

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD A EMBARAZADAS
EN EL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA CHIMALTENANGO**

JOSUÉ HOMERO RAMÍREZ ROJAS

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Salud Pública
Para obtener el grado de
Maestro en Salud Pública

Enero 2018

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Josué Homero Ramírez Rojas

Registro Académico No.: 100021987

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en **Salud Pública**, el trabajo de TESIS **BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD A EMBARAZADAS EN EL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA CHIMALTENANGO**

Que fue asesorado: Dra. Silvia del Rosario González Paredes MSc.

Y revisado por: Dra. Cizel Ixbalanqué Zea Iriarte MA.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **enero 2018**

Guatemala, 24 de noviembre de 2017



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
DIRECTOR DE Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Director Consultor Col No. 345 - Humanidades
Docencia - Letras - Lingüística del Castellano.

Guatemala, 13 de octubre de 2,017.

Universidad de San Carlos de Guatemala,
Facultad de Ciencias Médicas,
Escuela de Estudios de Postgrado.

A quien interese.

Tengo el honor de saludarlo-a y, al mismo tiempo, informarle que en mi calidad de especialista en Letras y formalidades lingüísticas, he revisado: sintaxis, morfología, semántica, ortografía, metalingüística y otros aspectos. Respeté las correcciones de los señores asesores, en cuanto a lo técnico de la especialidad, con el fin de asegurar el contexto del proyecto de graduación de:


JOSUÉ HOMERO RAMÍREZ ROJAS

El cual lleva el título de:

**BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE
SALUD A EMBARAZADAS, EN EL MUNICIPIO DE
SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO**

El candidato debe presentar el trabajo corregido acompañado del original.

Atentamente,


Lic. MA Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
DIRECTOR

MA. Cayetano Ramiro de León Rodas
Colegiado no. 345
Letras - Lingüística



Guatemala, 19 de septiembre 2017

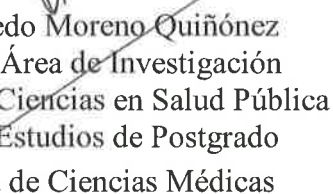
Doctor
Luis Alfredo Ruiz Cruz
Coordinador General
Programas de Maestrías y Especialidades
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Presente

Estimado Doctor Ruiz:

Para su conocimiento y efectos le informo que luego de revisar el informe final de tesis presentando por el estudiante, **Josué Homero Ramírez Rojas**, titulado *“Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas, en el Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el año 2011”*, El mismo cumple con los requisitos establecidos por el Programa de Maestría en Ciencias en Salud Pública.

Agradeciendo la atención a la presente de usted. Cordialmente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Dr. Alfredo Moreno Quiñónez
Profesor Área de Investigación
Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

C.c. Archivo

Ciudad de Guatemala, 17 de septiembre 2017

Doctor

Alfredo Moreno Quiñónez

Coordinador Específico

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Presente.

Respetable Doctor Moreno:

Por este medio informo que he asesorado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **Josué Homero Ramírez Rojas, carné 100021987**, de la carrera de Maestría en Ciencias en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas y Servicios de Salud, el cual se titula **"Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas, en el Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el año 2011"**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. Ramírez Rojas, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,



Dra. Silvia del Rosario González Paredes
ASESORA

Ciudad de Guatemala, 04 de agosto de 2017

Doctor

Alfredo Moreno Quiñónez

Coordinador Específico

Maestría en Ciencias en Salud Pública

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala


Presente

Respetable Doctor Moreno:

Por este medio informo que he revisado a fondo el informe final de graduación que presenta el Doctor **JOSUÉ HOMERO RAMÍREZ ROJAS, carné 100021987**, de la carrera de Maestría en Ciencias en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de Sistemas Servicios de Salud, el cual se titula **“BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD A EMBARAZADAS”**.

Luego de la revisión, hago constar que el Dr. **Ramírez Rojas**, ha incluido las sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo que está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Atentamente,


Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte
CIRUJANA
Colegiada No. 6514

Dra. Cízel Ixbalanqué Zea Iriarte, MA.
REVISORA DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por guiar cada paso y permitirme la vida para continuar cada día.

A MI FAMILIA

Por su apoyo incondicional, por ser la base de mi desarrollo como persona y ser la inspiración para seguir adelante.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Por permitirme crecer profesionalmente y darme herramientas para contribuir al desarrollo del pueblo de Guatemala.

DOCENTES DE LA MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA

Por facilitar los procesos y compartir sus conocimientos en especial al Dr. Alfredo Moreno y Dra. Cizel Zea, quienes me acompañaron y motivaron hasta finalizar este peldaño académico.

OPS/OMS REPRESENTACIÓN EN GUATEMALA

Por haber facilitado mi crecimiento profesional, durante mi estancia laboral en el Área de Sistemas y Servicios de Salud.

MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA, CHIMALTENANGO

Por abrir sus puertas y hacer posible esta meta académica.

INDICE DE CONTENIDOS

TITULO	Página
ÍNDICE	01
RESUMEN	02
INTRODUCCIÓN	03
I. MARCO TEÓRICO	06
II. JUSTIFICACIÓN	28
III. OBJETIVOS	30
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	31
V. RESULTADOS	39
VI. DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
ANEXOS	77

RESUMEN

La falta de acceso a los servicios de salud, influye en la prevalencia e incidencia de la morbimortalidad, este puede estar determinado no solo por barreras socio demográficas o de servicios, sino, también, por situaciones de inequidad, desigualdad, lo cual rebasa los elementos propios del usuario y del prestador para facilitar el acceso a los servicios. (15, 36, 43)

El objetivo del estudio fue determinar las características socio demográficas y de los servicios de salud, los cuales constituyen barreras de acceso a los servicios de salud en las mujeres embarazadas, en el municipio de Santa Apolonia durante el 2011.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con 200 mujeres embarazadas, seleccionadas con muestreo probabilístico, estratificado en área urbana y rural, recopilando información, a través de entrevistas estructuradas.

Se determinó que las características socio demográficas, de la mayoría de las mujeres entrevistadas (96%), es indígenas, concentradas en el área rural (71%), de las cuales el 23% es analfabeta y la mayoría (58%) no completó la primaria, el 83% está casada, son amas de casa (96 %), con ingresos familiares menores a 1,500 (93%).

Se estableció, sobre las características de los servicios de salud, que en la mayoría de las mujeres (74%), un alto porcentaje (76%) de los partos son atendidos en el domicilio por comadronas, asimismo, las unidades de atención a las que más acuden las mujeres carecen de servicios diagnósticos y medicamentos, 55% de los servicios no cuentan con personal calificado, un número significativo (76%) no prestaban servicios todos los días, un número representativo de mujeres (71%) calificaron la atención como buena.

Se determinó que tanto las características socio demográficas de las mujeres embarazadas y de los servicios de salud en su conjunto, pueden constituirse como barreras de acceso a los servicios de salud, en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango.

INTRODUCCION

La falta de acceso a los servicios de salud conlleva a que grupos de población se enfermen y mueran prematuramente, por causas evitables, lo cual constituye un grave problema de salud pública, el cual afecta a la mayoría de países pobres del mundo, en zonas rurales, en poblaciones indígenas, en mujeres jóvenes, con bajo nivel de educación, los cuales expresan las grandes desigualdades existentes en América Latina y se traducen en inequidades en salud (1, 2, 22, 13)

La tasa de mortalidad materna en América Latina está entre las más altas del Mundo y se relaciona con el acceso limitado de las mujeres pobres a un parto seguro, a la atención prenatal, atención obstétrica de emergencia y a servicios de planificación familiar. (3, 4)

Tan sólo 48 de cada 100 mujeres pobres reciben atención durante su embarazo, comparado con 99 de cada 100 en el 20 por ciento de las mujeres más favorecidas y 77 de cada 100 mujeres en la población promedio. Apenas 50 de cada 100 mujeres pobres son atendidas por personal calificado, durante el parto, comparado con 92 de cada 100 en el 20 por ciento más prósperas y 67 de cada 100 mujeres en la población promedio.

El acceso a servicios de salud es clave para la atención a las demandas y la reducción de la mortalidad materna, sobre todo, el acceso a asistentes de parto calificados; sin embargo, en muchos países en desarrollo, muchas mujeres aún dan a luz sin este apoyo, por lo que el problema no se reducirá hasta que los gobiernos eliminen las barreras para el acceso a los servicios de salud y la calidad en los mismos (7, 8, 12, 14, 16)

El acceso a servicios de salud se define como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, esto es, de calidad y oportuna. Un acceso adecuado pretende que una necesidad de atención, sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, sea satisfactoria, de manera que el acceso no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino, también, la relevancia, oportunidad y adecuación de éstos a las necesidades de atención de la población. (9, 15, 20, 23, 26)

Los factores propios de la oferta de los servicios de salud, y los factores socio demográficos que impiden o dificultan que las mujeres accedan a los servicios, para la atención del embarazo, el parto y el puerperio, de manera oportuna, se denominan barreras de acceso a los servicios.

En Guatemala, durante el año 2000, de los 679 casos de Muertes Maternas el 58% correspondió a muertes maternas que no tuvieron acceso a la atención hospitalaria. (4) Por otra parte, en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil del 2008-2009,

se reportó que, aproximadamente, el 58% de los partos, en el período 2003-2008, fueron atendidos sin el acceso a personal capacitado (5)

De acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna del 2007, la razón de muerte materna, en Guatemala, se registró con un promedio nacional de 139.7, siete fueron los departamentos que superaron este valor, dentro de estos, Chimaltenango, con una razón de muerte materna de 157.5 (78)

Santa Apolonia ha sido uno de los municipios de Chimaltenango que ha reportado casos de muerte materna, con aproximadamente, de 163 X 100,000 nacidos vivos, durante los años 2010 y 2011. El registro de la memoria de labores de la dirección de Área de Salud, reporta que los partos que se atendieron en esos años el 90% se realizó por comadronas, evidenciando un gran problema de acceso a los servicios de salud (6)

Según estudios realizados por Cáceres, Zambrano, Rubio, acerca de mortalidad materna en Colombia, durante el año 2008; evidenciaron barreras de acceso en los servicios de salud, en aproximadamente 57% de la población que tuvo una necesidad de atención, y no accedió a los servicios. Se observó, además, que el acceso estuvo condicionado por la pobreza e inequidad. (10, 24, 27)

Según la V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, 2008 – 2009, en Guatemala, los embarazos de las mujeres con educación superior, la mitad de ellos se atienden en centros privados, mientras que las mujeres que no tienen ningún nivel educación y que son indígenas, resuelven 7 de cada 10 partos en sus casas o en la casa de la comadrona (5)

En el año 2006, se realizó un estudio en Rabinal Baja Verapaz, Guatemala, el cual indica que aunque casi todas las comunidades tienen un puesto de salud, no suelen estar equipados, no cuentan con medicamentos ni con personal para ofrecer servicios a la comunidad. Un médico pasa consulta una vez al mes, se identificó al igual que en otros estudios, el idioma como uno de los obstáculos, no entienden las explicaciones del médico, los profesionales de la salud criticaron las condiciones de trabajo y la falta de recursos. (11, 21, 28)

Para fines del presente estudio, se elaboró una guía de entrevista, con 26 preguntas dividida en dos secciones, en la primera sección se incluyeron 12 preguntas de las barreras de acceso relacionadas a los factores socio demográficos de la condición de las mujeres, en la segunda sección se incluyeron 14 preguntas en las cuales se identificaron barreras de acceso, relacionadas con los factores de los servicios de salud, de acuerdo con la propuesta para el análisis de acceso a los servicios de salud, presentada por Aday y Andersen.

Se determinó, principalmente, que la mayoría de las entrevistadas (96%) es indígena, concentradas en el área rural (71%), de las cuales el 23% es analfabeta y la mayoría (58%) no completó la primaria, la mayoría (83%) está casada, son amas

de casa (96 %) con ingresos familiares menores a 1,500 quetzales (93%), al momento del parto, principalmente, (49%) la decisión de la atención la tomó el esposo.

En las características de los servicios de salud, se estableció que la mayoría (98%) de las entrevistadas visitaron, en algún momento, el servicio de salud más cercano, para control durante el embarazo o puerperio, pero para la atención del parto ocurrió con mayor frecuencia (74%) en la comunidad, principalmente por atención de la comadrona, recibieron, además, atención domiciliar del embarazo (86%) y del puerperio (94%). En lo relacionado a los servicios de salud, se identificó que en la búsqueda de atención, la minoría (22%) de las usuarias incurrió en gastos, principalmente, de transporte y medicamentos, a pesar de no encontrar servicios complementarios, como: ultrasonido (95%), exámenes de laboratorio(55%), medicamentos(70), la presencia de personal calificado(55%), o que no estuviera abierto todos los días (76%), manifestaron atención en su idioma(78%) de forma amable(81%) y calificaron la atención como buena (71%).

Realizado el análisis con una visión integradora de las variables para el acceso a los servicios de salud, de acuerdo con la propuesta de Aday y Andersen y la evidencia científica actual, se determinó que tanto las características socio demográficas de las mujeres y características de los servicios de salud de Santa Apolonia, Chimaltenango, pueden constituirse como barreras de acceso a los servicios de salud en las mujeres embarazadas durante el 2011 en ese municipio.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

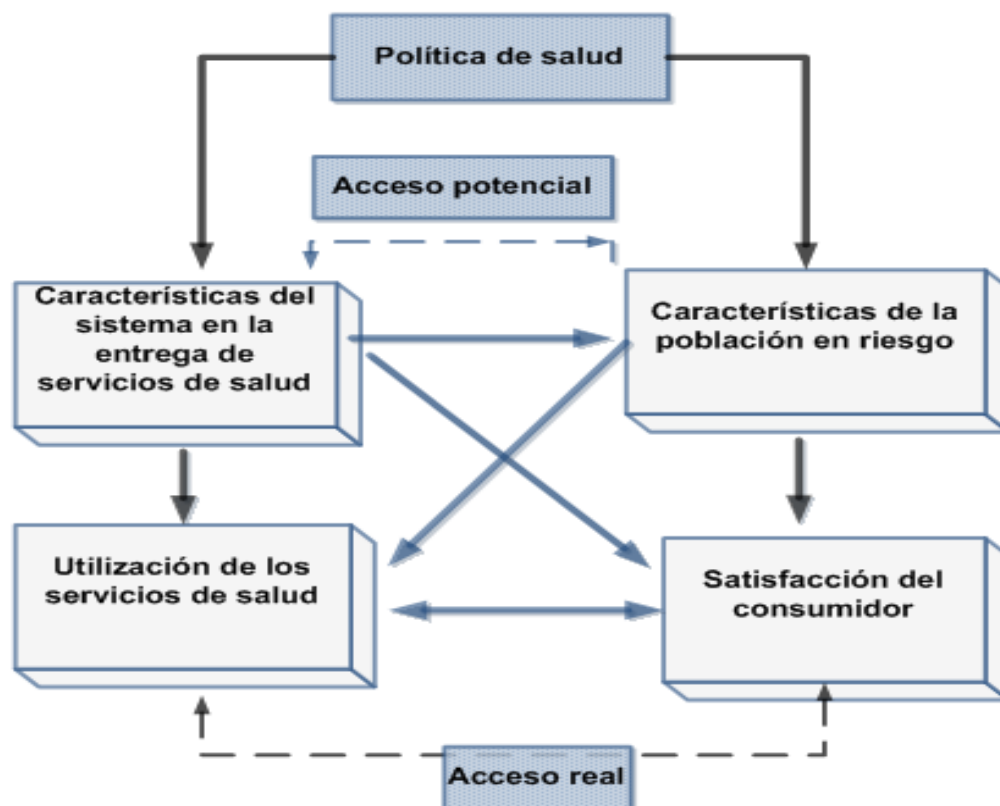
El estudio se fundamentó en un Modelo Social, cuyo referente teórico es Aday y Andersen (1974), quienes han considerado en el acceso la atención médica, tres dimensiones básicas, para entender la relación entre los usuarios de los servicios y el sistema de salud, desde los determinantes de la salud: estas son la dimensión política, la dimensión del acceso potencial y la tercera dimensión en donde se abordan los aspectos del acceso real, las dos últimas serán las que se tendrán en cuenta para la discusión de los resultados en el presente estudio. Esta propuesta aún sigue vigente y ha sido considerada en los estudios más recientes, para evaluar el acceso a los servicios de salud en Latinoamérica, los que han sido citados con mayor detalle en el marco referencial. A continuación, se ilustra la propuesta de Aday y Andersen en la siguiente figura. (15, 30, 34, 37, 45, 64, 65)

La primera dimensión hace referencia al contexto político, es un objetivo importante que se considera parte de las políticas sanitarias y es el componente, dentro del acceso que debe ser resuelto por el Estado, el cual dirige, organiza y plantea una serie de acciones y políticas públicas para mejorar el acceso a los servicios de salud desde sus determinantes, el cual incluye la organización del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de criterios de elegibilidad (15, 30)

En la segunda dimensión de Aday y Andersen, se hace referencia al acceso potencial, en ésta se aborda la interacción entre las características del sistema de salud, la cual tiene en cuenta la disponibilidad de recursos y la forma en que se organiza la oferta de servicios y, por otro lado, las características del individuo, en las que intervienen factores como predisposición, necesidad, habilidad de los agentes, demanda de servicios. En este sentido, variables como los recursos disponibles de las personas, el seguro de salud, características socio demográficas de la población, el estado de salud, el grado de urbanización, la localización y el portafolio de servicios con que cuenta el proveedor, entre otras, son variables importantes dentro del acceso potencial. (15, 30, 64)

