces, esto debería probarse como una forma de mejorar la comunicación entre médico y paciente. Sin embargo, a pesar del éxito en otros países, un programa de teléfonos celulares, por lo menos los programas que funcionan en otros países, no ayudaría con las barreras del analfabetismo, la cultura o la falta de educación en esta población. En estos casos, la información oral parece ser la mejor manera para brindar información a esa población.

Según las teorías anteriores y los testimonios de las pacientes y las doctoras, en el caso del Hospital Álvarez, los médicos y los pacientes tienen buena comunicación. Sin embargo, existen variables que afectan la habilidad de comunicarse, es decir, la posibilidad de acceder y proporcionar información. En este sentido, en la relación médico-paciente, estas barreras se interponen entre los

actores y el objetivo de una comunicación efectiva. Hasta que no seamos conscientes de la importancia de tenerlos en cuenta, será muy difícil mejorar la comunicación. Este estudio muestra lo que ocurre en el Hospital Álvarez además de la diversidad de las situaciones en la comunicación entre los pacientes y los médicos y como las médicas y las mujeres valoran esta interacción y las maneras en las que las mujeres podrían sentirse más apoyadas (materiales gráficos y/o mensajes de texto).

Sin embargo, en una escala más amplia, el objetivo del presente trabajo es contribuir al conocimiento de estas problemáticas y pensar posibles avances en cómo mejorar el sistema de salud en el futuro.

Bibliografía

- Acuna, Leopoldo E. (2000) "Dont Cry for Us Argentinians: Two decades of teaching medical humanities." *Medical Humanities* 26, no. 2 : 66-70.
- Carroli, G., Rooney, C. and Villar, J. (2001) "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence." *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 15: 1-42.
- Cormick, Gabriela, Natalie Kim, Ashlei Rodgers, Luz Gibbons, Pierre Buekens, Jose Belizan, and Fernando Althabe. (2012) "Interest of pregnant women in the use of SMS (short message service) text messages for the improvement of perinatal and postnatal care." *Reproductive Health*.
- DeBrouwere, Vincent, and Wim Van Lerberghe. (2001) "Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence." *Studies in Health Services Organization and Policy*.

De Brouwere, V., Richard, F. and Witter, S. (2010), Access to maternal and perinatal health services: lessons from successful and less successful examples of improving access to safe delivery and care of the newborn. *Tropical Medicine & International Health*, 15: 901–909.

Hospital Alvarez. (n.d.) *Division Obstetrica*.
http://www.hospitalalvarez.org.ar/index.php?sec=especialidades_maternoinfjuv&sub=especialidades_maternoinfjuv_divobstet.

Langer, Ana et. al. (2002): "Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. ." *BMC Women's Health* 2, no. 7, 19: 1-10.

Lipkin, Mack, and Susan Goold. (January 1999) "The Doctor-Patient Relationship." *J Gen Internal Medicine* 14, no. 1: S26-S33.

Ministerio de Salud. (2012). "DEIS - Direccion de Estadisticas e Informacion en Salud." *Ministerio de Salud*. <http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/estadisticas.html>.

Morgan, Myfanwy. (n.d.) "The Doctor-Patient Relationship." *Social Factors in Medical Practice*, 49-63.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008) "National Institute for Health and Clinical Excellence." *Antenatal Care: Routine Care for the Healthy Pregnant Woman*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG062NICEguideline.pdf>.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva . (2012) "El Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva ." *Evaluacion de maternidades publicas*. http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_6.pdf.

Organización Panamericana de la Salud/OMS (1995). "Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud". Washington, D. C: Edición 2003, 10ª revisión, pp. 139.

United Nations. (n.d.) *UN Millenium Development Goals*.
<http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>.

University of Washington School of Medicine. (1998). "Physician-Patient Relationship." *Ethics in Medicine*.
<http://depts.washington.edu/bioethx/topics/physpt.html>.

Valente, Marcela. (2011). "Argentina: Maternal Deaths Grossly Under-Reported" *Inter Press Service English News Wire*.
HighBeamResearch.<http://www.highbeam.com/doc/1P1-193419802.html>

Entrevistas

Ramona, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo 2013

Melissa, residente de obstétrica, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo 2013

Mariana, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo 2013

Yanina, residente de obstétrica, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo 2013

Danielle, mujer, la sala de espera de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo 2013

Gladys, mujer, la sala de espera de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Paula, mujer, la sala de espera de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Pamela, mujer, la sala de espera de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Pamela, concurrente obstétrica de tercer año, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Paola, jefa de residentes, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Maria, médica de planta y guardia, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 24 de mayo 2013

Daysi, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Maira, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Patricia, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Gabriela, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Lizeth, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Carmen, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 27 de mayo 2013

Cynthia, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo 2013

Jessica, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo 2013

Anna, mujer, un consultorio de Hospital Álvarez, Buenos Aires, Argentina, 28 de mayo 2013

Anexo
Pautas de las entrevistas

Anexo I: Entrevistas con las mujeres embarazadas

Introducción

Me gustaría empezar la entrevista con algunos datos sobre usted...

1. ¿Cuál es su nombre (opcional) o cómo le gustaría que la llame en esta entrevista?
2. ¿Cuántos años tiene?
3. ¿Cuál fue el último año de escuela que completó?
4. ¿De cuántos meses está?
5. ¿Este es su primer embarazo o ha tenido otros? ¿Cuántos?

Ahora quisiera saber cómo ha recibido información sobre su embarazo...

