



**Mortalidad materna en Quintana Roo:
Disponibilidad geográfica de los servicios de
salud y condiciones para el acceso oportuno de
las mujeres a la atención médica durante su
embarazo, parto y puerperio**

**Proyecto elaborado por el *Observatorio de Violencia Social y de
Género de Benito Juárez, Q. Roo* para el *Instituto
Quintanarroense de la Mujer***

Año 2009

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna ha sido reconocida como un problema de salud pública en México y como una expresión de desigualdad y de rezago social que aún prevalece en algunas regiones, particularmente en el centro y sur del país.

Debido a que se trata de un problema de salud que aqueja a las mujeres, en su mayoría con altos niveles de marginación, la mortalidad materna en nuestros días es un reflejo también de la profunda desigualdad de género que aún impera en los diferentes estratos de la sociedad.

Las mejoras en tecnologías médicas y en la atención primaria de la salud, así como el diseño de políticas sociales tendientes a mejorar las condiciones de vida de la población, hacen que actualmente sea inaceptable que las personas sigan muriendo por causas prevenibles.

En el caso particular de las muertes maternas, éstas pueden prevenirse a través de la implementación de servicios de salud reproductiva y materno-infantil eficientes, accesibles y que cuenten con personal calificado. No obstante lo anterior, reducir los índices de mortalidad materna continúa siendo un reto fundamental del estado mexicano y sus entidades federativas.

El objetivo central de este trabajo es identificar la ubicación de los servicios de salud con que cuenta el estado de Quintana Roo y determinar cuáles son los factores que dificultan el acceso oportuno de las mujeres a los servicios durante su embarazo, parto y puerperio.

II. ANTECEDENTES

Las cifras nacionales

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el 5to objetivo se refiere a la reducción de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que es uno de los indicadores seleccionados dentro de las ocho metas a alcanzarse en 2015, por ser un indicador muy sensible tanto a la calidad de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, como a la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, entre otros.

Para enfrentar este problema, en las últimas décadas en México, se han instrumentado diversas estrategias que han contribuido a reducir, a nivel nacional, la razón de mortalidad materna. De acuerdo a datos de la Secretaría de Salud, entre los años 1990 y 2004, el número de defunciones por cada 100 mil nacimientos pasó de 90.4 a 62.4. Por su parte, de 2005 a 2007 la RMM disminuyó a un ritmo ligeramente más acelerado del que venía presentando, pasando de 1 242 a 1 097 muertes, lo que corresponde a una disminución de 11.7% para el 2007.

Para alcanzar una RMM de 22.6 defunciones por 100 mil nacimientos (ODM: meta al 2015), es necesario multiplicar los esfuerzos dado que, de mantenerse la reducción al ritmo actual, será insuficiente para cumplir con la meta fijada. Por esta razón se requieren cambios sustanciales en los servicios de atención materna, en la mejoría de los niveles de acceso oportuno a los servicios, así como fortalecer los programas de salud reproductiva, con énfasis en la reducción de los partos entre adolescentes y el número de embarazos no deseados, entre otras acciones.

Por su parte, la posibilidad de que las mujeres embarazadas en México puedan acceder a una atención efectiva y segura durante el parto se ha incrementado en los últimos 18 años. En 1990, el porcentaje de partos atendidos por personal calificado era de 52.5% y en 2007 la proporción aumentó a 63.5%. Sin embargo, todavía falta mucho para garantizar que en 2012, el 92% de los partos (meta establecida por el Programa Sectorial de Salud 2007-2012), sea atendido por personal calificado.

Las cifras en Quintana Roo

En el año 2008, el Estado de Quintana Roo se ubica entre los 10 primeros lugares de mortalidad materna en el país, pasando de una RMM de 56.8 fallecimientos por 100 mil nacidos vivos, a 63.2 muertes de mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, al registrarse, en el último año, 3 muertes más, que las ocurridas en el 2007.

Las cifras, entre los años 2002 y 2007 han tenido muy leves variaciones que van de 11 a 14 muertes en cada año. En el periodo ubicado entre los años 2002 y 2007, se ha registrado un total de 77 muertes maternas de las cuáles, más de la mitad se produjeron en los municipios de Benito Juárez y Othón P. Blanco.

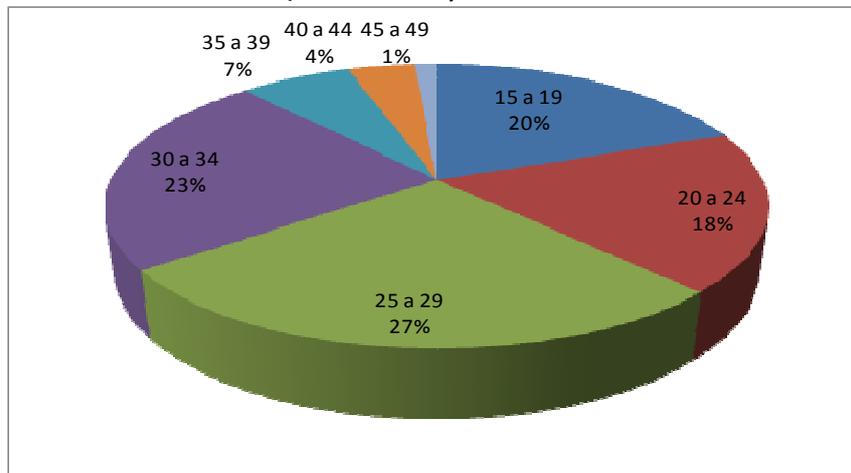
Cuadro 1: Muertes maternas por municipio Quintana Roo, 2002-2007

Municipio	N°	%
Benito Juárez	31	40.2
Othón P. Blanco	12	15.6
Felipe Carrillo Puerto	8	10.4
Solidaridad	8	10.4
José María Morelos	8	10.4
Lázaro Cárdenas	4	5.2
Cozumel	4	5.2
Isla Mujeres	2	2.6
Total	77	100

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y DGIS, SS

En cuanto a la edad de las mujeres fallecidas, como se observa en la figura a continuación, si bien la mayoría se ubica entre los 20 y 34 años, una importante proporción tiene entre 15 y 19 años.

**Gráfica 1: Muertes maternas según grupos de edad
Quintana Roo, 2002-2007**



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y Secretaría de Salud

En lo que respecta a las causas de muertes maternas, en los últimos tres años de registro, las mismas fueron como se presenta en el cuadro a continuación:

**Cuadro 2: Muertes maternas según causa
Quintana Roo, 2005-2007**

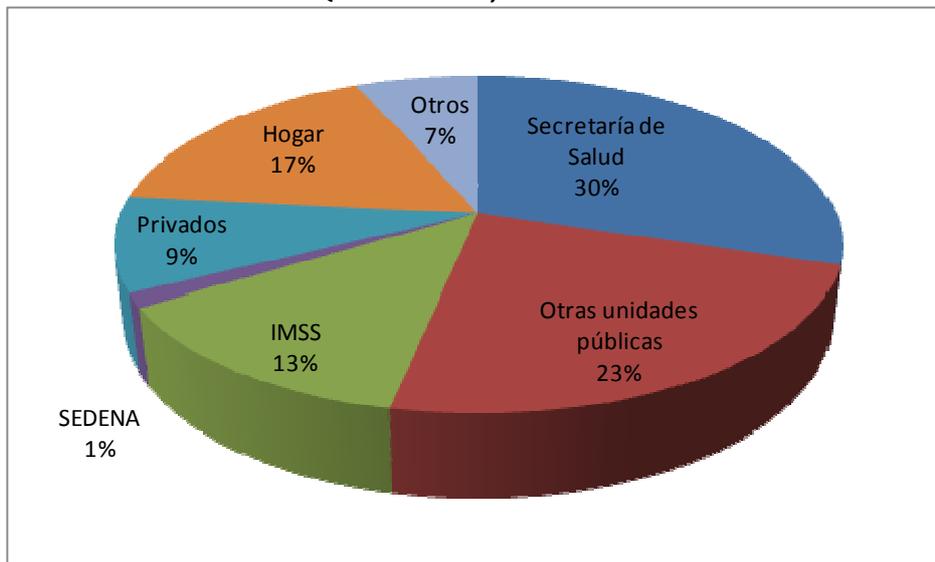
CAUSAS DE MUERTES MATERNAS	2005	2006	2007
Embarazo ectópico	2		1
Otros productos anormales de la concepción			1
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) sin proteinuria significativa		1	
Hipertensión gestacional (inducida por el embarazo) con proteinuria significativa	2	3	2
Eclamsia	1	2	
Complicaciones venosas del embarazo			1
Atención a la madre por otras complicaciones principalmente relacionadas con el embarazo		1	
Otros trastornos del líquido amniótico y de las membranas	1		
Trabajo de parto obstruido debido a mala posición y presentación anormal del feto		1	
Otro trauma obstétrico	1		
Placenta previa			2
Desprendimiento prematuro de la placenta	1		
Hemorragia postparto	1	2	
Embolia obstétrica			1
Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte pero que complican el embarazo, parto y puerperio*	4	3	6
Total	13	13	14

Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y Secretaría de Salud

*Éstas pueden ser, según se establece en la CIE 10, anemia, enfermedades de la sangre, endocrinas, de nutrición y del metabolismo, mentales o de los sistemas nervioso, circulatorio, respiratorio, digestivo o de la piel.

Finalmente, en lo que se refiere al sitio de ocurrencia, si bien más de la mayoría de las muertes se produjeron en unidades públicas de salud, 66%, se registró un 9% en unidades privadas. Cabe destacar que una importante proporción sigue ocurriendo en los hogares.

Graf 2: Muertes maternas por sitio de ocurrencia Quintana Roo, 2002-2007



Fuente: Elaboración propia con datos del INEGI y DGIS, SS

El acceso a los servicios de salud. Modelo teórico

“Las mujeres pobres, que pertenecen a minorías sociales, que son solteras, que se ubican en los extremos de la edad reproductiva y son multíparas tienen menor acceso a los servicios de salud para recibir atención prenatal”. (Tamez González y cols. 2006)

Como se ha comentado desde el inicio de este trabajo, la desigualdad en el acceso a este tipo de servicios persiste como un problema en la mayoría de los países y, de manera muy especial, en los denominados países en desarrollo. En casi todos los estudios sobre el tema, se considera que la situación socioeconómica juega un papel fundamental en el



acceso a la atención prenatal. Por esa razón, en estos grupos, la frecuencia de pérdida fetal, nacimientos prematuros, morbilidad y mortalidad materna e infantil es más elevada que en los estratos socioeconómicos más altos. Los estudios sobre utilización de servicios de atención prenatal coinciden en señalar como principales determinantes del acceso a factores como edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social. Asimismo, estos estudios se han preocupado por identificar el efecto de factores propios de los servicios de salud relacionados con su disponibilidad y accesibilidad geográfica, así como lo relacionado con sus características organizacionales y estructurales.

El concepto de accesibilidad se comienza a utilizar y estudiar en la década de los años 60, a partir de que se establece que las condiciones de salud de las poblaciones son determinantes del desarrollo económico de las naciones. Tal afirmación da por entendido que si no hay condiciones de acceso equitativo a servicios de salud, esto iría en detrimento de la salud de las poblaciones. En un primer momento, la accesibilidad ha sido definida como el acercamiento de los servicios de salud a la población. De esta manera, entendido como un problema de la oferta, sería necesario, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Las barreras fueron caracterizadas como: (i) *barreras geográficas*, si se entendía que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista); (ii) *barreras económicas*, las cuales aludían a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos; (iii) *barreras administrativas* que expresaban la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo los horarios de atención o los turnos y (iv) *barreras culturales* centradas en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también podían ser una barrera de acceso. Más allá de las barreras que los mismos servicios de salud generan en cuanto a las dificultades de acceso a los mismos, se ha constatado que definir a la accesibilidad desde la oferta invisibiliza el hecho de que los sujetos también son constructores de accesibilidad. Es por ello, que ya desde la década de los años 70 se comienza a definir la

accesibilidad como el encuentro/desencuentro entre los sujetos y los servicios, con lo cual se incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto desde otra perspectiva. Al considerarse a la accesibilidad como un indicador de relación usuarios/servicios, se entiende que tanto unos como otros, tienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. Entre los distintos modos de acercamiento y utilización, los usuarios construyen la posibilidad de acceder o no a los servicios y que esto es producto de una multiplicidad de situaciones.

El acceso y la disponibilidad de servicios entre la población de mujeres embarazadas sigue siendo uno de los factores que influyen de manera importante en la ocurrencia de muertes maternas en el país. Según la Secretaría de Salud, en el periodo de 2000 a 2004 se registraron 6 786 defunciones maternas, de las cuales el 98.9% pudieron ser evitadas con una atención prenatal y cuidados obstétricos adecuados y a través de acciones preventivas.

Como marco general para la comprensión y análisis de la información generada en el presente estudio, utilizaremos el modelo llamado “Las tres demoras”, el cual organiza de manera práctica los distintos tipos de barreras que atraviesan las mujeres para tener acceso oportuno a la atención médica, ya sea la de rutina durante el embarazo, como ante una situación de emergencia obstétrica (EO).

El modelo especifica que los tres tipos de demora pueden contribuir a una muerte materna:

- Demora en tomar la decisión de buscar ayuda
- Demora en llegar a la unidad de salud
- Demora en recibir el tratamiento adecuado en la unidad

Sobre la primera demora: la decisión de buscar ayuda es el primer paso del acceso oportuno a la atención médica, ya sea la rutinaria o en caso de una emergencia obstétrica (EO). Esta decisión puede estar influenciada por muchos factores, entre ellos, que exista la habilidad de la mujer y de su familia o acompañantes cercanos en reconocer que por su estado de embarazo o por alguna posible complicación, requiere de atención médica. Los factores culturales pueden jugar un papel importante en cuanto a tomar la decisión de



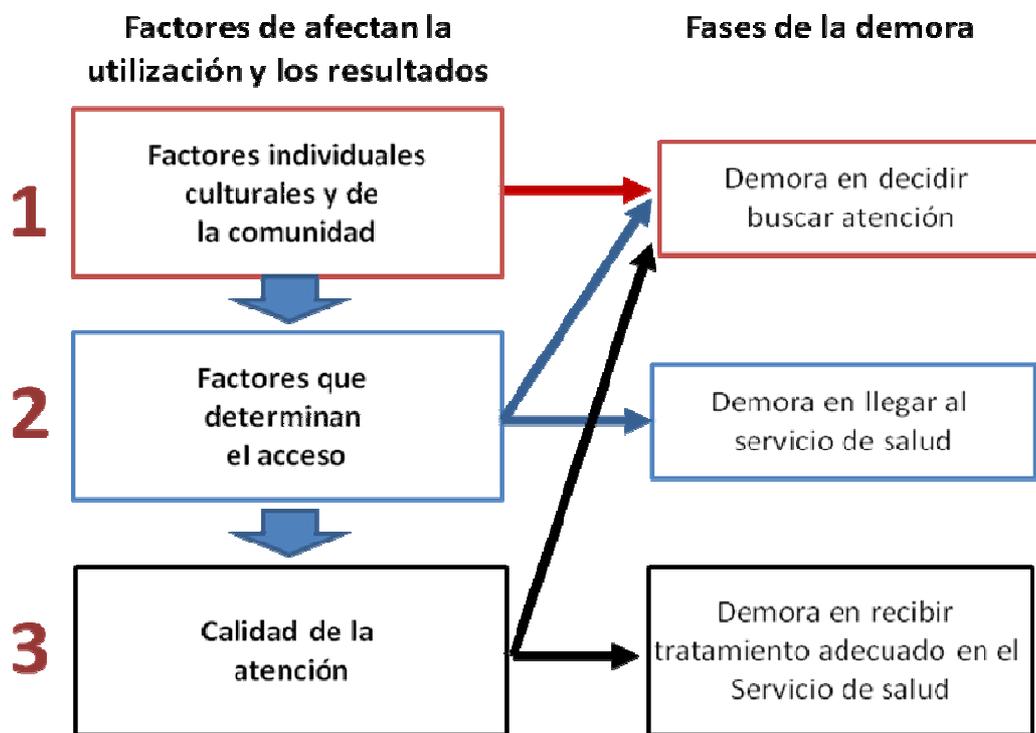
buscar ayuda. Por ejemplo, en lugares donde existe fuerte tradición de consultar con parteras, o descreimiento generalizado sobre el papel de los profesionales de salud, podría observarse una dilación en la búsqueda de ayuda adecuada.

Por otra parte factores como las distancias a los servicios de salud, disponibilidad y eficiencia del transporte, así como el costo de la atención a la salud y del transporte, pueden, de igual manera, influir en la toma de decisión de las mujeres para buscar ayuda. También la percepción que las mujeres tienen sobre la calidad de los servicios puede jugar un papel clave en la búsqueda de ayuda.

Sobre la segunda demora: una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe llegar a la unidad. La accesibilidad a los servicios de salud será de fundamental importancia para evitar una demora en este paso. La accesibilidad de los servicios está en función de las distancias que se deben recorrer, dificultades para transportarse y los costos que todo ello implica, incluyendo los costos de la misma atención médica en la unidad.

Sobre la tercera demora: una vez que las mujeres han atravesado “exitosamente” las barreras de las fase 1 y 2, aún pueden ocurrir contratiempos que son atribuibles a la calidad técnica de la atención en los servicios de salud. En esta etapa intervienen factores como el número de personal capacitado, disponibilidad de medicamentos y equipos, y la condición general de las unidades. También resulta de vital importancia la administración del servicio. Una unidad puede tener todo su personal e insumos requeridos, y aún así brindar un mal servicio. (Maine y cols. 1997)

Figura 1. Esquema de Marco conceptual: las tres demoras



Fuente: Adaptado de Maine y cols. 1997

En este estudio, nos centramos, de manera específica en las dos primeras fases del proceso que se relacionan con los factores de facilitan u obstaculizan el acceso de las mujeres a la atención médica.

En el marco del presente trabajo de investigación, las variables relacionadas con cada una de las fases mencionadas, las cuáles serán empleadas para la organización del análisis de la información se presentan en el cuadro a continuación:

Cuadro 1: Variables relacionadas con las fases del modelo teórico

FASE 1 Factores individuales, culturales y de la comunidad	FASE 2 Factores del acceso
<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Escolaridad • Migración • Tipo de localidad (rural, urbana) • Región del estado de residencia • Percepción sobre la importancia de asistir a la unidad de salud ante la probabilidad o certeza de embarazo • Conocimiento de signos de alarma • Percepción de riesgos ante signos de alarma • Tradición de atención por parte de parteras en la familia • Estereotipos machistas • El derecho a la atención a la salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Derechohabencia • Actividades domésticas: cuidado de otros hijos • Funcionamiento de las redes sociales • Cercanía geográfica a la unidad de salud • Tiempo de traslado • Otros problemas de transporte para llegar a las unidades de salud • Costo para transportarse a la unidad de salud • Costo de la consulta • Costo por medicamentos • Costo por análisis y ultrasonido

III. EL PROYECTO

Objetivo general

Identificar la ubicación de los servicios de salud con que cuenta el estado de Quintana Roo y determinar cuáles son los factores que dificultan el acceso oportuno de las mujeres a los servicios durante su embarazo, parto y puerperio.

12

Objetivos específicos

1. Identificar la disponibilidad de servicios de salud con que cuenta el estado de Quintana Roo, a través de mapas georreferenciados, según nivel de complejidad y Tipo de Institución para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Determinar los factores de índole personal, cultural, geográficos, económicos que operan como facilitadores u obstáculos para el acceso a una atención calificada, por parte de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio del Estado de Quintana Roo.

Metodología

El diseño metodológico del proyecto buscó identificar una amplia gama de experiencias y realidades en cuanto a la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Para ello se diseñaron e implementaron herramientas de medición acordes con las necesidades de cada objetivo. A continuación se detalla paso a paso el desarrollo del proyecto organizado por cada uno de los objetivos específicos:



Fuentes de información

Mapas Georreferenciados de unidades médicas en el estado según nivel de complejidad y Tipo de Institución

Para el desarrollo de los **mapas** se utilizó el Sistema Plan Maestro de Recursos para la Atención de la Salud de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (DGPLADES), dependiente de la Secretaría de Salud, el cual permite establecer cuál es la capacidad del sistema para la atención materna. Adicionalmente se recabó información en fuentes secundarias y se realizaron solicitudes explícitas de información a nivel estatal.

Accesibilidad de las usuarias con los servicios de salud

La accesibilidad a los servicios de salud, por ser la variable de mayor interés en este estudio, se evaluó desde tres perspectivas:

Desde la perspectiva de las usuarias: para el desarrollo de esta fase se seleccionó una muestra de usuarias embarazadas y puérperas, con representación jurisdiccional a las cuáles se les aplicó un cuestionario relativo a los factores que facilitan u obstaculizan el acceso a los servicios. Anexo 1.

Desde la perspectiva de las no usuarias: a través de muestreo por “bola de nieve” se trató de identificar a mujeres embarazadas o que hayan dado a luz en el último año, no usuarias de servicios, a las cuáles se les aplicaría el cuestionario de acceso. Anexo 2.

Desde la perspectiva de proveedores de servicios: en las unidades de salud donde se encuestaron a las usuarias, se aplicó un cuestionario al responsable del servicio, para indagar, desde su perspectiva, cuáles son las dificultades de acceso para las mujeres de sus comunidades de referencia (existencia de recursos comunitarios). Anexo 3.

Selección de las muestras y unidades de análisis

La selección de las muestras se realizaron en dos fases. En la primera, con base en el Directorio de establecimientos de salud con CLUES del sector público y privado, correspondiente al mes de marzo de 2009, se seleccionó una muestra de 97 unidades de salud (correspondientes a los Servicios de Salud del Estado), la cual es representativa para cada una de las Jurisdicciones Sanitarias (JS) del Estado y al interior de las mismas es

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

representativa de población rural y urbana. Para realizar esta última determinación, se tomó el criterio que la Secretaría de Salud adopta para clasificar a sus unidades como rurales y urbanas. La muestra fue calculada con el programa EPI Dat, Versión 3.1 (2006), con un nivel de confianza de 95% y de precisión de 8%. Para el cálculo al interior de cada una de las JS, se tomó la distribución porcentual de la población de unidades:

- La muestra de la zona norte se conformó por un total de 31 unidades entre las cuales se incluyen: servicios móviles, centros de salud urbanos y rurales, así como hospitales.
- La muestra de la zona centro se conformó por un total de 29 unidades entre las cuales se incluyen: servicios móviles, centros de salud urbanos y rurales, así como hospitales.
- La muestra de la zona sur se conformó por un total de 27 unidades entre las cuales se incluyen: servicios móviles, centros de salud urbanos y rurales, así como hospitales.

En la segunda fase, se determinó una muestra de usuarias para la aplicación de las encuestas en las unidades de salud (se establecieron cuotas de usuarias por unidad de visita). La muestra de usuarias es representativa de cada una de las JS del estado y se determinó con base en el número de nacimientos registrados en el año 2007, según reporte de la Secretaría de Salud, aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

n= es el tamaño de la muestra

Z= es el nivel de confianza

p= es la variabilidad positiva

q= es la variabilidad negativa

N= es el tamaño de la población

E= es la precisión o el error

Resultados:

Precisión 0.02		
$Z^2 pqN$	$NE^2 + Z^2 pq$	n
4495.479	10	448

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

Para determinar la proporción de la muestra de usuarias que se encuestó en cada una de las JS, se calculó con base en la proporción de nacidos vivos, en cada municipio, según reporte de la Secretaría de Salud, para el año 2007. La composición de las muestras se detalla en el cuadro a continuación.

Finalmente, la selección del tamaño y composición de las muestras de no usuarias y parteras, al tratarse de muestras cualitativas, se realizaron según criterios de conveniencia.

Cuadro 1. Composición de las muestras y unidades de análisis

Unidades de análisis	Zona Sur (Jurisdicción sanitaria 1)	Zona Norte (Jurisdicción sanitaria 2)	Zona Centro (Jurisdicción sanitaria 3)	Total
	7 centros de salud urbanos*	14 centros de salud urbanos	2 centros de salud urbanos*	23 centros de salud urbanos
Unidades de salud	26 centros de salud rurales	12 centros de salud rurales	23 centros de salud rurales	61 centros de salud rurales
	2 unidades móviles	2 unidades móviles	2 unidades móviles	6 unidades móviles
	2 hospitales	3 hospitales	2 hospitales	7 hospitales
Total	37 unidades	31 unidades	29 unidades	97 unidades
Usuarías	85	313	50	448 usuarias
No usuarias	20	20	20	60 no usuarias
Responsables	37	31	29	97 responsables
Parteras	10	10	10	30 parteras

*Corresponden a la totalidad en su tipo

Operativo de campo

En primera instancia, los instrumentos para la recolección de la información fueron elaborados y sometidos a juicio para su ajuste por parte de personal del Observatorio experto en trabajo de campo.

Posteriormente, estos instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto:

- Cuestionario para Usuarías y para Responsables: la prueba piloto se llevó a cabo en el Hospital Integral Isla Mujeres (Av. Guerrero N 5, centro)

Luego de ambas pruebas y como resultado de las mismas, los instrumentos fueron ajustados.



Previo al inicio de las actividades de recolección de la información en campo, se llevó a cabo una capacitación con los encuestadores, en la cual se presentaron los objetivos de la investigación y se revisaron cada uno de los instrumentos que se aplicarían en campo. Además, se establecieron los tiempos en que debían entregarse las encuestas aplicadas.

En la sesión de capacitación se hizo entrega de los cuestionarios impresos, tarjetas de apoyo, playeras de la Universidad, paletas, gafetes, cartas de presentación y plumas.

Durante el trabajo de campo, se programaron las visitas a las unidades seleccionadas en la muestra, para lo cual se realizaron rutas de viaje. En cada una de las unidades citadas, se encuestó al responsable, a la cuota de usuarias de la unidad y se solicitó información sobre la existencia de no usuarias (informantes: profesionales de la salud y usuarias).

El operativo de campo se realizó entre los meses de agosto y octubre de 2009.

16

Plan de análisis de los datos

Para el análisis estadístico se procedió en fases consecutivas culminando con la realización de un análisis por regresión logística en el cual se controló por las variables que potencialmente tienen efecto confuso sobre las asociaciones observadas. Se siguieron los pasos que se describen a continuación:

1. *Descripción de la muestra:* permite sintetizar las características de la muestra estudiada describiéndola en términos de las variables definidas en el Marco teórico del estudio: *variables individuales, culturales y de la comunidad* y variables que determinan el *acceso efectivo a los servicios de salud*. En el caso de las variables categóricas se obtuvieron sus frecuencias y proporciones respectivas. En el caso de las variables de tipo numérico se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión.
2. *Análisis bivariados simples:* utilizado para obtener las medidas de comparación y asociación crudas entre las variables estudiadas y la variable dependiente de interés, acceso oportuno. Para ello se utilizó el estadístico Chi cuadrado y se realizó un análisis de riesgos para determinar el grado de asociación entre las variables de interés.



Los datos fueron analizados en el programa SPSS versión 10.0 para Windows y STATA versión 9.

IV. RESULTADOS

CAPÍTULO 1. LA DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUINTANA ROO

El consenso de las agencias intergubernamentales expresa que hay tres tipos de intervenciones efectivas para reducir la mortalidad materna en un corto plazo:

1. Planificación familiar (Acciones de Prevención de las Emergencias Obstétricas)
2. Atención del parto por personal calificado
3. Atención de la emergencia obstétrica (AEO)

Debido a que lo concerniente a las acciones de Planificación Familiar escapan de los límites del presente trabajo, analizaremos la disponibilidad de recursos para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, en cuanto a la capacidad que tiene el sistema para atender los partos con personal calificado, así como la AEO.

La atención calificada: unidades de atención

Según la información contenida en el “Directorio de establecimientos de salud con CLUES del sector público y privado” correspondiente al mes de marzo de 2009, después de eliminar los almacenes, oficinas administrativas, laboratorios, UNEMES y la Clínica de Leucemia, el Estado de Quintana Roo cuenta con un total de 214 unidades de salud, las cuales se detallan en el cuadro a continuación.