Por último, la dimensión del acceso real, hace referencia a la utilización efectiva de los servicios de salud desde el punto de vista institucional y de las experiencias de los usuarios, frente a esa utilización. En esta dimensión Aday y Andersen definieron determinantes objetivos y subjetivos. Entre los determinantes objetivos se mencionan el tipo, sitio y propósito de la utilización de los servicios; en los determinantes subjetivos de la utilización de servicios, se toma en cuenta la satisfacción y percepción que tiene el usuario respecto del desempeño del sistema. (15, 30, 64, 65)

Figura 1
Modelo Social
para el estudio del acceso a la atención médica



Fuente: Aday Y Andersen (1974)

I

Respecto a los determinantes objetivos, el tipo de servicio incluye características de la institución prestadora y de los servicios que ésta entrega a la población; el propósito se refiere al nivel de complejidad de la atención y a las acciones desarrolladas como las preventivas, curativas, de seguimiento; mientras la unidad de análisis hace alusión al servicio utilizado y la frecuencia de dicha utilización. (15, 30)

En relación con los determinantes subjetivos, se deben tener en cuenta aspectos como la experiencia personal en el uso de los servicios, la satisfacción con la calidad de la atención recibida, la adherencia de las personas al tratamiento y las conductas frente a la salud actividad física, práctica de acciones preventivas, estilos de vida saludable, entre otros. (15, 30)

El modelo propuesto por Lu Aday y Andersen, es de mucha utilidad para el análisis en el presente trabajo de investigación, estudios como el de Mejía A y colaboradores, acerca de equidad en el acceso en Colombia en el 2007; así como el de Tames-González sobre adaptación del modelo de Andersen, para evaluar el acceso a la atención, realizado en México en el 2006, han demostrado que el planteamiento de Aday y Andersen es eficiente para evaluar el acceso a la atención desde una óptica integradora de los múltiples factores que lo podrían determinar. (15, 44)

MARCO CONCEPTUAL

Acceso a servicios de salud

Se define como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, esto es, de calidad y oportuna, pretende que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente, de manera que no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino también el uso efectivo y la adecuación de éstos a las necesidades de atención de la población. (9, 15, 20, 23, 26)

Barreras Acceso

Se refiere a la presencia de barreras, políticas, socio demográficas y de los servicios de salud, los cuales pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. (15, 30, 39)

Mortalidad materna

La defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación de su embarazo, independientemente de su duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales (2, 12, 16)

Servicios de salud

Constituyen el subsistema social especializado de atención a la salud pública que en su forma más desarrollada conjuga las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud; tienen en cuenta para su organización y gestión los recursos humanos y materiales del sector de salud y su administración en función de la salud de la población. (38)

Salud pública

Esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo, de esta forma, la salud pública entendida como la salud de la población, constituye el referente fundamental de todos los esfuerzos para mejorar la salud, de la que constituye su manifestación

más completa y abarca, por lo tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud. (38)

Sistema de salud

La forma y los métodos que sirven de base para la organización de la atención de la salud de la población. (38)

Barreras geográficas

Se refieren a las dificultades para desplazarse a los servicios de salud. (67)

Barreras organizacionales

Se definen como las normas y valores que tienen que ver con la rectoría, el financiamiento y el aseguramiento de los SS que condicionan negativamente la red de provisión. (67)

Barreras económicas

Se refieren al déficit de la capacidad adquisitiva de las personas respecto de las tarifas, precios de servicios y medicamentos. (67)

Barreras culturales

Se dan cuando el vínculo entre la persona y los servicios de salud se ve obstaculizada por sus creencias culturales. (67)

Barreras simbólicas

Se dan cuando los hábitos, prácticas, aceptabilidad, actitudes y creencias dificultan el acceso a un servicio. (67)

Calidad de atención

La capacidad de los servicios de salud de dar respuestas aptas, adecuadas y que se correspondan con las necesidades y demandas de salud. (43)

Demanda de servicios de salud

Comprende las necesidades de los servicios de salud ante una necesidad sentida (41)

La accesibilidad

La facilidad con que las personas pueden acceder a los servicios, en este aspecto es importante el tiempo de viaje, el cual depende de la distancia del sistema de transporte, de la infraestructura viaria y de factores geográficos. (73)

Primera demora

Se produce por el desconocimiento que tienen las mujeres, las familias y la comunidad de los signos y señales de peligro que amenazan la vida de las mujeres durante el embarazo, parto, post-parto y del recién nacido. (78)

Segunda demora

Se produce cuando, aunque la mujer reconozca los signos de peligro, la inequidad de género no le permite asumir su derecho y tomar decisión por sí misma; sino que ésta debe ser decidida por su pareja o familiar cercano o la comadrona. (78)

Tercera demora

Se refiere a los limitantes que existen por falta de acceso a las vías de comunicación y medios de transporte para acceder a los servicios de salud (78)

Cuarta demora

Se refiere a la producida por una atención institucional deficiente e inoportuna por varias causas, entre las que se pueden destacar la falta de competencia de proveedores de servicios de salud, falta de insumos, medicamentos y equipo adecuado (78)

Género

El género debe entenderse como una construcción social, no natural, que permea todos los rincones del tejido de una sociedad y se refiere al conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas, las cuales asumen como propio, basándose en sus características biológicas y en su sexo. (82)

Discriminación por género

Actos u omisiones que tienden a la segregación, exclusión, restricción o menoscabo, por razones o con pretexto sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género Y se considera estigmatización al proceso social o experiencia personal, donde la desvalorización, el rechazo, la acusación y la exclusión producen un juicio social adverso de una persona o un grupo de ellas (67)

Dimensión política del acceso

Acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios. (15, 30)

Acceso potencial

Interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios que se presentan en la entrada, después del contacto inicial y a la salida del sistema. Respecto de la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes. (15, 30)

Acceso real

Se refiere al uso efectivo de los servicios de salud y para esto relaciona cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios y la satisfacción del usuario ante la atención recibida. (15, 30)

Equidad en salud

Es aquella que se entiende como la eliminación de las diferencias injustas en salud (84)

Inequidad en salud

Se entiende como la presencia de desigualdades en salud, enfermedad y muerte, derivada de una desventaja sistemática de un grupo social respecto de otros como resultado de su posición social. (85)

Etnicidad

Es la pertenencia a un grupo étnico, entendido como un colectivo que ha mantenido y actualizado su identidad, refiere un origen y unas características que pueden estar o no presentes, como el idioma, gobierno propio, rasgos físicos y niveles comunes de acceso a servicios

MARCO REFERENCIAL**Consideraciones generales de acceso a los servicios de salud**

La poca accesibilidad a los servicios de salud es un problema que influye, tanto en la incidencia como en la prevalencia de distintos problemas de salud, tanto en la morbilidad como en la mortalidad, el acceso a los servicios de salud puede estar determinado por barreras socio demográficas de los servicios de salud, además, por situaciones de inequidad, desigualdad, lo que supera la capacidad del usuario y del prestador para facilitar el acceso a los servicios, y la satisfacción de las necesidades. (15, 36, 43,53, 74)

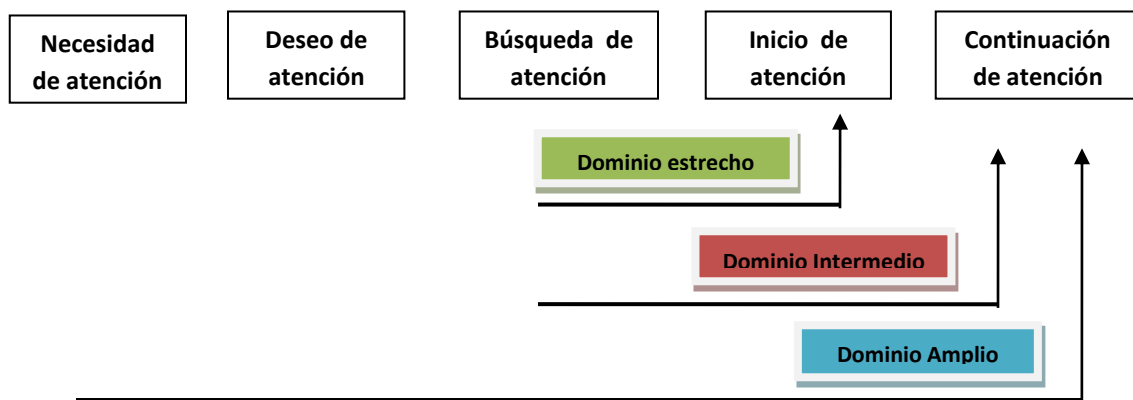
Han surgido diversos conceptos y criterios acerca del acceso de los servicios propuesto por distintos autores: Sandra Rodríguez Acosta, en el estudio sobre barreras y determinantes, realizado en Colombia, en el año 2010, se plantearon algunas ideas de Donabedian, Freeborn, Greelick y Frenk. (83) El argumento de Donabedian (1972) se refirió a que el acceso es medido por el grado en que las personas utilizan los servicios ante una necesidad, no simplemente la presencia de una instalación. (33, 83)

Por su parte, Freeborn y Greelick (1973) plantearon que la accesibilidad implica que las personas bajo algún tipo de riesgo, usen los servicios a tasas proporcionales y acordes para las necesidades de atención. También, Frenk (1985) propone que “se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención, acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios” como vemos en este

último retoma conceptos integradores como lo plantea Aday y Andersen en su propuesta teórica en 1974. (9, 83)

Se planteó, también, por Frenk, que para el estudio de la accesibilidad, se podían considerar diferentes dominios y propuso visualizar diferentes dominios, desde un dominio estrecho, uno intermedio y, finalmente, el dominio amplio; en el caso del primero, solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella el acceso o la demanda efectiva, en el intermedio además del anterior, también, considera la continuación en la atención y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de recibir atención. (9,31, 83)

Figura No. 2 Dominios del acceso a los servicios de salud, tomado de la propuesta de Frenk.



Fuente: Frenk 1985

De acuerdo con el planteamiento de Frenk, se visualizó que el acceso a los servicios de salud, inicia desde la necesidad de atención hacia su completa satisfacción, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento. En tal proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud, su satisfacción final y el proceso continuo de la atención recibida. (83)

Precisamente, a este proceso que principia con la percepción de necesidad de salud y que impulsa la búsqueda y continuidad para satisfacerla, es a lo que Frenk denominó acceso. (37)

Myriam Ruiz en la revisión de 34 artículos de la revista PubMed, acerca de la utilización de los servicios de salud, de 1996-2006, evidenció que los estudios tienden a invisibilizar que la utilización de los servicios, se da en torno a una práctica social integradora, lo cual se desarrolla en un contexto cultural, en una sociedad y en

una época determinada. Por lo que la necesidad que en los estudios de acceso deben converger aspectos objetivos y subjetivos, los cuales fueron descritos de la siguiente manera. Los aspectos objetivos, como las características demográficas y económicas del paciente, el tipo de enfermedad, los recursos, y dentro de los aspectos subjetivos, describió el padecimiento, la cultura del paciente, las relaciones entre actores, la información, la confianza, las normas, los valores y las formas de organización de los sistemas de salud. (31)

Por lo anterior, debe analizarse el acceso a los servicios de salud desde una perspectiva amplia, reconocer que en el proceso de atención convergen no sólo la necesidad de atención, sino las experiencias pre-existentes de la población, sus creencias, auto percepción y aspectos culturales; al no ser considerados estos elementos, el acceso puede verse afectado por el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población, en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios. (31, 37)

En esa línea el estudio de Adolfo Álvarez y colaboradores, respecto la regionalización de los servicios de salud como una estrategia sanitaria, realizado en la Habana, Cuba, durante el 2008, recomiendan que “el análisis del acceso a los servicios incluya una descripción de la capacidad real de acceso geográfico, funcional, cultural, legal y económico, la cual tiene la población a la oferta de los servicios de salud, en un territorio determinado, en función de sus demandas/necesidades”. (38)

Dentro del ámbito de la accesibilidad geográfica, Adolfo Álvarez y colaboradores propusieron indicadores como distancias, barreras físicas y/o geográficas que obstaculice la utilización del servicio, asimismo, se verifique si realmente existen los servicios de salud, si están de manera oportuna, en horarios adecuados a las necesidades de la población y apropiados para satisfacer el volumen de la demanda y necesidades de la población. La accesibilidad cultural en términos de posibles conflictos entre las normas técnicas y administrativas de los servicios, así como, los hábitos y costumbres de las comunidades donde ellos se sitúan. Finalmente, hace referencia a documentar todo el cuerpo legal y la económica en términos de ausencia de barreras financieras por parte de la población. (38)

Similar a la visión anterior Gustavo Nigenda y colaboradores, en el estudio acerca de barreras de acceso al diagnóstico de cáncer de mama realizado en México, en el 2009, describen que el escaso uso de los servicios no es más que la evidencia de barreras como las geográficas, culturales, económicas, funcionales, de información, legales y de género. (54)

Por su parte, Hilda Padrón, en el estudio acerca de los determinantes sociales, las desigualdades en salud y políticas, realizado en México, en el 2010, indica, nuevamente, la importancia de una visión integradora para estudiar las barreras de acceso, ya que, describe, luego de una amplia revisión bibliográfica, que múltiples investigaciones han demostrado que los determinantes de la salud están

relacionados con el ingreso económico, la educación, los derechos humanos, la situación ambiental, el acceso a servicios básicos; pero, aunque el nivel de ingreso sea adecuado, se posean suficientes conocimientos y se viva en un ambiente saludable, el efecto de las brechas de acceso, determina, de manera importante, a la salud si no se dispone de servicios médicos o estos son deficientes cuando aparezcan las enfermedades.(36, 42)

La propuesta presentada por Aday y Andersen, en el año 1974, en Estados Unidos de Norte América, en lo cual plantearon tres dimensiones para comprender y analizar, de manera integral, el acceso a los servicios de salud, proponen que diversos factores socio demográficos pueden influir en que una persona, ante una necesidad, acceda o no a servicios de salud de manera inicial. Por otra parte, el acceso estará determinado por la disponibilidad de los servicios, por la forma en que se organizan y se prestan; así también, la utilización, y el nivel de satisfacción del usuario a la atención recibida, influirá sobre el acceso continuo a la atención y el retorno a los servicios (30)

Tanto el usuario como el prestador pueden tener, además de condiciones propias, concepciones propias respecto del acceso a los servicios de salud, las cuales no precisamente deben coincidir. Estas condiciones percepciones o procesos, estarán determinados por políticas globales propias de un Estado quien las impulsa, a través de sus políticas, es por eso que Lu Aday y Andersen, plantearon que el análisis de acceso no puede hacerse desde la óptica del usuario solamente, ni del prestador, es importante integrar las dimensiones del acceso de acuerdo a la propuesta teórica planteada. (30, 54)

Para el análisis de acceso en el sistema de salud público de Guatemala, las dimensiones propuestas por Aday y Andersen, podrían aportar información valiosa para el desarrollo de estrategias y de políticas públicas que sean pertinentes para cada una de las características identificadas como barreras al acceso en cada una de las dimensiones descritas. por ejemplo: podría evaluarse el componente político del que se hace referencia en la primera dimensión, a través del ejercicio de la rectoría delegada al Ministerio de Salud Pública Asistencia Social, de las políticas públicas, su ejecución, la organización del sistema de prestación, la planificación de los recursos, la coordinación sectorial e intersectorial(78, 80)

También, podrá evaluarse la primera dimensión a través del cumplimiento del marco legal y normativo, como lo es la Constitución Política de la República de Guatemala, los Acuerdos de Paz en 1996, entre otros acuerdos y compromisos, tanto nacionales como internacionales. La dimensión del acceso potencial y la dimensión del acceso real de la propuesta de Aday y Andersen, son factibles de evaluar con la oferta del Ministerio de salud, los costos que implica la atención, la satisfacción del usuario (78, 80)

Por lo anterior, se planteó profundizar el análisis del presente estudio, en los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen,

con mayor énfasis en la segunda dimensión, en donde los autores describieron el acceso potencial, con aspectos relacionados con las características de la entrega de los servicios de salud y las características de la población en riesgo. (15, 30, 64)

Barreras de acceso socio demográficas

Diferentes estudios hacen referencia a las características socio demográficas, a creencias, actitudes, conocimiento del funcionamiento de los servicios, como los aspectos determinantes del acceso, por ejemplo, en el estudio realizado por Lorenzo Vargas y colaboradores, respecto de acceso a la atención en salud, durante el 2010, en Colombia, identificó que los factores predisponentes que se incorporaron con mayor frecuencia, en los estudios de determinantes analizados, fueron los socio demográficos. La mayoría muestra que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad, si son niños o adultos y a del sexo femenino. (64)

Así, también Myriam Ruiz, en la revisión acerca de la utilización de servicios de salud, 1996-2006, realizada en el 2008, hace referencia a los estudios revisados, en donde se propusieron identificar cuáles eran los factores más importantes y consistentes que afectaban la utilización de servicios de salud, cuál era ese efecto que tienen y cuáles pueden ser considerados barreras o, por el contrario, facilitadores del acceso. En este estudio encontraron que entre los factores demográficos estaba la edad, entre los factores socioeconómicos, los más pobres, pero dentro de los que se asociaron con el menor acceso, están los que tienen menor educación, indicaron, además, que el mayor uso está determinado por una mayor necesidad de atención en salud, lo cual no implica mayor accesibilidad. (31, 32)

Es evidente que los factores socio demográficos son claves en el acceso a los servicios de salud, a continuación se desglosarán algunos componentes, demográficos y socioeconómicos.