6. ¿Cómo recibe información de su médico (oral (el médico se la dice), en un folleto, en un grupo, en una carta, etc.)? ¿Qué forma prefiere? ¿Por qué?
7. ¿Se repitió la información muchas veces o sólo se dio una vez?

Ahora quisiera que hablemos sobre la información que le han dado sobre el embarazo...

8. ¿Ha recibido información acerca de:

- Su salud y la salud del bebé durante el embarazo?
- Análisis que necesita durante el embarazo?
- Tratamientos que necesita durante el embarazo?
- Trabajo de parto?
- Lactancia materna?
- Planificación familiar?
- Signos de alarma por los que debe consultar:
 - Si pierde líquido
 - Si pierde sangre
 - Si se pone dura la panza
 - Mareos y desmayos
 - Fiebre alta
 - Otros: _____

9. ¿Le parece que tiene suficiente información acerca de cada uno de estos temas?
¿Hay alguna otra cosa que quiere saber?

Ahora quisiera saber cuándo le dio información su médico...

10. ¿Cuántas visitas prenatales ha tenido? ¿Cuándo fue su primer visita? ¿Cuánto dura cada visita?

11. ¿Le hubiera gustado tener más tiempo, menos tiempo, o está bien el tiempo que le dedica su médico?

12. ¿Ha recibido información diferente en los distintos momentos de su embarazo? ¿Qué tipo de información ha recibido hasta ahora? ¿Cuándo ha recibido esa información?

13. Hasta ahora, ha recibido información sobre...

- Lactancia materna?
- Pautas para actividades que puede hacer y no hacer durante el embarazo?
- Trabajo de parto?
- La salud de bebé?
- Anticoncepción?
- Signos de alarma?
- Derechos que usted tiene:
 - a estar acompañada en las visitas prenatales?
 - a estar acompañada en el parto?
- Otro: _____

14. ¿Habitualmente, viene alguien con usted a la consulta?
15. ¿Esto fue sugerencia o recomendación del doctor?
16. ¿Si no viene con alguien, le gustaría tener alguien de confianza con usted? Se sentiría mejor? ¿Por qué?

Para terminar...

17. ¿Cómo describiría su comunicación con su médico? ¿Le gustaría cambiar algo?
18. ¿Diría que se siente cerca y/o confía en su médico? ¿Por qué? ¿Se puede decir más acerca de esto?
19. ¿Tiene un teléfono celular? ¿Estaría interesada en recibir mensajes de texto de información prenatal en el celular?

Hay algo más que le gustaría compartir conmigo sobre estos temas?

Muchas gracias!

Anexo II: Entrevistas con los doctores

Introducción

Quisiera empezar con algunos datos generales sobre usted...

1. ¿Cuál es su nombre (opcional)?
2. ¿Cuál es su cargo en el hospital?

Ahora quisiera saber cómo transmite información a las mujeres sobre sus embarazos...

3. ¿Cuál es la forma más frecuente en la que da información a las pacientes (oral (usted se la dice), en un folleto, en un grupo, en una carta, etc.)? ¿Qué forma prefiere? ¿Por qué?
4. ¿Cuántas veces tiende a dar información? ¿Encuentra valor en repetir la información? ¿Hay cierta información que tiende a repetir? ¿Por qué?

Ahora quisiera hablar de los contenidos de la información...

5. Da información sobre:

- La salud de la mujer y la salud del bebé durante el embarazo?
- Análisis durante el embarazo?
- Tratamientos durante el embarazo?
- Trabajo de parto?
- Lactancia materna?
- Planificación familiar?
- Signos de alarma por los que la mujer debe consultar...
 - Si pierde liquido
 - Si pierde sangre
 - Si tiene contracciones
 - Mareos y desmayos
 - Fiebre alta
- Otros: _____

6. ¿Cree que hay alguna información que falta en la información que les da? ¿Por qué?

Me gustaría conocer ahora cuando y acerca de que le da información a la mujer...

7. ¿Cuántas citas prenatales de tiene la mayoría de los pacientes? ¿Cuánto tiempo dura cada visita?

8. ¿Le gustaría tener más tiempo o menos tiempo con sus pacientes o está bien el tiempo que tiene?

9. ¿Da información diferente en los distintos momentos durante el embarazo? ¿Cuáles son los puntos principales e información en esos momentos?

10. Da información sobre...

- Lactancia materna?
- Pautas para cosas de hacer y no hacer durante el embarazo?
- Trabajo de parto?
- La salud de bebe?
- Anticoncepción?
- Signos de alarma?

- Derechos que la mujer tiene:
 - a estar acompañada en las visitas prenatales?
 - a estar acompañada en el parto?
- Otro: _____

Ahora quisiera hablar sobre la situación en la que se da la información...

11. ¿Habitualmente, las mujeres vienen con alguien a la consulta?
12. ¿Promueve que alguien pueda entrar al consultorio con las mujeres durante sus visitas prenatales? ¿Por qué promueve esto?

Para finalizar...

13. ¿Cómo describiría su comunicación con sus pacientes? ¿Cambiaría algo?
14. ¿Cómo cree que sus pacientes perciben su comunicación? ¿Hay problemas en la comunicación?
15. ¿Cuáles son algunas barreras para la comunicación? (falta de tiempo, condiciones del lugar, barreras interculturales, otras....)
16. ¿Qué podría mejorar la comunicación?

Hay algo más que quisiera agregar?

Muchas gracias!