Cuadro 1. Disponibilidad de unidades de salud, según Institución y Nivel de complejidad Quintana Roo, 2009

Tipo de Institución	Jurisdicción Sanitaria			TOTAL
	JS 1 (Sur)	JS 2 (Norte)	JS 3 (Centro)	
SSA	75	53	58	186
Unidades Consulta Externa	69	44	52	165
Hospitales	2	5	2	9
Unidades móviles	4	4	4	12
IMSS	2	10	2	14
Unidades Medicina Familiar	1	6	2	9
Hospitales	1	4	0	5
ISSSTE	1	4	2	7
Unidades consulta externa	0	3	2	5
Hospitales	1	1	0	2
SDN				5
Unidades consulta externa	ND	ND	ND	4
Hospitales	1	ND	ND	1
SMA	1	1	0	2
Hospitales	1	1	0	2
TOTAL	79	68	62	214

Fuente: Directorio de establecimientos de salud con CLUES del sector público y privado. 2009

Si tomamos sólo a las unidades de Consulta Externa de los Servicios Estatales de Salud, se observa la siguiente distribución.

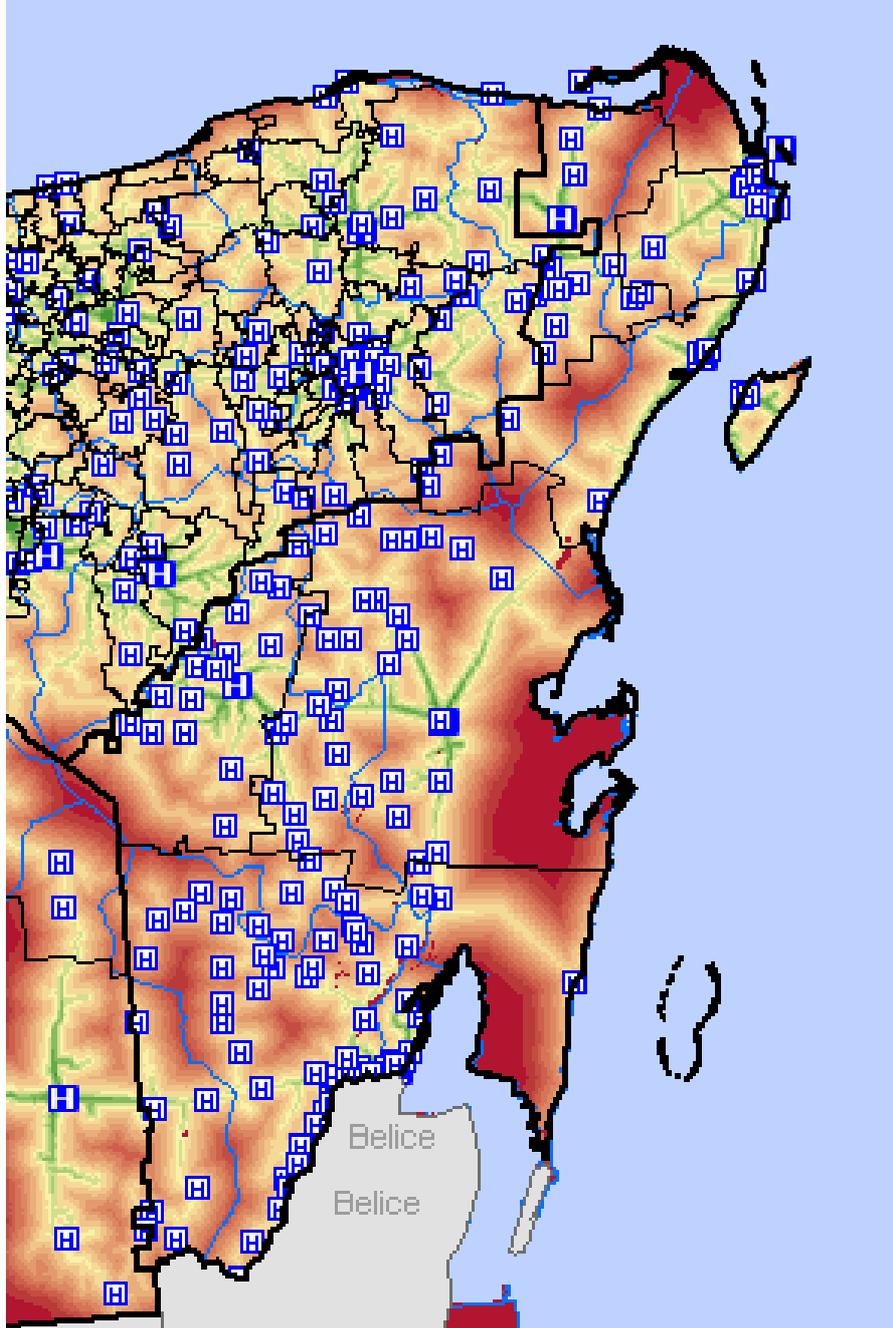
Cuadro 2. Unidades de salud (Consulta Externa) según tipo de localidad y JS Quintana Roo, SESA*, 2009

Tipo de Institución	Jurisdicción Sanitaria			Total estatal
	JS 1 (Sur)	JS 2 (Norte)	JS 3 (Centro)	
Unidades de consulta Externa rurales (de 1 a 3 núcleos básicos)	62	23	50	135 (82%)
Unidades de consulta externa urbanas (más de 3 núcleos básicos)	7	21	2	30 (18%)

Fuente: Directorio de establecimientos de salud con CLUES del sector público y privado. 2009

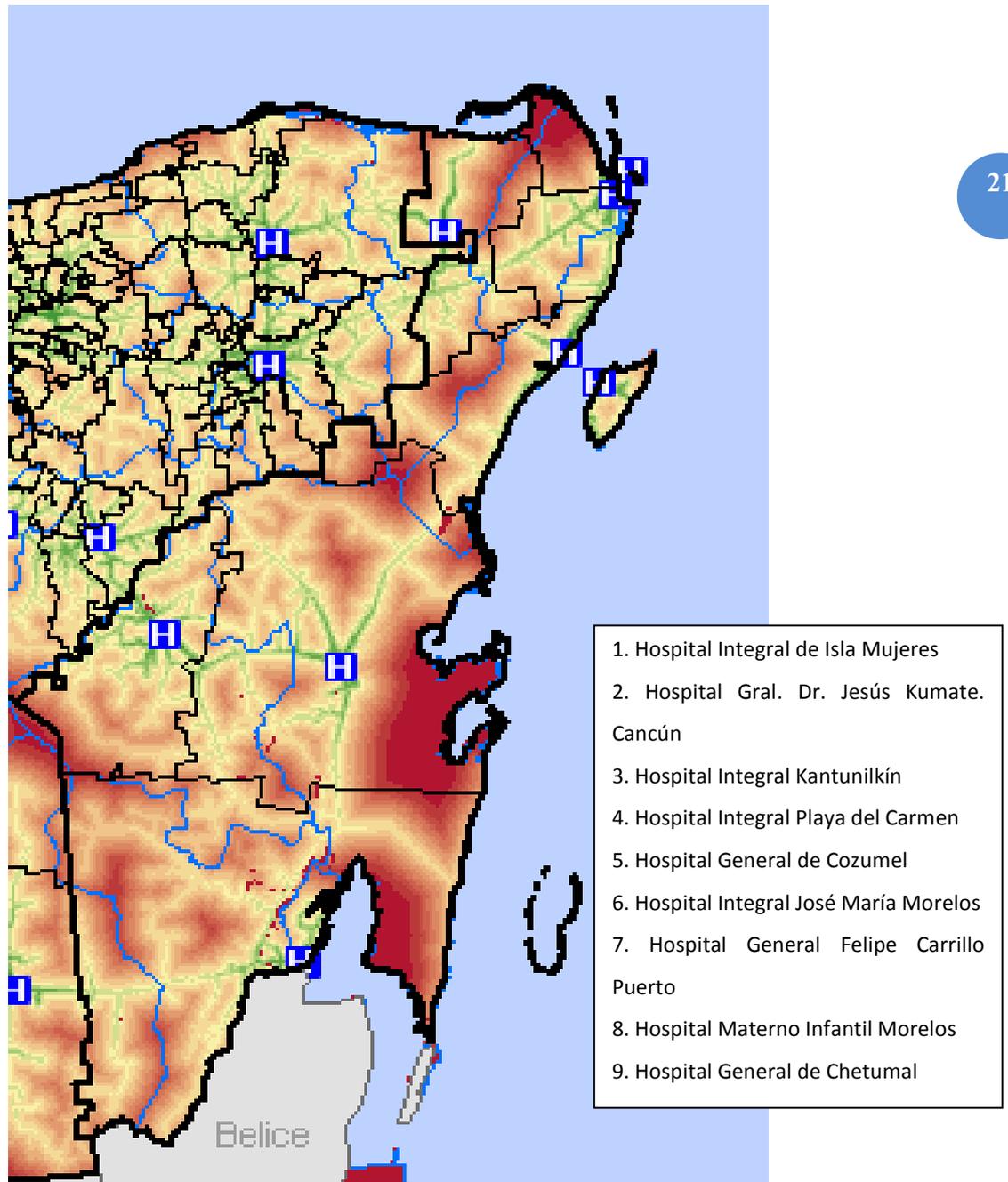
Nota: a partir de este momento, toda la información se referirá en exclusivo a las unidades de salud dependientes de los Servicios Estatales de Salud (SESA), por resultar la institución de principal interés en este estudio.

Mapa 1. Unidades de Servicios Estatales de Salud SESA, todos los niveles.
Quintana Roo, 2009



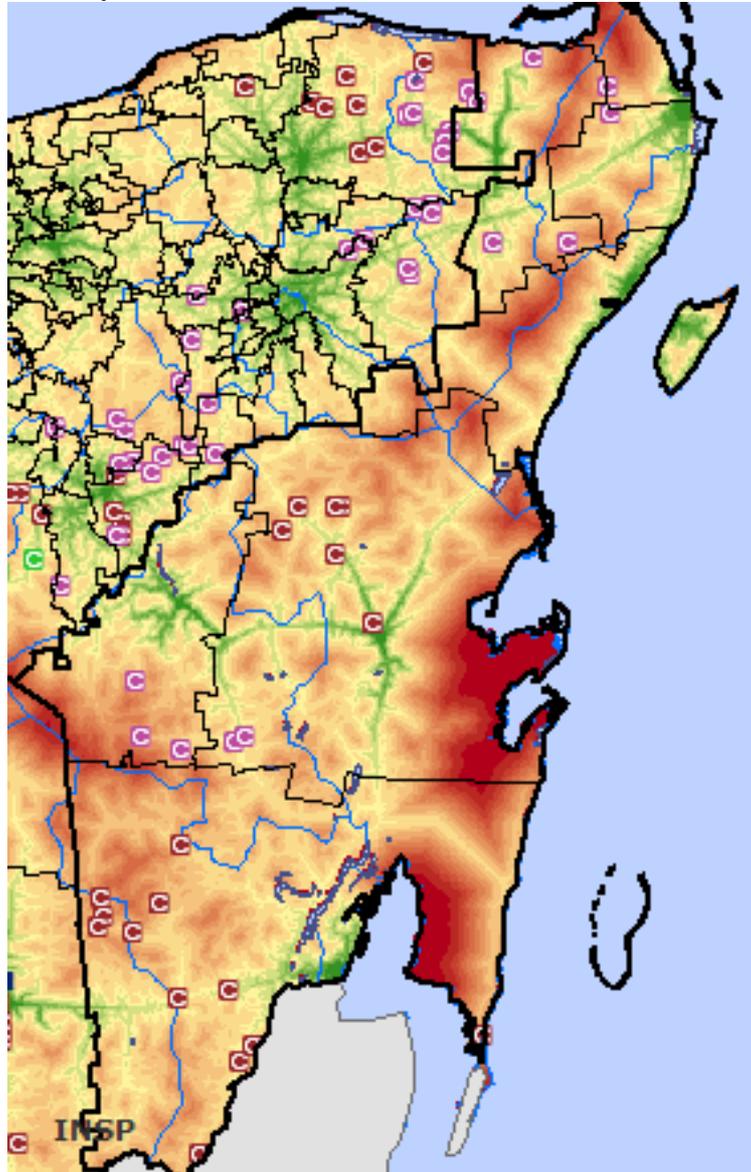
Fuente: SS. Infraestructura del Sector Salud y Tiempos de Viaje.

Mapa 2. Hospitales de Servicios Estatales de Salud SESA. Quintana Roo, 2009



Fuente: Infraestructura del Sector Salud y Tiempos de Viaje. Disponible en <http://geosalud.insp.mx/tiempodeviaje/>

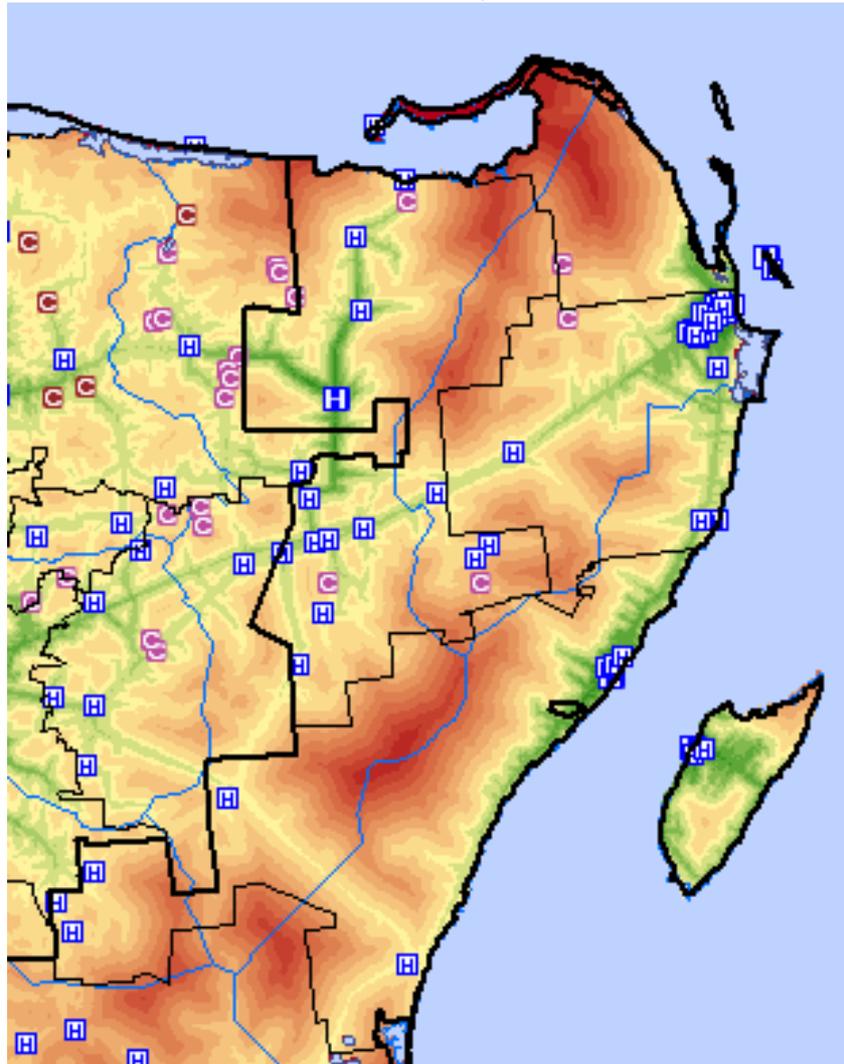
Mapa 3. Carvanas de la Salud. Quintana Roo, 2009



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

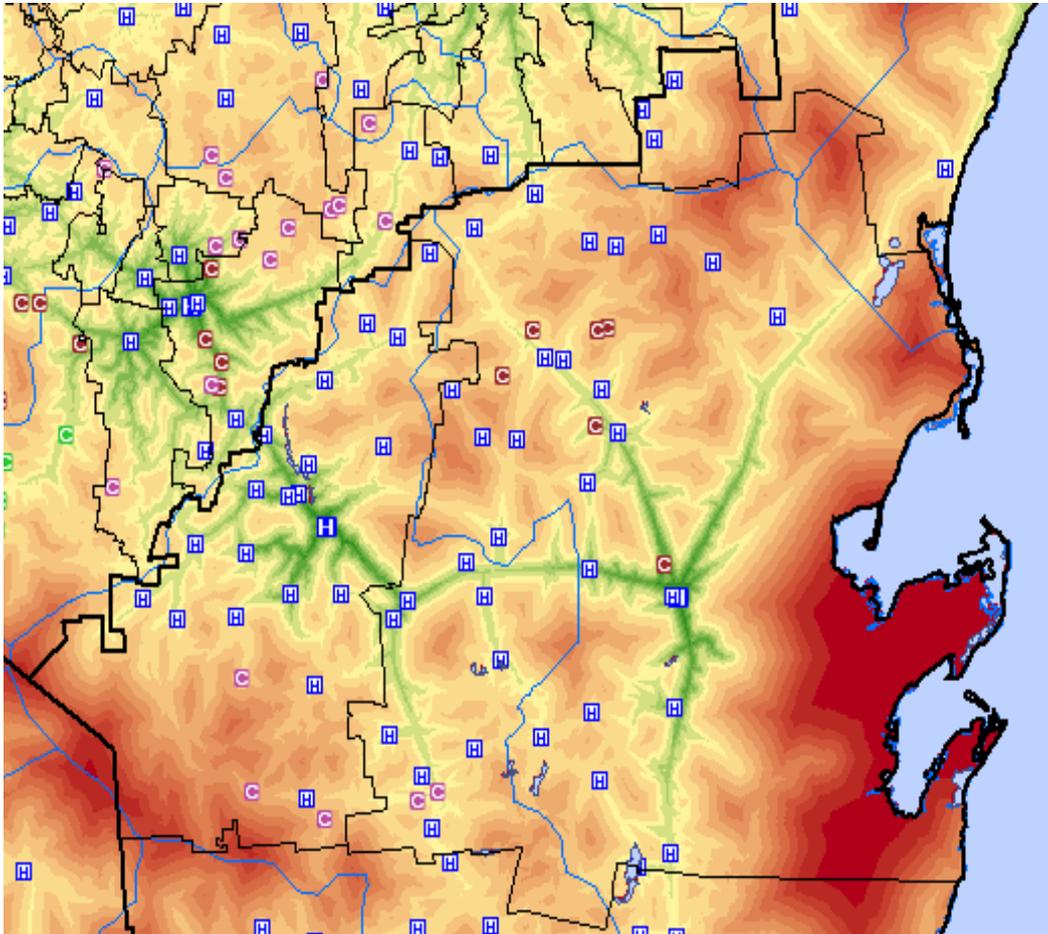
A continuación se presentan los mapas donde se observa la distribución de unidades de salud de SESA (todos los niveles de complejidad), en cada una de las JS.

Mapa 4. Unidades de Servicios Estatales de Salud SESA, todos los niveles. ZONA NORTE Quintana Roo, 2009



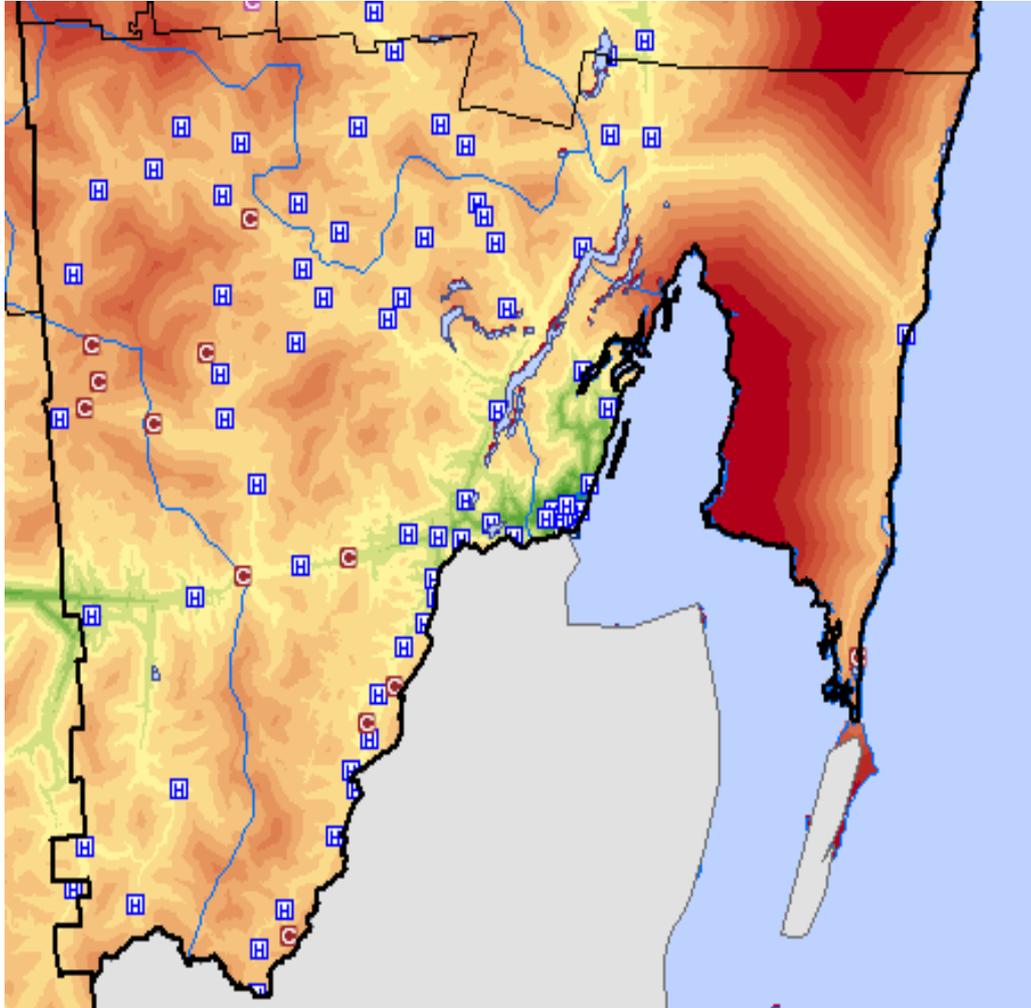
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

**Mapa 5. Unidades de Servicios Estatales de Salud SESA, todos los niveles. ZONA CENTRO.
Quintana Roo, 2009**



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 6. Unidades de Servicios Estatales de Salud SESA, todos los niveles. ZONA SUR. Quintana Roo, 2009

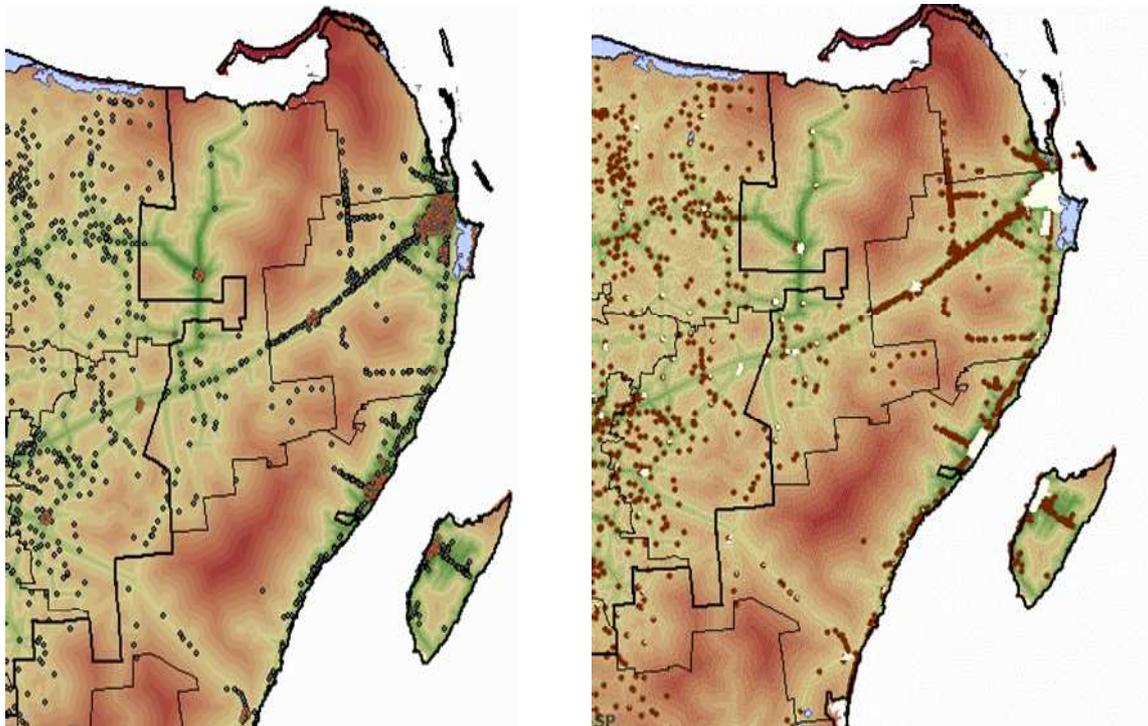


Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

En los mapas a continuación se aprecian la distribución de localidades urbanas y rurales que existen en cada una de las JS y se compara esta distribución con la ubicación de localidades que cuentan con algún tipo de servicios de salud en el Estado.

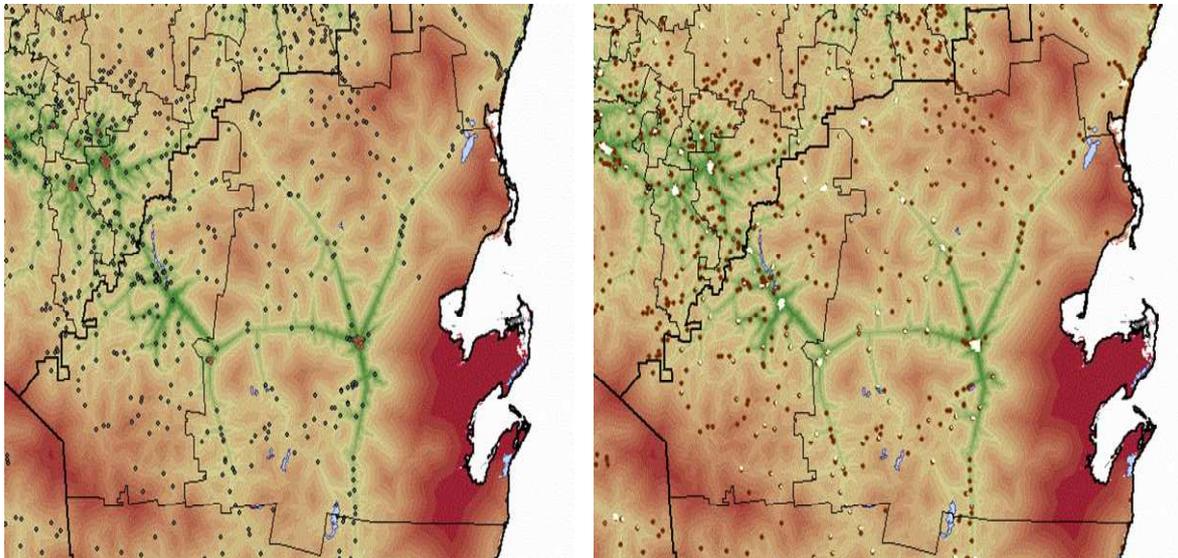
Como se observa, todas las localidades del Estado se ubican en la zona de influencia de alguna unidad de salud.