Educación

De acuerdo con la revisión de los estudios realizada por Hilda Padrón, identificó que el nivel educativo tiene repercusiones directas e indirectas en el estado de salud de las personas, mientras más elevado sea el nivel educativo este contribuirá como un elemento de refuerzo y protección. Una buena educación contribuye a la elección de estilos de vida y conductas en favor de la salud y, por otra parte, los beneficios de la educación, permiten que se pueda acceder a mejores empleos y oportunidades, las cuales favorecerán como un elemento protector para las personas, ante los riesgos de enfermedades. En su análisis indica que “la educación es un factor, relativamente, fácil de medir, a través de indicadores, como, el número de años completos de estudio, el nivel máximo de estudio alcanzado o los títulos obtenidos”. (36)

La revisión de Raúl Mendoza y Jorge Béria, respecto de la utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática acerca de los factores relacionados, la cual realizaron en el 2001, en Rio de Janeiro, Brasil; en varios artículos que consultaron, se describió la asociación positiva entre años de estudio y utilización de servicios, afirman que cuanto mayor la educación, mayor el número de consultas realizadas. Encontraron que las mujeres con mayor número de años de estudio, consultaron después del parto con mayor frecuencia que las mujeres con menor educación. Cuando se analizaron las visitas preventivas, la educación las favoreció y es consistentemente un efecto positivo respecto de la utilización de los servicios de salud. (32)

El estudio de Silvia Tamez y Colaboradores acerca de adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal, en el 2006, describió que la escolaridad constituye un factor de mayor peso en estratos bajos, para acceder a los servicios de salud y esto concuerda con otras investigaciones, como la realizada por Miguel González acerca de factores asociados a la demanda de los servicios para la atención del parto en México, en el 2010, donde señaló que las mujeres con baja escolaridad, hacen menor uso de servicios calificados y prefieren resolver el parto en su vivienda. (44, 55)

Es importante resaltar que la educación en estratos bajos tienen asociados otros elementos adversos para favorecer el acceso; mujeres dentro de un estrato medio o alto accederán con mayor posibilidad, porque el acceso esta mediado por otros factores protectores como los círculos sociales, accesibilidad económica. La educación no deja de ser importante, pero con menor relevancia en mujeres con mejores condiciones que en estratos bajos. Mayores niveles de escolaridad propiciarán mayor conocimiento de la disponibilidad de los servicios de salud, así como de los beneficios en el estado de salud, lo cual favorecerá el acceso o de no existir este buen nivel, la baja escolaridad será una barrera al acceso. (44, 65, 71)

El estudio de Elard Koch y colaboradores, acerca de desigualdad educacional y socioeconómica como determinante de la mortalidad en Chile, elaborado en el 2007, indicó que la baja educación propició no solo a un inadecuado acceso a los servicios sanitarios, sino, también, a estilos de vida poco saludables, a condiciones laborales desfavorables y dificultades culturales para la penetración de estrategias de promoción y prevención en salud; hace alusión también a que las desigualdades en el acceso a los servicios, son a consecuencia además de acceso a buena educación, a situaciones de riqueza, poder, entre otros.(53)

Edad

De acuerdo a la revisión de Raúl Mendoza y Jorge Béria, respecto de la utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática respecto de los factores relacionados realizada el 2001 en Rio de Janeiro, Brasil; plantearon que los grupos de edades extremas, como lo son los niños y ancianos, utilizaron más los servicios de salud que los otros grupos de edad, y esto ocurrió independientemente del país en cuestión, de

acuerdo con las revisiones realizadas de los estudios de diferentes países como Brasil, Curazao, España, Italia, Irlanda, Estados Unidos. Esto lo asocian con los riesgos en esos grupos etarios y la mayor necesidad de utilizar los servicios (32)

Myriam Ruiz, en la revisión acerca de la utilización de servicios de salud, 1996-2006, realizada en el 2008, hizo referencia a los estudios revisados, en donde se identificó la edad como un factor clave ya, que, describen a la población infantil y anciana, utilizan más los servicios. (31)

Amanda Llanos, en el estudio de factores relacionados con la utilización de los servicios de salud en Costa Rica, en el 2009, describió, en concordancia con los estudios que, anteriormente, se han descrito, que los grupos etarios extremos usaron más los servicios, lo que es congruente con el incremento en morbilidad y mortalidad de este grupo de población (65)

Estado civil

El estudio de Julio Mayca y colaboradores, acerca de percepciones del personal de salud y la comunidad respecto de la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas, de la región del Huáncabamba, realizado el 2009, en Perú, planteó que el bajo acceso en adolescentes se debió a que los servicios están orientados a mujeres casadas, unidas, con hijos para desarrollar programas de planificación familiar, lo que limita la asistencia a los servicios en esos grupos (52)

En concordancia con el estudio anterior, Miguel Ángel González y colaboradores, en el estudio de factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México, realizado el 2010, plantearon que las mujeres aseguradas jóvenes, solteras, de áreas rurales indígenas fueron las que menos probabilidades tuvieron de acceder a sus instituciones de afiliación, teniendo mayor riesgo de tener mortalidad materna. Por otra parte, las mujeres no afiliadas, con vida de pareja tuvieron en común, características de mejor acceso a los servicios de salud. (55)

Etnia

En el estudio realizado por John Ariza y Mario Hernández, acerca de equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, 200; recopiló que en la región de las Américas, diferencias socioeconómicas, menor acceso a servicios, menor ingreso, mayores niveles de morbilidad y mortalidad en los grupos étnicos respecto de la población general. Planteó que varios estudios de equidad en salud los cuales incorporaron esta variable, han demostrado que los grupos étnicos mantienen, de manera sistemática, diferencias en el acceso a los servicios de salud, aún después de controlar otras variables. (85)

En el estudio realizado por Hila Santos Padrón, respecto de los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación, realizado en México. Describió los planteamientos de diversos actores que

plantearon que esta variable es de utilidad para explicar las diferencias en la salud y expectativa de vida de las clases sociales en desventaja, principalmente de la población indígena en los países latinoamericanos, lo cual no se trata de pertenecer a determinado pueblo, sino de comprender las condiciones de inequidad en que viven, en otras palabras, el problema no es la herencia genética, sino la marginación o franca exclusión en la que viven los indígenas de estos países, pero en la que, también, viven grandes grupos de población no indígena, por lo tanto, la utilidad del análisis de este factor, sería para implementar políticas que favorezcan a las poblaciones marginadas de estos países. (36)

La encuesta mexicana en 1994, definió que los grupos étnicos o indígenas, dadas las condiciones socioeconómicas propias y sumado a la irregularidad de la atención de los servicios de salud, dificultan y constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud. (71)

De los estudios revisados, el que más caracteriza la condición étnica y el acceso a los servicios de salud es el realizado por John Ariza y Mario Hernández, descrito inicialmente. En este estudio, concluyeron que las inequidades derivadas de la pertenencia étnica, en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, se expresaron en desigualdades en el acceso y falta de adecuación y reconocimiento de las diferencias étnicas. (85)

Género

Esta es otra variable de mucha importancia en el acceso a los servicios de salud y es considerada en varios estudios, en el estudio de Elsa Gómez, acerca de género, equidad y acceso a los servicios de salud en 7 países de Latinoamérica, durante el 2007, menciona que “la consideración de los factores de género son, indiscutiblemente, relevantes en el análisis de la equidad en el acceso a los servicios de salud”. (60) Por su parte, Reina Fleitas, en su estudio referente a contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba, durante el 2002, plantea que el enfoque de género presupone, también, el reconocimiento de una realidad de desigualdad entre los géneros, determinada por múltiples factores, de la cual son responsables todos los subsistemas que forman la sociedad. (46)

Se describió, en algunos estudios, que se verán adelante, durante la etapa reproductiva la utilización de los servicios, es mayor en mujeres que en los hombres, esto obedece a la mayor necesidad de las primeras, derivadas por la reproducción y el cuidado de los hijos, (82) pero esto no implica que se acceda de manera real, satisfaciendo, así, las necesidades, tampoco es una constante, se deben considerar además, otras variables como se puede notar en el estudio de Elsa Gómez citado anteriormente, se evidenció que la mayor carga de responsabilidades familiares, el menor poder adquisitivo para comprar, directamente, servicios y las características del trabajo, son propias a las mujeres y las sitúan en desventaja para acceder a servicios de salud y a planes de aseguramiento, por lo que es de mucha importancia

considerar los factores sociales de género que crean inequidades en el acceso a los servicios. (60)

Patricia Nájera Aguilar y colaboradores en la elaboración de las bases conceptuales y metodológicas de la encuesta nacional de salud II en México, durante 1994, también describieron que por las diferencias de morbilidad y los episodios no mórbidos de salud en edad reproductiva, la mujer tiende a ser una mayor usuaria de los servicios de salud. (71)

Al controlar otras variables asociadas al acceso de los servicios como demográficas, socioeconómicas y de necesidad en salud, el sexo femenino se asoció, significativamente, con la mayor frecuencia en las consultas a los servicios de salud, de acuerdo con el estudio de Raúl Mendoza y Jorge Béria acerca de la utilización de los servicios de salud en el que realizaron una revisión sistemática sobre factores relacionados en diversos países, durante 1970-1999. También, se describió que el sexo femenino se asoció, positivamente, con la utilización de servicios de salud, principalmente en la edad fértil, lo que sugiere una mayor utilización por motivos obstétricos o ginecológicos. (32)

Retomando el estudio de Reina Fleitas, encontramos que la perspectiva de género en el área de salud, es un enfoque político y teórico, el cual trató de comprender la salud como un estado de bienestar total. Ella describió que las barreras de acceso son evidentes frente a las inequidades de género en la construcción social de la salud, basados en la discriminación en los servicios de salud que padecen las mujeres de muchas latitudes, pero fue más allá de esta variable, es importante incorporar, además de la condición sexual, también la racial, de clase, étnica y territorial. Esta visión integradora, es relevante para tener una mirada que articule determinantes sociales en las políticas de salud. (46)

En el estudio realizado por Ingrid Espejo y colaboradores, acerca de factores asociados al acceso a servicios de salud antes de la gestación, por parte de adolescentes gestantes en el 2006. Se identificó como barreras de género que el 68% de las usuarias no recibieron atención por parte de personal de sexo femenino y tuvieron que recibir la atención con mucha vergüenza por un ginecólogo en lugar de una ginecóloga. (59)

Para finalizar, esta variable se consultó el estudio realizado por Lisa Rendon y Colaboradores, en el cual describió que “en la mayor parte de los países con altas tasas de mortalidad materna, muchas mujeres tienen que amoldarse a los rígidos patrones de identidad sexual, los cuales les obligan a ser madres y amas de casa, atender a los demás y desempeñar múltiples labores, simultáneamente. Estos patrones reflejan y agravan la mala situación social de las mujeres, a lo que se añadió la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad, por causas relacionadas con el proceso reproductivo” (69)

Tamaño de la familia

Raúl Mendoza Sassi y Jorge Umberto Beria realizaron una revisión sistemática respecto de los factores relacionados, entre los años 1970 y 1999, describieron que algunos estudios apuntan a que las familias numerosas tienden a acceder más los servicios de salud, mientras que otros estudios indicaban que el tamaño de la familia o el número de hijos una familia grande si se ajustan algunas variables, experimentan una menor utilización. (32)

Conocimiento de los riesgos

Son pocos los estudios que abordaron esta variable, de acuerdo con la revisión de Ingrid Vargas y colaboradores, acerca de acceso a la atención en salud en Colombia, en el 2010, se evidenció que, de manera escasa, se analizó la influencia de factores como las creencias y actitudes, nivel de información de los individuos y del conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud. Esto es una limitante en la población y se constituye como una importante barrera en el acceso. (64)

Cabe citar, nuevamente, a Ingrid Espejo y colaboradores, ya que, el estudio que realizaron respecto de factores asociados al acceso a servicios de salud, antes de la gestación, por parte de adolescentes gestantes, en el 2006; ha sido uno de pocos estudios que consideran esta variable y el resultado evidenció que las adolescentes nunca consultaron un ginecólogo, porque carecían de información, principalmente. (59)

Se describen algunas explicaciones acerca de la falta de información, principalmente en jóvenes y adolescentes: Juan Morales y colaboradores, en el estudio características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008, explica que entre las razones de la escasez de información en salud sexual y reproductiva puede ser a causa de que en los colegios no se le da importancia a este tema y el sistema educativo no cuenta con personal preparado para abordar problemas de educación en salud, además, plantea que hay una escasa cooperación entre los profesionales de las instituciones educativas, de los establecimientos de salud y otros actores sociales (68)

Distancia-barreras geográficas-ruralidad

Raúl Mendoza Sassi y Jorge Umberto Beria para la realización del estudio acerca de utilización de los servicios de salud: realizaron una revisión sistemática sobre los factores relacionados, entre los años 1970 y 1999, describieron los resultados de un artículo relacionado con la ruralidad donde acotan: “el artículo de Haynes (1991), muestra que, en la región rural, el grupo sin automóvil tuvo una utilización menor, podría estar indicando la existencia de inaccesibilidad geográfica, al menos para este grupo en particular”. En este mismo estudio, se describió que algunas regiones como Bolivia y otros países o regiones con áreas montañosas o topografía difícil, pueden presentar dificultades en la accesibilidad física a los servicios de salud. (32)

Edith Pantelides, en su estudio referente al acceso de los adultos mayores, del área metropolitana de Buenos Aires, a los servicios de atención en salud expuso dentro de las razones para no haber realizado una consulta necesaria, problemas de distancia o falta de transporte.(40)

María Eugenia Garza y Col. En el estudio respecto de accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas realizado en Chile en el 2008, expuso, también, que la accesibilidad puede verse afectada por disponibilidad de recursos, por la distancia y el costo de traslado a los servicios, asimismo la accesibilidad geográfica depende de la organización territorial de los servicios, de características de la red de comunicaciones y de medios de transporte empleados por la población. En este estudio se recomienda utilizar 30 minutos para acceder independiente del medio de transporte. (37)

Un problema con el indicador de distancia al establecimiento más cercano es que puede dar una impresión equivocada de la accesibilidad, Como se menciona anteriormente, puede aplicarse el factor tiempo, pero no depende solamente de esto; en el estudio de Luis Rosero y Douglas Güell describió como una comunidad puede tener una clínica muy cerca, pero esto tendrá muy poco significado si los servicios que ésta presta son limitados, o si la población no usa sus servicios. (41)

El estudio realizado por Julio Mayca y colaboradores acerca de percepciones del personal de salud, en el Perú, durante 2009, al referirse a la demanda de los servicios de salud menciona que los determinantes más importantes que limitan el acceso de la gestante, están relacionados con la dispersión geográfica poblacional. (51)

También el estudio de Myriam Ruiz Rodríguez, respecto de utilización de los servicios médicos por poblaciones desplazadas en Colombia durante 2006, identificó que la distancia del asentamiento al servicio de salud, afectó la utilización de servicios médicos, por lo que persisten problemas de accesibilidad geográfica (63)

Se describieron, además, barreras de acceso geográficas a los servicios de salud, en el estudio realizado en Colombia, acerca de calidad de la atención en salud, por Hugo Múnera, durante el 2010, se hizo referencia a la presencia de barreras geográficas y las cuales se dieron primordialmente, por el sitio de residencia en comparación con la ubicación de la institución de salud que se requiera (66). En los estudios respecto de utilización de los servicios de salud como lo describe Adam Wagstaff, sobre pobreza y desigualdades, en el sector salud, la distancia es una gran repercusión en la accesibilidad, (73) es por eso que se consideró esta variable en este estudio dentro de los aspectos socio demográficos a considerar.

Pobreza

Adam Wagstaff, revisó varios estudios sobre pobreza y concluye que “La pobreza y la mala salud están interrelacionadas. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes y, dentro de cada país, las personas

pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. La asociación entre la pobreza y la mala salud refleja una relación de causalidad bidireccional. La enfermedad o la fecundidad, excesivamente alta, pueden tener un considerable efecto en los ingresos familiares y marcar incluso la diferencia entre estar por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, la mala salud se asocia, frecuentemente, a considerables costos de atención sanitaria. Pero la pobreza y los bajos ingresos también, son causa de mala salud. Los países pobres y las personas de bajos recursos sufren múltiples privaciones que se expresan en altos niveles de mala salud. De este modo, las personas de bajos recursos se ven atrapadas en un círculo vicioso: la pobreza engendra mala salud y la mala salud mantiene la pobreza". (73)

En el estudio de Nelly Salgado y colaboradores, respecto de género y pobreza, presentado en México 2007; con base en las revisiones, indicó que, "de acuerdo con el Banco de México, la distribución del ingreso en el país es una de las más desiguales en el ámbito mundial (13 de 111 países). De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, realizada en el 2004, aproximadamente, el 48.6% de los mexicanos enfrenta pobreza de patrimonio, la cual se refiere a los hogares cuyo ingreso por persona es insuficiente para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido y calzado, vivienda, salud, transporte público, educación y otros bienes". (82)

En el estudio de Raul Sasi y Jorge Beria, respecto de utilización de los servicios de salud en Rio de Janeiro, durante el dos mil uno, planteó que la inequidad se puede reflejar, también, en la utilización de consultas preventivas. En la revisión sistemática encontró que en España, mientras que el 61% de las mujeres de la clase social alta realizaron exámenes preventivos para cáncer de cuello de útero, solamente el 32% de la clase más baja tuvo acceso a estos; otro estudio en Gran Bretaña evidenció que las mujeres de estratos sociales medios y altos utilizaron más consultas preventivas, consultas prenatales y dentistas, en comparación con las de estratos bajos. (32)

Emanuel Orozco y colaboradores en el estudio sobre participación social en salud, la experiencia del programa de salud materna, arranque parejo en la vida, en México en el 2009; describió el diagnóstico realizado por el sector salud al inicio de la administración 2001-2006, este evidenció que los mayores retos de salud materna y perinatal se encontraban en las regiones con mayor pobreza y marginación. (50)

Las mujeres atendidas en casa u otro lugar presentaron una situación económica personal y de acceso mucho menos favorecida; esto, de acuerdo con el estudio de Miguel González y colaboradores, referente a factores asociados a la demanda de atención del parto, en México en el 2010. Además, los investigadores plantearon que estos resultados concuerdan con otros estudios que han encontrado que la baja escolaridad, las condiciones de pobreza, vivir en áreas rurales marginadas, la multiparidad y la atención del parto vía vaginal son variables que favorecen que la atención se dé en el domicilio. (55)

Por otro lado, Cesar Abadía en el estudio acerca de la pobreza y las desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral, realizado en los Estados Unidos en el 2006, planteó que “quienes viven en la pobreza, no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan”. (58)

Así, también en el estudio de Ingrid Vargas, referente al acceso a la atención en salud en Colombia, se evidenció que la falta de dinero es un factor incapacitante para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención. (64)

Amada Llanos y colaboradores, en el estudio factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica, en el 2009, describió que al relacionar utilización y necesidad se ha encontrado que para un mismo nivel de necesidad, las personas de clase social más desventajadas tienen realmente un menor acceso a los servicios de salud. (65)

Para finalizar este componente, se menciona nuevamente a Hilda Santos Padrón, en su estudio acerca de los determinantes sociales, las desigualdades en salud, y las políticas como temas de investigación, quien describió que posterior a 30 años de esas investigaciones revisadas, aún la población más pobre se enferma con más frecuencia que la de mejor posición económica, la mortalidad ocurre a edades más tempranas, padecen enfermedades crónicas y discapacidad a edades más prematuras, poseen una percepción más deteriorada de su salud y tiene menos acceso a los servicios de salud, los cuales, generalmente, son de baja calidad y no responden a sus necesidades. (36)

Barreras culturales

Las características de los países de todo el mundo hacen necesario que se desarrollen procesos interculturales en salud, estos se han generado en los países latinoamericanos, en Chile, por ejemplo, por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituyan una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud. Por lo que es importante considerar la perspectiva intercultural en los prestadores de los servicios de salud. (48, 57)

Citando nuevamente a Julio Mayca y colaboradores, en el estudio acerca de percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la educación cultural de los servicios materno perinatales, en zonas rurales andinas y amazónicas de la región del Huánco, durante el 2009. En este estudio se evidenció, por parte del personal de salud y de la comunidad, la poca adecuación cultural de la infraestructura, poca aceptación del servicio por la comunidad y la necesidad de tener ellos un mayor entendimiento del tema que explican los médicos y personal de salud, manifestaron, también, deseos de que se incorpore más a su cultura en dichos procesos,

concluyeron que los servicios maternos no tienen acondicionamiento adecuado con relación a la cultura de la comunidad, pues es insuficiente lo que una gestante podría encontrar en un consultorio relacionado con sus costumbres. (51)

En el estudio, también consideraron tener en cuenta propuestas elaboradas desde la comunidad, para disponer de una oferta identificada con aspectos sociales, culturales y étnicos, para que en la población se apropie de esta. Por lo que los autores plantearon que se hace necesario comprender y conocer las percepciones y costumbres de las poblaciones. (51)

Por otra parte, en este mismo estudio se planteó que la mejora continua de los procesos de adecuación cultural en establecimientos del primer nivel, es parte de la labor correspondiente a los gobiernos regionales y locales y que la oferta de servicios de salud, propuesta en zonas rurales, necesita ir de la mano con una adecuada respuesta a la demanda y en la adecuación cultural una de las principales estrategias que permiten mejorar el acceso a los servicios de salud por parte de poblaciones nativas o excluidas. (51)

En el estudio de Ana Alarcón y colaboradores, respecto de salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales, plantearon que una estrategia de salud intercultural se refiere al desarrollo de procesos de validación y negociación cultural entre pacientes y profesionales. La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. No significa que el profesional comparta el mundo simbólico del paciente, sino que comprenda, respete e incluso integre algunos elementos culturales que considere relevantes para el proceso de recuperación del enfermo. (57)

En un contexto de salud intercultural, en el estudio previo se consideraron dos ejes conceptuales, el primero es reconocer al sistema, como respuesta cultural al fenómeno universal de la enfermedad y el segundo, mejorar la comunicación entre pacientes, ambos se fundamentan en los actuales principios de bioética médica expresado en el respeto a la autonomía de los pacientes y a su derecho a decidir libre, de manera informada en el marco de la cultura propia. (57)

Barreras de acceso propiamente por los servicios de salud

En el estudio realizado por Claudia Travassos y Mónica Martins, respecto de la revisión de los conceptos de acceso y utilización de los servicios de salud, dieron a conocer y enriquecen, una de las primeras publicaciones de Donabedian, quien definió la accesibilidad como uno de los aspectos de oferta de servicios relativo a la capacidad de producir servicios y de responder a las necesidades de salud de una determinada población. Partiendo de este concepto, plantearon que la accesibilidad en este caso es más amplia que la mera disponibilidad de recursos en un momento y lugar determinado. Se refiere a las características de los servicios y recursos de salud que facilitan o limitan su uso por los usuarios potenciales. (33)

Ingrid Vargas y colaboradores, en el estudio acerca del acceso a la atención en salud en Colombia, durante el 2010; plantearon que los estudios cuantitativos apenas tienen en cuenta los factores relacionados con la prestación, en las investigaciones desde la perspectiva de los actores, pero han identificado que a pesar de esto se pueden identificar diversas barreras al acceso relacionadas con elementos estructurales, disminución de la oferta por cierre de servicios y la organización de estos, de acuerdo a las barreras geográficas con la organización de los servicios y la mala calidad con que estos atienden. Los autores plantearon en este estudio que los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios, se relacionan tanto con la disponibilidad de recursos como con su organización. (64)

Considerando el estudio realizado por Edith Pantelides, acerca del acceso a los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires, a los servicios de atención de salud, describió, que “las barreras que se interponen entre el sujeto y la atención de su salud que podríamos denominar sociales, provienen, por un lado, de la organización del sistema de salud mismo, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo; pero, también, de la forma de funcionamiento cotidiano, en particular el sistema de reserva de turnos y de otros aspectos de la calidad de atención”.(40)

Por ejemplo, ante la necesidad de consultar en horario nocturno, Mesquita M y colaboradores, en el estudio respecto de percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Paraguay, durante el 2008. Manifestó que el 36% de los entrevistados no puede acceder al servicio médico más cercano, pues estos centros no cuentan con atención nocturna, lo cual es preocupante porque esta necesidad, generalmente, es para atender situaciones de urgencia. Por otra parte, a este elemento se suma la falta de disponibilidad de transportes públicos por las noches. (43)

Gratuidad

Citando nuevamente a Edith Pantelides, ella planteó que al preguntar por motivos de no realización de la consulta, la razón principal fue el costo, entre las opciones que se brindaban, lo que limita el acceso a otras variables como la internación, adquirir medicamentos, realizar alguna técnica diagnóstica. (40)

Este elemento está ligado a las políticas que un país desarrolla para garantizar el acceso a los servicios de salud, tal y como se describe en el estudio presentado por Cesar Abadía, acerca de pobreza y desigualdades sociales, realizado en la Universidad de Harvard, Estados Unidos en el 2006, en donde describe que las reformas al sector salud han fomentado la privatización de los servicios de salud, por lo que los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyeron subsidios sociales, creando barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, lo que aumenta las desigualdades sociales y, por ende, el acceso a los servicios de salud. (58)

Este tema de gratuidad está relacionado en los estudios que investigan la pobreza porque es la población más vulnerable para no acceder a los servicios, tal y como se describió en el estudio de Adam Wagstaff, acerca de pobreza y desigualdades en el sector de la salud, quien escribió para la Revista Panamericana de Salud Pública en el 2002, en ella, él planteó que el mayor precio monetario tiende a reducir la utilización o al menos a aplazarla, sobre todo entre los pobres. (73) También, Mesquita M y colaboradores, en el estudio acerca de percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Gran Asunción, Paraguay, describieron cómo el acceso a los servicios para la atención, en general, se ve favorecido, debido a que las consultas son exoneradas en la mayoría de los centros hospitalarios. (43)

Atención en el idioma

Cuando se desarrollan acciones en salud, son de mucha importancia las estrategias de comunicación intercultural, ya que, disminuyen las barreras sociales y culturales, entre equipos de salud y usuarios, es así como lo describió Ana Alarcón y colaboradores en el estudio respecto de salud intercultural, realizado en Chile en el 2003. Planteó, además, que mejorar la comunicación y diálogo, enriquecerá el nivel de satisfacción por parte de los usuarios. Identificaron a través de las revisiones realizadas, que el éxito de la comunicación intercultural se logra a través de un proceso compuesto de cinco elementos: "escuchar, explicar, reconocer, recomendar y negociar", lo cual es importante abordar en un contexto que considere el idioma de las poblaciones. (57)

Aunque la autora también reconoció que aunque "el lenguaje puede ser una gran barrera en la comunicación en sus aspectos gramaticales, simbólicos y semánticos, él no constituye un obstáculo infranqueable en la relación profesional paciente, si los profesionales están abiertos al diálogo y conocen en parte la cultura médica de sus pacientes, como por ejemplo, las denominaciones de enfermedad, la relación entre hábitos y cultura, la dimensión corporal del sufrimiento y la utilización de herbolaria tradicional, entre otras".(57)

Las barreras en la comunicación se han descrito en la literatura como el principal factor que dificulta el acceso a una atención sanitaria adecuada. Rebeca Terraza y colaboradores realizaron un estudio acerca de políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población migrante en España, durante el 2009, en el que indican que las barreras idiomáticas son uno de los factores que generan desigualdad en el acceso en el entorno y en los países con mayor tradición migratoria a los sistemas de salud. (70)

Servicios domiciliarios

La visita domiciliar puede ser muy beneficiosa, tanto para los familiares, como para los paciente, en el estudio realizado por Nidia Márquez y colaboradores respecto de costos y beneficios del ingreso en el hogar, realizado en Cuba en 1998, expresaron que este era de mucha utilidad porque se eliminaban algunas barreras del acceso,

como la distancia para acudir a los servicios, gastos adicionales que proporciona movilizarse, y que la atención genera mayor satisfacción por el usuario y los familiares al estar en ese entorno.(87)

Otro estudio realizado, también en Cuba, por Maritza Alcaraz, acerca del pase de visita en la comunidad, durante el 2011, describió que el pase de visita en la comunidad garantiza un acceso a la atención con calidad y calidez dado que este se realiza con rigor científico y valores asociados a la ética, moral, responsabilidad y la solidaridad. (86)

Atención por personal calificado

Se refleja varios estudios que describieron cómo la ausencia de personal calificado se refleja en la atención, conllevando desde insatisfacción hasta eventos trágicos como la muerte, tal y como lo describe Ronsmans y colaboradores, acerca de mortalidad materna y acceso a los servicios obstétricos en el Este de África, no existe duda que las grandes diferencias de la mortalidad materna en áreas urbanas y rurales, se deban, a diferencias en el acceso a la atención calificada para la atención de la salud materna. (61)

Otro estudio realizado por Miguel González y colaboradores, respecto de factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México, para lo cual utilizó registros del 2000 al 2006, llegando a concluir que la mortalidad materna se encuentra estrechamente relacionada con la utilización oportuna y eficiente de personal profesional calificado. (55)

Hugo Salina y Col. describieron que a pesar de que ha mejorado el acceso por parte de algunos países para que las mujeres resuelvan el parto en las instituciones, éstas aún encuentran restricciones, en cuanto a accesibilidad, conocimiento, receptividad y calidad de la atención prestada en los hospitales y tampoco ha producido una reducción significativa de la mortalidad materna y perinatal, es decir, no es solo el hecho de llegar a la institución sino de recibir una atención de calidad por el personal calificado y no suponer que la calidad de la atención se caracteriza por el uso de tecnología y de atención quirúrgica del parto.(62)

El personal calificado, no solamente en las técnicas sino en la relación y la comunicación con los usuarios, es clave. En el estudio realizado por Rebeca Nuñez y colaboradores, referente a políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población migrante en España, durante el 2009; propusieron que se debe mejorar la formación y sensibilización del personal para mejorar sus competencias en la atención a una población diversa culturalmente, corresponde a una de las necesidades expresadas por los profesionales. Esta medida contribuirá a mejorar el acceso a los servicios y mejorar la calidad de la atención prestada. (70)

CAPÍTULO II

JUSTIFICACION

Diferentes estudios destacan la influencia que los factores socio demográficos, obstétricos y de los servicios, ejercen sobre el acceso a servicios de salud y la ocurrencia de la muerte materna. Entre los factores socio demográficos se enumeraron la edad, etnia, estado civil, escolaridad, lugar de residencia; entre los factores obstétricos están: el número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste y entre los factores de los servicios: la oferta de los servicios de salud, los recursos disponibles y utilización de los mismos. (7, 17, 18, 25, 29)

Guatemala ha reportado indicadores nacionales de salud desfavorables, entre los cuales se destaca la alta mortalidad materna, cuyo valor es, sustancialmente, más alto en madres que sufren inequidad, con mayor intensidad para acceder de alguna manera a los servicios de salud, es decir de las zonas más pobres, indígenas, rurales, en mujeres jóvenes con bajo nivel de educación lo cual es un reflejo de la inequidad en el acceso a los servicios de salud (13, 78)

Chimaltenango ha sido identificado dentro de los departamentos con mayor razón de muerte materna (157.5) de acuerdo al Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007, este se registró por encima del valor nacional promedio. (78)

Santa Apolonia, con una población estimada, para el 2010, de 15,527 habitantes y 18 comunidades, es uno de los municipios de Chimaltenango que reportó casos de muerte materna, durante el 2010 y 2011; el 90 % de la población es de origen maya, del grupo kaqchikel. (6)

De acuerdo al Informe de Desarrollo Humano del 2009-2010, se indicó que durante el 2008 – 2009, la presencia de personal del MSPAS y MINEDUC, en Santa Apolonia, en relación al resto de los municipios es la segunda más baja, antes que El Tejar, cuentan con un médico en un distrito de salud y otro en el Programa de Extensión de Cobertura, la mayoría del personal es voluntario, vigilantes de salud y comadronas; no hay presencia de educación diversificada y la educación básica está concentrada en las zonas urbanas. (6, 79)

A pesar de que la Dirección del Área de Salud del MSPAS, reportó, en la memoria de labores del 2010, que no hay población descubierta por servicios de salud, la mayoría de las muertes, en el municipio, fueron evitables, las principales causas de mortalidad fueron neumonía y enfermedades respiratorias. Se reportó, además, muerte materna y dificultad para acceder a los servicios para la atención materna e infantil (6)

La provisión de los servicios de salud debe garantizar el acceso a servicios de salud. Este es un proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, no solo involucra la disponibilidad de recursos sino también la relevancia, oportunidad, adecuación geográfica de los servicios a las necesidades, para que puedan ser accesibles a la población. (9, 15, 20, 23, 26)

Durante el proceso de utilización de los servicios de salud, las poblaciones experimentan múltiples barreras para acceder, resolver y satisfacer, de manera oportuna las necesidades y problemas. La prestación de los servicios de salud no se planifica ni se organiza en función de superar las barreras que impiden el acceso a los servicios de salud, es importante, entonces, generar evidencia científica que permita caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud para la planeación y diseño de políticas públicas, de tal manera que se traduzcan en atención pertinente, oportuna y adecuada a las necesidades y características de la población. (7, 17)

CAPÍTULO III

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existen barreras de acceso a los servicios de salud en las mujeres embarazadas en el municipio de Santa Apolonia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar si las características socio demográficas de las mujeres embarazadas del municipio de Santa Apolonia constituyen barreras de acceso a los servicios de salud.
- Establecer si las características de los servicios de salud en el municipio de Santa Apolonia constituyen barreras de acceso a los servicios de salud

CAPÍTULO IV

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio

Este estudio se enmarca en el diseño de investigación, descriptivo de corte transversal.

Población

La población la conformó un total de 372 embarazadas del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, quienes resolvieron el parto durante el primero de enero de 2011 hasta el 15 de diciembre del 2011, de acuerdo a los informes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el 2011.