Mapa 7. Localidades rurales y urbanas y localidades con servicios de salud. ZONA NORTE Quintana Roo, 2009



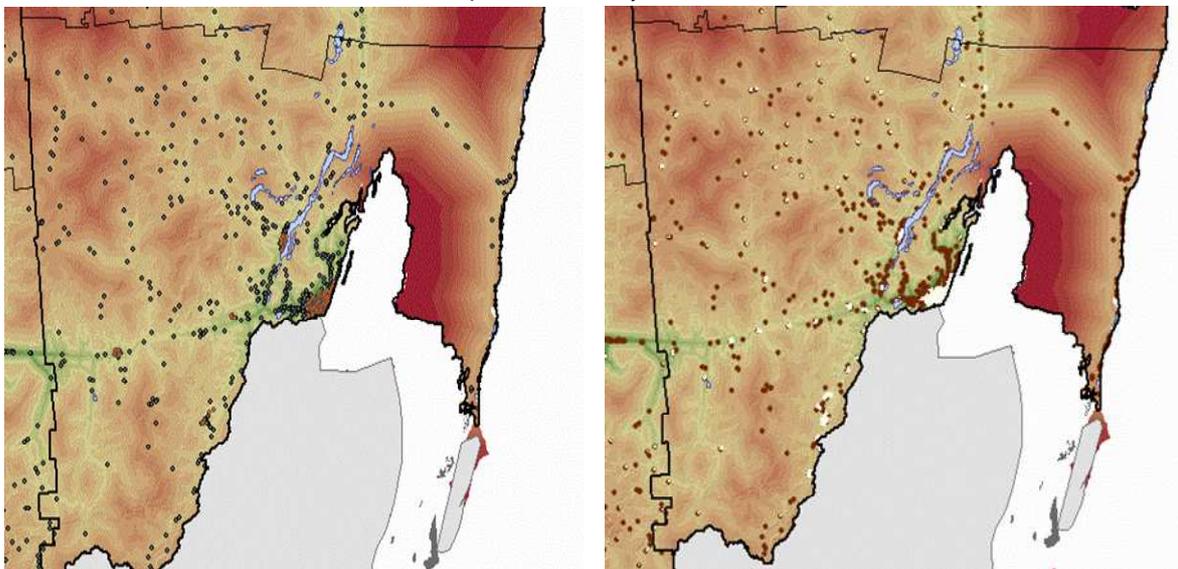
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 8. Localidades rurales y urbanas y localidades con servicios de salud. ZONA CENTRO, Quintana Roo, 2009



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 9. Localidades rurales y urbanas y localidades con servicios de salud. ZONA SUR Quintana Roo, 2009



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

La atención calificada: infraestructura y recursos humanos

Según la información presentada en el cuadro a continuación podemos observar que el Estado cuenta con 1 consultorio y 1.3 médicos por cada mil habitantes (parámetros adecuados según lo establecido por la Organización Mundial para la Salud); sin embargo, en cuanto al número de camas por habitantes, la tasa es levemente inferior a lo establecido en los parámetros internacionales. Al analizar la distribución de recursos por jurisdicciones sanitarias se puede obtener que la zona sur del estado es la que cuentan con los mejores niveles en cuanto a infraestructura y recursos humanos, en tanto, la zona norte es la más rezagada, inclusive, el número de recursos por habitantes se encuentra por debajo de las medias estatales. Esta situación puede verse explicada por el acelerado crecimiento que en las últimas décadas han tenido los municipios de la zona norte, que corresponden a los de mayor tráfico turístico del Estado y del País. Por su parte, la zona centro del Estado cuenta con un reducido número de camas, en proporción con el tamaño de su población, según los parámetros mencionados.

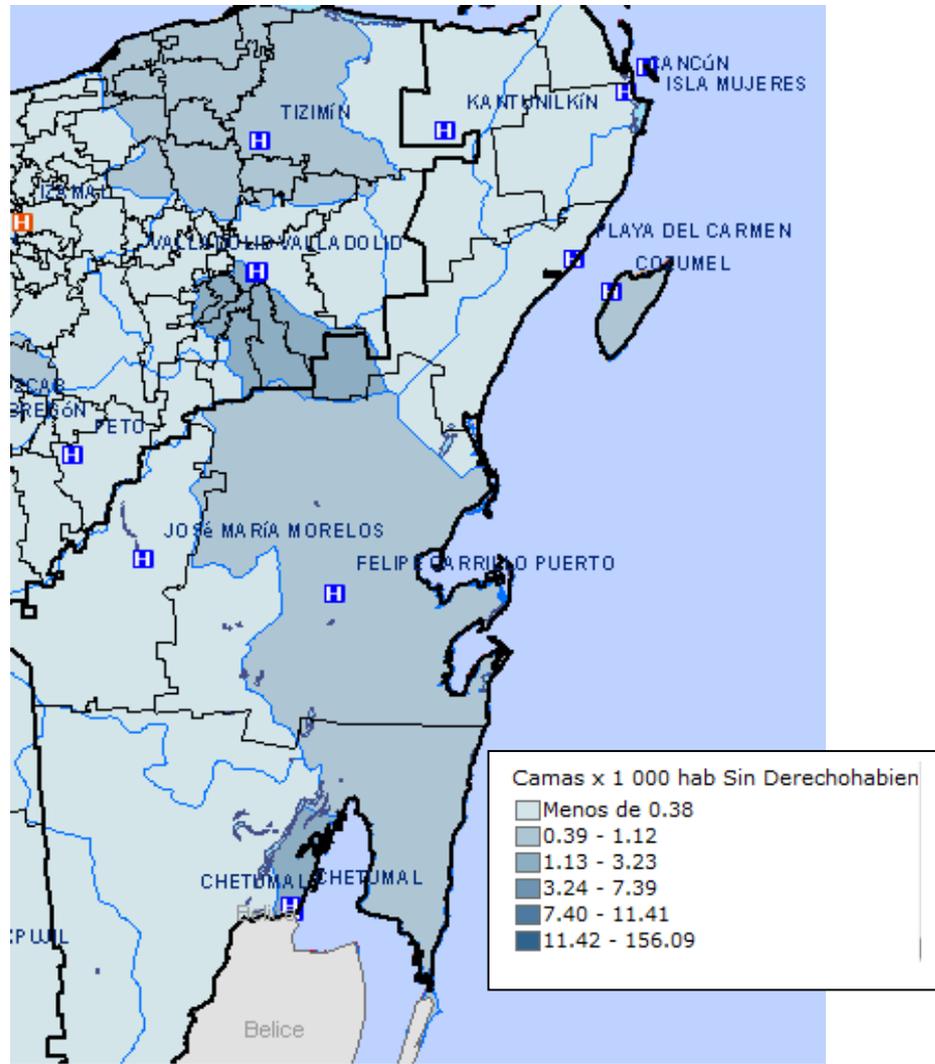
Cuadro 3. Recursos para la salud según JS Quintana Roo, SESA, 2007

	Jurisdicción Sanitaria						Total estatal	
	JS 1 (Sur)		JS 2 (Norte)		JS 3 (Centro)			
Unidades consulta externa	69	0.6*	44	0.1*	52	0.6*	165	0.3*
Hospitales	2	0.01*	5	0.01*	2	0.02*	9	0.01*
Consultorios	128	1.2*	166	0.5*	82	1*	376	1*
Camas	203	1.8*	178	0.6*	63	0.8*	444	0.8*
Médicos	238	2.6*	323	1*	113	1.4*	674	1.3*

*Razón por cada 1000 habitantes sin derechohabencia y con SP

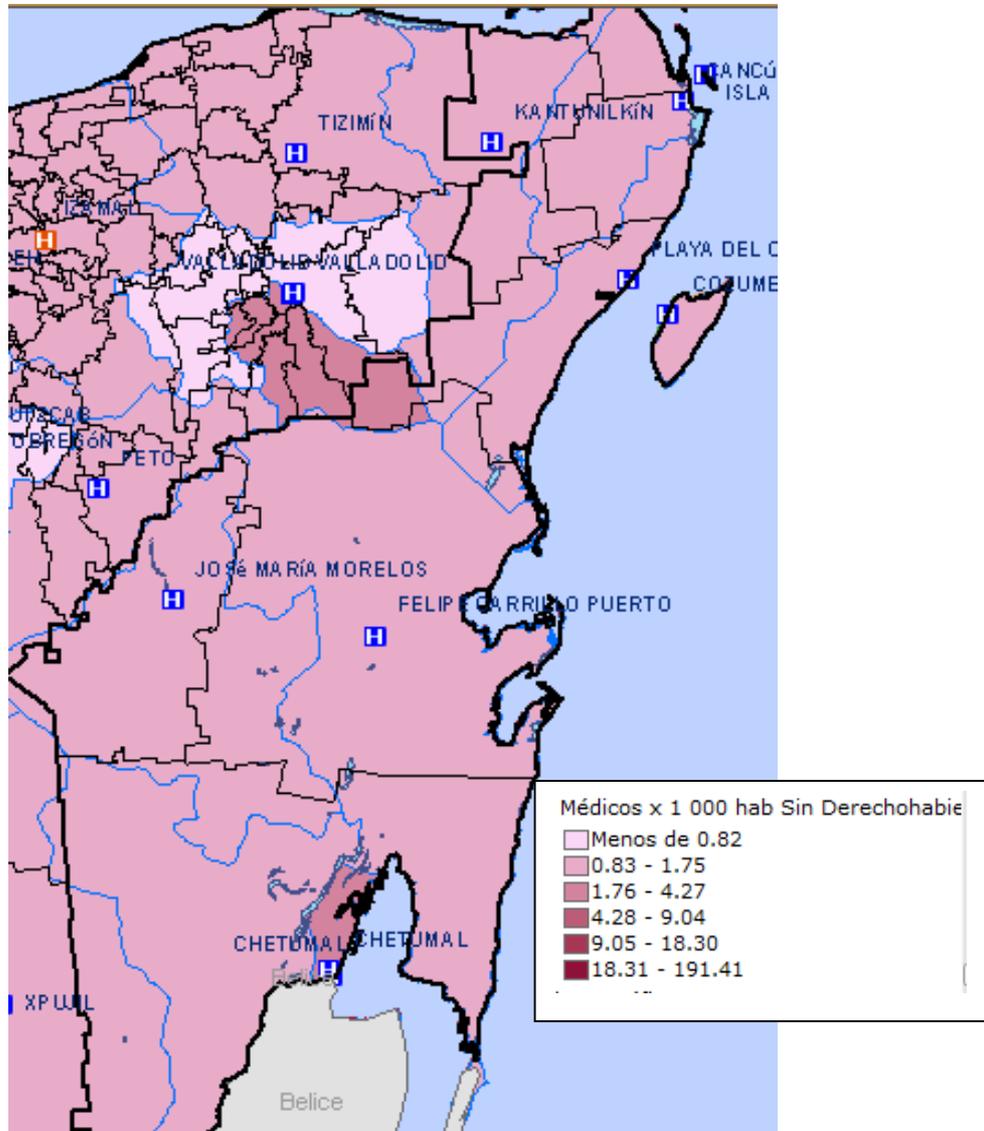
Fuente: DGIS.SS. *Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) 2007.*
 INEGI. *Conteo de Población y Vivienda, 2005*

Mapa 10. Distribución de camas por Mil habitantes. Quintana Roo, 2009



Fuente: Infraestructura del Sector Salud y Tiempos de Viaje

Mapa 11. Médicos por Mil habitantes. Quintana Roo, 2009

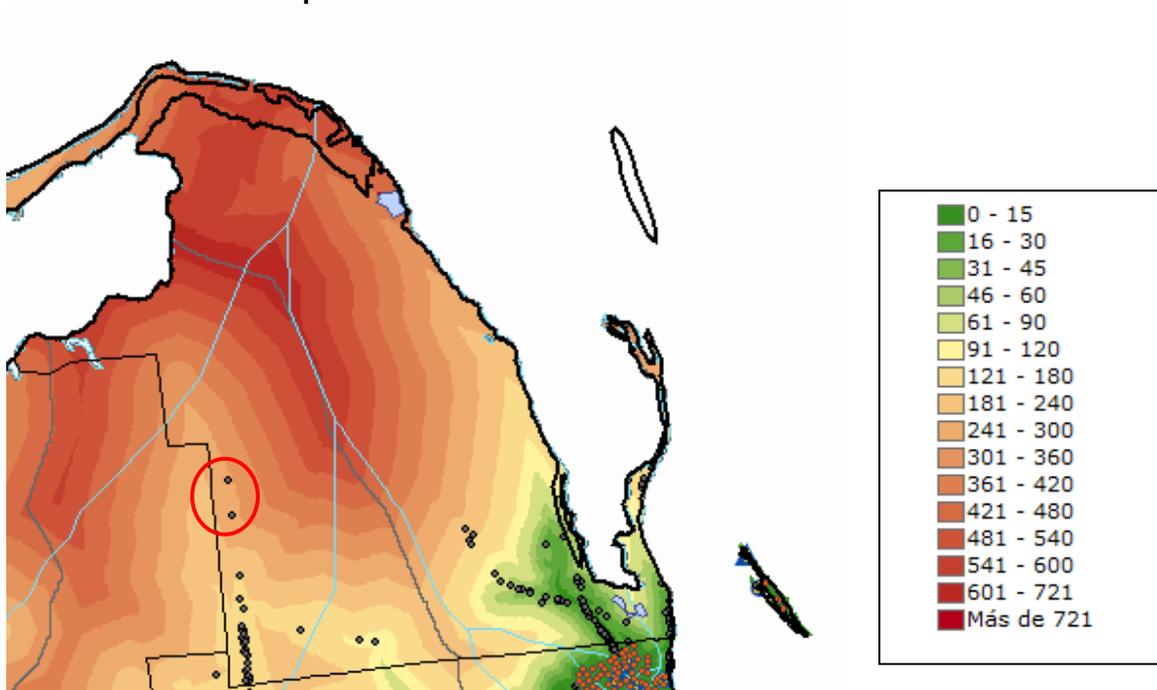


Fuente: Infraestructura del Sector Salud y Tiempos de Viaje

Para medir la capacidad de respuesta del Sistema a las necesidades de atención de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, se preciso, además de identificar la disponibilidad y ubicación de los servicios y sus recursos humanos, determinar los tiempos de traslado que deben recorrer las mujeres, tanto para asistir con la periodicidad requerida a sus consultas prenatales, como para acudir de manera oportuna a una unidad en caso de una EO.

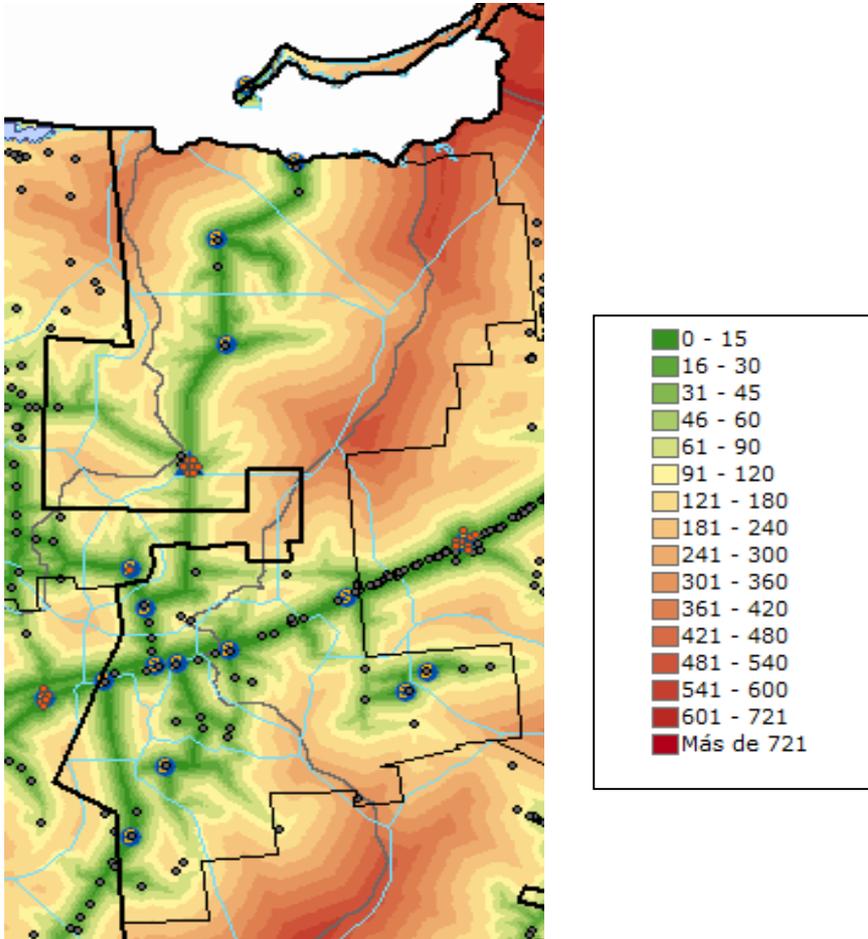
Los siguientes mapas, muestran las unidades de salud de primer nivel de atención para las consultas de seguimiento prenatal, con que cuenta el Estado, con sus respectivas áreas de influencia, así como los tiempos de traslados a las mismas. Se señala en los mapas, las zonas, que por estar más aisladas de las unidades, constituyen vacíos de la atención. Se tratan de localidades que se ubican a más de dos horas de distancia con respecto a la unidad de salud.

Mapa 12. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE ISLA MUJERES.



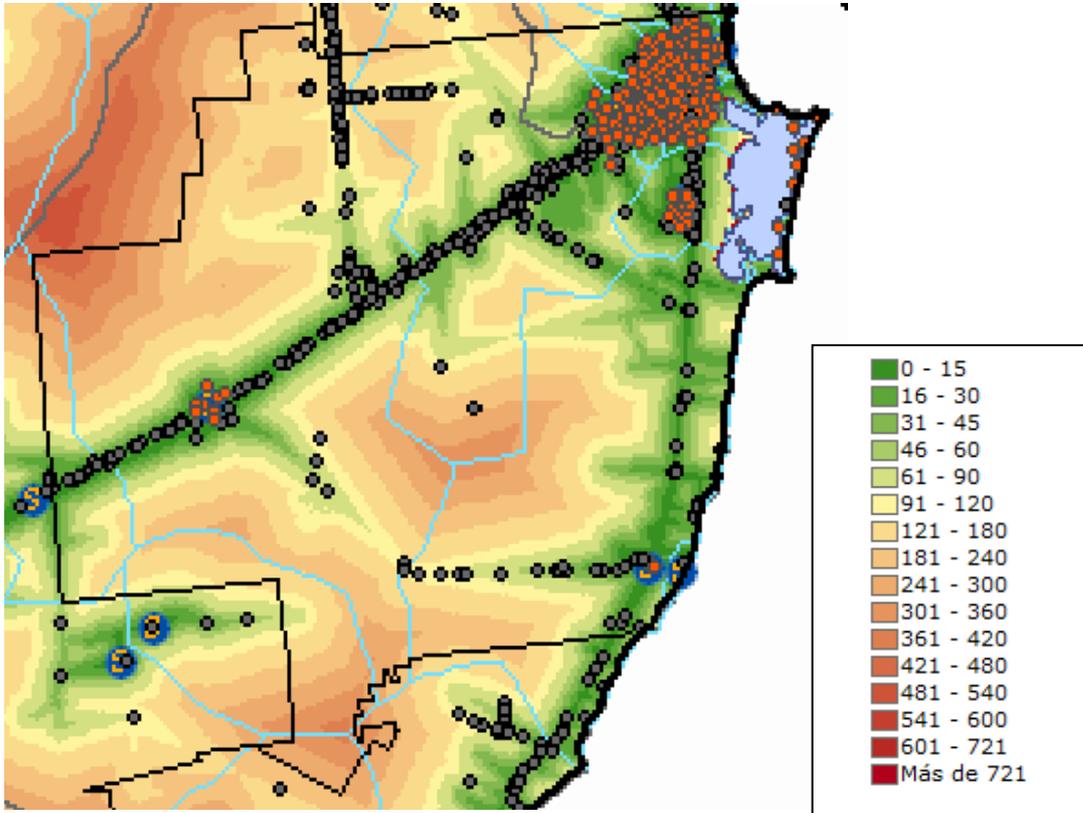
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 13. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE LÁZARO CÁRDENAS



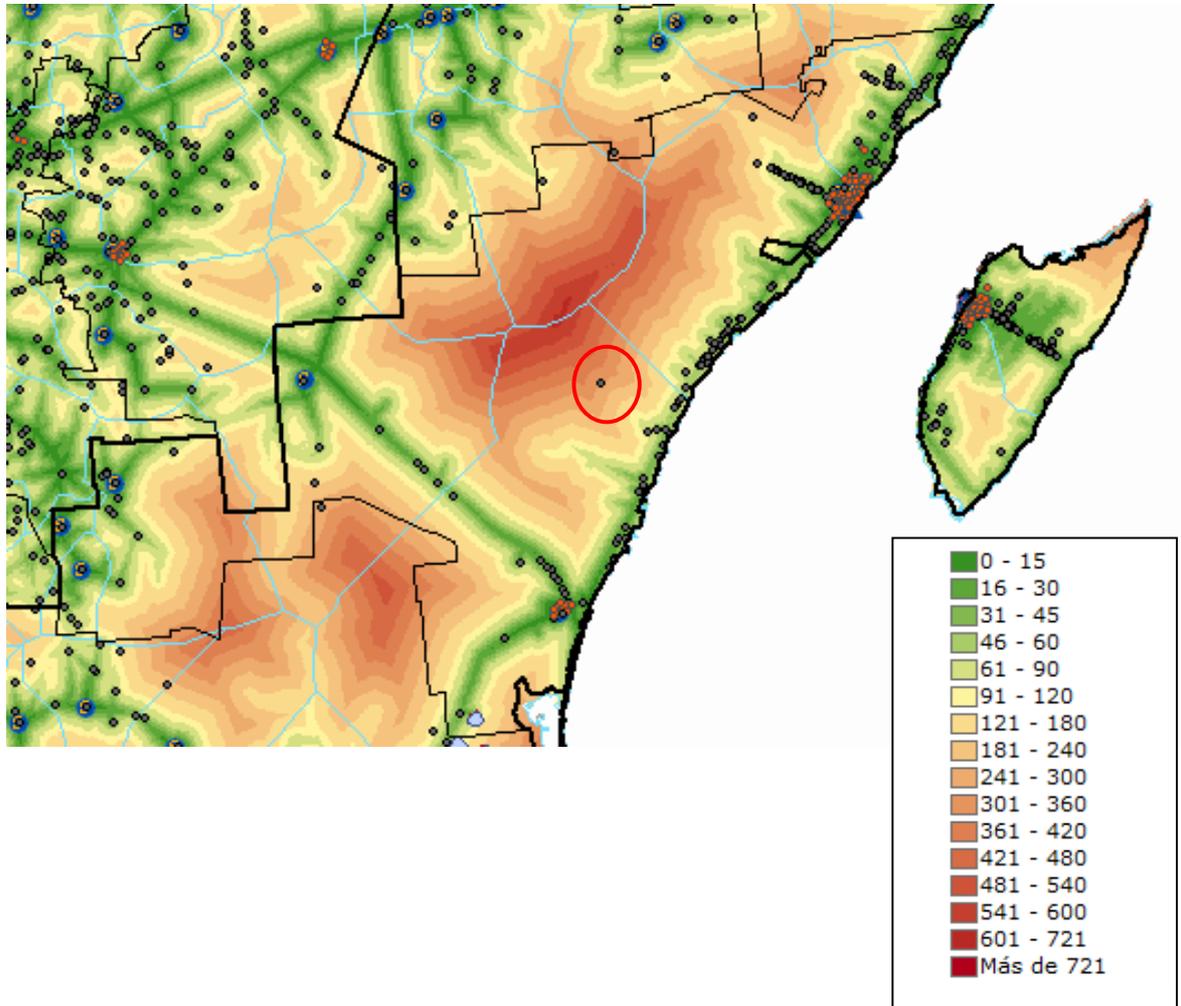
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 14. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE BENITO JUÁREZ



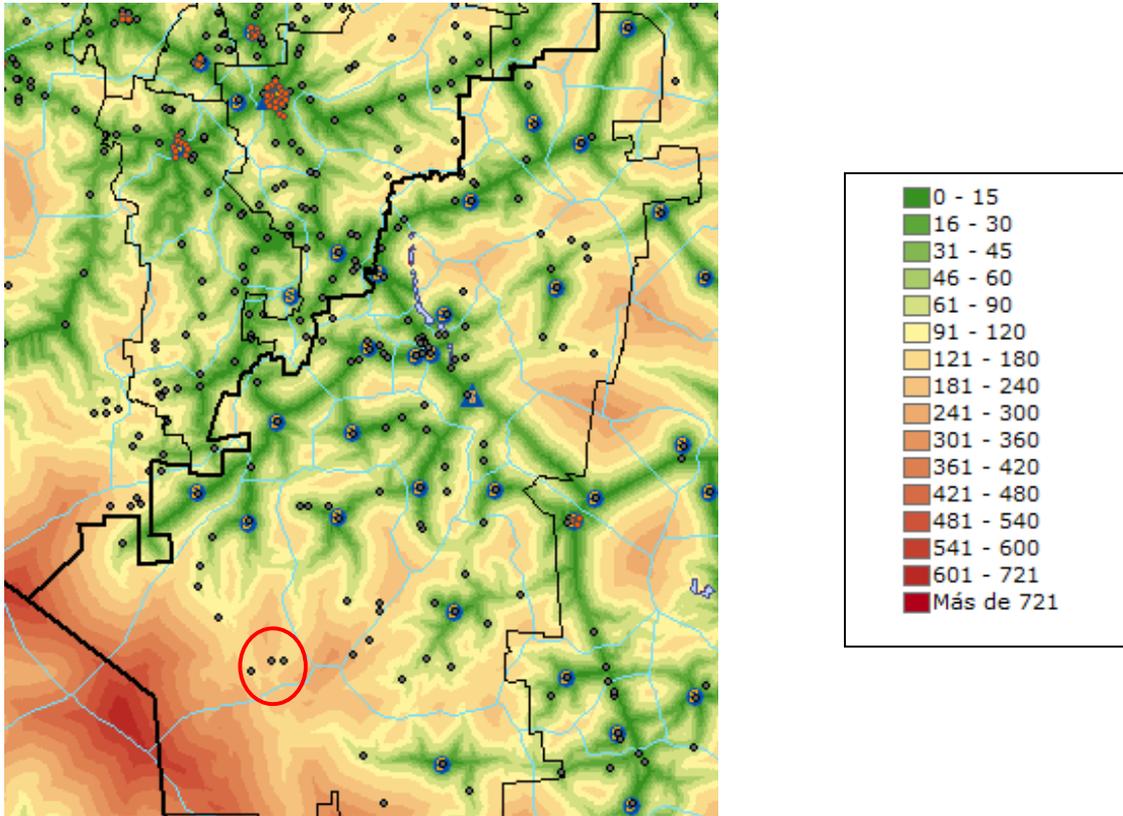
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 15. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIOS DE SOLIDARIDAD Y COZUMEL



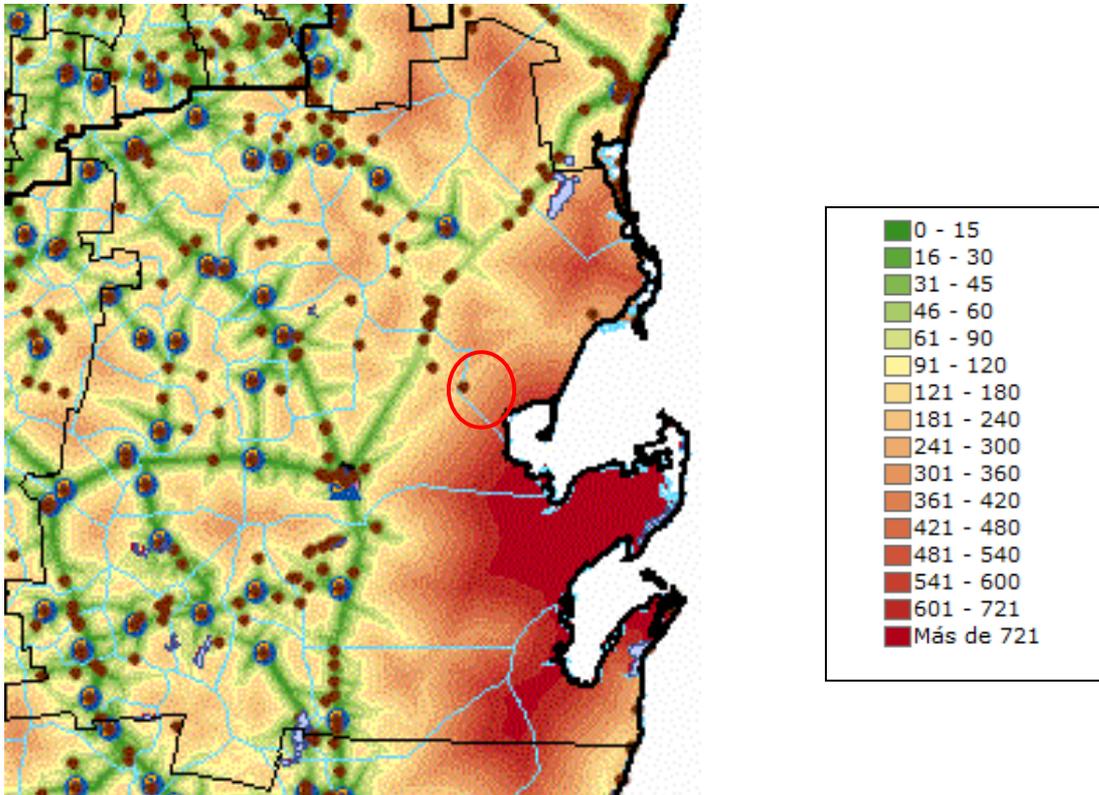
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 16. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE JOSÉ MARÍA MORELOS