Se tomó como unidad de análisis a las embarazadas del Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, quienes resolvieron el parto durante ese período

Selección de la muestra

Procedimiento utilizado para selección de la muestra

Se seleccionó la muestra de manera probabilística, estratificada por afijación proporcional.

Tamaño de la Muestra

El tamaño total de la muestra fue de 208.

El tamaño de la muestra contempló un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, obteniendo una cantidad de 189 embarazadas, además se ha estimado una pérdida del 10%, de 19 embarazadas, para un total de 208 mujeres.

Tamaño de muestra según estrato

Teniendo en cuenta el criterio de urbanidad y ruralidad, considerado por Instituto Nacional de Estadística en Guatemala, se identificaron dos estratos, uno del casco urbano con una población de 115 embarazadas y otro rural con una población de 257 embarazadas.

Para obtener el tamaño de muestra, de manera proporcional, para cada estrato -Urbano-Rural- se dividió el tamaño de la muestra, 208 embarazadas, entre el tamaño del universo del estudio, 372 embarazadas, y este resultado se utilizó como constante(0,55913978), valor que se multiplicó por la población de embarazadas de cada estrato, 115 estrato urbano y 257 el estrato rural, cálculo que permitió obtener la muestra proporcional para cada estrato.

Estrato urbano

Las 64 embarazadas del estrato urbano se seleccionaron de manera aleatoria, del listado de 115 embarazadas, proporcionado por el Ministerio de Salud.

Estrato rural

Las 144 embarazadas del estrato rural se seleccionaron de manera aleatoria, del listado de las 257 embarazadas, proporcionado por el Ministerio de Salud.

Estrato	Constante	Población de embarazadas por estrato ¹	Muestra de embarazadas por estrato
Urbano	0,55913978	115	64
Rural	0,55913978	257	144
Total	0,55913978	372	208

Los universos fueron finitos, ya que, el estudio se delimitó a las embarazadas del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango durante el periodo del 2011.

Sujeto u Objeto de estudio

En la presente investigación, el sujeto de estudio fueron las mujeres que estuvieron embarazadas en el municipio de Santa Apolonia y resolvieron el embarazo durante el 2011.

Criterios de inclusión

Mujeres que vivían en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango y que estuvieron embarazadas y resolvieron el embarazo del 1 de enero del 2011 hasta el 15 de diciembre del 2011 estando en ese municipio o que fueron trasladadas desde el municipio a otro nivel de atención.

¹de acuerdo a la información del SIGSA 1 del Ministerio de Salud del Distrito de Santa Apolonia, Chimaltenango

Criterios de Exclusión

Mujeres que migraron durante el 2011 para pasar su embarazo en otro municipio.

Mujeres que no desearon participar del estudio.

VARIABLES ESTUDIADAS

1. Barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con factores sociodemográficos
2. Barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con factores de los servicios de salud

Operacionalización de variables

Variables	Definición	Indicador y valor del indicador	Tipo de variable	Escala de medición
Barreras relacionadas con factores socio demográficos	Características socio demográficas, que impiden o dificultan que las mujeres accedan a los servicios, para recibir atención durante el embarazo, el parto, y el puerperio, de manera oportuna	Procedencia Zona rural Aldea Finca Cooperativa caserío Zona urbana Barrio Colonia	Cualitativa	Nominal
		Rango de edad < de 19 años 20-24 25-29 30-34 35 o más	Cuantitativa	Intervalo
		Estado civil Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre	Cualitativa	Nominal
		No. de hijos. 1 a 3 4 a 6 Más de 6	Cuantitativa	Intervalo
		Trabajo: Agricultura Industria de servicios Industria manufacturera Ama de casa Comercio	Cualitativa	Nominal

		Ingresos familiares Menores a 1500 1500 a 3000 Más de 3000	Cuantitativo	Nominal
		Alfabetismo Alfabeta Analfabeta	Cualitativa	Nominal
		Escolaridad: Primaria Secundaria Superior ninguna	Cualitativa	Intervalo
		Pueblo Maya Mestizo	Cualitativa	Nominal
		Religión Católica Evangélica Mormona Ninguna	Cualitativa	Nominal
Barreras relacionadas con Factores de los servicios de salud	Características de los servicios de salud, que impiden o dificultan que las mujeres accedan a los servicios, para recibir atención durante el embarazo, el parto, y el puerperio, de manera oportuna	Visita el servicio de salud más cercano Si No	Cualitativa	Nominal
		Distancia del servicio de salud más cercano Menos de 5 km Mas de 5 km	Cuantitativa	Nominal
		Disponibilidad de transporte 24 horas Ambulancia Particular Otro	Cualitativa	Nominal
		Tiempo de espera Menos de 30 minutos Entre 30 minutos a 1 hora Más de una hora	Cuantitativa	Intervalo
		Atención en idioma local Kaqchiquel Español	Cualitativa	Nominal

		Calificación de la usuaria al servicio de salud Buena Regular Mala	Cualitativa	Ordinal
		Amabilidad en la atención Si No	Cualitativa	Nominal
		Costo del servicio Pago medicamentos Pago de transporte Pago de la consulta Pago de insumo médico Otros pagos	Cualitativa	Nominal
		Atención domiciliar del embarazo Si No	Cualitativa	Nominal
		Atención domiciliar del puerperio Si No	Cualitativa	Nominal
		Número de controles durante el embarazo 1 2 3 4	Cuantitativa	Ordinal
		Lugar de ocurrencia del parto Casa Calle Hospital Centro de salud Otro	Cualitativa	Nominal
		Personal que atendió el parto Médico Enfermera Comadrona Esposo Suegra Otro	Cualitativa	Nominal
		Servicios que prestan en la localidad (listado en anexo 1)	Cualitativa	Nominal

PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumento que se utilizó para recolectar y registrar la información

Para fines del presente estudio, se elaboró una guía de entrevista, la cual tiene dos secciones y un total de 26 preguntas en la primera sección, se incluyeron 12 preguntas para evaluar las barreras de acceso relacionadas a los factores socio demográficos, la segunda sección se incluyó 14 preguntas, para evaluar barreras de acceso relacionadas con los factores de los servicios de salud. (Anexo No. 1)

Técnica de recolección de la información

La técnica utilizada fue la entrevista estructurada, los pasos considerados para su aplicación en la recolección de la información fueron los siguientes.

Paso 1

Se consideraron las siguientes actividades.

- Se solicitó por escrito la autorización de las autoridades del Área de Salud de Chimaltenango.(Anexo 3)
- Seguidamente, se realizó una reunión con el personal del Área de Salud, para informar los detalles del estudio.
- Luego, se solicitó una reunión con la Comisión Municipal de Salud para informar del proceso a las autoridades locales, líderes comunitarios y el personal de salud local.
- Se solicitó la aprobación del protocolo de investigación por la Comisión Nacional de ética del Ministerio de Salud.

Paso 2

Considero las siguientes actividades.

- Se entrenó y estandarizó al personal que recolectó la información a través de la técnica de entrevista.
- Se validó el instrumento de recolección, a través de una prueba piloto, en una población de Patzicia, Chimaltenango.
- Los equipos de trabajo conformados iniciaron el trabajo de campo recolectando los datos del estudio de acuerdo al cronograma establecido.

- Se aplicó el instrumento de recolección de datos, generando, previamente, un ambiente de confianza y cordialidad con las informantes. Para la recolección de la información se consideraron los siguientes pasos:
- El investigador principal monitoreó todo el proceso de recolección de los datos, se revisó diariamente y, al final del día, la calidad de llenado de los instrumentos aplicados.
- Se verificó la calidad de llenado de los instrumentos durante y al final del proceso de recolección de datos.

Sesgos considerados en el estudio

Para fines del presente estudio fueron considerados los siguientes sesgos.

De información

Se advirtió la posibilidad de incurrir en sesgo de información en el momento de la aplicación del instrumento, por parte de los entrevistadores, las acciones realizadas para el control de este posible sesgo fue la capacitación a los entrevistadores en el tema del estudio, además, se realizó la capacitación para la aplicación correcta del instrumento, la cual fue validada mediante una prueba piloto y, de esta manera, se garantizó que la información fuera completa y correcta.

De Memoria

El sesgo de memoria también se consideró dado que las preguntas que se realizaron fueron de eventos del año pasado; este sesgo se logró controlar porque se estructuró la entrevista con preguntas fáciles de recordar, además, se capacitaron entrevistadores para que realizaran las preguntas de manera clara y sencilla.

Análisis de los resultados

Una vez finalizada la etapa de recolección de información, se procederá a su análisis, para lo cual se consideraron las siguientes etapas.

- Se revisaron todos los instrumentos para garantizar que estuviera toda la información requerida y el llenado completo.
- Se codificaron las preguntas del instrumento y la información recolectada se ingresó en tablas de Excel office 2010.
- Una vez finalizado el ingreso de los datos, se procesó la información y se organizó para su presentación en cuadros y gráficos

- Con base en los resultados, se realizó un análisis descriptivo de tipo univariado para lo cual se utilizó estadística descriptiva.
- Finalmente, se elaboraron conclusiones y recomendaciones de los resultados del estudio.

Procedimientos que garantizaron los aspectos éticos de la investigación

El estudio, según categoría de riesgo, es de categoría 1, sin riesgo. Este estudio utilizará técnicas observacionales descriptivas con las que no se llevará a cabo ninguna intervención en los sujetos de estudio. se realizarán entrevistas a las participantes en el idioma local.

Para fines del presente estudio se consideraron los siguientes aspectos éticos.

- Se solicitó la aprobación del protocolo por el Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la realización del estudio.(Anexo 7)
- Se tomó en cuenta la anuencia de los líderes de cada comunidad, en el lugar en el cual se realizó el estudio.
- Se garantizó la participación voluntaria e informada de los sujetos de en el estudio, para lo cual se solicitó el consentimiento informado a cada participante.(Anexo 2)
- Se garantizó la privacidad y confidencialidad en el manejo de la información recopilada y el uso exclusivo de la misma para el estudio.
- Se garantizó la entrega de resultados del estudio a las autoridades de salud, municipales y comunitarias, posterior a la finalización del mismo, con el propósito de analizar un plan de intervención para contribuir a la solución.
- El beneficio que presentó la realización de este estudio es la generación de evidencia, para intervenir las barreras identificadas y mejorar así el acceso a los servicios de salud.

Conflicto de intereses

El investigador declara no tener conflicto de intereses en la realización del presente estudio.

CAPÍTULO V

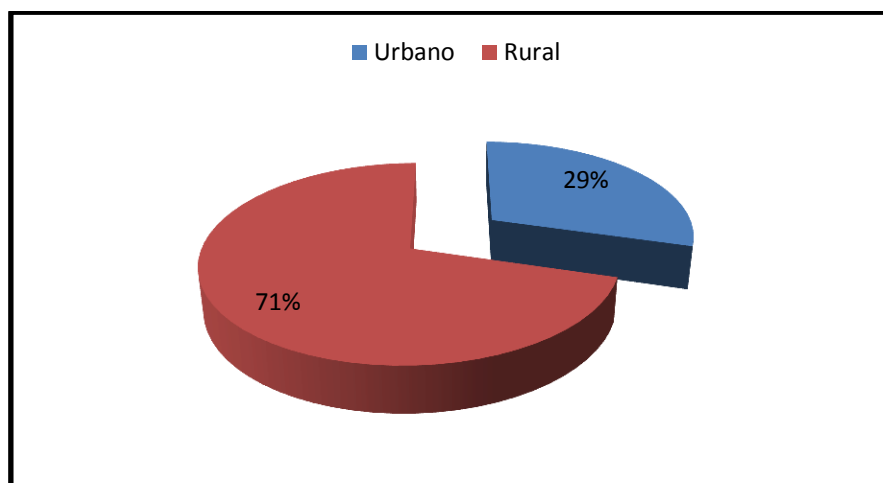
RESULTADOS

A Continuación se presentan los resultados del estudio de Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas, en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango.

La presentación de los resultados del estudio se organiza de la siguiente manera. Inicialmente, se presentan barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con factores socio demográficos y, luego, los resultados sobre Barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con factores de los servicios de salud.

1. Barreras al acceso a los servicios de salud relacionadas con factores socio demográficos

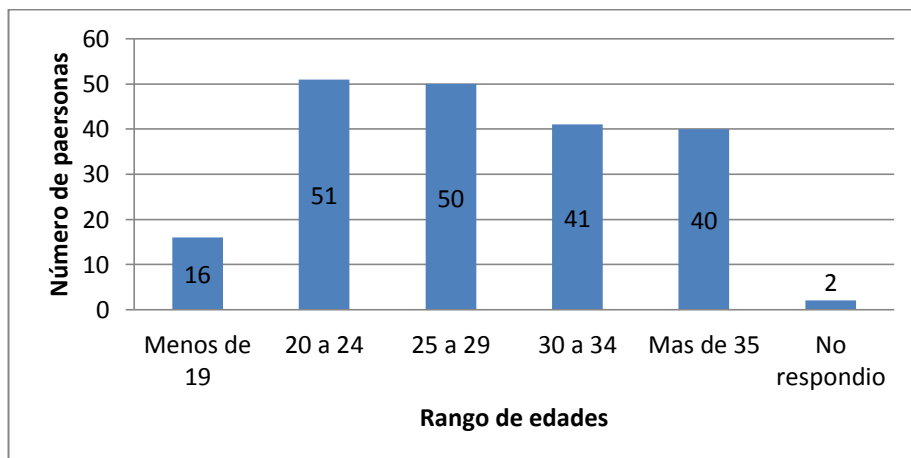
Gráfico 1.Lugar de procedencia



Fuente: instrumento de recolección de datos.

El 71% de las personas que participaron en el estudio son procedentes del área rural, de aldeas, fincas, cooperativas y caseríos; mientras que el menor porcentaje (29%) de los barrios y las colonias de las zonas urbanas.

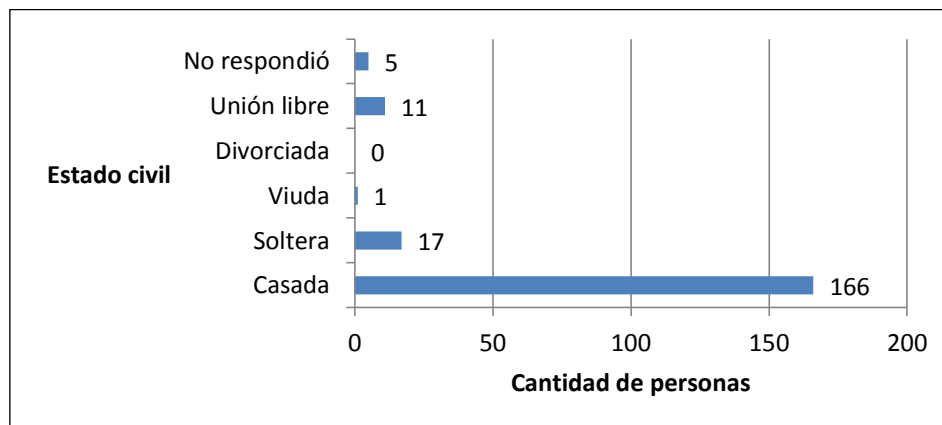
Gráfico 2. Rango de edades



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (50%) refirió estar en un rango de edad entre 20 a 29 años.

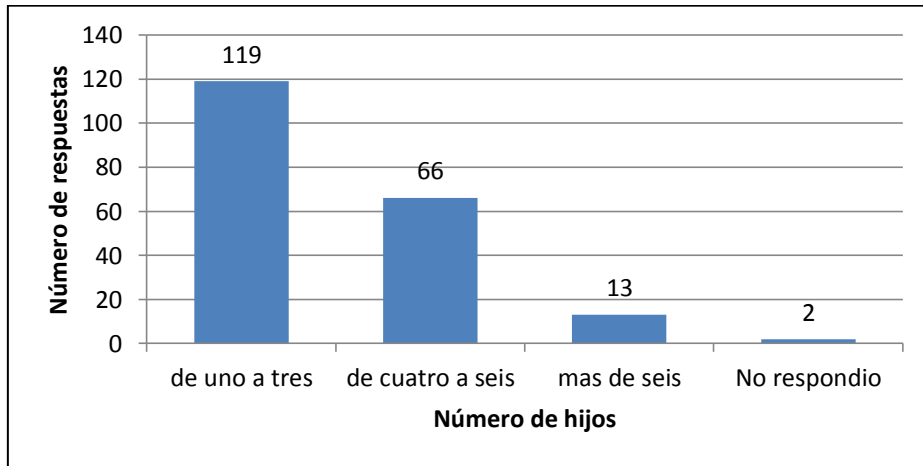
Gráfico 3.Estado Civil



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (83 %) refirieron estar casadas, solamente una menor proporción (9 %) de las entrevistadas refirieron estar solteras.