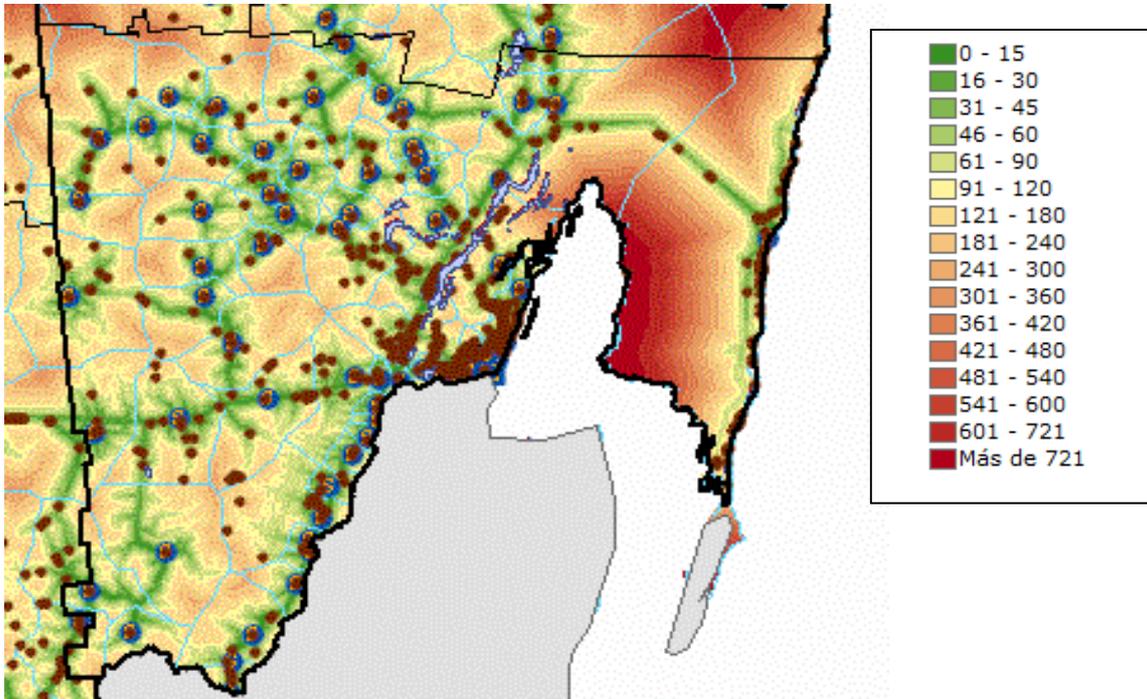
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 17. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE FELIPE CARRILLO PUERTO



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 18. Unidades médicas, localidades del municipio, y tiempo de traslado a UM primer nivel. MUNICIPIO DE OTHÓN P. BLANCO



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

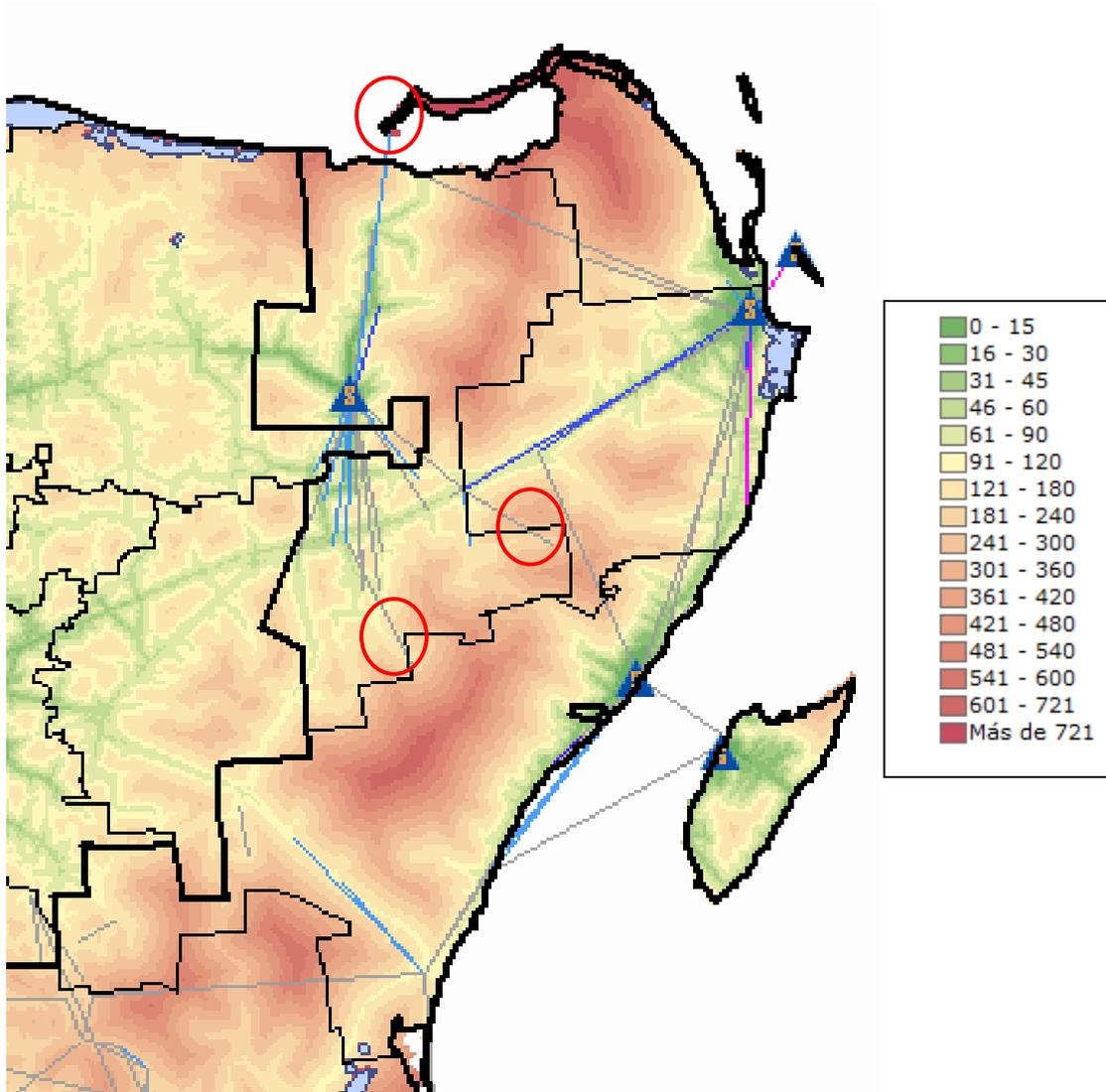
Atención de Emergencias Obstétricas

Para dar cobertura a las crecientes demandas que la población ha venido presentando en materia de salud en general y de salud materna en particular, el Sistema Nacional de Salud, a través del Plan Maestro de Infraestructura, se ha reorganizado incorporando el esquema de Redes de servicios. Estas redes tienen la función de hacer realizar una oferta integrada de servicios de salud a la persona y a la comunidad con altos niveles de calidad técnica e interpersonal. Para ello, una red de atención debe contar con todos los recursos de diferentes niveles de capacidad resolutive.

Las evidencias demuestran que las muertes maternas son una consecuencia de una complicación obstétrica y, por lo tanto, una de las acciones que actualmente se considera de crucial importancia para abatir la mortalidad materna, es la capacidad del sistema para atender de manera oportuna y con calidad, un evento de EO. Debido a esto, una de las intervenciones que se proponen es el mapeo de “hoyos” de la necesidad de atención de parto y emergencia obstétrica en las redes de servicios, con la finalidad de cubrir estos vacíos de atención.

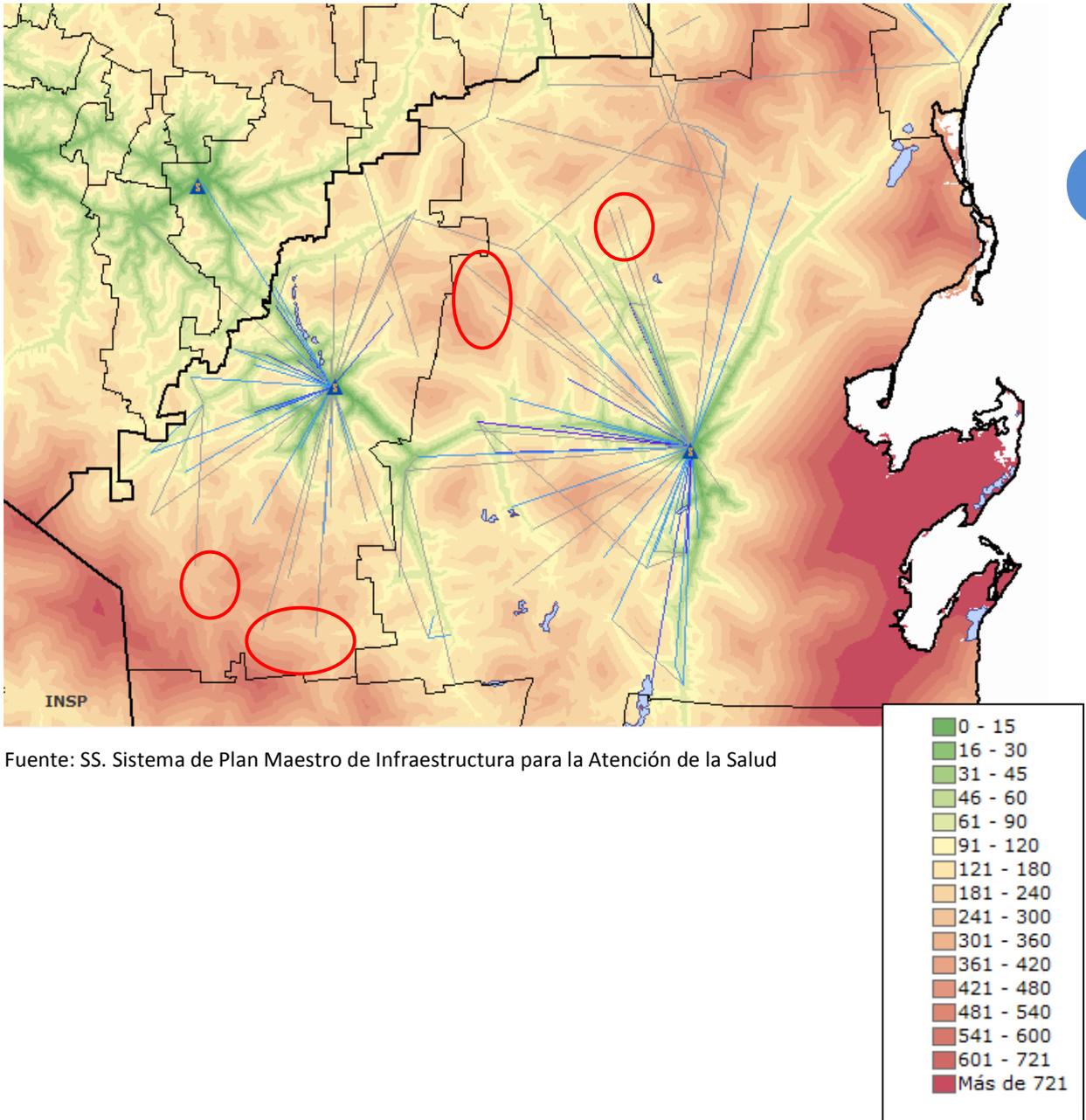
En los mapas a continuación de muestra la ubicación de las unidades de segundo nivel de atención, así como los desplazamientos que deben realizar las mujeres, con su respectiva estimación de tiempos de traslado. Se identifican de igual manera en estos mapas, los “hoyos” de la necesidad de atención, como aquellas localidades que se encuentran a más de dos horas de distancia de unidades de segundo nivel.

Mapa 19. Hospitales, desplazamientos y tiempo de traslado a UM segundo nivel. Hoyos de la atención. ZONA NORTE



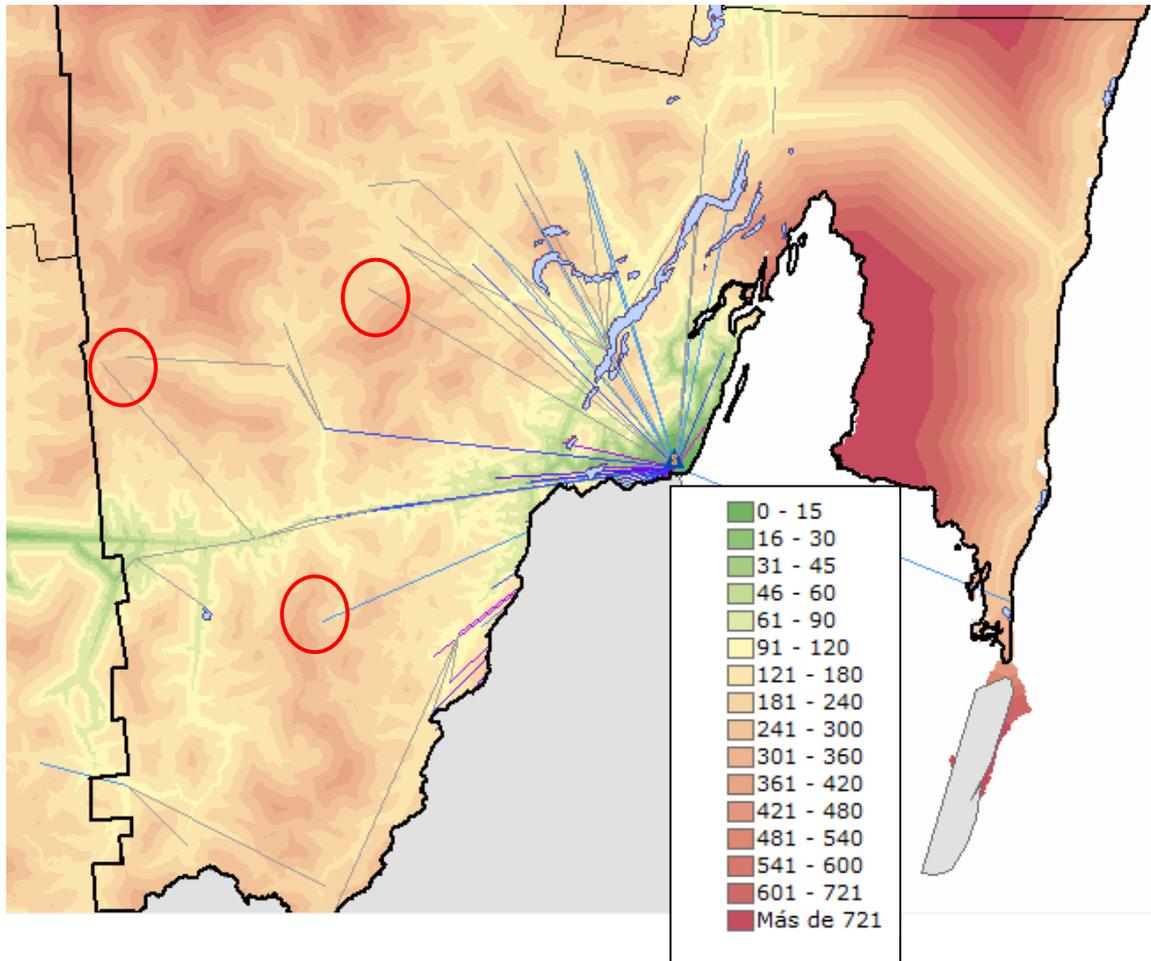
Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 20. Hospitales, desplazamientos y tiempo de traslado a UM segundo nivel. ZONA CENTRO



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

**Mapa 21. Hospitales, desplazamientos y tiempo de traslado a UM segundo nivel.
ZONA SUR**



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

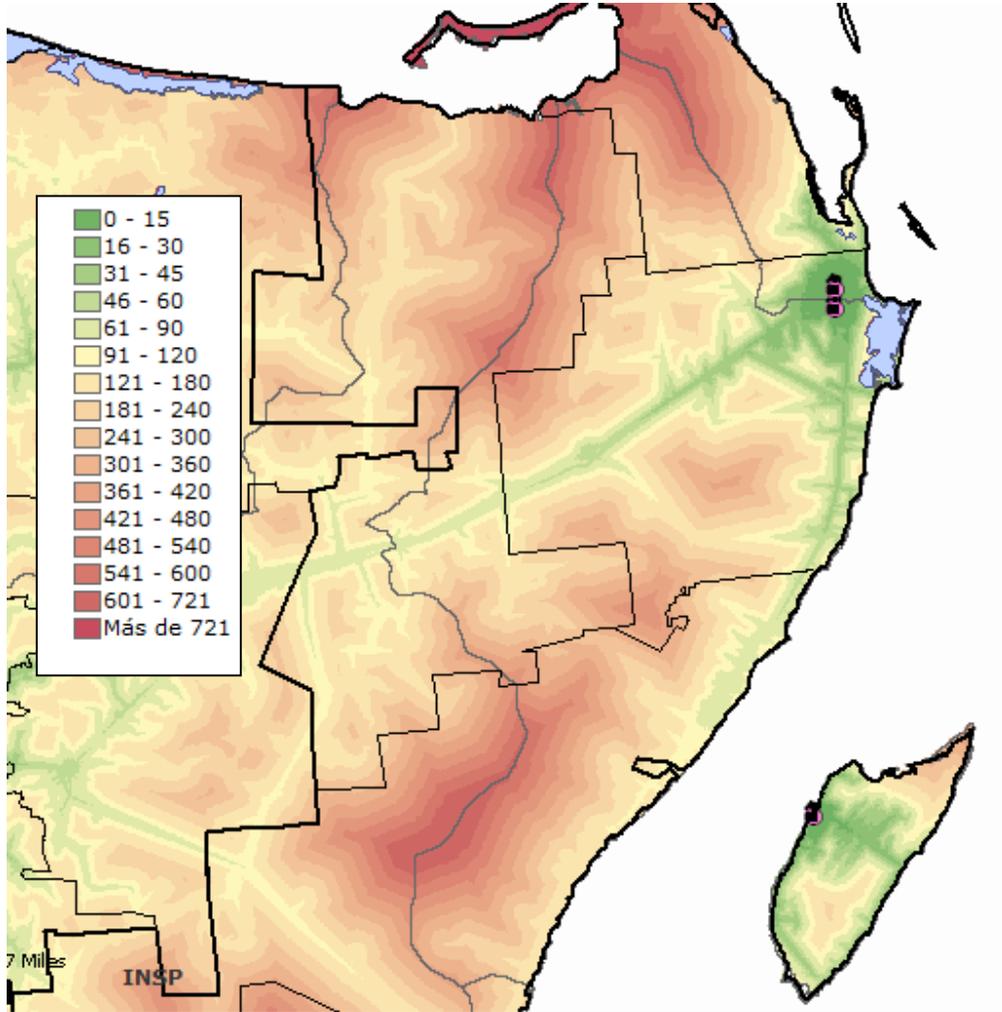


En función de incrementar de las redes de servicios y asegurar la AEO, éstas deben contar con unidades que operen de manera constante (24 horas, 365 días del año), que cuenten con el equipamiento para AEO y los recursos humanos necesarios (cirujano, obstetras, pediatras y anestesiólogos).

Para tal efecto, en mayo de 2009, se firmó un convenio de colaboración entre diversas instituciones que conforman el sector salud: SS, IMSS e ISSSTE, a través del cual se pretende garantizar a provisión de servicios médicos para la AEO. En este convenio se determinan las llamadas Unidades Médicas para la AEO que son todas las unidades médicas hospitalarias que poseen los recursos y la infraestructura necesaria y que cumple con los requisitos de calidad para atender las EO.

Según información contenida en el Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud, Quintana Roo cuenta con 7 Unidades Médicas para la Atención de las Emergencias Obstétricas.

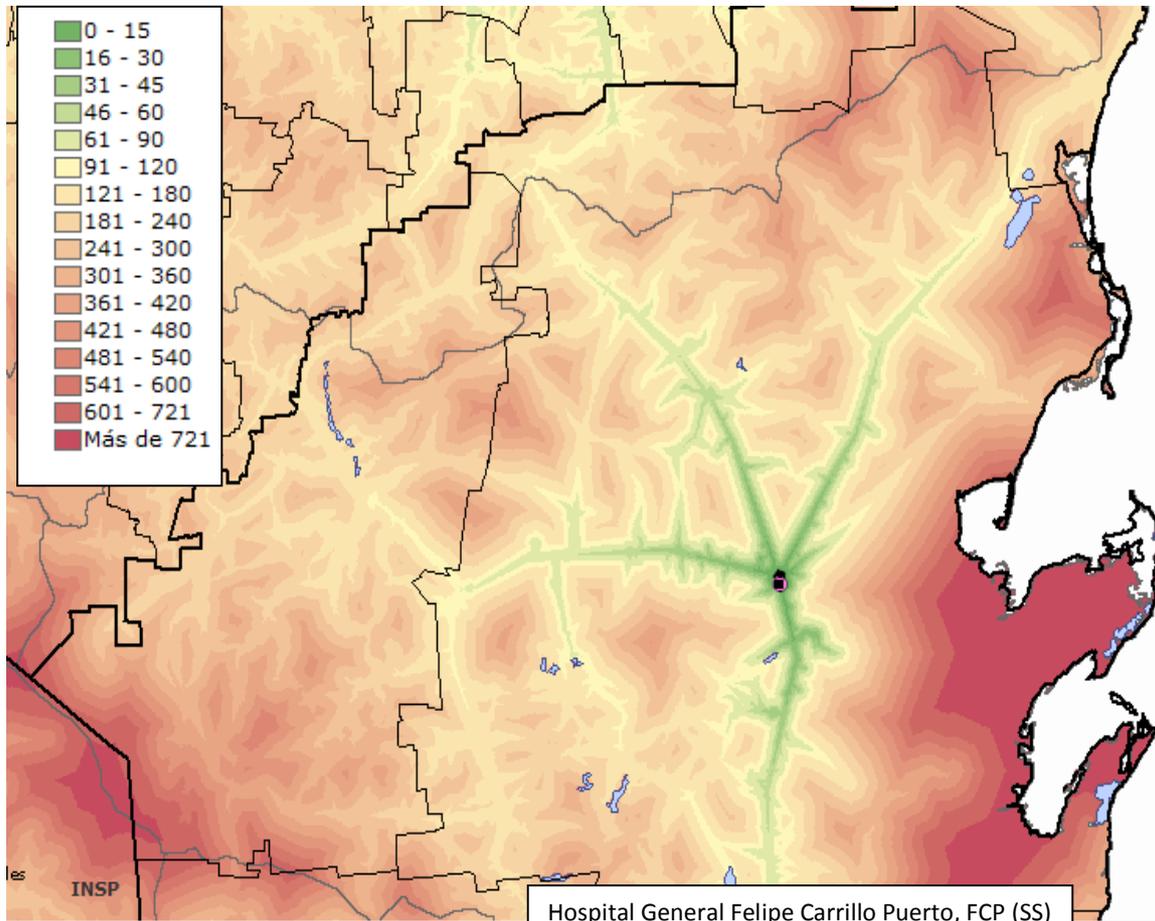
**Mapa 22. Unidades Médicas para la AEO, áreas de influencia y tiempos de traslado.
ZONA NORTE**



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

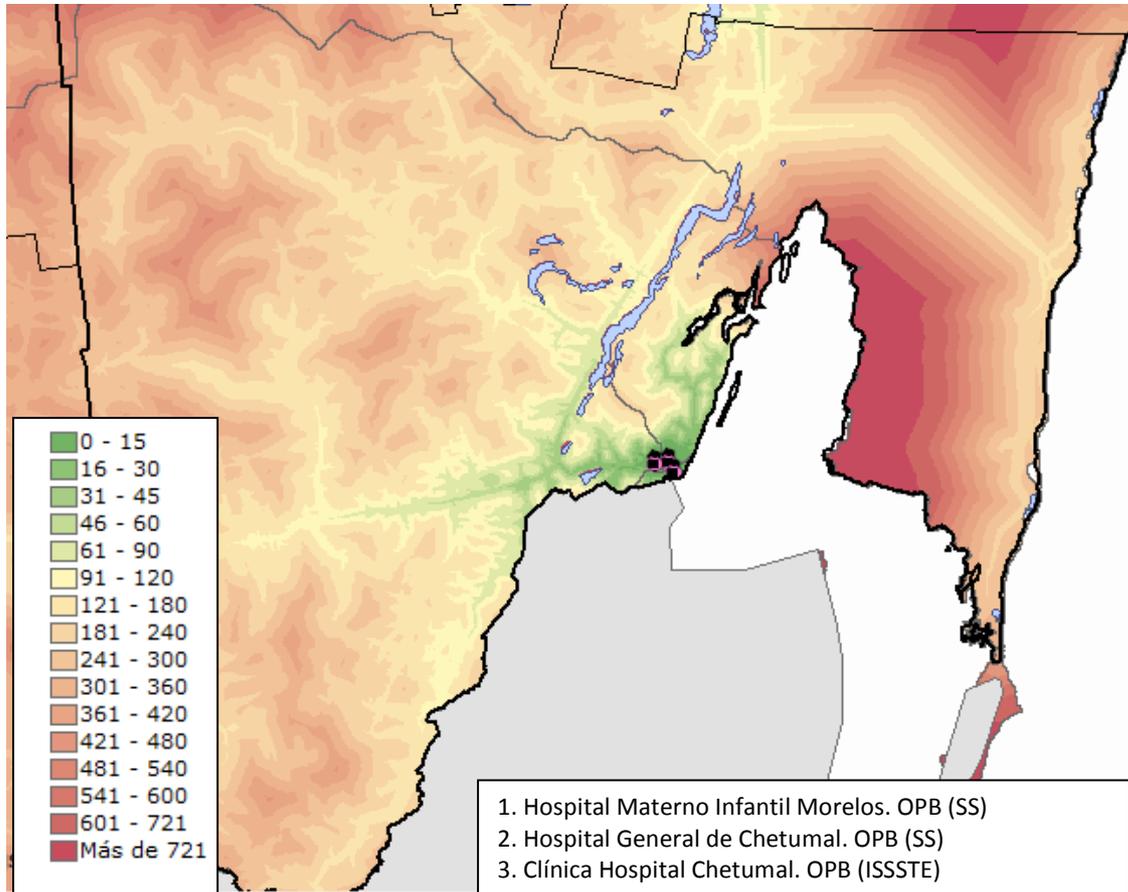
1. Hospital de Gineco Pediatría N 7. Cancún, Benito Juárez (IMSS)
2. Hospital General Regional N 17. Cancún, Benito Juárez (IMSS)
3. Hospital General de Cozumel (SS)

Mapa 23. Unidades Médicas para la AEO en la zona centro, áreas de influencia
ZONA CENTRO



Fuente: SS. Sistema de Planeación de Infraestructura para la Atención de la Salud

Mapa 24. Unidades Médicas para la AEO en la zona sur, áreas de influencia
ZONA SUR



Fuente: SS. Sistema de Plan Maestro de Infraestructura para la Atención de la Salud

CONCLUSIONES CAPÍTULO 1

En este capítulo se indagó acerca de la capacidad de respuesta del sistema de atención a la salud, enfocados en las unidades de los SESA, para atender la demanda de atención, de mujeres, tanto en su proceso de revisión prenatal (primer nivel de atención y caravanas de la salud), como en caso de atención del parto y de posibles complicaciones obstétricas.

Entre las principales conclusiones al respecto, se destacan:

- El Estado cuenta con una red de unidades de primer nivel de atención, distribuidas alrededor del Estado y concentradas, fundamentalmente en las áreas urbanas. Los tiempos de traslado a estas unidades, son en términos generales, adecuados, aunque se observan zonas de vacío de atención en los municipios de Isla Mujeres, Solidaridad, José María Morelos y Felipe carrillo Puerto.
- En la zona norte, al relacionar el número de unidades con la densidad de población, se observa que la tasa de unidades por habitantes es menor, que las que existen en las otras dos regiones del Estado.
- De igual manera, en cuanto a los niveles de disponibilidad de los recursos de infraestructura y recursos humanos (camas y médicos por habitantes) se observa que la zona norte es la más rezagada, tanto en comparación con las otras regiones como al compararla con los promedios estatales. Por su parte, la zona sur es la que cuenta con los mejores niveles de recursos humanos e infraestructura.
- Por su parte, en cuanto a los recursos disponibles para un segundo nivel de atención, se observa que el Estado cuenta con 9 hospitales, ubicados en las cabeceras municipales. Al analizar los tiempos de traslado hacia estas unidades, se observan importantes zonas de vacíos en los municipios de Lázaro Cárdenas, José María Morelos, Felipe Carrillo Puerto y Othón P. Blanco. Además, el Estado cuenta con sólo 7 unidades médicas AEO (recurso de vital importancia para prevenir las muertes maternas). De estas unidades, sólo 4 corresponden a los SESA, 2 al IMSS y una al ISSSTE. Al igual que lo ocurrido con los hospitales del Estado, se observan



“hoyos” de necesidad de atención, establecidos con base en los tiempos de traslado.

CAPÍTULO 2. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN QUINTANA ROO

FASE 1 (PRIMERA DEMORA) Características individuales, culturales y de la comunidad que influyen en la decisión de acudir a los servicios de salud

Características sociodemográficas y de migración

Se encuestaron un total de 446 usuarias de un total de 96 unidades de salud pertenecientes a los Servicios Estatales de Salud del Estado de Quintana Roo.

El filtro que se utilizó en el trabajo de campo para la selección de las usuarias a quienes se les aplicaría la muestra es que las mismas estuvieran embarazadas o hubieran tenido a su bebé hace seis meses o menos.

Del total de mujeres encuestadas, el 30% corresponden a localidades rurales y el 70% restante, a localidades urbanas. Lo anterior según criterios establecidos por INEGI. Cabe destacar que esta distribución es proporcional a la que se registra en la población estatal.

En lo que respecta a la Jurisdicción Sanitaria (JS) de pertenencia de las mujeres de la muestra, éstas se organizan como se aprecia en el cuadro a continuación:

Cuadro 1. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según tipo de localidad. Quintana Roo, 2009

Tipo de localidad	Jurisdicción Sanitaria			TOTAL
	JS 1 (Zona Sur)	JS 2 (Zona Norte)	JS 3 (Zona Centro)	
	19%	70%	11%	
Localidad Urbana	59.5%	80.4%	26%	70%
Localidad Rural	40.5%	19.6%	74%	30%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

La proporción de usuarias para cada una de las jurisdicciones sanitarias se calculó según el número de nacidos vivos, por municipio, para el año 2007. (Ver Diseño y Composición de la muestra)

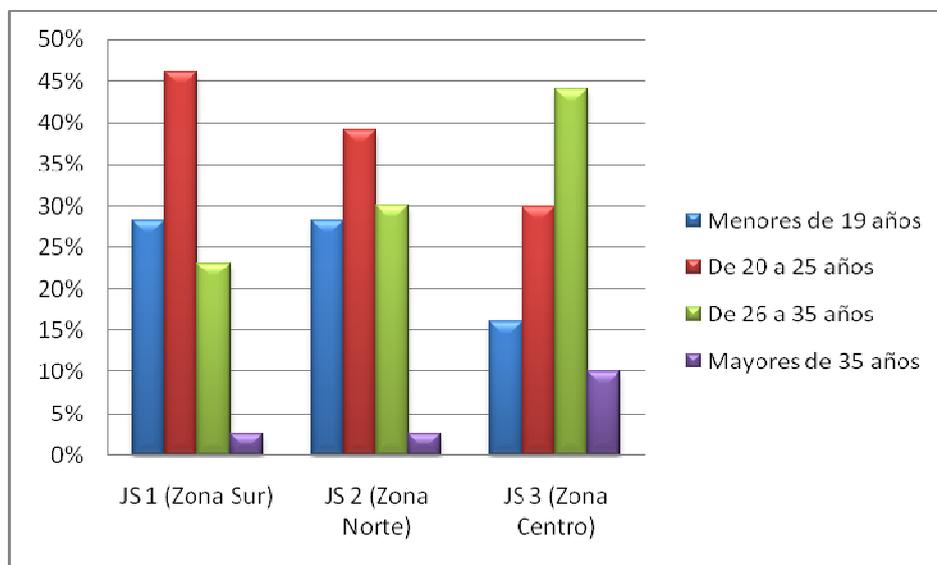
En cuanto al *estado civil* de las usuarias, 89% están casadas y casi el 10% son mujeres solteras, el resto, se reporta como separada. También cabe destacar que el 24% de las mujeres hablan la lengua maya, de las cuales, la mayoría se concentran en la JS Centro.

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

Sólo una de las mujeres encuestadas reportó no hablar el español, por lo cual esta variable no será analizada por no existir el nivel de variabilidad requerido.

En cuanto a la *edad* de las mujeres encuestadas, se observa que del total de la muestra, el 27% son menores de 20 años, al analizar esta situación por JS, se observa que los mayores porcentajes de mujeres embarazadas o en puerperio pertenecen a las JS Norte y Sur. Las diferencias entre regiones son estadísticamente significativas $P < 0.05$.

Gráfica 1. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según intervalos de edad Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Cabe recalcar que no ocurre lo mismo al discriminar entre mujeres de zonas urbanas y rurales. Los porcentajes de mujeres menores de 20 años son similares en ambos tipos de localidades.

Es interesante destacar que casi 6 de cada 10 mujeres pertenecen a la *religión* católica, en tanto casi un 15% reporta ser cristiana y un porcentaje similar reporta no tener religión alguna. Por su parte 9 de cada 10 mujeres se define como *ama de casa*.

En cuanto al *nivel de estudios* de las mujeres encuestadas se observa que menos del 1% no cuenta con estudios formales, mientras que un 35% cuenta con estudios de primaria. Por su parte, 4 de cada 10 mujeres tienen estudios de secundaria y 2 de cada 10, cuenta con

estudios de preparatoria o carrera técnica. Sólo un 2% de la muestra cuenta con estudios universitarios. Si se realiza esta clasificación por JS, no se observan diferencias importantes en la distribución de mujeres según nivel de escolaridad.

Cuadro 2. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según nivel de escolaridad Quintana Roo, 2009

Escolaridad	Jurisdicción Sanitaria		
	JS 1 (Zona Sur)	JS 2 (Zona Norte)	JS 3 (Zona Centro)
Sin instrucción formal	1%	1%	0%
Estudios de primaria	30%	37%	34%
Estudios de Secundaria	33%	43%	46%
Preparatoria o Carrera técnica	35%	16%	20%
Estudios universitarios o más	1%	3%	0%
TOTAL	100%	100%	100%

Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Para la estimación del *nivel socioeconómico (NSE)* de las usuarias, se realizó un Análisis por Componentes Principales (PCA) agrupando variables relacionadas.

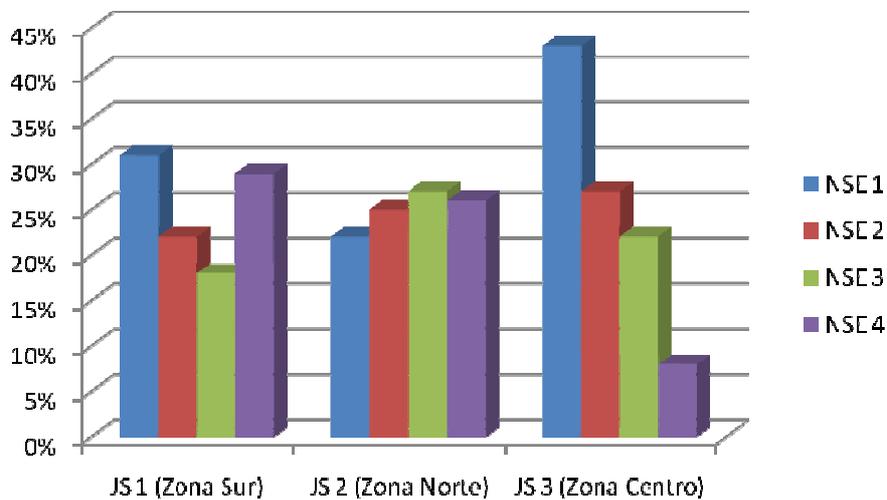
Componentes principales del grupo 1: número de bienes 1 (lavadora, boiler, aspiradora); número de bienes 2 (horno eléctrico y horno de microondas) y número de bienes 3 (computadora y videocasetera).

Componentes principales del grupo 2: educación del jefe de familia; número de bienes 1

Componentes principales del grupo 3: ocupación del jefe de familia; baños; material del piso de la vivienda; teléfono; automóviles; focos y nivel de ingresos.

A partir del PCA, se construyeron 4 categorías de NSE, donde el NSE 1 es el menor y el NSE 4 es el mayor NSE.

Gráfica 2. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según NSE Quintana Roo, 2009

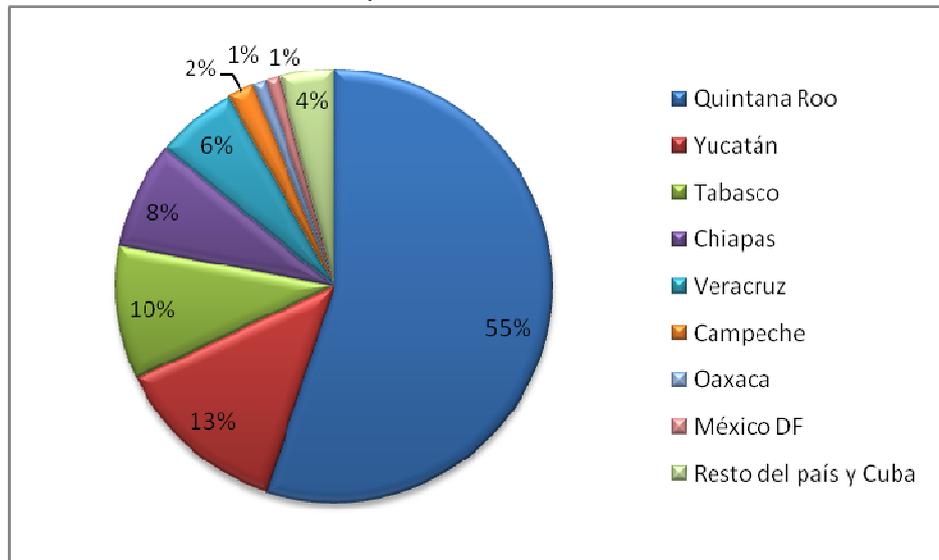


Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Como se observa en la gráfica las mujeres de menor NSE se ubican en la zona centro del Estado, donde se encuentra que a medida que avanza el NSE, disminuye el número de usuarias, situación contraria a la que se observa en la zona norte. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 17.3, p < 0.05$)

Con respecto a la condición de *migración* de las mujeres encuestadas se observa que sólo un poco más de la mitad, son quintanarroenses.

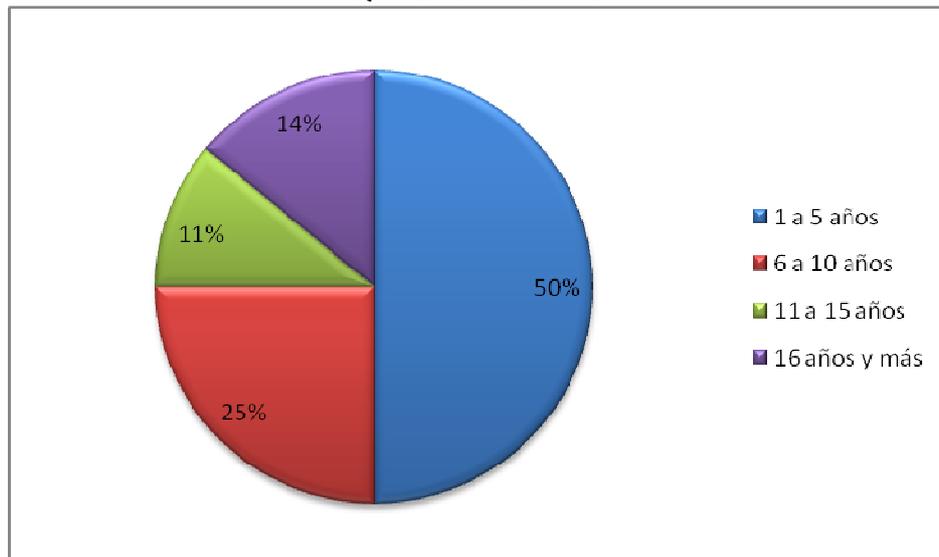
**Gráfica 3. Usuarías según Estado de nacimiento
Quintana Roo. 2009**



Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

Al considerar sólo a las mujeres migrantes de otros estados de la República, obtenemos que la mitad de ellas, llevan 5 años o menos de residir en el Estado. (N=194)

**Grafica 4. Usuarías según tiempo de residir en Quintana Roo
Quintana Roo. 2009**



Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

Del total de mujeres migrantes, la gran mayoría, habita en municipios del norte del Estado.

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

**Cuadro 4. Porcentaje de mujeres migrantes según JS de residencia.
Quintana Roo. 2009. (N=194)**

Jurisdicción sanitaria		
JS 1 (Zona Sur)	JS 2 (Zona Norte)	JS 3 (Zona Centro)
5%	92%	3%

Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

Factores culturales: percepción de riesgos, parteras y machismo

En cuanto a la *percepción sobre la importancia de asistir a la unidad de salud* ante la probabilidad o certeza de embarazo, se observa que la gran mayoría de las mujeres (99%), tiene una percepción positiva al respecto. Sólo 3 mujeres encuestadas contestaron a esta pregunta en sentido negativo.

En lo que respecta a *la percepción de riesgos* que tienen las mujeres ante la presencia de síntomas de alarma, al igual que ocurre con la variable anterior, se observa que la mayoría de las mujeres son conscientes de la importancia de acudir a consulta médica ante la presencia de ciertos síntomas.

Cuadro 5. Factores culturales, porcentaje de respuestas afirmativas de percepción de riesgos

Percepción de la importancia de acudir a consulta médica ante la presencia de síntomas de alarma	Porcentaje de respuestas afirmativas
<ul style="list-style-type: none"> Si una mujer embarazada siente algún dolor o tiene pérdida de sangre o hemorragia, debe ir de manera urgente al doctor 	99.8%
<ul style="list-style-type: none"> Si a una mujer embarazada se le hinchan mucho los pies, las manos o la cara, debe ir de manera urgente al doctor 	92.2%
<ul style="list-style-type: none"> Si una mujer embarazada siente que su hijo deja de moverse, debe ir de manera urgente al doctor 	97.7%

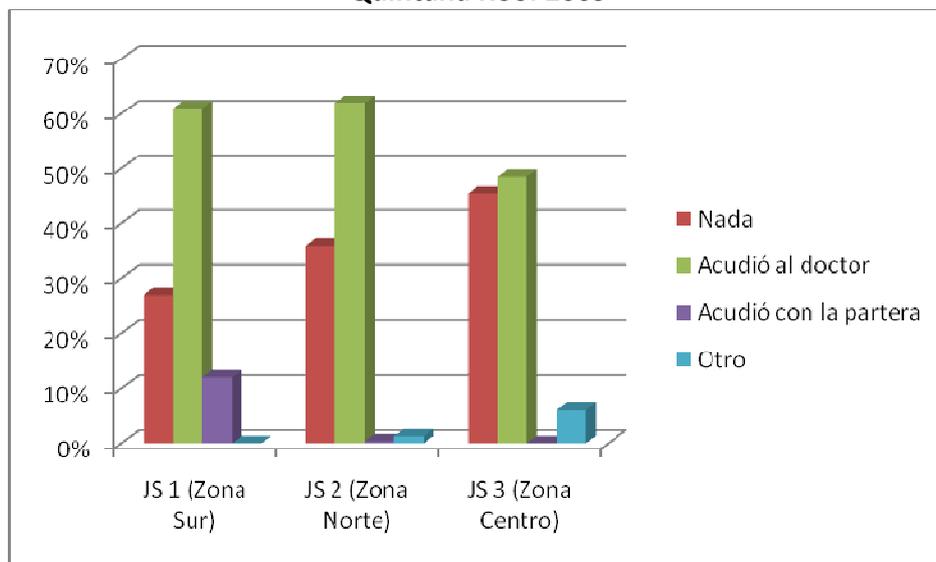
Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

Además es considerable también, que al analizar en conjunto los tres tipos de síntomas y el reconocimiento de éstos como señales de riesgo, el 90% de las mujeres reconocen a los tres, en conjunto, como signos de alarma ante los cuáles deben acudir a la consulta médica.

Otra variable analizada en este apartado fue de de toma de acciones ante la presencia de algunos: dolor de cabeza, hinchazón excesiva de manos y pies, hemorragia o pérdidas de sangre, dolor en el vientre, zumbido de oídos, vista borrosa, fosfenos y pérdida de movimientos del bebé.

Es interesante destacar, en oposición a lo observado en las variables previas que, del total de mujeres que padecieron uno o más de estos síntomas, un 36% no tomó acción alguna. Del porcentaje restante, el 60% acudió con el doctor y un 2% con la partera. Entre otras acciones que las mujeres reportan se destaca, hacer reposo y tomar medicamentos. Llama la atención, de manera contradictoria a lo ocurrido en análisis previos, que el mayor porcentaje de mujeres que no tomó acción alguna, pertenece a la JS centro. Las diferencias con estadísticamente significativas ($\chi^2 = 33.2$ $p < 0.05$)

Grafica 5. Toma de acciones ante la presencia de signos de alarma según JS Quintana Roo. 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Por otra parte, una de las variables culturales que puede influir en la toma de decisiones de las mujeres para acudir a las unidades de salud, es la tradición de *acudir con parteras* para la atención del embarazo, tradición que se presenta en mayor medida, en comunidades rurales e indígenas de la península. Como resultado de este estudio se

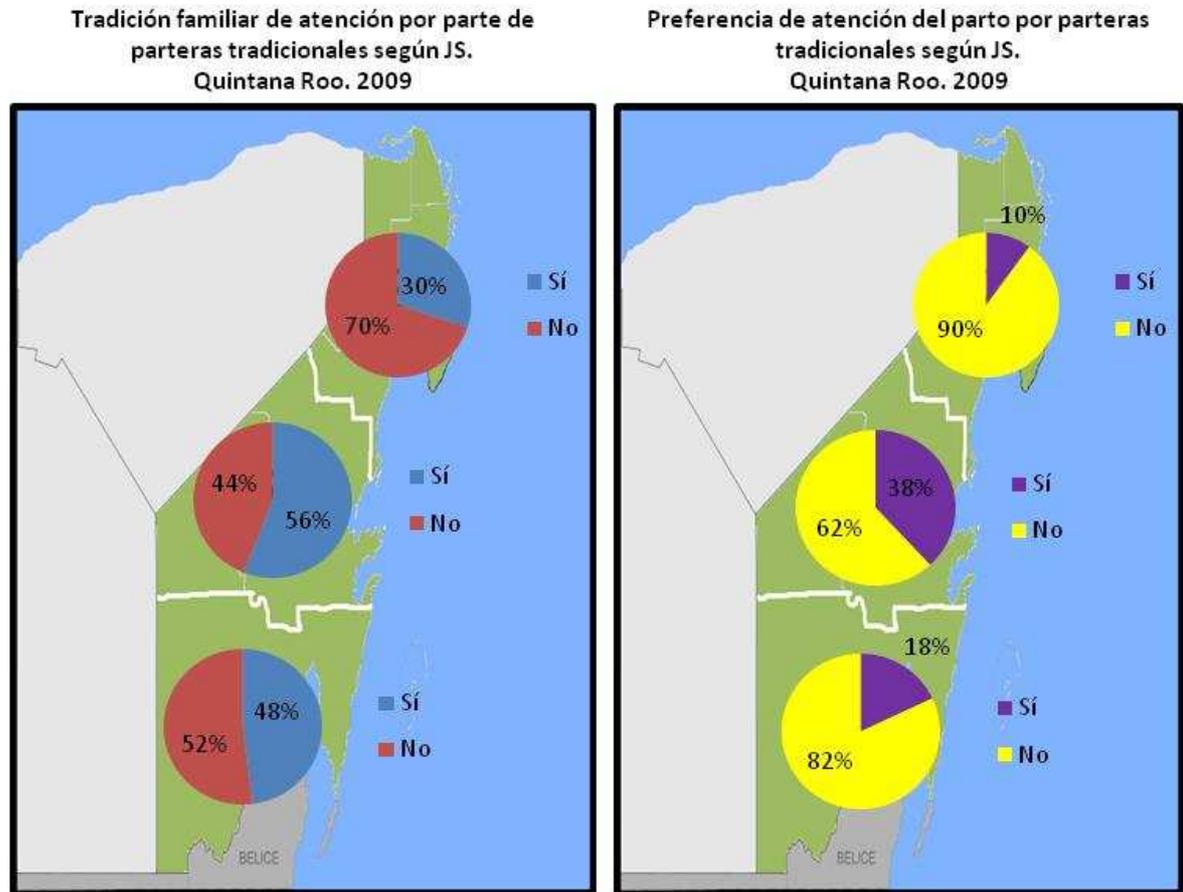
Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal



obtuvo que un 36% de mujeres reportan que en sus familias es muy común que las mujeres se atiendan con parteras. Como se observa en la figura a continuación, en las tres JS existe la tradición, sin embargo, como era de esperarse, en la región central del Estado, se observa que el porcentaje es aún mayor, lo cual se explica por la mayor presencia de comunidades mayas en esta zona.

La tradición de la atención en manos de parteras tradicionales, también fue evaluada a través del porcentaje de mujeres que prefieren que su hijo nazca en su casa con una partera. Si bien es menor el porcentaje de las que se manifiestan de manera positiva en este aspecto, en comparación con la variable anterior, es igualmente destacable que en la zona central del Estado, el mayor el porcentaje en comparación con el resto de las regiones. La Zona Norte presenta el menor porcentaje de mujeres que afirman la preferencia de tener a sus bebés con parteras. Las diferencias entre regiones son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 76.3, p < 0.05$)

Gráfica 6.



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Ambas variables fueron también analizadas según tipo de localidad donde habitan las mujeres encuestadas y, como era esperable, se observa que en zonas rurales es mayor la tradición de atención por parte de parteras como se observa en el cuadro a continuación.

**Cuadro 6. Porcentaje de usuarias que reportan tradición y preferencia de atención por parteras por Tipo de localidad
Quintana Roo, 2009**

	Tipo de localidad	
	Urbana	Rural
Tradición familiar de atención por parte de parteras	30%	50%
Preferencia de atención del parto por parteras	11%	23%

Diferencias estadísticamente significativas $p < 0.05$

Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Los *estereotipos machistas*, por su parte, también pueden funcionar como obstáculos en la decisión de la mujer para acudir a la consulta médica durante el embarazo, parto y puerperio. Un rasgo de este factor fue medido a través de conocer la percepción de las mujeres acerca de la “anuencia” de los esposos para que éstas sean atendidas por médicos hombres, si se diera el caso.

Al respecto, un 23% de mujeres reporta que efectivamente, a los esposos no ven con agrado la atención de sus mujeres en manos de médicos hombres.

A partir de los datos obtenidos en este estudio, se observa con claridad que este tipo de estereotipos se produce con mayor frecuencia en la región central del Estado, ya que un 41% de mujeres reporta esta tendencia, en contraposición con el 29% y el 19% que se observa en las zonas sur y norte, respectivamente. Las diferencias entre regiones son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 43.3, p < 0.05$)

Finalmente, en la sección de los factores culturales que pueden incidir en la toma de decisiones por parte de las mujeres para acudir a la consulta médica, se evaluó la percepción que tienen las mujeres acerca de su *derecho a recibir atención adecuada* en las unidades de salud. Al respecto es muy destacable que la totalidad de las mujeres de la muestra respondieron de manera afirmativa a este reactivo.

FASE 2 (SEGUNDA DEMORA). Variables que determinan el Acceso efectivo a los servicios de salud

Funcionamiento de redes sociales

En la sección anterior se observaba que 9 de cada 10 mujeres reportan que la mayor parte del tiempo la dedican a las labores del hogar, entre las cuales se incluye el cuidado de los otros hijos, cuando corresponde. Esta situación pudiera resultar un obstáculo o bien representar cierto grado de dificultad para las mujeres que no tienen en quien delegar el *cuidado de los otros niños* para poder acudir a las unidades médicas por sus consultas prenatales. A partir de los datos del presente estudio se observa que casi la mitad de las mujeres manifiestan tener este problema, sin reportarse diferencias significativas entre las tres JS.

Al analizar estas variables según el tipo de localidad de donde provienen las mujeres, se observa que quienes tienen mayores dificultades al respecto son las mujeres de la zona urbana (57%) en comparación con las mujeres de zonas rurales (36%). Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 19.3$, $p < 0.05$)

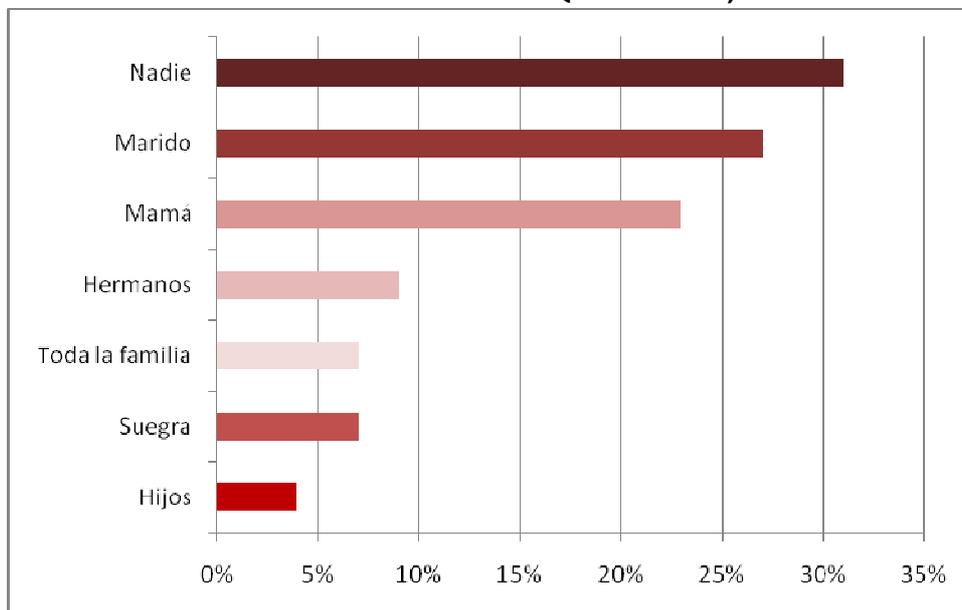
Esta última variable se encuentra muy relacionada con la existencia y el *funcionamiento de las redes sociales* que rodean a las mujeres y operan como sistemas de apoyo para las mujeres de todos los sectores sociales. El Estado de Quintana Roo, al ser un Estado relativamente nuevo y con grandes flujos migratorios, sobre todo en la zona norte, se caracteriza por la depauperización de los lazos y las redes sociales.

Al respecto, al preguntarles a las mujeres quien las ayuda con las labores del hogar y el cuidado de los niños cuando acuden a las consultas médicas se observa que menos de 3 por cada 10 mujeres son apoyadas por sus parejas (en la zona centro se reporta la menor proporción de ayuda de este tipo) y casi un 23% son apoyadas por sus mamás. El mayor porcentaje de mujeres que reciben este tipo de ayuda se encuentran en la zona sur del estado.

Es destacable que hay un 31% de mujeres que reportan no contar con ayuda alguna para las labores del hogar, durante este proceso. (Las diferencias de esta última opción no son significativas entre las tres JS)

Hay un 4% de mujeres que afirman que son los otros hijos quienes las ayudan con las labores del hogar, incluyendo sus propios cuidados. Finalmente un 7.3% de mujeres reportan que son apoyadas por las suegras.