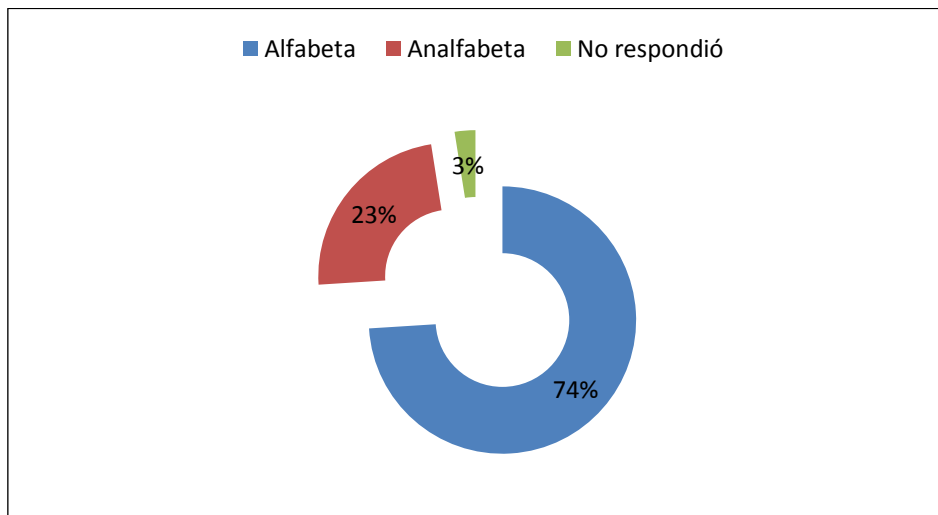
Gráfico 4. Número de hijos



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría (60 %) de las mujeres entrevistadas refirió tener entre uno a tres hijos.

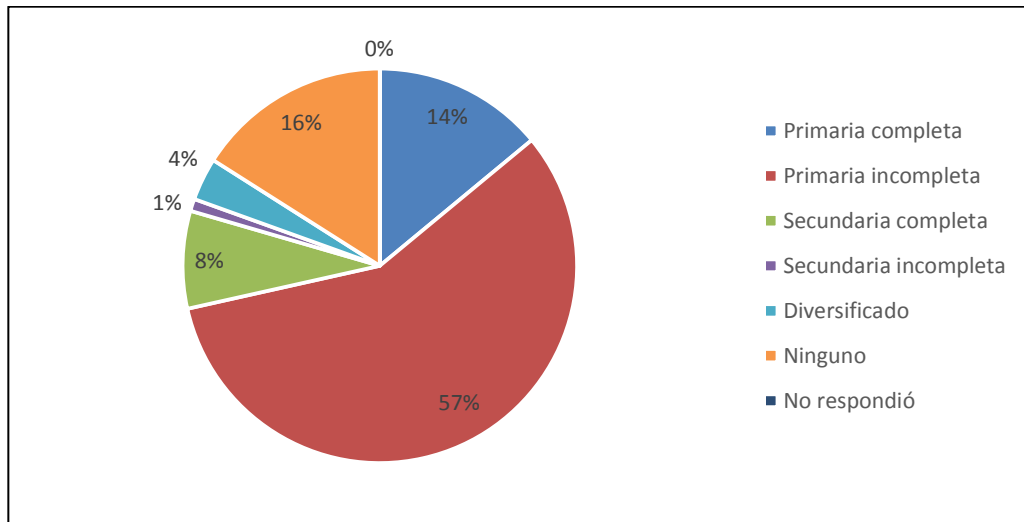
Gráfico 5. Alfabetismo



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (74%) son alfabetas.

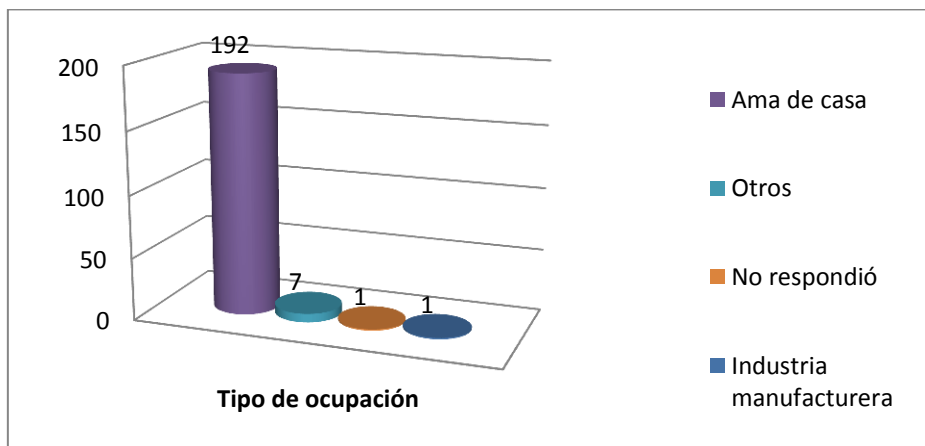
Gráfico 6. Escolaridad



Fuente: instrumento de recolección de datos.

A pesar de que la mayoría (74%) de las mujeres indicó ser alfabeta, la mayoría (57 %) refirió al mismo tiempo que no completaron los estudios del nivel primario. Se documentó que el 16% no posee ningún estudio.

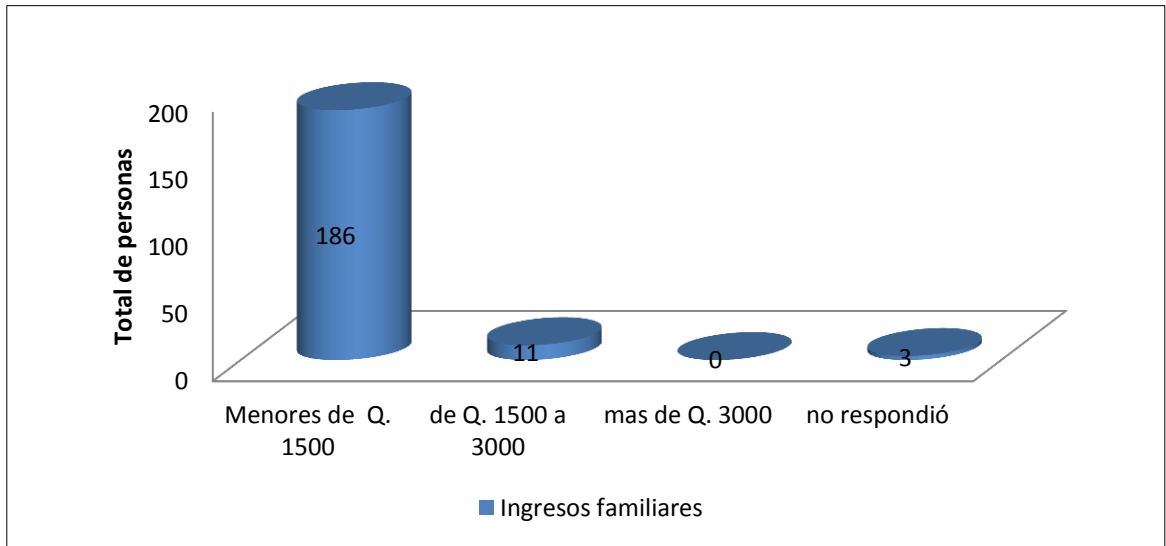
Gráfico 7. Tipo de trabajo



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (96%), indicaron que el trabajo que realizan son los oficios domésticos del hogar, identificándose como amas de casa, una menor cantidad (4%) refirió que laboran en otras actividades remuneradas.

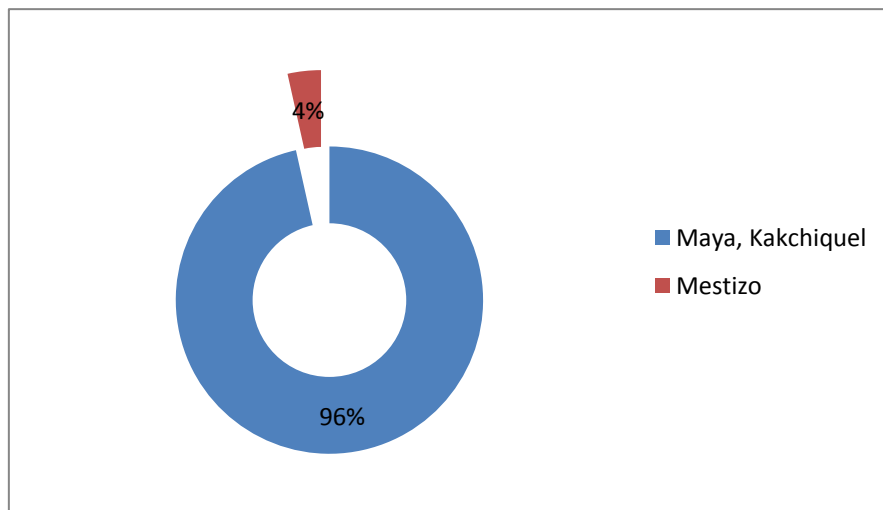
Gráfico 8. Ingresos Familiares



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (93%) indicaron que los ingresos familiares mensuales, son menores a 1,500 quetzales, solamente el 6% indicó que los ingresos estaban entre los Q. 1,500 a Q. 3,000. Ninguna de las entrevistadas indicó que los ingresos familiares fueran superiores a los Q. 3,000.

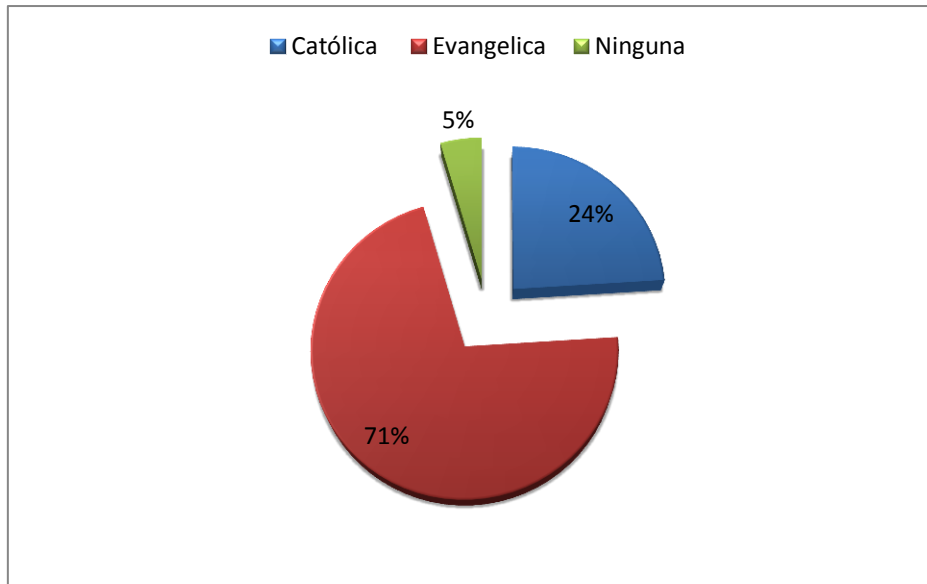
Gráfico 9. Grupo étnico



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las entrevistadas (96%) pertenecen a la etnia Maya, Kakchiquel.

Gráfico10. Religión

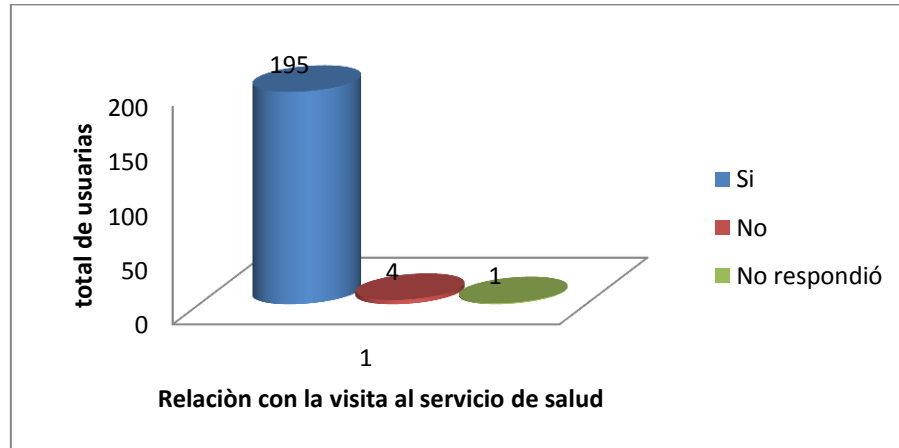


Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (74%) indicaron pertenecer a la religión evangélica, mientras que el resto (24%) a la religión católica.

2. BARRERAS AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD RELACIONADAS CON FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

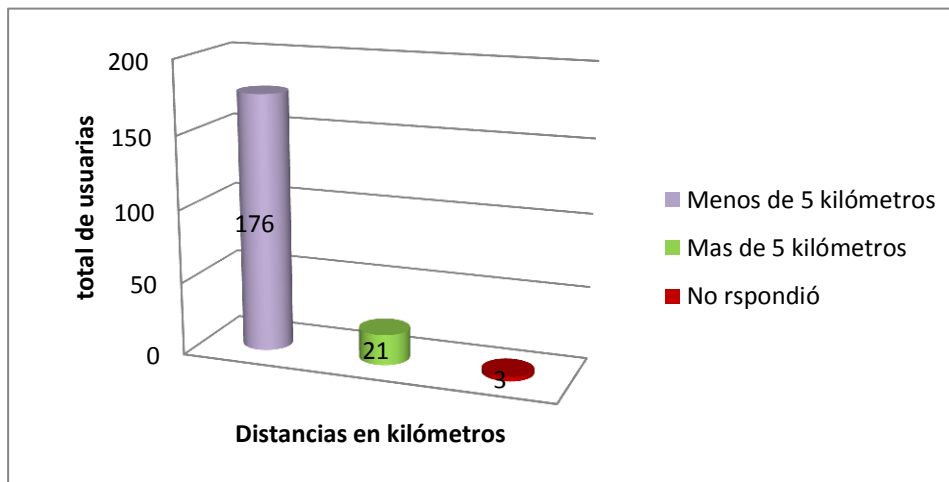
Gráfico 11. Visitas al Servicio de Salud



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (98 %) refirieron que visitaron el servicio de salud más cercano para el control del embarazo o posterior al parto.

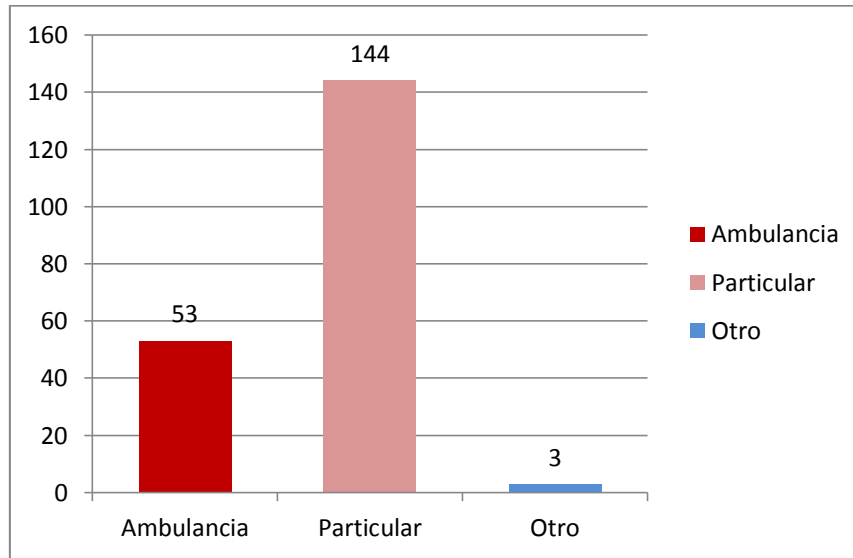
Gráfico 12. Distancia del servicio de salud



Fuente: instrumento de recolección de datos.

El 90% de las embarazadas encuestadas refirieron que la infraestructura de salud más cercana se encuentra a menos de 5 km, las categorías consultadas fueron centro de convergencia, puesto de salud, centro de salud, hospital y privados

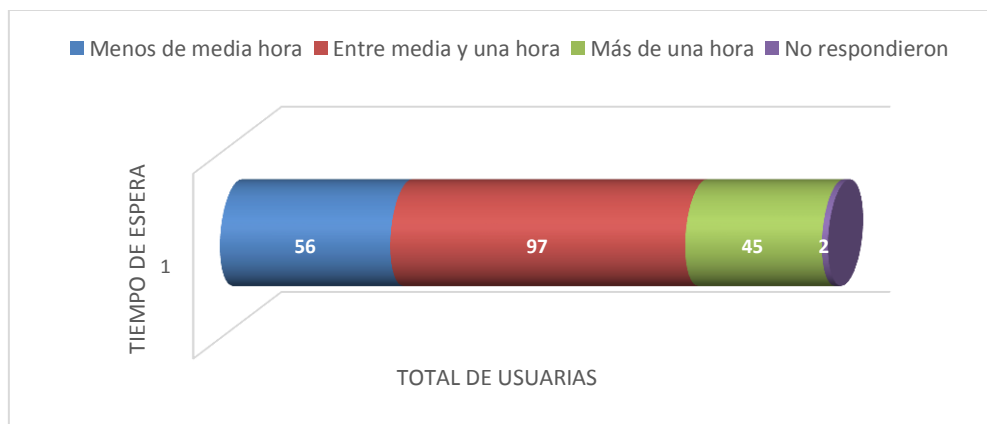
Gráfico 13. Disponibilidad de transporte



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (72%)refirió que el transporte disponible en la comunidad para el traslado de las embarazadas es el transporte particular. Una menor proporción (26%) respondió, como alternativa, la disponibilidad de ambulancia para el traslado.

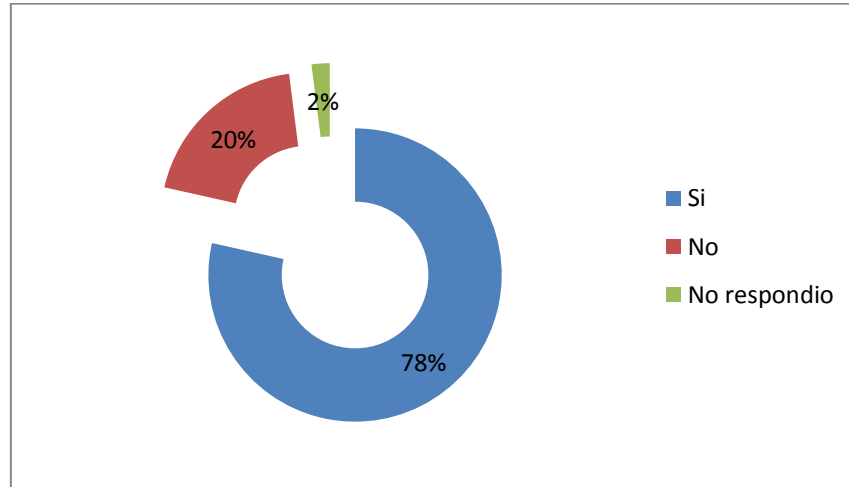
Gráfico 14. Tiempo de espera



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mitad de las mujeres entrevistadas (49 %) respondió que esperó entre media y una hora para recibir atención, por parte de los servicios de salud. Otra menor proporción (23%) respondió que esperó más de una hora para recibir atención en los servicios de salud.

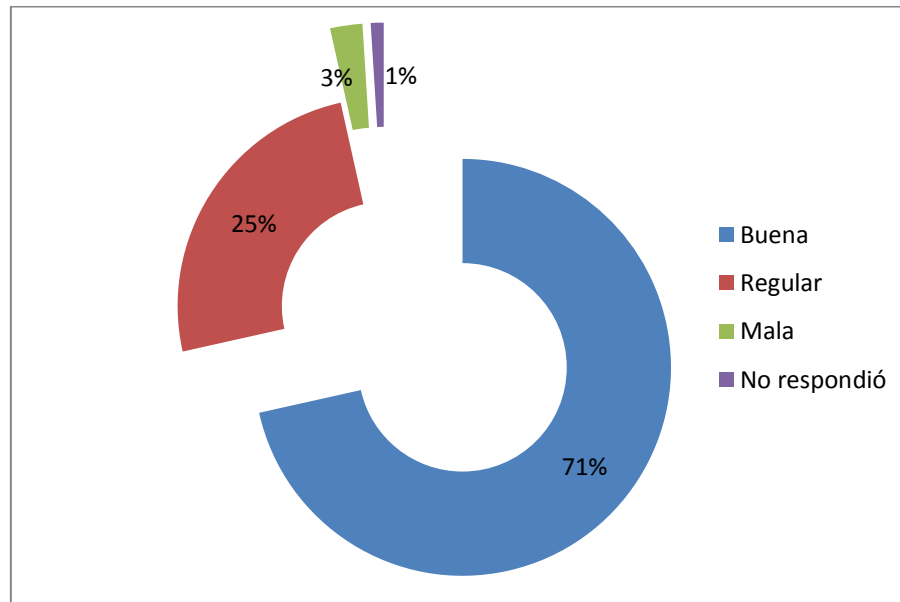
Gráfico 15. Atención en los servicios en el idioma local



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (78%) recibieron la atención en su propio idioma, frente a una menor cantidad (20%) que no lo recibió.

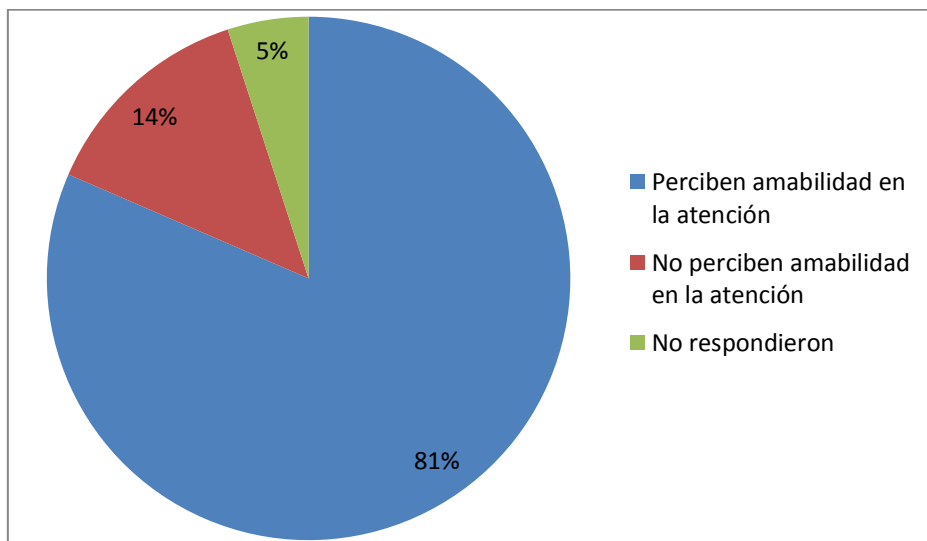
Gráfico 16. Calificación de la atención



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (71%) de las embarazadas, refirió haber tenido una buena atención, solamente el 3% de las entrevistadas refirió haber recibido mala atención.

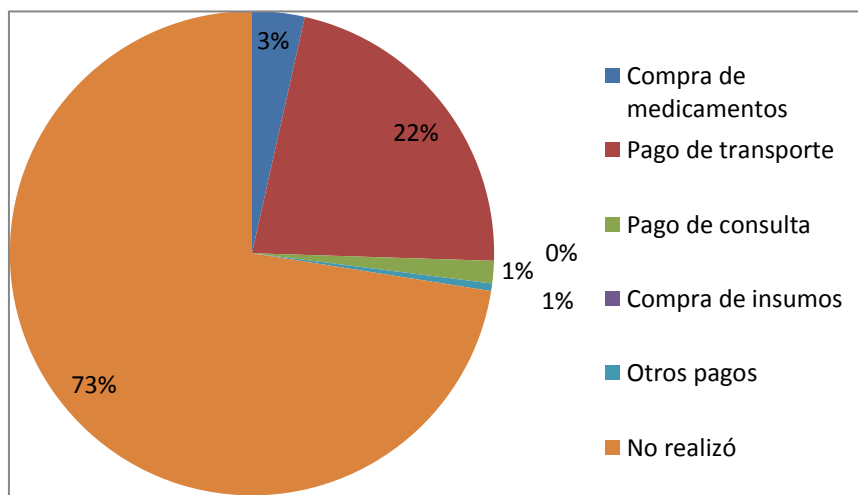
Gráfico 17. Percepción de la amabilidad de la atención



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (81%) de las entrevistadas percibieron que fueron tratadas con amabilidad en el momento de la atención en los servicios de salud.

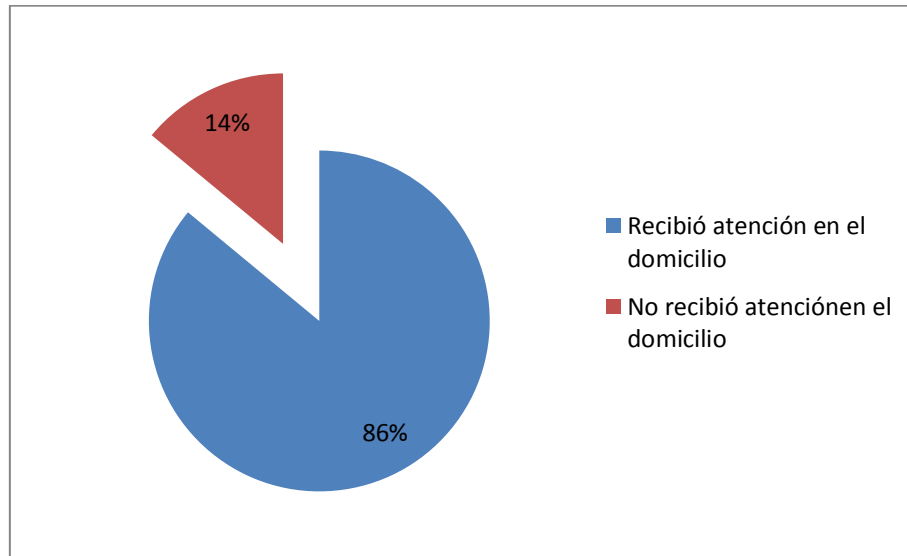
Gráfico 18. Gastos para asistir al servicio de salud



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Solamente algunas de las mujeres entrevistadas (27 %) refirieron que realizaron gastos asociados a los servicios de salud, el rubro que indicaron representó mayor gasto fue el transporte.

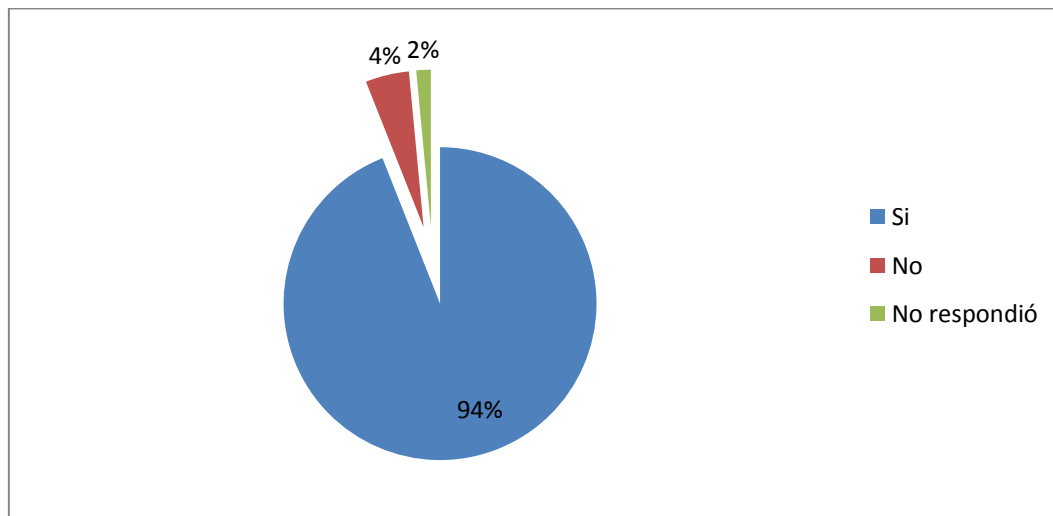
Gráfico 19. Atención domiciliaria durante el embarazo



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (86%) refirió haber recibido atención en el domicilio durante el embarazo.

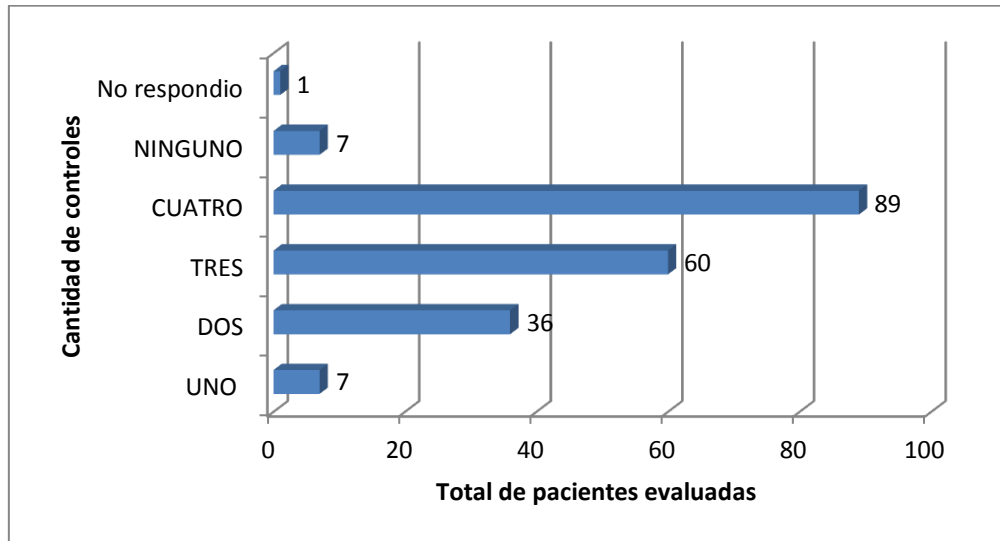
Gráfico 20. Atención domiciliaria durante el puerperio



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (94%) refirió haber tenido atención en el domicilio durante el puerperio por parte de los trabajadores del servicio de salud.

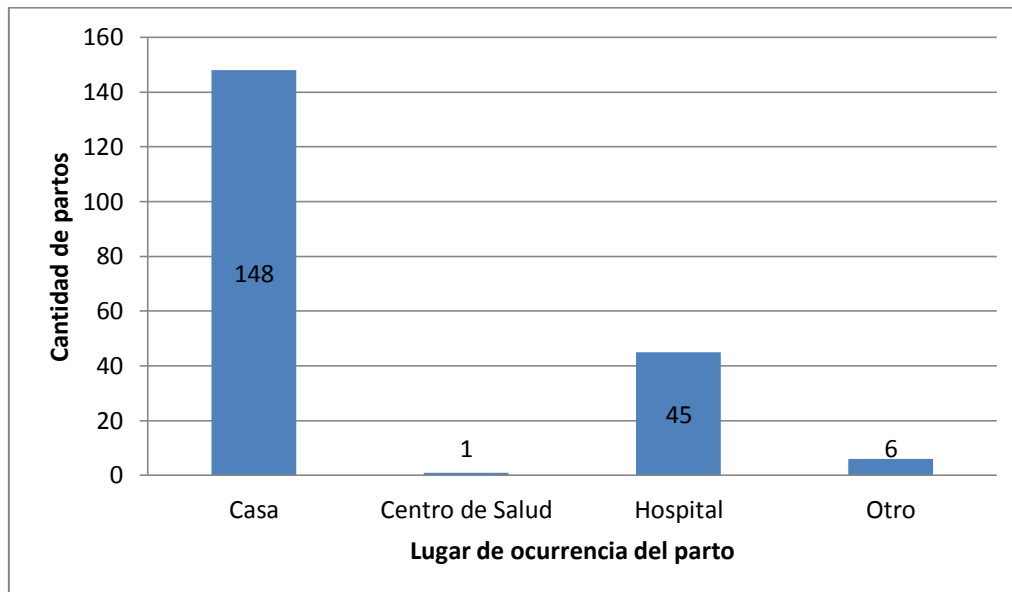
Gráfico 21. Controles durante el embarazo



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Menos de la mitad de las mujeres entrevistadas (45 %) refirieron haber recibido al menos cuatro controles durante su embarazo.

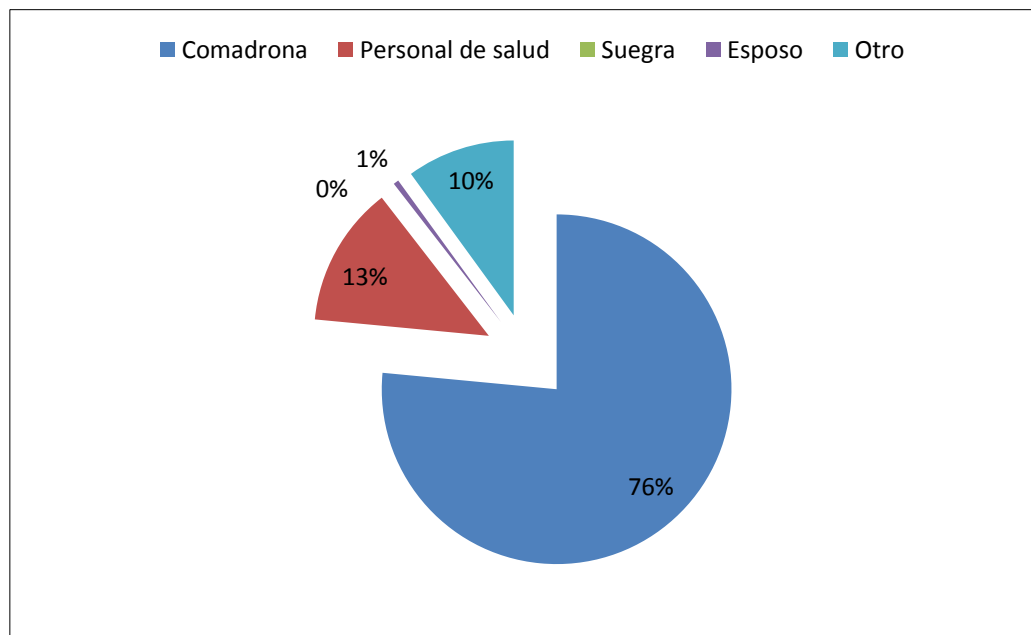
Gráfico 22. Lugar donde ocurrió el parto



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas (74 %) refirió que el parto se resolvió en la casa, mientras que en el 23% se realizó en un servicio de salud, principalmente en el hospital.