Gráfica 7. Porcentajes de mujeres según tipo de ayuda en las labores del hogar mientras asisten a consultas médicas. Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Cuadro 7. Porcentaje de mujeres que son apoyadas por su pareja y/o por su mamá, según JS. Quintana Roo, 2009

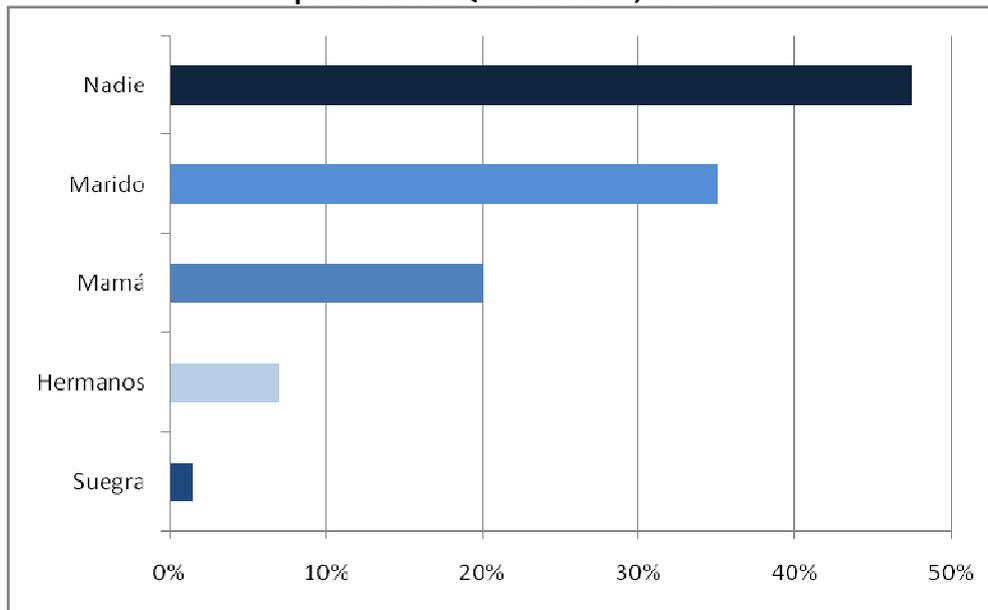
Funcionamiento de redes sociales para las labores del hogar y cuidado de otros niños	Jurisdicción Sanitaria		
	JS 1 (Zona Sur)	JS 2 (Zona Norte)	JS 3 (Zona Centro)
Tiene ayuda de la pareja	46%	23.5	18%
Tiene ayuda de la mamá	45%	18%	18%

Las diferencias son estadísticamente significativas $p < 0.05$

Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Para indagar con mayor profundidad el funcionamiento de las redes sociales, se preguntó también acerca de quien acompaña a las mujeres a las consultas médicas de control prenatal. En esta variable las diferencias regionales, en general, no resultaron relevantes.

Gráfica 8. Porcentajes de mujeres según tipo de acompañamiento a las consultas prenatales. Quintana Roo, 2009



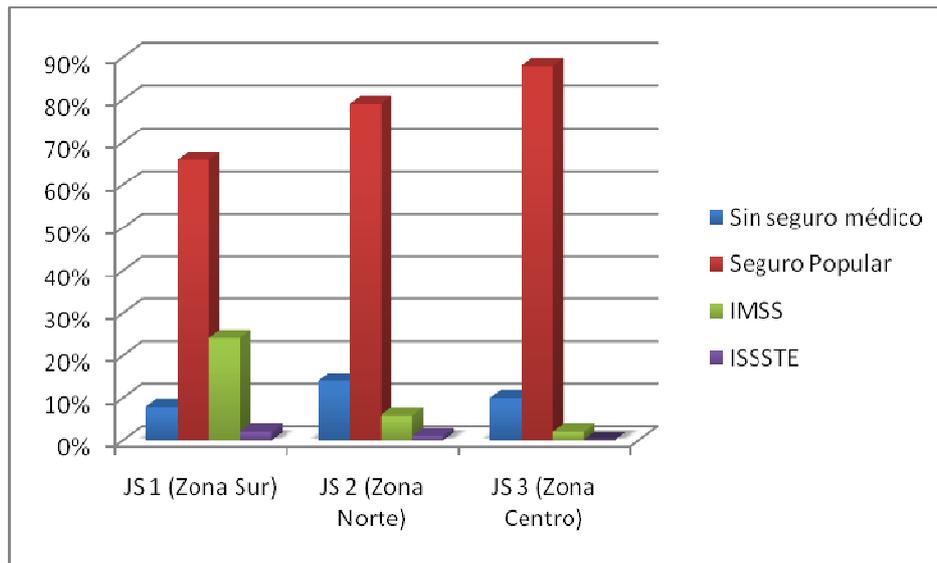
Derechohabiencia y acceso geográfico a las unidades de salud

En lo que respecta a la condición de *derechohabiencia* de las mujeres de la muestra, llama la atención que hay un 12% de la muestra que reporta no contar con seguro médico. Esto resulta significativo a la luz de que todas las mujeres sin seguro médico que se atienden en unidades de salud de SESA, tienen derecho a afiliarse al Seguro Popular, con el cual, a través del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), las mujeres tienen el derecho a la atención de su embarazo, parto y puerperio, así como de sus hijos recién nacidos. (SSA, 2007)

Del total de mujeres que reportan estar aseguradas, 9 de cada 10 está afiliada al Seguro Popular y 1 de cada 10, reporta estar afiliada al IMSS. Llama la atención este porcentaje de traslape de poblaciones ya que las mujeres afiliadas al IMSS, deberían acudir a las clínicas correspondientes.

Si analizamos el esquema de aseguramiento de las mujeres, según JS de procedencia se observa que en la JS Norte, el porcentaje de mujeres que no cuentan con seguro médico es ligeramente mayor que en las demás JS.

Gráfica 9. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según aseguramiento médico Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Esta diferencia en cuanto a las JS, es aún más relevante si el análisis lo hacemos según el tipo de localidad donde viven las mujeres que acuden a las unidades de salud.

Del análisis anterior se observa que en zonas urbanas es mayor la proporción de mujeres que no cuentan con ningún tipo de seguro médico, y la proporción de aseguradas al Seguro Popular es también menor en localidades urbanas que en rurales. Las diferencias son estadísticamente significativas ($p < 0.05$)

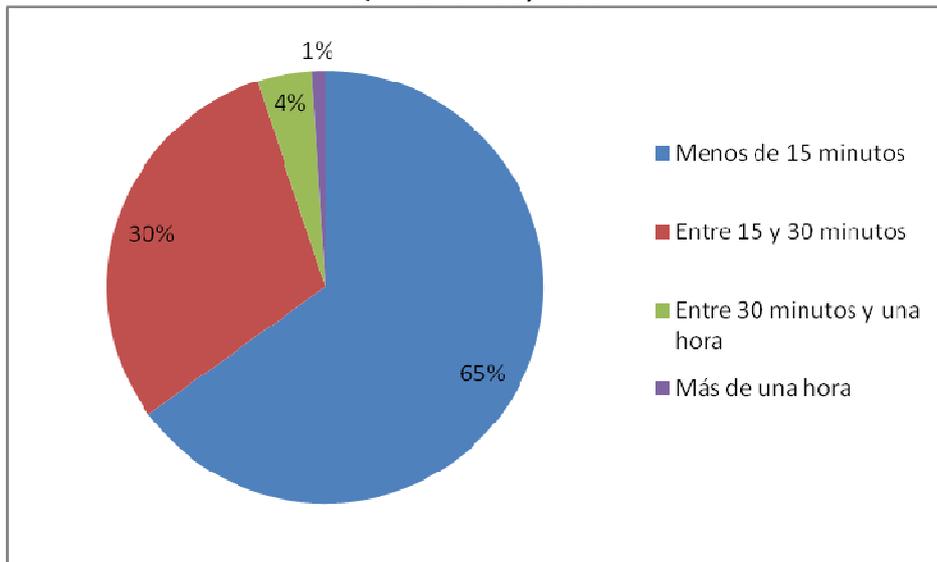
Cuadro 8. Porcentaje de usuarias por tipo de localidad según aseguramiento médico Quintana Roo, 2009

Tipo de Seguro médico	Tipo de localidad	
	Urbana	Rural
Sin seguro médico	15%	6%
Seguro Popular	12%	1%
IMSS	1%	2%
ISSSTE	72%	91%
TOTAL	100%	100%

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

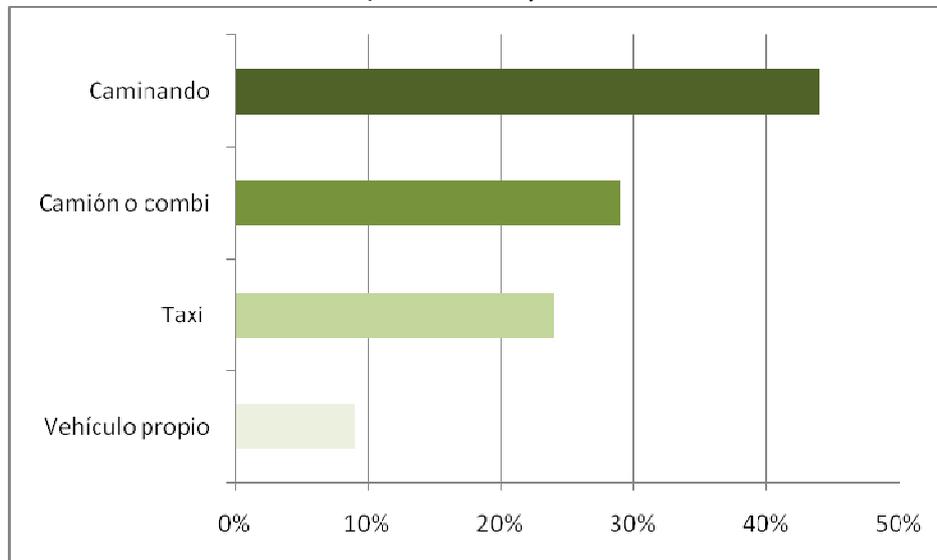
En cuanto a las principales características del acceso geográfico de las mujeres a las unidades de salud, se observa que los tiempos de traslado son relativamente cortos, sin registrarse diferencias relevantes entre las JS.

Gráfica 10. Tiempos de traslado de las mujeres a las unidades de salud Quintana Roo, 2009



Con respecto a los medios de transporte que utilizan las mujeres, se observa que la mayoría (96%) usa sólo uno para llegar a la unidad de salud, mientras que las restantes usan hasta dos medios de transporte. Como se observa en la gráfica a continuación, hay un 44% de mujeres que llegan caminando a la unidad de salud, seguido del uso del camión y taxi. Sólo un 9% de mujeres acuden en vehículos propios.

Gráfica 11. Medios de transporte que usan las mujeres para llegar a la unidad de salud Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

No obstante lo anterior, existe un 19% de mujeres que reportan algunos problemas relacionados con la transportación hacia los servicios de salud, sin reportarse diferencias relevantes entre JS. Entre estos problemas se destacan: carencia de taxis, carencia de camiones o combis, las combis tardan en pasar, lejanía de las unidades de salud, altas tarifas de transporte, tráfico, impericia para manejar por parte de los choferes de camiones, la unidad móvil llega cada 15 días, difícil acceso en carretera y los transportes van llenos de gente.

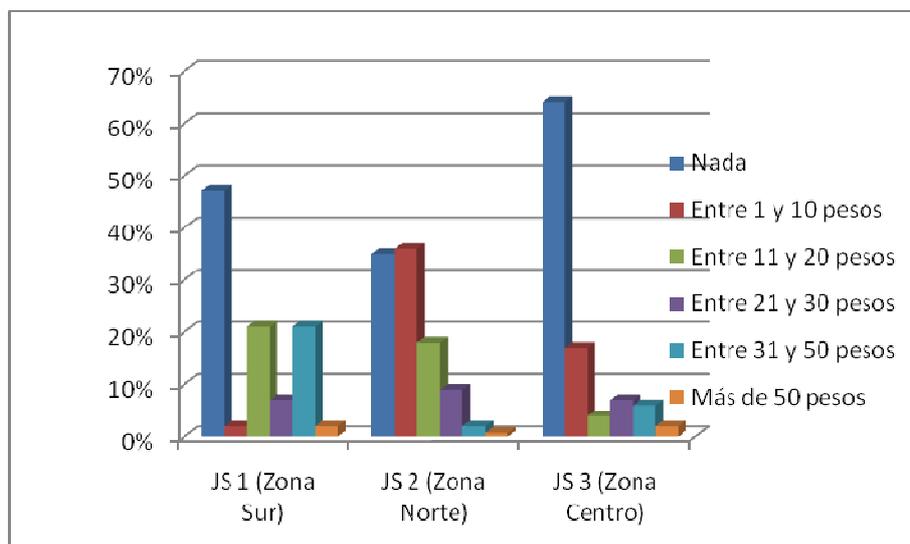
Acceso económico

En esta sección se indagaron acerca de los gastos en que deben incurrir las mujeres ya sea para trasladarse a las unidades de salud o, una vez que están en ellas, para poder realizar las consultas, adquirir medicamentos y realizarse los estudios de laboratorio e imagenología que se requieren.

En cuanto a los gastos en que incurren las mujeres para pagar su transportación a las unidades de salud, 4 de cada 10 mujeres, reportan no pagar nada y las que sí pagan,

informan importes que oscilan entre 2 y 100 pesos. La media es de 10 pesos. Como se observa en la gráfica a continuación, si bien el mayor porcentaje de mujeres que reportan no pagar importe alguno, es mayor en la Zona Centro del Estado, los demás importes, muestran tendencias discordantes entre las regiones.

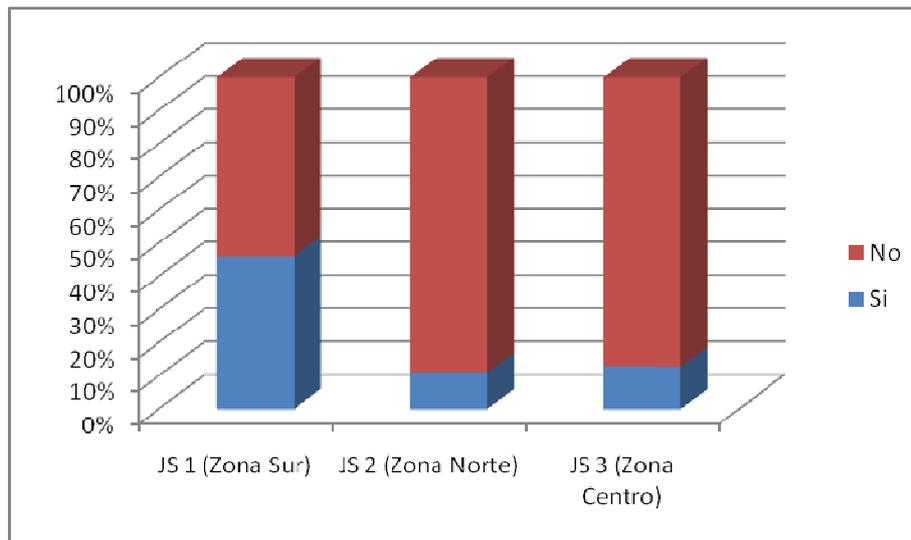
Gráfica 12. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según costo de transportación a las unidades de salud Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

En cuanto a los gastos emitidos en concepto de pago por la consulta es llamativo que el 18% de las mujeres encuestadas reportan que sí han pagado alguna cantidad. Llama la atención debido a lo comentado anteriormente con respecto al estatus de derechohabencia de las mujeres embarazadas, quienes tienen pleno derecho a la afiliación al Seguro Popular, con la cual quedan exentas de los pagos por consultas, medicamentos y una batería de estudios de diagnóstico, según se establece en el CAUSES. El mayor porcentaje de pago por consultas ocurre en la zona sur del Estado. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2=54.5$, $p<0.05$)

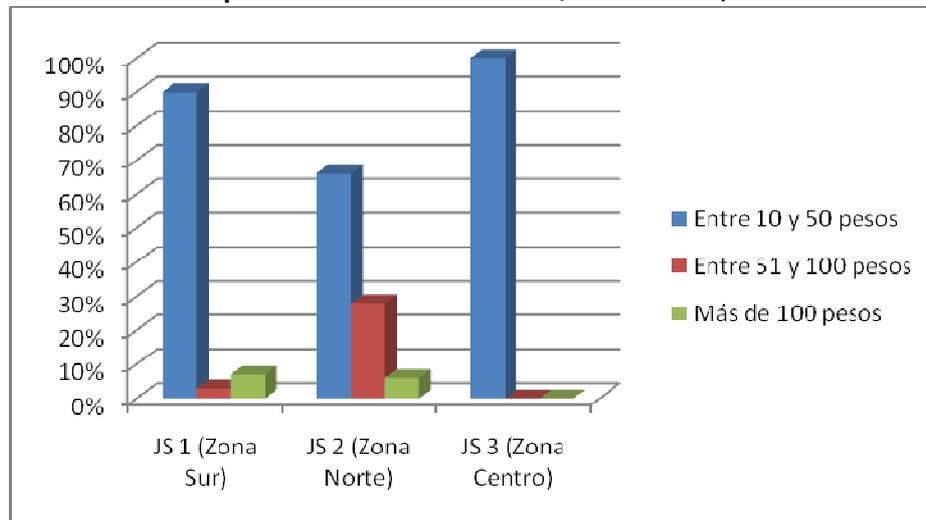
Gráfica 13. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según costo por concepto de consulta médica Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

En cuanto a los montos que reportan pagar las mujeres por concepto de consulta médica, éstos varían entre 10 y 150 pesos. Los mayores montos se emiten en las zonas sur y norte del estado. La media de pago es de 43 pesos. Si bien, las diferencias no son estrictamente significativas, se reporta una $p= 0.06$, razón por la cual, se reporta la variable.

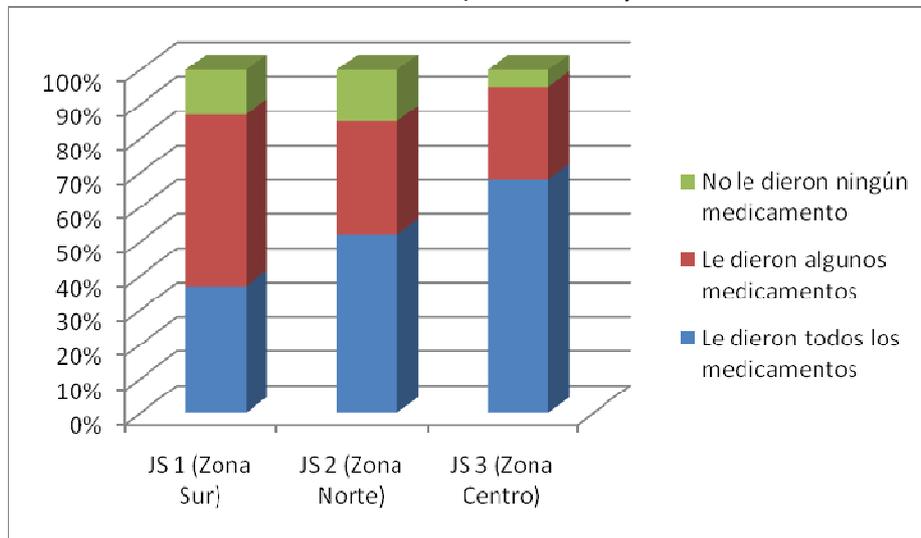
Gráfica 14. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria cantidad de pago por concepto de consulta médica. Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

En cuanto al abasto de los medicamentos necesarios, hay un 13% de mujeres que reportan que en la unidad no se les ha proporcionado ninguno de los medicamentos recetados, esta situación se observa en mayor proporción en las unidades de las zonas sur y norte del Estado. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2 = 10.5$, $p < 0.05$).

Gráfica 15. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según abasto de medicamentos. Quintana Roo, 2009



Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Los costos por la compra de medicamentos oscilan entre los 15 y 1500 pesos y la media fue de 276 pesos. Del total de mujeres que reportaron algún monto por la adquisición de los medicamentos: un poco más de la mitad de las usuarias ha pagado entre 100 y 300 pesos; casi un 20% reporta que ha pagado entre 301 y 500 pesos y un 9% ha pagado más de 500 pesos por la compra de medicamentos. No se registran diferencias entre las regiones.

En cuanto al desembolso que las usuarias reportaron hacer por la realización de análisis de laboratorio, se observa que casi 6 de cada 10 mujeres no ha pagado nada, y las que sí han realizado algún pago, los montos oscilan entre los 50 y 932 pesos (media 140 pesos); no se registran diferencias relevantes entre regiones.

Finalmente, en cuanto a los gastos por concepto de ultrasonido, un 30% no ha pagado nada, y las que sí reportan algún pago, los montos oscilan entre 30 y 2500 pesos (media 252 pesos).

Es interesante considerar que por este concepto de pago sí se registran diferencias entre regiones, siendo las mujeres de la zona centro las más afectadas en tanto casi 8 de cada 10, paga entre 251 y 500 pesos, y menos del 10% se practica este estudio de manera gratuita. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2=22.1$, $p<0.05$)

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

Cuadro 9. Porcentaje de usuarias por Jurisdicción Sanitaria según Monto de pago por concepto de ultrasonido. Quintana Roo, 2009

Pago por realización de ultrasonido	Jurisdicción Sanitaria		
	JS 1 (Zona Sur)	JS 2 (Zona Norte)	JS 3 (Zona Centro)
Nada	55%	28%	9%
Entre 30 y 150 pesos	0	3%	0
Entre 151 y 250 pesos	0	20%	9%
Entre 251 y 500 pesos	45%	42%	77%
Más de 500 pesos	0	7%	5%
TOTAL	100%	100%	100%

Fte. Encuesta Usuarias. MM. Quintana Roo, 2009

Los determinantes de la atención oportuna

Para finalizar este capítulo del trabajo, se exploraron cuáles variables están relacionadas (explican) lo concerniente al acceso de las mujeres a las unidades para consultas prenatales. El acceso oportuno se midió a través del número del trimestre de gestación en que acude por primera vez a la revisión médica. La selección de este parámetro responde a que, según lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana de Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*, se considera adecuado que una mujer embarazada comience la revisión prenatal durante el primer trimestre de embarazo.

A nivel estatal, un poco más de 70% de las mujeres han acudido a su primera revisión durante el primer trimestre de embarazo, lo cual se considera un parámetro relativamente bajo y ante lo cual se recomienda fortalecer las acciones de promoción de la salud que incentiven a las mujeres e informen sobre la importancia de acudir a consultas médicas de manera temprana.

En el cuadro a continuación se exponen cuáles son las variables, que tras un análisis de riesgo se encontraron asociadas a la búsqueda oportuna de atención, lo cual nos provee de pautas principales sobre las cuáles enfocar las acciones.

Lo que se observa en el cuadro a continuación es que las variables que resultaron asociadas a la búsqueda temprana de atención fueron Jurisdicción sanitaria, edad y estatus de migración, siendo que las mujeres que habitan en la zona sur del Estado tienen 5 veces más probabilidad de solicitar ayuda que las que habitan en la zona norte; las mujeres mayores de 20 años tienen casi 2 veces más probabilidades de solicitar ayuda que las menores de este rango de edad y; las mujeres nativas del Estado tienen 1.6 veces más probabilidades de acudir a la consulta médica de manera temprana, en comparación con las mujeres migrantes.

**Cuadro 10. Variables asociadas con acceso oportuno a los servicios de salud.
Quintana Roo, 2009**

Variables	Riesgo relativo	P	Intervalo de confianza 95%	
			Límite inferior	Límite superior
Jurisdicción sanitaria (categoría de referencia: zona norte - zona sur)	4.9	0.00	2	11.8
Edad (categoría de referencia: menores de 20 años)	1.8	0.03	1	2.5
Migración (categoría de referencia: migrantes)	1.6	0.02	1.1	2.8

Fte. Encuesta Usuarías. MM. Quintana Roo, 2009

CONCLUSIONES CAPÍTULO 2

Un primer aspecto que debe señalarse con respecto al acceso de las mujeres a los servicios de salud, es que por razones de viabilidad y factibilidad, el estudio se llevó a cabo con usuarias de servicios de salud, es decir, con mujeres que más allá de los obstáculos que su pudieran haber presentado, sí han tenido acceso a las unidades para su atención prenatal. Sin embargo, cabe la aclaración de que la sección de aplicación de cuestionarios a mujeres No usuarias de servicios (aquellas mujeres que están actualmente embarazadas o que han tenido a su bebé hace un año o menos y que no han acudido a consultas médicas), no se ha podido llevar a cabo porque no se ha podido localizar a estas mujeres. Entre los informantes clave para dar con no usuarias, se incluyeron a las parteras de las tres JS, quienes de manera reiterada respondieron que ellas trabajan en vinculación con los servicios de salud, y es por ello que exigen a todas sus “pacientes”, que acudan a sus consultas médicas. Aún cuando las mujeres atienden sus partos con parteras, éstas no otorgan el certificado de Nacido Vivo, si la mujer no ha acudido de manera periódica a los servicios de salud para su seguimiento prenatal. Esta situación habla del nivel de vinculación que existe entre las parteras en el Estado y los servicios de salud.

En cuanto a los factores relacionados con la primera demora, se destaca lo concerniente a la edad, NSE y estatus de migración de las mujeres encuestadas.

En cuanto a los rangos de edad de las mujeres encuestadas, existe una considerable proporción que tienen menos de 20 años y los mayores porcentajes se encuentran en la zona norte y sur del Estado. Este hallazgo es muy significativo a la luz de una problemática reportada por los proveedores de los servicios encuestados al respecto al respecto de la creciente cantidad de embarazo entre adolescentes y jóvenes en el Estado. El embarazo en la adolescencia se considera desde el punto de vista médico y social como una situación de riesgo para la salud y el desarrollo personal de la madre, su hijo o hija y su pareja. Aunque no se tienen cifras fidedignas, se estima que un gran porcentaje de los



nacimientos que ocurren en menores de edad son embarazos no planeados y probablemente no deseados. (Díaz Sánchez, 2003)

Otro conjunto de factores que pueden operar como obstáculos para el acceso a la atención de calidad es el NSE de las mujeres, determinado en este estudio a través de un conjunto de variables que incluyen: posesión de bienes, educación, condiciones generales de la vivienda y niveles de ingresos. (Támez González y cols. 2006)

A partir de lo hallado en el presente estudio se puede observar que la mayor proporción de mujeres con menor NSE se encuentra en la zona centro del estado, mientras que en zona norte se concentra la mayor proporción de mujeres de mejor NSE.

Por otra parte y como una situación que puede ser riesgo para el acceso oportuno a los servicios de salud, Existe en el Estado un importante número de mujeres migrantes, quienes provienen principalmente de los estados de Yucatán, Tabasco y Chiapas. Del total de mujeres no nativas del Quintana Roo, la mitad llevan 5 años o menos de residir en el Estado. Como era de esperar, la mayoría de las mujeres migrantes, como era esperable, habitan en la zona norte de Quintana Roo.

La situación de migración es importante de analizar a la luz de la existencia de literatura que coincide en señalar la carencia de programas de salud reproductiva dirigidos especialmente a población en movimiento, dejando de lado que tanto las mujeres migrantes (muchas de ellas indígenas) de otras zonas de la República y de países de Centroamérica, constituyen grupos con necesidades específicas. Un ejemplo de ello, lo constituye el hecho de que en muchos casos, las mujeres provenientes de estados como Yucatán y Chiapas, no hablan el español, o lo hacen de manera muy restringida. (Moya y col. 2007)

Por otro lado, la fuerte tradición migratoria que tiene la zona norte del Estado coadyuva a la pauperización de los lazos sociales y con ello, al debilitamiento de una cultura del arraigo y fortaleza de las redes sociales, como se analizará en un apartado posterior.

En lo que respecta a los factores de índole cultural, investigados a través de los niveles de información sobre los riesgos y la toma de acciones adecuadas, así como sobre las

creencias y tradiciones en el uso de parteras y ciertos estereotipos machistas, se destacan los siguientes hallazgos que, en términos generales dan la pauta de que éstos factores no están funcionando como principales obstáculos del acceso oportuno.

- Casi todas las mujeres perciben la importancia de asistir a la unidad de salud ante la probabilidad o certeza de un embarazo.
- En su gran mayoría, las mujeres perciben la importancia de acudir a consulta médica, ante la presencia de síntomas de alarma.
- Con base en los hallazgos previos llama la atención que 36% de las mujeres que refirieron haber padecido algún signo de alarma durante su embarazo, no tomaron acción alguna y la mayor proporción que reporta esta situación se encuentra en la zona central del Estado. Entre la restantes, se observa que un 60% fue a consulta médica y un 2% acudió con una partera.
- Con respecto a la tradición de acudir con parteras, si bien un 36% reporta que existe dicha tradición en sus familias, al preguntarles sobre la preferencia de que sus niños nazcan bajo la atención de una partera, las proporciones disminuyen en las tres regiones que se reportan. Los mayores porcentajes para ambas regiones se presentan en la zona centro del Estado.

Entre otros factores ligados a aspectos de índole cultural, se indagó acerca de la presencia de estereotipos machistas que pudieran estar funcionando como obstáculos para la atención. Al respecto se observa que 4 de cada 10 mujeres opinan que a los esposos no les gusta que sus mujeres sean atendidas por médicos hombres. Esta actitud se encuentra con mayor frecuencia en la zona centro del Estado.

Es muy interesante destacar que todas las mujeres consideran que es su derecho recibir atención adecuada en las unidades de salud.

Con respecto a los factores de la segunda demora, es destacable lo observado en cuanto a la existencia y funcionamiento de las redes sociales de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. Las redes sociales, nos hablan de todos aquellos mecanismos que

rodean a las mujeres y le sirven como apoyo en las labores domésticas, cuidado de los hijos, e inclusive en la esfera emocional de las mujeres en su fase reproductiva. (Infante, 1990)

Al respecto casi la mitad de las usuarias reportan que presentan dificultades en cuanto a cuidado de los niños cuando deben asistir a las consultas médicas.

Una de cada 3 mujeres es apoyada por su pareja con las labores del hogar y cuidado de los niños para que éstas puedan acudir a las consultas prenatales, y 30% no cuenta con ayuda alguna en este sentido. Se destaca la participación de los hijos mayores en el cuidado de los más pequeños, en función de que las mujeres puedan movilizarse a las unidades de atención.

Por otra parte, casi la mitad de las mujeres no son acompañadas por nadie cuando deben acudir a los servicios médicos y en un 35% son acompañadas por sus parejas.

Se puede decir, en términos generales, que las mujeres de la zona sur, cuentan con redes sociales más sólidas, en cuanto al apoyo general que reciben en esta fase de sus vidas.

En cuanto a las condiciones de derechohabencia, se destaca que hay un 12% de mujeres que no cuenta con ningún tipo de aseguramiento médico y la mayor proporción de presenta en la zona norte del Estado.

Al respecto se debe destacar las fallas del sistema para incorporar a estas mujeres al Seguro Popular, a través del cual, las mujeres tienen derecho a una amplia cobertura de atención médica, medicamentos y estudios adicionales.

En cuanto a las condiciones de acceso geográfico, se encontró que los tiempos de traslado no son largos y las mujeres, por lo general utilizan un medio de transporte para llegar. No obstante lo anterior, las mujeres reportan los siguientes problemas durante su traslado: carencia de taxis, camiones y combis, las combis tardan en pasar, tarifas elevadas, impericia de los conductores para manejar y transportes sobrecargados de gente.

Debido a lo comentado anteriormente sobre la posibilidad de las mujeres de afiliación al Seguro Popular, no se entiende que un 18% de mujeres reportan pagar por concepto de consulta médica. El mayor porcentaje de mujeres que han pagado se ubica en la zona sur y norte del Estado.



Por su parte, las mujeres también reportan considerables montos de pagos por concepto de compra de medicamentos, realización de análisis y ultrasonido: las mujeres gastan en promedio, 275 pesos en medicamentos (zonas más problemáticas: JS 1 y 2); 140 pesos por estudios de laboratorio y 252 por realización de ultrasonidos (zona más afectada: JS 3).

Finalmente, en cuanto a las variables que se encuentran asociadas con la búsqueda oportuna de servicios, se destaca entre los factores de riesgo: habitar en la zona norte del Estado, ser menor de 20 años y ser migrante.

La importancia de identificar estos factores radica en la posibilidad de focalizar acciones en estos grupos de mujeres, de manera específica.

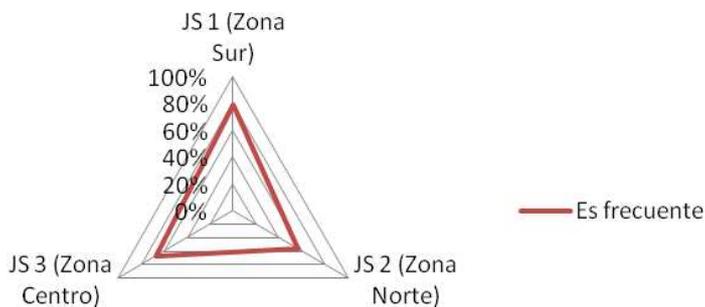
CAPÍTULO 3. LA PERCEPCIÓN DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS

Dificultades de las mujeres para el acceso

Dificultad: comunidades lejanas, es caro trasladarse

Proporción de respuesta afirmativa: 68%

Mayor frecuencia: zona sur

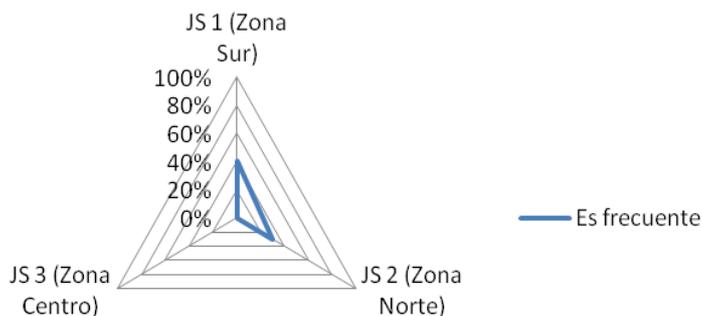


Fuente: Encuesta a proveedores. Q Roo 2009

Dificultad: barreras geográficas

Proporción de respuesta afirmativa: 27%

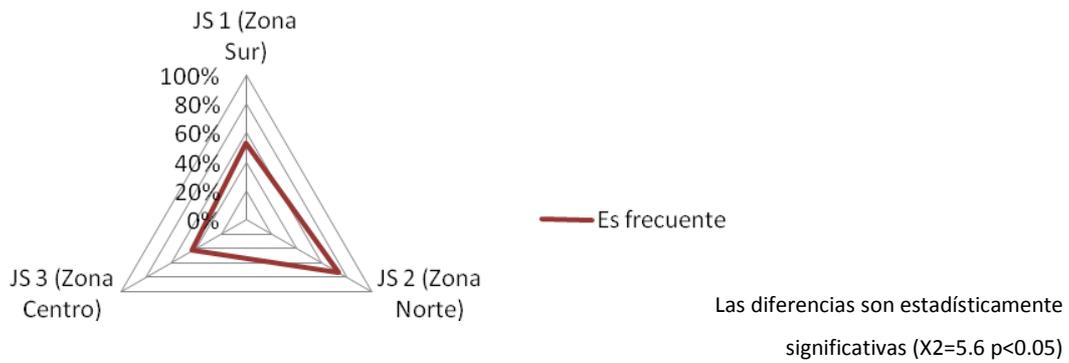
Mayor frecuencia: zona sur



Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2=8.9, p<0.05$)

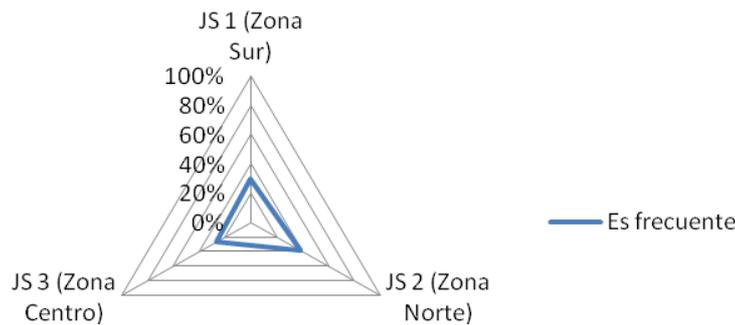
Fuente: Encuesta a proveedores. Q Roo 2009

Dificultad: cuidado de los hijos
Proporción de respuesta afirmativa: 56%
Mayor frecuencia: zona norte



Fuente: Encuesta a proveedores. Q Roo 2009

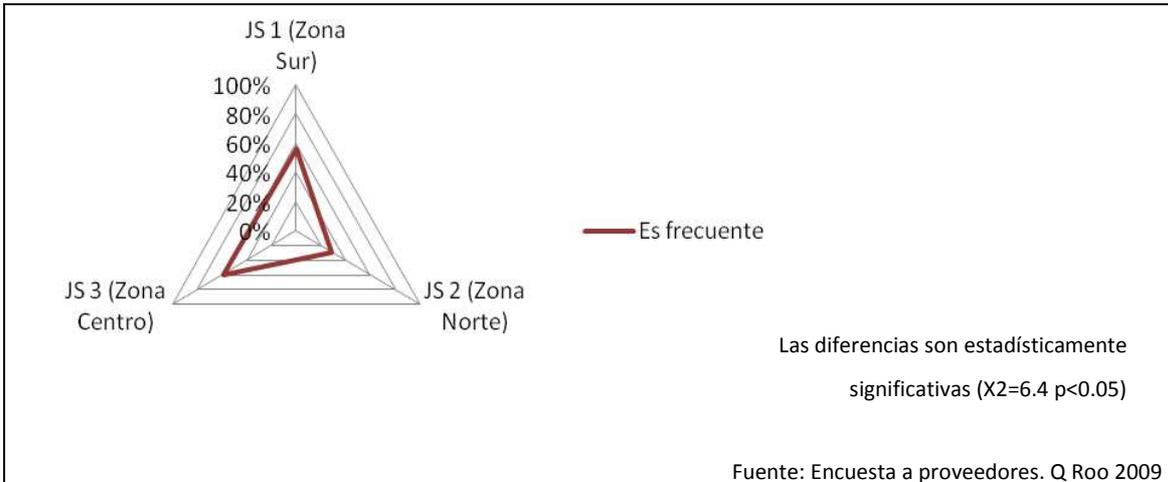
Dificultad: estereotipos machistas
Proporción de respuesta afirmativa: 31%
Mayor frecuencia: zona norte



Fuente: Encuesta a proveedores. Q Roo 2009

Dificultad: se atienden con parteras y llegan con complicaciones
Proporción de respuesta afirmativa: 48%
Mayor frecuencia: zona centro

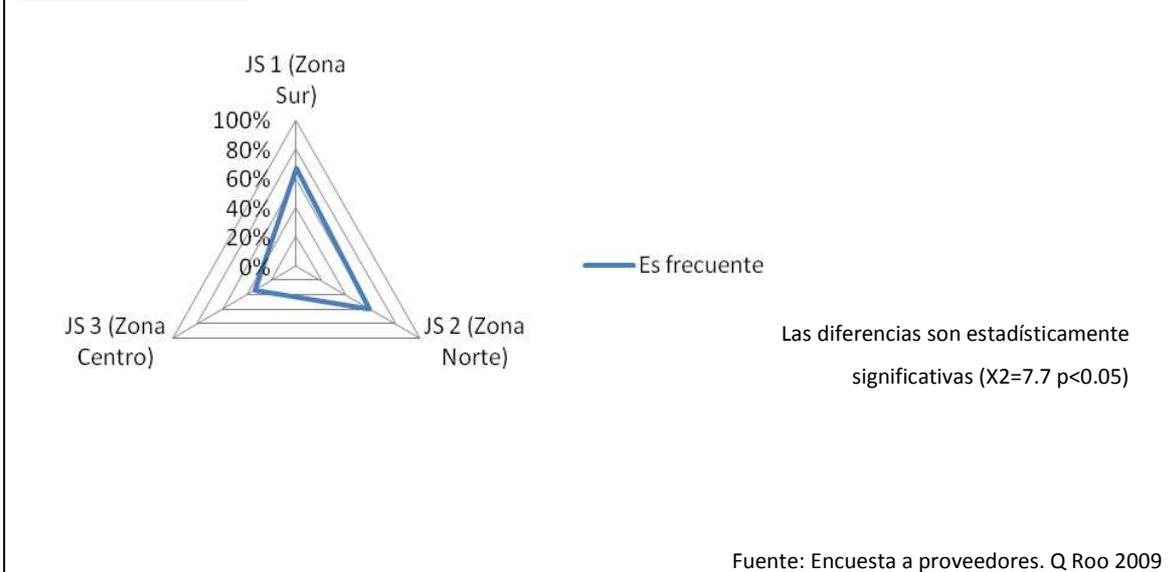
Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal



Dificultad: no saben reconocer signos de alarma

Proporción de respuesta afirmativa: 54%

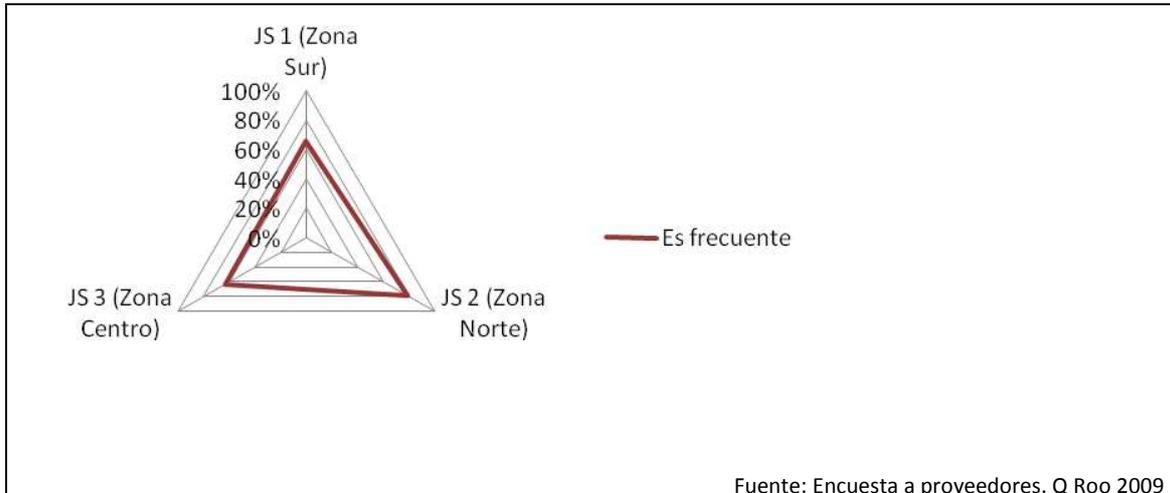
Mayor frecuencia: zona sur



Dificultad: llegan a las unidades de salud después del primer trimestre de embarazo

Proporción de respuesta afirmativa: 69%

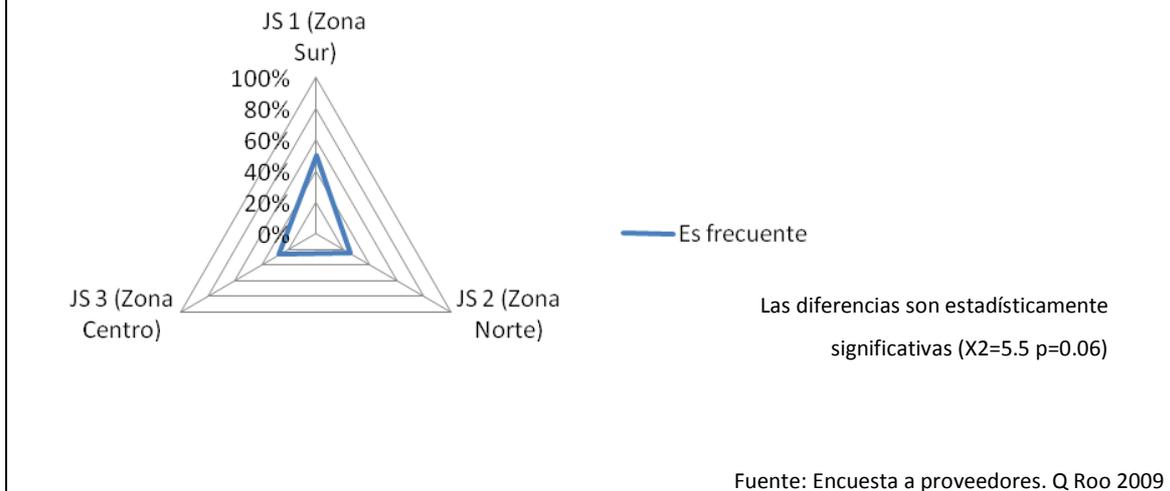
Mayor frecuencia: zona norte



Dificultad: llegan a las unidades de salud con síntomas de alarma en estado muy avanzado

Proporción de respuesta afirmativa: 35%

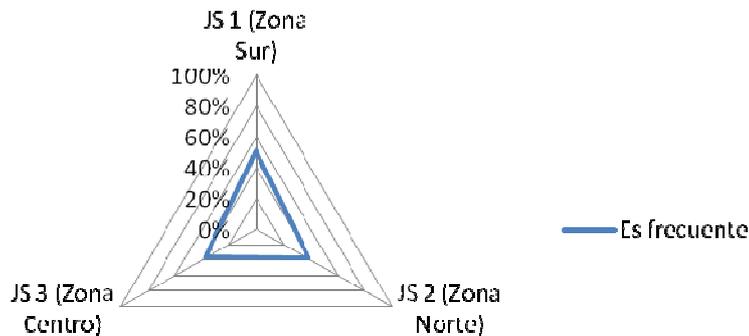
Mayor frecuencia: zona sur



Dificultad: idioma

Proporción de respuesta afirmativa: 43%

Mayor frecuencia: zona sur



Fuente: Encuesta a proveedores. Q Roo 2009

Entre **otros problemas** que los profesionales reportan se destacan: embarazos en adolescentes y mujeres muy jóvenes (12%); falta de educación e ignorancia (6%) y carencia de recursos económicos (5%).

Recursos humanos y equipamiento de las unidades

- De los 9 proveedores de hospitales encuestados, 7 opina que en su unidad hay **carencia de especialistas**.
- Casi 8 de cada 10 unidades está **acreditada**. La mayor proporción se presenta en la zona norte.
- 61% opina que su unidad no cuenta con los **recursos humanos** suficientes
- 60% afirma que su unidad no cuenta con los **equipos necesarios para atender una emergencia obstétrica**. Este problema se presenta en mayor proporción en las zonas sur y norte. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2=10.9$, $p<0.05$)
- 53% afirma que la unidad no cuenta con los **medicamentos necesarios** para atender una emergencia obstétrica. Este problema se presenta en mayor proporción en las zonas sur y norte. Las diferencias son estadísticamente significativas ($\chi^2=24$, $p<0.05$)
- 80% opina que el **personal de la unidad se encuentra capacitado** para atender una emergencia obstétrica.

- 98% afirma que el **personal de la unidad se encuentra sensibilizado** sobre la importancia de atender de manera oportuna y con calidad a las mujeres.
- Sólo el 44% opina que el **personal está bien pagado por el trabajo** que realiza. En la zona centro, el porcentaje que responde de manera afirmativa es mayor. Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2=11$, $p<0.05$)

Existencia de recursos comunitarios

El 69% conoce de la existencia de otros **recursos comunitarios** que ayudan a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio. Los profesionales de las zonas sur y norte son los que más afirman conocerlos. Las diferencias son estadísticamente significativas ($X^2=8.2$, $p<0.08$)

**Cuadro X. Recursos comunitarios
Quintana Roo, 2009**

JS 1 (Zona sur)	JS 2 (Zona norte)	JS 3 (Zona centro)
<ul style="list-style-type: none"> • Casa de hospedaje • DIF • Parteras • Programa PAMAR del DIF • Taxis • Combis • Transporte que ofrece el delegado • Microbuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Casas de salud • Ciudad de la alegría • Parteras • DIF • Patrullas • Promotoras de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcaldía • Automóviles de transporte público • Combi de la delegación • DIF • Disponibilidad de fletes en caso de urgencia • Parteras • Patrullas • Taxis • Vehículo de la comunidad que tiene el delegado • Combis • IQM

Opinión acerca del trabajo de las parteras

76% opina que las parteras ayudan en el control de embarazos y con partos sin complicaciones.

88% opina que las parteras los ayudan con mujeres que viven en zonas alejadas.

67% opina que es peligroso porque las parteras no saben detectar síntomas de alarma

65% opina que las parteras son de ayuda porque refieren a las mujeres con signos de alarma

94% opina que sí ayudan pero sólo si están capacitadas

78% opina que sí ayudan porque trabajan en vinculación con las unidades de salud.

CONCLUSIONES CAPÍTULO 3

En cuanto a la percepción de los proveedores de servicios acerca de las principales dificultades para el acceso de las mujeres a los servicios, así como de las principales carencias en éstos, se destacan:

- Existencia de comunidades lejanas, mayor dificultad en JS 3.
- Dificultades para el cuidado de los hijos, mayor dificultad en JS 2.
- Las mujeres se atienden con parteras y llegan a las unidades con complicaciones obstétricas, mayor dificultad en JS 3.
- Las mujeres no saben reconocer los síntomas de alarma, mayor dificultad en JS 2.
- Las mujeres llegan después del primer trimestre de gestación, mayor dificultad en JS 2.
- Embarazos adolescentes
- Insuficiencia de recursos humanos y carencia de especialistas en los hospitales.
- Insuficiencia de equipamiento para la atención de EO.
- El personal sí está capacitado y sensibilizado para la atención de EO.
- Existen recursos comunitarios en la tres JS: transportes (de las localidades, públicos y patrullas), parteras y albergues, entre los más importantes.
- Las parteras trabajan en vinculación con los servicios de salud. En muchos casos sólo realizan sobadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aday, LA. y Andersen (1974) Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica”. Health Services Research 9(3) 208-220
- Díaz Sánchez, V. El embarazo de las adolescentes en México. Gaceta Médica de México (2003). Vol. 139 Suplemento 1. 23-28
S23-S28
- Donabedian, A. (1988) Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Fondo de Cultura Económica. México. D.F.
- Finney J y Moos, R. (1995) Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. Addiction. 90, 1223-1240.
- Secretaría de Salud: Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2 1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Frenk, J. (1985) El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública de México 27(5): 438-453.
- Infante-Castañeda, C. Influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda. Salud Pública de México, 1990; 32: 419:429.
- Mayne, D, Akalin M, Ward V y Kamara A. Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar. Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia. 1997.
- Moya, J y Uribe M. Migración y Salud en México: una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006. Organización Panamericana de la Salud
- Rosenstock, I. (1966). Por qué la gente utiliza los servicios de salud. The Milbank Memorial Fund. Quarterly Journal. 44(2): 94-127.
- Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012
- Secretaría de Salud. Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS) 2006.
- Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2001) Programa de Acción “Arranque Parejo en la Vida”.



- Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) 2007
- Secretaria de Salud. (2006) Manual de Organización y Procedimientos del Grupo Nacional y de los Comités para el Estudio y Seguimiento de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Publicación en prensa.
- Secretaría de Salud. Normal Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Evaluación del Desempeño. Rendición de Cuentas en Salud 2007
- Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. Salud Publica de México, 2006;48:418-429.

ANEXOS

Anexo 1

Encuestador/a: _____

Folio: _____

Fecha: _____ / _____ / 2009

CUESTIONARIO USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD. QUINTANA ROO, 2009

1) Nombre de la Unidad de Salud: _____

1) Urbana: _____ 2) Rural: _____

2) Municipio: _____ 3) Jurisdicción: (tachar la que corresponde) (1) (2) (3)

4) Localidad: _____

Buenos días/tardes, mi nombre es _____. Estamos realizando un estudio para conocer más acerca de la atención que reciben las mujeres en esta unidad de salud. Este estudio no tiene nada que ver con su tratamiento, la información que usted nos proporcione será CONFIDENCIAL y ANÓNIMA. ¿Le gustaría participar?

FILTRO: para ser llenado por el encuestador

(El cuestionario debe aplicarse a mujeres embarazadas o mujeres que hayan tenido a su hijo/a hace seis meses o menos)

La mujer está:

1) Embarazada: (continúe con el cuestionario)

2) Tuvo a su bebé hace seis meses o menos: (continúe con el cuestionario)

3) Tuvo a su bebé hace más de seis meses: (termine el cuestionario y agradezca)

MODULO I. SOCIODEMOGRÁFICOS

1) ¿Cuántos años tiene?: 1) _____ años 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

2) ¿Cuál es su estado civil:

1) Soltera: _____ 3) Casada: _____ 5) Viuda: _____ 7) Otro. Cuál? _____

2) Unión libre con pareja estable: _____ 4) Separada: _____ 6) Divorciada: _____ 99) No sabe: _____

999) No contestó _____

3) ¿Qué idioma/s habla?

1) Español _____

3) Otro, ¿Cuál? _____

2) Maya _____

99) No sabe _____

999) No contestó _____

4) ¿Cuál es su religión?

1) Católica: _____

4) Testigo de Jehová: _____

7) Otra ¿Cuál? _____

2) Cristiana: _____

5) Mormón: _____

99) No sabe _____

3) Evangelista: _____

6) Ninguna _____

999) No contestó _____

5) ¿Hasta qué año estudió?

1) Sin estudios: _____

4) Secundaria completa _____

7) Licenciatura completa _____

99) No sabe _____

2) Primaria incompleta _____

5) Carrera comercial/técnica _____

8) Posgrado _____

999) No contestó _____

3) Primaria completa _____

6) Preparatoria completa _____

9) Otro: _____

6) ¿A qué se dedica la mayor parte del tiempo?

1) Ama de casa: _____

6) Funcionaria pública _____

11) Otra ¿Cuál? _____

2) Estudiante: _____

7) Jubilada/pensionada _____

99) No sabe _____

3) Empleada: _____

8) Empresaria/dueña/profesionista libre _____

999) No contestó _____

4) Comerciante: _____

9) Técnica/trabajadora independiente _____

5) Profesora: _____

10) No tiene ocupación _____

7) ¿Tiene seguro médico?

1) Si _____

2) No _____

99) No sabe _____

999) No contestó _____

(pase a la siguiente pregunta)

(pase a la pregunta 9)

(pase a la pregunta 9)

(pase a la pregunta 9)

8) ¿Cuál se los siguientes seguros médicos tiene Usted?

- 1) IMSS _____ 4) PEMEX _____ 99) No sabe _____
 2) ISSSTE _____ 5) SEDENA _____ 999) No contestó _____
 3) SEGURO POPULAR _____ 6) Otro ¿cuál? _____

9) ¿Cuántas personas viven en su casa sin contarla a usted?

- 1) Niños/adolescentes _____ 2) Adultos _____ 3) Total _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

10) ¿Dónde vive actualmente?

- 1) Localidad: _____ 2) Municipio _____ 3) Estado _____
 99) No sabe _____ 999) No Contestó _____

11) ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esa localidad?

- 1) Toda la vida: _____ 2) Años: _____ 3) Meses: _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
(Pasar a la siguiente sección) (Pasar a la siguiente pregunta) (Pasar a la siguiente pregunta)

12) ¿Dónde Nació?

- 1) Localidad _____ 3) Estado _____ 99) No sabe _____
 2) Municipio _____ 4) País _____ 999) No contestó _____

MÓDULO II. NSE

1) ¿Cuál es el último grado de estudios del jefe de familia?

- 1) Sin estudios: _____ 4) Secundaria completa _____ 7) Licenciatura completa _____ 99) No sabe _____
 2) Primaria incompleta _____ 5) Carrera comercial/técnica _____ 8) Posgrado _____ 999) No contestó _____
 3) Primaria completa _____ 6) Preparatoria completa _____ 9) Otro: _____

2) ¿Cuál es la ocupación actual del jefe de familia?

- 1) Ama de casa: _____ 6) Funcionario público _____ 11) Otra ¿Cuál? _____
 2) Estudiante: _____ 7) Jubilado/pensionado _____ 99) No sabe _____
 3) Empleado/a: _____ 8) Empresario/dueño/profesionista libre _____ 999) No contestó _____
 4) Comerciante: _____ 9) Técnico/trabajador independiente _____
 5) Profesor/a: _____ 10) No tiene ocupación _____

3) ¿Cuántos baños con regadera hay en su vivienda?

- 1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

4) ¿De qué material es la mayor parte de los pisos de su vivienda?

- 1) Tierra _____ 2) Cemento/firme _____ 3) Madera/alfombra _____ 4) Otro _____ 99) No sabe _____
 999) No contestó _____

5) ¿Tiene teléfono en su casa o teléfono celular?

- 1) Si _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

6) ¿Tiene en su casa los siguientes aparatos en funcionamiento? 1) Sí 2) No

1) Calentador de agua o boiler	4) Lavadora de ropa	7) Computadora personal
2) Tostador de pan u horno tostador	5) Horno de microondas	99) No sabe
3) Aspiradora	6) Video casetera/DVD	999) No contestó

7) ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar? (no contar motos):

- 1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

8) Contando todos los focos de las lámparas, del techo y de todo su hogar, dígame: ¿cuántos focos que funcionen tiene usted en su casa? (Contar también las bombillas de neón)

- 1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

9) De acuerdo a esta tarjeta, e incluyendo el ingreso de todas las personas que viven en su hogar y que aportan al ingreso familiar, ¿en qué rango de ingresos mensual se encuentra el de su familia? (incluir propinas) (MOSTRAR TARJETA)

- 1) De 0 a 1 salario mínimo/menos de \$1500 pesos al mes _____ 5) De 7 a 10 salarios mínimos/\$10501 a \$15000 pesos al mes _____
 2) De 1 a 3 salarios mínimos/\$1501 a \$4500 pesos al mes _____ 6) Más de 10 salarios mínimos/\$15001 pesos al mes a más _____
 3) De 3 a 5 salarios mínimos/\$4501 a \$7500 pesos al mes _____ 99) No sabe _____
 4) De 5 a 7 salarios mínimos/\$7501 a \$10500 pesos al mes _____ 999) No contestó _____

MODULO III. ACCESO

A partir de ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su embarazo y sobre las consultas que ha tenido en este centro de salud/hospital

Sólo para embarazadas

- 1) ¿En qué mes de embarazo está? 1) _____ 2) Es la primera vez que viene a consulta _____
 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 2) Sin contar la visita de hoy ¿cuántas veces ha asistido al médico desde que está embarazada?
 1) _____ 2) Es la primera vez que viene a consulta _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

Para embarazadas y para mujeres que ya han tenido a su hijo/a

- 3) ¿En qué mes de embarazo estaba la primera vez que vino a consulta?
 1) _____ 2) Es la primera vez que viene a consulta _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 4) ¿Ha tenido embarazos previamente?
 1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
(Pase a la siguiente pregunta) (Pase a la pregunta 9) (Pase a la pregunta 9) (Pase a la pregunta 9)
- 5) ¿Cuántos? 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 6) ¿Cuántos hijos tiene? 1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 7) ¿Ha tenido abortos previamente?
 1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
(Pase a la siguiente pregunta) (Pase a la pregunta 9) (Pase a la pregunta 9) (Pase a la pregunta 9)
- 8) ¿Cuántos? 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 9) En lo que va de su embarazo o durante su embarazo ¿El doctor el explicó claramente los signos y síntomas de alarma, es decir síntomas por lo cuáles debía de acudir de manera urgente al doctor?
 1) Sí _____ 2) No _____ 3) Es la primera vez que viene _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
- 10) En lo que va de su embarazo o durante su embarazo ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas?: 1) Sí 2) No

1) Dolor de cabeza		6) El bebé dejó de moverse	
2) Hinchazón excesiva de pies, manos y cara		7) Otro ¿Cuál?	
3) Pérdidas de sangre o hemorragia		99) No sabe	
4) Dolor en el vientre		999) No contestó	
5) Zumbido de oídos, vista borrosa o ver luces			

11) En caso de haber presentado uno o más de estos síntomas: ¿qué hizo?

- 1) Nada, esperó a que se le pasara _____ 4) Otro, ¿Cuál? _____
 2) Fue al doctor _____ 99) No sabe _____
 3) Fue con la partera _____ 999) No contestó _____

Geográficos

12) ¿La unidad de salud queda cerca de su casa?

- 1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

13) ¿En qué medio de transporte viene a la unidad médica? (Puede señalar más de uno)

- 1) Vehículo propio _____ 4) Caminando _____ 99) No sabe _____
 2) Camión/Combi _____ 5) Ferri/lancha _____ 999) No contestó _____
 3) Taxi _____ 6) Otro ¿Cuál? _____

14) ¿Cuánto tiempo hace desde que sale de su casa hasta que llega a la unidad médica?

- 1) Horas _____ 99) No sabe _____
 2) Minutos _____ 999) No contestó _____

15) ¿Cuáles son los principales problemas en cuanto a transporte que usted tiene para llegar al servicio de salud? Mencione tres de ellos

- 1) _____ 4) Ninguno _____
 2) _____ 99) No sabe _____
 3) _____ 999) No contestó _____

Económicos

16) ¿Cuánto gasta en transportarse desde su casa hasta la unidad de salud?, incluyendo si va en vehículo propio:

- 1) _____ 2) Nada _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

17) ¿En la unidad de salud le cobran o cobraron por la consulta?

- 1) Sí _____ (pasar a la siguiente preg.) 99) No sabe _____ (pasar a la preg. 19)
 2) No _____ (pasar a la preg. 19) 999) No contestó _____ (pasar a la preg. 19)
 3) Es la primera vez que viene _____ (pasar a la pregunta 26)

18) ¿Cuánto le cobran o le cobraron por la consulta?

- 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

En caso de ser una puerpera (si no le es, pase a la pregunta 21):

19) ¿Le cobraron por el parto o cesárea?

- 1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
 (Pasar a la siguiente preg.) (Pasar a la preg. 21) (Pasar a la preg. 21) (Pasar a la preg. 21)

20) ¿Cuánto le cobraron?

- 1) Si fue parto: _____ 99) No sabe _____
 2) Si fue cesárea: _____ 999) No contestó _____

21) Durante su embarazo, ¿en alguna de sus consultas le recetaron medicamentos?

- 1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
 (Pasar a la siguiente preg.) (Pasar a la preg. 24) (Pasar a la preg. 24) (Pasar a la preg. 24)

22) ¿Le dieron los medicamentos recetados en la farmacia de la unidad?

- 1) Sí, todos _____ (Pase a la pregunta 24) 3) Ninguno _____ (Pase a la siguiente pregunta)
 2) Sí, algunos _____ (Pase a la siguiente pregunta) 99) No sabe _____ (Pase a la pregunta 24)
 999) No contestó _____ (Pase a la pregunta 24)

23) ¿La última vez que tuvo que comprar medicamentos en la farmacia, cuanto gastó?

- 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

24) ¿Le ordenaron análisis o ultrasonido?

- 1) Sí _____ (pase a la siguiente pregunta) 99) No sabe _____ (pase a la pregunta 26)
 2) No _____ (pase a la pregunta 26) 999) No contestó _____ (pase a la pregunta 26)

25) ¿La última vez que le ordenaron análisis o ultrasonido, cuanto gastó?

- 0) Nada _____
 1) Análisis: _____
 2) Ultrasonido _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

Culturales

26) A continuación le voy a leer algunas frases. Dígame, de acuerdo a la siguiente tarjeta, qué tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas. **MOSTRAR TARJETA E IR LEYENDO LAS FRASES AL ENTREVISTADO**

	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) En desacuerdo	4) Totalmente en desacuerdo	99) NS/NC/No aplica
1) Una mujer debe consultar al médico cuando se entera que está embarazada					
2) Si una mujer embarazada siente algún dolor o tiene pérdida de sangre o hemorragia debe ir de manera urgente al doctor					
3) Si a una mujer embarazada se le hinchan mucho los pies, las manos o la cara debe ir de manera urgente al doctor					
4) A veces las mujeres embarazadas se sienten mal, pero no pueden ir al doctor					
5) Si una mujer embarazada siente que su hijo/a deja de moverse debe ir de manera urgente al doctor.					

	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) En desacuerdo	4) Totalmente en desacuerdo	99) NS/ NC/No aplica
6) En mi familia es muy común que las mujeres embarazadas se atiendan con parteras					
7) En la familia de mi pareja es muy común que las mujeres embarazadas se atiendan con parteras					
8) A los esposos no les gusta que a sus esposas las atiendan médicos hombres					
9) Prefiero que mi hijo/a nazca en mi casa con una partera					
10) En mi familia es muy común ir con la sobadora					
11) Cuando tengo que venir a las consultas no tengo con quien dejar a mis hijos					
12) Estoy contenta con la atención que me dan este servicio de salud					89
13) Cuando vengo a mis consultas tengo que esperar mucho para que me atienda el médico					
14) Los doctores son muy claros al explicarnos algo					
15) Como mujeres es nuestro derecho que los doctores nos atiendan bien					

MÓDULO IV. REDES SOCIALES

Sólo para mujeres en consultas prenatales (puede señalar más de uno)

27) ¿Quién la acompaña cuando viene a sus consultas?

- 1) Mi marido/pareja _____ 3) Mi hermano/a _____ 5) ¿Quién? _____ Otro _____
 2) Mi mamá _____ 4) Nadie _____ 99) No sabe _____
 999) No contestó _____

Sólo para mujeres que acaban de tener a su bebé (puede señalar más de uno)

28) ¿Quién la acompañó durante el parto o cesárea?

- 1) Mi marido/pareja _____ 5) Toda mi familia _____ 99) No sabe _____
 2) Mi mamá _____ 6) Nadie _____ 999) No contestó _____
 3) Mi papá _____ 7) Otros ¿Quién? _____

Para ambas: embarazadas y puérperas (puede señalar más de uno)

29) ¿Quién la ha ayudado con otras labores de su casa o cuidado de sus niños ahora que está embarazada o que ha estado viniendo a las consultas?

- 1) Mi marido/pareja _____ 4) Mi papá _____ 7) Otros ¿Quiénes? _____
 2) Mi mamá _____ 5) Toda mi familia _____ 99) No sabe _____
 3) Mi hermana/o _____ 6) Nadie _____ 999) No contestó _____

MÓDULO V. SATISFACCIÓN

30) Del 1 al 10, ¿qué calificación le da al doctor/a que la atiende? _____

31) Del 1 al 10, ¿qué calificación le da a la enfermera? _____

32) Del 1 al 10 ¿qué calificación le da al personal de recepción? _____

33) Del 1 al 10 ¿qué calificación le da al servicio en general? _____

MUCHAS GRACIAS, SU INFORMACIÓN SERÁ DE MUCHA AYUDA PARA CONOCER ESTOS SERVICIOS

DESPEDIRSE

FIRMA DEL ENCUESTADOR _____

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

Anexo 2

Encuestador/a: _____

Folio: _____

Fecha: _____/_____/2009

CUESTIONARIO A NO USUARIAS DE SERVICIOS DE SALUD. QUINTANA ROO, 2009

1) **Municipio:** _____ 2) **Jurisdicción:** tachar la que corresponde (1) (2) (3)

3) **Localidad:** _____

Buenos días/tardes, mi nombre es _____. Estamos realizando un estudio de CARÁCTER ANÓNIMO sobre las dificultades que tienen las mujeres embarazadas para ir a los servicios de salud. ¿Podría contestarme unas preguntas?

FILTRO: para ser llenado por el encuestador

(El cuestionario debe aplicarse a mujeres embarazadas o mujeres que hayan tenido a su hijo/a hace seis meses o menos)

La mujer está:

- 1) Embarazada: (continúe con el cuestionario)
- 2) Tuvo a su bebé hace seis meses o menos: (continúe con el cuestionario)
- 3) Tuvo a su bebé hace más de seis meses: (termine el cuestionario y agradezca)

MODULO I. SOCIODEMOGRÁFICOS

1) **¿Cuántos años tiene?:** 1) _____ años 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

2) **¿Cuál es su estado civil:**

- | | | | |
|--|--------------------|----------------------|------------------------|
| 1) Soltera: _____ | 3) Casada: _____ | 5) Viuda: _____ | 7) Otro. Cuál? _____ |
| 2) Unión libre con pareja estable: _____ | 4) Separada: _____ | 6) Divorciada: _____ | 99) No sabe: _____ |
| | | | 999) No contestó _____ |

3) **¿Qué idioma/s habla?**

- | | |
|------------------|--|
| 1) Español _____ | 3) Otro, ¿Cuál? _____ |
| 2) Maya _____ | 99) No sabe _____ 999) No contestó _____ |

4) **¿Cuál es su religión?**

- | | | |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------|
| 1) Católica: _____ | 4) Testigo de Jehová: _____ | 7) Otra ¿Cuál? _____ |
| 2) Cristiana: _____ | 5) Mormón: _____ | 99) No sabe _____ |
| 3) Evangelista: _____ | 6) Ninguna _____ | 999) No contestó _____ |

5) **¿Hasta qué año estudió?**

- | | | | |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| 1) Sin estudios: _____ | 4) Secundaria completa _____ | 7) Licenciatura completa _____ | 99) No sabe _____ |
| 2) Primaria incompleta _____ | 5) Carrera comercial/técnica _____ | 8) Posgrado _____ | 999) No contestó _____ |
| 3) Primaria completa _____ | 6) Preparatoria completa _____ | 9) Otro: _____ | |

6) **¿A qué se dedica la mayor parte del tiempo?**

- | | | |
|-----------------------|---|------------------------|
| 1) Ama de casa: _____ | 6) Funcionaria pública _____ | 11) Otra ¿Cuál? _____ |
| 2) Estudiante: _____ | 7) Jubilada/pensionada _____ | 99) No sabe _____ |
| 3) Empleada: _____ | 8) Empresaria/dueña/profesionista libre _____ | 999) No contestó _____ |
| 4) Comerciante: _____ | 9) Técnica/trabajadora independiente _____ | |
| 5) Profesora: _____ | 10) No tiene ocupación _____ | |

7) **¿Tiene seguro médico?**

- | | | | |
|-------------|-------------|-------------------|------------------------|
| 1) Sí _____ | 2) No _____ | 99) No sabe _____ | 999) No contestó _____ |
|-------------|-------------|-------------------|------------------------|
- (pase a la siguiente pregunta) (pase a la pregunta 9) (pase a la pregunta 9) (pase a la pregunta 9)

8) **¿Cuál se los siguientes seguros médicos tiene Usted?**

- | | | |
|-------------------------|----------------------|------------------------|
| 1) IMSS _____ | 4) PEMEX _____ | 99) No sabe _____ |
| 2) ISSSTE _____ | 5) SEDENA _____ | 999) No contestó _____ |
| 3) SEGURO POPULAR _____ | 6) Otro ¿cuál? _____ | |

9) **¿Cuántas personas viven en su casa sin contarla a usted?**

- | | | | | |
|-----------------------------|------------------|----------------|-------------------|------------------------|
| 1) Niños/adolescentes _____ | 2) Adultos _____ | 3) Total _____ | 99) No sabe _____ | 999) No contestó _____ |
|-----------------------------|------------------|----------------|-------------------|------------------------|

10) **¿Dónde vive actualmente?**

- | | | |
|---------------------|------------------------|-----------------|
| 1) Localidad: _____ | 2) Municipio _____ | 3) Estado _____ |
| 99) No sabe _____ | 999) No Contestó _____ | |

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

11) ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esa localidad?

1) Toda la vida: _____ 2) Años: _____ 3) Meses: _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____
 (Pasará a la siguiente sección) (Pasará a la siguiente pregunta) (Pasará a la siguiente pregunta)

12) ¿Dónde Nació?

1) Localidad _____ 3) Estado _____ 99) No sabe _____
 2) Municipio _____ 4) País _____ 999) No contestó _____

MÓDULO II. NSE

1) ¿Cuál es el último grado de estudios del jefe de familia?

1) Sin estudios: _____ 4) Secundaria completa _____ 7) Licenciatura completa _____ 99) No sabe _____
 2) Primaria incompleta _____ 5) Carrera comercial/técnica _____ 8) Posgrado _____ 999) No contestó _____
 3) Primaria completa _____ 6) Preparatoria completa _____ 9) Otro: _____

2) ¿Cuál es la ocupación actual del jefe de familia?

1) Ama de casa: _____ 6) Funcionario público _____ 11) Otra ¿Cuál? _____
 2) Estudiante: _____ 7) Jubilado/pensionado _____ 99) No sabe _____
 3) Empleado/a: _____ 8) Empresario/dueño/profesionista libre _____ 999) No contestó _____
 4) Comerciante: _____ 9) Técnico/trabajador independiente _____
 5) Profesor/a: _____ 10) No tiene ocupación _____

3) ¿Cuántos baños con regadera hay en su vivienda?

1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

4) ¿De qué material es la mayor parte de los pisos de su vivienda?

1) Tierra _____ 2) Cemento/firme _____ 3) Madera/alfombra _____ 4) Otro _____ 99) No sabe _____
 999) No contestó _____

5) ¿Tiene teléfono en su casa o teléfono celular?

1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

6) ¿Tiene en su casa los siguientes aparatos en funcionamiento? 1) Sí 2) No

1) Calentador de agua o boiler	4) Lavadora de ropa	7) Computadora personal
2) Tostador de pan u horno tostador	5) Horno de microondas	99) No sabe
3) Aspiradora	6) Video casetera/DVD	999) No contestó

7) ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar? (no contar motos): 1) _____

0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

8) Contando todos los focos de las lámparas, del techo y de todo su hogar, dígame: ¿cuántos focos que funcionan tiene usted en su casa? (Contar también las bombillas de neón)

1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

9) De acuerdo a esta tarjeta, e incluyendo el ingreso de todas las personas que viven en su hogar y que aportan al ingreso familiar, ¿en qué rango de ingresos mensual se encuentra el de su familia? (incluir propinas) (MOSTRAR TARJETA)

1) De 0 a 1 salario mínimo/menos de \$1500 pesos al mes _____ 5) De 7 a 10 salarios mínimos/\$10501 a \$15000 pesos al mes _____
 2) De 1 a 3 salarios mínimos/\$1501 a \$4500 pesos al mes _____ 6) Más de 10 salarios mínimos/\$15001 pesos al mes a más _____
 3) De 3 a 5 salarios mínimos/\$4501 a \$7500 pesos al mes _____ 99) No sabe _____
 4) De 5 a 7 salarios mínimos/\$7501 a \$10500 pesos al mes _____ 999) No contestó _____

MODULO III. ACCESO

A partir de ahora le voy a hacer unas preguntas sobre su embarazo y sobre las consultas que ha tenido en este centro de salud/hospital

Sólo para embarazadas

1) ¿En qué mes de embarazo está? 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

Para embarazadas y para mujeres que ya han tenido a su hijo/a

2) ¿Ha tenido embarazos previamente?

1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

(Pase a la siguiente pregunta) (Pase a la pregunta 7) (Pase a la pregunta 7) (Pase a la pregunta 7)

3) ¿Cuántos? 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

4) ¿Cuántos hijos tiene? 1) _____ 0) Ninguno _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

5) ¿Ha tenido abortos previamente?

1) Sí _____ 2) No _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

(Pase a la siguiente pregunta) (Pase a la pregunta 7) (Pase a la pregunta 7) (Pase a la pregunta 7)

6) ¿Cuántos? 1) _____ 99) No sabe _____ 999) No contestó _____

7) En lo que va de su embarazo o durante su embarazo ¿Ha tenido algunos de los siguientes síntomas?: 1) Sí 2) No

1) Dolor de cabeza		6) El bebé dejó de moverse	
2) Hinchazón excesiva de pies, manos y cara		7) Otro, ¿Cuál?	
3) Pérdidas de sangre o hemorragia		99) No sabe	
4) Dolor en el vientre		999) No contestó	
5) Zumbido de oídos, vista borrosa o ver luces			

8) En caso de haber presentado uno o más de estos síntomas: ¿qué hizo?

1) Nada, esperó a que se le pasara _____	4) Otro, ¿Cuál? _____
2) Fue al doctor	99) No sabe
3) Fue con la partera	999) No contestó

9) ¿Sabe si existe una unidad de salud a la que Usted pueda ir cerca de su casa?

1) Sí existe _____ 99) No sabe _____
2) No existe _____ 999) No contestó _____

10) ¿Cuáles son los principales problemas en cuanto a transporte que usted tiene para llegar a esa unidad de salud? Mencione tres de ellos

1) _____ 4) Ninguno _____
2) _____ 99) No sabe _____
3) _____ 999) No contestó _____

11) ¿Cuál es la razón o las razones por las cuáles no ha ido a ver al doctor desde que sabe que está embarazada? (puede marcar más de una) LEER LAS FRASES A LA ENTREVISTADA

1) No ha tenido tiempo		11) Piensa que no atienden bien a las mujeres embarazadas	
2) No ha tenido tiempo, pero sí piensa ir		12) No hay médico todo días /de forma permanente	
3) Le sale/ía caro /No tiene/tenía dinero		13) Piensa que la harán esperar mucho	
4) Prefiere/prefirió ir con la partera		14) Su pareja le dice que no vaya	
5) No lo sabe		15) Su mamá o papá prefirió que no fuera	
6) No tiene quien la acompañe		16) No es la costumbre de su familia	
7) No tiene con quien dejar a sus hijos		17) Otro, ¿Cuál?_1 _____ 2 _____	
8) Hay que hacer muchos trámites para que la atienden		99) No sabe	
9) Fue pero no estaba el médico		999) No contestó	
10) No se ha sentido mal			

12) A continuación le voy a leer algunas frases. Dígame, de acuerdo a la siguiente tarjeta, qué tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas. MOSTRAR TARJETA E IR LEYENDO LAS FRASES A LA ENTREVISTADA

	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) En desacuerdo	4) Totalmente en desacuerdo	99) NS/ NC/No aplica
1) Una mujer debe consultar al médico cuando se entera que está embarazada					
2) Si una mujer embarazada siente algún dolor o tiene pérdida de sangre o hemorragia debe ir de manera urgente al doctor					

	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) En desacuerdo	4) Totalmente en desacuerdo	99) NS/NC/No aplica
3) Si a una mujer embarazada se le hinchan mucho los pies, las manos o la cara debe ir de manera urgente al doctor					
4) A veces las mujeres embarazadas se sienten mal, pero no pueden ir al doctor					
5) Si una mujer embarazada siente que su hijo/a deja de moverse debe ir de manera urgente al doctor.					
6) En mi familia es muy común que las mujeres embarazadas se atiendan con parteras					
7) En la familia de mi pareja es muy común que las mujeres embarazadas se atiendan con parteras					
8) A los esposos no les gusta que a sus esposas las atiendan médicos hombres					
9) Prefiero que mi hijo/a nazca en mi casa con una partera					
10) En mi familia es muy común ir con la sobadora					
11) Si voy al doctor no tengo con quien dejar a mis hijos					

MÓDULO IV. REDES SOCIALES

13) ¿Quien la ha ayudado con las labores de su casa o cuidado de sus niños desde que se enteró que está embarazada o cuando tuvo a su bebé? (puede señalar más de uno)

- 1) Su marido/pareja _____
- 2) Su mamá _____
- 3) Su hermana/o _____
- 4) Su papá _____
- 5) Toda su familia _____
- 6) La partera _____
- 7) Nadie _____
- 8) Otros familiares ¿Quiénes? _____
- 99) No sabe _____
- 999) No contestó _____

MUCHAS GRACIAS, SU INFORMACIÓN SERÁ DE MUCHA AYUDA

DESPEDIRSE

FIRMA DEL ENCUESTADOR _____

Anexo 3

Encuestador/a: _____

Folio: _____

Fecha: _____ / _____ / 2009

CUESTIONARIO A RESPONSABLES DE SERVICIOS DE SALUD. QUINTANA ROO, 2009

- 1) Nombre de la Unidad de Salud: _____
 1) Urbana: _____ 2) Rural: _____
 2) Municipio: _____ 3) Jurisdicción: (tachar la que corresponde) (1) (2) (3)
 4) Localidad: _____

Para aplicar este cuestionario buscar:

Centro de Salud o Unidad Móvil: responsable

Hospital:

- 1) Encargado del Programa de Salud Reproductiva / Planificación Familiar
 2) Ginecólogo
 3) Director del Hospital

Buenos días/tardes, mi nombre es _____. Estamos realizando un estudio para conocer más acerca de la atención que reciben las mujeres en esta unidad de salud. La información que usted nos proporcione será CONFIDENCIAL y ANÓNIMA. ¿Le gustaría participar?

MODULO I. DATOS GENERALES DEL RESPONSABLE

1) ¿Qué función desempeña en la unidad?

- 1) Médico residente-pasante: _____
 2) Ginecólogo _____
 3) Encargado del Programa de Salud Reproductiva / Planificación Familiar _____ (pase a la siguiente preg.)
 4) Director o encargado de la unidad: _____ (pase a la siguiente preg.)
 5) Otro, ¿Cuál? _____

2) ¿Tiene una especialidad?

- 1) Sí ¿Cuál? _____ 2) No _____

3) ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en esta unidad?

- 1) Años _____ 2) Meses _____

MODULO II. ACCESO

4) Desde su perspectiva ¿Cómo califica los siguientes problemas de atención de las mujeres en esta unidad de salud?

	0) Esto NO es frecuente	1) ES frecuente	2) Esto es MUY frecuente	99) No sabe
1) En la unidad hay carencia de especialistas Hay comunidades lejanas y les es difícil conseguir medios de transporte				
2) Hay comunidades lejanas y les resulta caro trasladarse				
3) Tienen que atravesar una barrera geográfica (mar, autopista, etc.)				
4) No tienen con quien dejar a sus hijos				
5) Sus maridos no les autorizan que vengán				
6) Prefieren atenderse con parteras				
Prefieren atenderse con parteras y por eso llegan con complicaciones				
7) No saben reconocer signos de alarma				
8) No hablan español				
9) No creen en los médicos				

Este Programa es público y queda prohibido su uso con fines partidistas o de promoción personal

	0) Esto NO es frecuente	1) ES frecuente	2) Esto es MUY frecuente	99) No sabe
10) Las mujeres llegan después del primer trimestre o con un embarazo muy avanzado				
11) Las mujeres llegan con síntomas de alarma en estado muy avanzado				
12) ¿Quiere mencionar otros?, ¿cuáles?				
1				
2				
3				

MODULO III. CALIDAD

5) ¿La unidad de salud está acreditada?

1) Sí _____ 2) No _____

6) Desde su perspectiva ¿Cuáles son los principales problemas que usted detecta en su unidad de salud para la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio? **LEER LAS FRASES AL ENTREVISTADO**

	1) Sí	0) No
1) ¿La unidad cuenta con los recursos humanos necesarios?		
2) ¿La unidad cuenta con los recursos humanos suficientes?		
3) ¿En la unidad hay personal que atienda una urgencia obstétrica durante las 24 hrs. del día?		
4) ¿La unidad tiene los insumos necesarios para atender una urgencia obstétrica?		
5) ¿La unidad cuenta con equipo necesario para atender una urgencia obstétrica?		
6) ¿La unidad cuenta con medicamentos necesarios para atender una urgencia obstétrica?		
7) ¿El personal de la unidad cuenta con la capacitación adecuada para atender una emergencia obstétrica?		
8) ¿El personal de la unidad está sensibilizado sobre la importancia de atender de manera oportuna y con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio?		
9) ¿Existen diferencias de criterios entre doctores (dentro de la unidad y entre distintas unidades) que llevan a una posible complicación obstétrica?		
10) ¿El personal de la unidad está lo suficientemente bien pagado por el trabajo que realiza?		

MÓDULO IV. REDES SOCIALES Y RECURSOS DE LA COMUNIDAD

7) Desde su perspectiva, ¿quien acompaña a las mujeres cuando tienen que venir a sus consultas o cuando tienen a sus bebés?

1) El marido/pareja _____ 4) Su papá _____ 7) Otro ¿Quién? _____
 2) Su mamá _____ 5) Toda su familia _____
 3) Sus hermana/os _____ 6) Nadie _____

8) ¿Sabe usted si en la comunidad donde se encuentra su unidad, existen otros recursos comunitarios que ayudan a las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, así como a trasladarse en un caso de urgencia? (considere parteras, casas de hospedaje, transportes municipales y otros)

1) Sí: _____ (pase a la sig. pregunta) 2) No _____ (termine) 3) No sabe _____ (termine)

9) ¿Me puede mencionar tres?

1) _____
 2) _____
 3) _____



En caso de existir parteras en las comunidades de referencia de la unidad:

10) A continuación le voy a leer algunas frases acerca del trabajo de las parteras. Dígame, de acuerdo a la siguiente tarjeta, que tan de acuerdo o desacuerdo está con ellas. *MOSTRAR TARJETA Y LEER LAS FRASES AL ENTREVISTADO.*

	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)En desacuerdo	4)Totalmente en desacuerdo
1)Nos ayudan en el control del embarazo y en partos que no tienen complicaciones				
2)Nos ayudan con mujeres que viven en zonas alejadas				
3)Es peligroso porque no saben detectar signos de alarma				
4)Nos ayudan porque nos refieren a mujeres con signos de alarma				
5)Nos ayudan, pero sólo si están capacitadas				
6)Nos ayudan porque trabajan en vinculación con nosotros				

MUCHAS GRACIAS, SU INFORMACIÓN SERÁ DE MUCHA AYUDA PARA MEJORAR ESTOS SERVICIOS

DESPEDIRSE

FIRMA DEL ENCUESTADOR _____