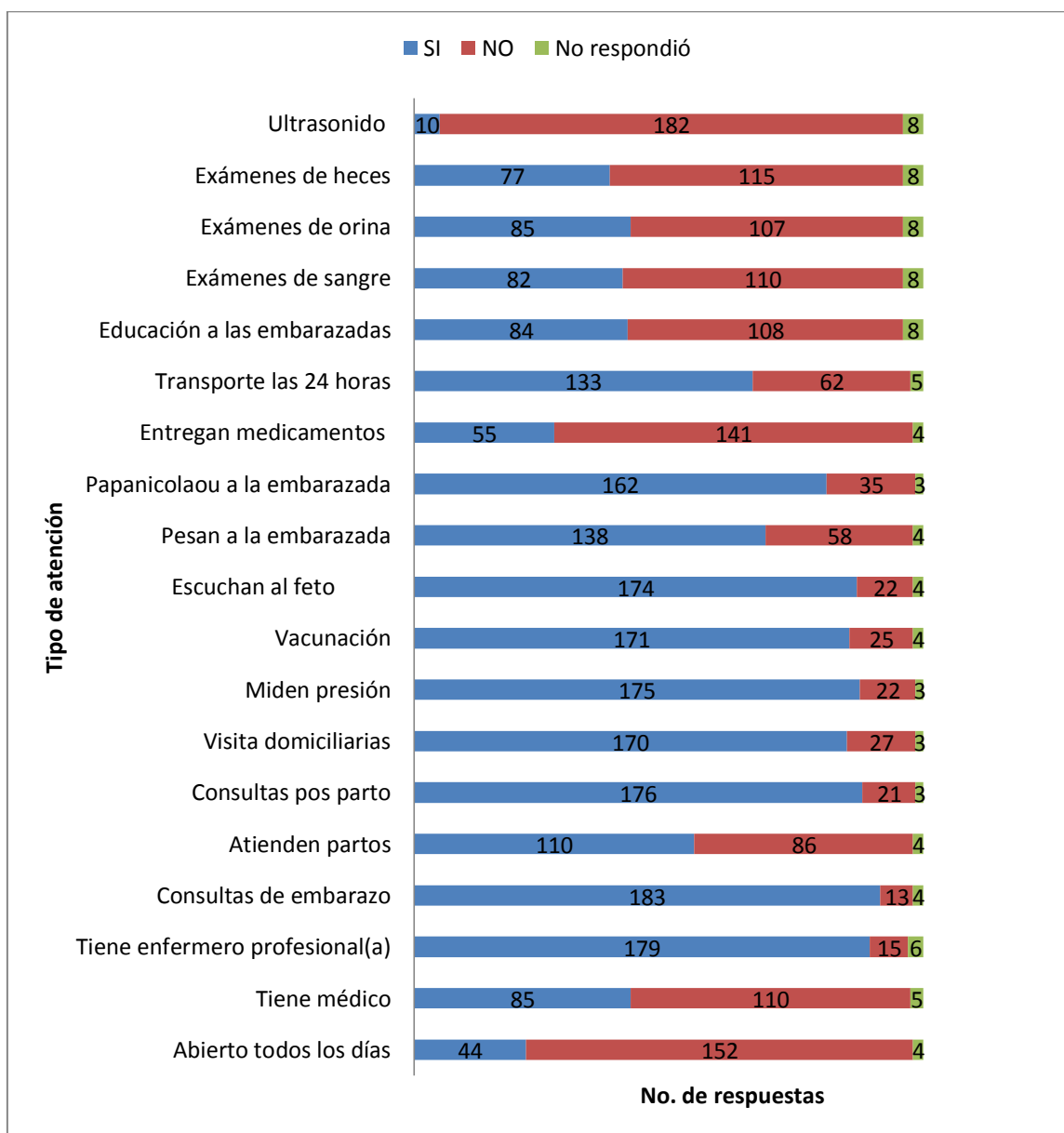
Gráfico 23. Persona que atendió el parto



Fuente: instrumento de recolección de datos.

Una baja proporción de los partos (7%) fue atendido por personal de salud, en su mayoría, las mujeres entrevistadas (76%) refirieron que la atención brindada durante el parto fue por las comadronas.

Gráfico 24. Servicios prestados en unidades de atención



Fuente: instrumento de recolección de datos.

La mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron que en el servicio de salud al que acudieron, no tuvieron disponibilidad de ultrasonido (91 %), laboratorio el (55 %), medicamentos (70%), médico (55 %), estar abierto todos los días (76 %), no hay atención del parto (43 %), no le brindaron educación sobre el embarazo (54 %).

CAPÍTULO VI

DISCUSION

A continuación se analizan y discuten los resultados obtenidos del estudio barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el 2011.

El modelo utilizado para análisis y discusión de los resultados del estudio es el propuesto por Aday y Andersen, en el cual se describen dimensiones como el acceso potencial y el acceso real. En el acceso potencial se aborda la interacción entre las características del sistema de salud, como la disponibilidad de recursos y la forma en que se organiza y, por otro lado, las características socio demográficas del individuo, en las que intervienen factores como predisposición, necesidad, habilidad de los agentes, demanda de servicios. (15, 30, 64) En la dimensión de acceso real, se hace referencia a la utilización efectiva de los servicios de salud desde el punto de vista institucional y de las experiencias de los usuarios frente a esa utilización así como la satisfacción y percepción que tiene el usuario acerca del desempeño del sistema. (15, 30, 64, 65)

Este modelo orienta el análisis de las características socio demográficas y de los servicios de salud de manera integradora, permitiendo, así, comprender cómo las características socio demográficas de la población y las características de los servicios de salud constituyen barreras de acceso a los servicios de salud.

El análisis y discusión de los resultados del estudio se organiza y presenta de acuerdo a las variables de estudio: a) barreras de acceso relacionadas con factores socio demográficos, b) barreras de acceso relacionadas con factores de los servicios de salud.

Barreras relacionadas con factores socio demográficos

Para fines del estudio la variable factores socio demográficos se define como características socio demográficas, las cuales impiden o dificultan que las mujeres tengan acceso a los servicios, para recibir atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, de manera oportuna. La discusión se organiza y presenta de acuerdo a las variables del estudio. Procedencia, rango de edad, estado civil, número de hijos, alfabetismo escolaridad, trabajo, ingresos familiares, grupo poblacional y religión.

Procedencia

En los resultados se determinó que la mayoría de las mujeres (71 %) viven en zonas rurales; estudios que abordan esta variable consideran que esta característica constituye una barrera de acceso. Raúl Mendoza y Jorge Beria, en la revisión sistemática respecto de los factores relacionados, entre los años 1970 y 1999, encontraron que en la región rural, se utilizaron con menor frecuencia de los servicios

de salud. En este mismo estudio, se describió que algunas regiones como Bolivia y otros países o regiones, con áreas montañosas o topografía difícil, pueden presentar dificultades en la accesibilidad física a los servicios de salud. (32)

Por otra parte, Julio Mayca y colaboradores en el estudio acerca de percepciones del personal de salud, en el Perú durante 2009, describieron que los determinantes más importantes que limitan el acceso de la gestante, están relacionados con la dispersión geográfica poblacional. (51)

Rango de edad

En el presente estudio se determinó que la mitad (50%) de las entrevistadas, se encuentran en un rango de 20 a 29 años. Otros estudios indican que dentro de los grupos etarios quienes más utilizan los servicios, son los niños y ancianos, así lo describe Myriam Ruiz, en la revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006, realizada en el 2008, en el cual se identificó a la población infantil y anciana como la que más utilizan los servicios. (31)

Por su parte, Raúl Mendoza y Jorge Béria, en el estudio acerca de utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática respecto de los factores relacionados, plantean que los grupos de edades extremas, como lo son los niños y ancianos, utilizan más los servicios de salud que los otros grupos de edad. (32)

Amanda Llanos en el estudio de factores relacionados con la utilización de los servicios de salud en Costa Rica, en el 2009, describió en concordancia con los estudios que, anteriormente, se han descrito que los grupos etarios extremos usan más servicios, lo que es congruente con el incremento en morbilidad y mortalidad de este grupo de población. (65)

Estado civil, número de hijos, trabajo, ingresos familiares

Estas características socio demográficas, se asocian, fuertemente, con la condición de género, en relación a estas variables los resultados del estudio reflejan que la mayoría (83 %) de las personas entrevistadas están casadas; el 60 % tiene de uno a tres hijos, un número alto, (96 %) son amas de casa, la mayoría (93 %) de los hogares tienen ingresos inferiores a los Q. 1,500.00 mensuales.

Estos resultados, claramente, constituyen barreras de acceso a los servicios de salud, lo cual es comparable con el estudio de Elsa Gómez, sobre género, equidad y acceso a los servicios de salud en 7 países de Latinoamérica, durante el 2007, se hace evidente que la mayor carga de responsabilidades familiares, el menor poder adquisitivo para comprar directamente servicios y las características del trabajo, son propias a las mujeres y las sitúan en desventaja para acceder a servicios de salud y a planes de aseguramiento, por lo que es de mucha importancia considerar los factores sociales de género que crean inequidades en el acceso a los servicios. (60)

De acuerdo con el estudio anterior, Lisa Rendon y Colaboradores, describen que en países con altas tasas de mortalidad materna, los rígidos patrones hacia la mujer, les obligan a ser madres, amas de casa, desempeñar múltiples labores simultáneamente, lo cual agrava la mala situación social de las mujeres, conjuntamente la escasez de recursos sanitarios, las colocan en un riesgo excesivo de morbilidad y mortalidad por causas relacionadas con el proceso reproductivo. (69)

Por otra parte, al analizar las condiciones descritas de las mujeres en el presente estudio, ser ama de casa 96%, multíparas en su mayoría, casada 83%, podrían constituir un factor potencial de acceso a los servicios de salud, por ejemplo: Julio Mayca y colaboradores, en el estudio acerca de percepciones del personal de salud y la comunidad respecto de la adecuación cultural de los servicios maternos perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región del Huáncó, realizado el 2009, en Perú, plantearon que los servicios están orientados a mujeres casadas, unidas, con hijos para desarrollar programas de salud reproductiva, tal como ocurre en la organización y diseño de los servicios en Guatemala, lo que favorece, de manera potencial, la asistencia a los servicios en esos grupos (52)

De igual manera, Miguel Ángel González y colaboradores, en el estudio de factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México, realizado el 2010, plantearon que las mujeres no afiliadas, con vida de pareja, tuvieron en común características de mejor acceso a los servicios de salud frente a las solteras y afiliadas. (55)

En el presente estudio las mujeres multíparas representan la mayoría de las entrevistadas, lo cual puede ser un factor que represente mayor demanda a los servicios de salud, sin ser, necesariamente, un indicador de acceso efectivo a los servicios de salud. Raúl Mendoza y Jorge Umberto Beria describieron que una familia grande, en algunos estudios, evidenciaron mayor posibilidades de atención, de igual manera se ajustan otras variables, se experimenta una menor utilización de los servicios. (32)

En relación al ingreso, esta variable, en el presente estudio, podría definirse como limitante en el acceso a los servicios de salud para la atención del embarazo, parto y puerperio. Ingrid Vargasen, el estudio acerca del acceso a la atención en salud en Colombia, evidenció que la falta de dinero es un factor limitante para hacer frente a los pagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención. (64) por lo que Amada Llanos y colaboradores, en el estudio factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica, en el 2009, describieron que al relacionar utilización y necesidad, se ha encontrado que para un mismo nivel de necesidad, las personas de clase social más desventajadas tienen realmente un menor acceso a los servicios de salud. (65)

Otro estudio de referencia para los resultados obtenidos en el presente estudio, en el cual la mayoría de familias reportaron ingresos inferiores a los Q 1,500.00, es el de

Nelly Salgado y colaboradores, respecto de género y pobreza, presentado en México 2007; en el cual indicó que los hogares, cuyo ingreso es insuficiente, no tendrán la capacidad de cubrir las necesidades en salud, entre otras. (82)

Al analizar, independientemente, algunas características, no constituyen barreras de acceso como el estado civil, el número de hijos, al contrario de otras, como ingresos familiares bajos, trabajo no calificado, se consideran de mayor peso y constituyen barreras de acceso, dado que aunque se manifiesten diversas necesidades en salud, existirán factores propios de las personas que limitaran la capacidad de acceder o buscar atención a las mismas. Al agrupar las variables y analizarlas de manera integral, es válido afirmar, en el presente estudio, que factores socio demográficos, asociados a la condición de género, constituyen barreras de acceso, de manera potencial, a los servicios de salud.

Alfabetismo, escolaridad

Se determinó que la mayoría de las mujeres entrevistadas (74%) son analfabetas, de estas, la mayoría (53 %) no completaron la primaria. Estas variables también se constituyen en barreras de acceso, porque coinciden con estudios similares como el de Silvia Tamez y Colaboradores referente al acceso a la atención prenatal en México, en el 2006, describen que la escolaridad es el factor de mayor peso para acceder a los servicios de salud; así, también el estudio de Miguel González respecto de factores asociados a la demanda de los servicios para la atención del parto en México, en el 2010, describe que mujeres con baja escolaridad, hacen menor uso de servicios calificados y prefieren resolver el parto en su vivienda. (44, 55)

El estudio de Elard Koch y colaboradores, acerca de la desigualdad educacional y socioeconómica, como determinante de la mortalidad en Chile, elaborado en el 2007, también apoya para sustentar que estos resultados reflejan barreras de acceso, ya que, indican que la baja educación propicia a un inadecuado acceso a los servicios sanitarios, a estilos de vida poco saludables, a condiciones laborales desfavorables y dificultades culturales para la penetración de estrategias de promoción y prevención en salud; hace alusión, también, a que las desigualdades en el acceso a los servicios, son a consecuencia además de acceso a buena educación, a situaciones de riqueza, poder, entre otros. (53)

La educación tiene diferente connotación en dependencia de los estratos sociales, esta cobra mayor importancia en estratos bajos, por la asociación de otros elementos adversos y esta será un factor protector; pero en mujeres del estrato medio o alto habrá mayor posibilidad, pues el acceso esta mediado por otros factores protectores como los círculos sociales, accesibilidad económica. Mayores niveles de escolaridad propiciarán mayor conocimiento de la disponibilidad de los servicios de salud, así como de los beneficios en el estado de salud, lo cual favorecerá el acceso o de no existir este buen nivel, la baja escolaridad será una barrera al acceso. (44, 65, 71)

Pueblo, Etnia

La mayoría de las mujeres entrevistadas (96%) pertenecen al grupo étnico maya Kakchiquel, esta variable está, estrechamente, vinculada con desigualdad, exclusión social, por lo que podría constituirse como barrera de acceso en dependencia de otros factores que estén a ella asociados, esta afirmación se sustenta en diversos estudios que abordan la temática, así como con los reportes del Índice de Desarrollo Humano en Guatemala por el PNUD, en donde se ha indicado la desigualdad e inequidades de los pueblos indígenas en Guatemala principalmente en salud y educación.

En el estudio acerca de equidad de etnia, en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, John Ariza y Mario Hernández, concluyeron que existen inequidades derivadas de la pertenencia étnica en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, expresada en desigualdades en el acceso y falta de adecuación, asimismo, reconocimiento de las diferencias étnicas. (85)

La encuesta mexicana en 1994, definió que los grupos étnicos o indígenas, dadas las condiciones socioeconómicas propias y sumado a la irregularidad de la atención de los servicios de salud, dificultan y constituyen barreras para el acceso a los servicios de salud. (71)

El abordaje integrador para el análisis de las características socio demográficas y las barreras de acceso es clave, dado que en situaciones individuales hay variables que pueden constituirse en barrera de acceso, o no, como se describió en los resultados de las variables educación y nivel socioeconómico, cobró mayor importancia el nivel socioeconómico alto. Así, cada variable puede comportarse de manera diferente en dependencia del contexto, es decir del resultado de cada variable. Es claro que el acceso parte de la necesidad de acceder y en un continuo se van sumando las variables de manera protectora o como barreras al acceso.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio y su comparación con los resultados de otros estudios, las características socio demográficas de las mujeres embarazadas del municipio de Santa Apolonia, son resultados que, en estas circunstancias, se constituyen en barreras de acceso a los servicios de salud, principalmente los resultados de la procedencia(rural 71%), los asociados a la condición de género(amas de casa 96% o escasa disponibilidad de recursos 93%), la escolaridad (analfabetos 17% y sin culminar la primaria 53%) y la etnia (96%).A estas características de las usuarias será de mucha importancia integrar los factores de los servicios de salud para comprender esta relación y culminar con un análisis en el cual se integre el acceso potencial y el acceso real y cómo intervienen estas características

BARRERAS RELACIONADAS CON FACTORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para fines del estudio, la variable factores de los servicios de salud se define como las características de los servicios de salud que impiden o dificultan que las mujeres accedan a los servicios, para recibir atención durante el embarazo, el parto y el puerperio, de manera oportuna, relacionados con la visita al servicio de salud más cercano, distancia, disponibilidad de transporte, tiempo de espera, atención en el idioma, calificación al servicio de salud, trato en el servicio de salud, costo de los servicios, atención domiciliar, número de controles de embarazo, , lugar de ocurrencia del parto, personal que atendió el parto, consulta del puerperio, tipos de atención que se prestan los servicios de salud.

Visita al servicio de salud más cercano

Se estableció que la mayoría (98 %) visitó algún servicio de salud durante el embarazo o posterior al parto, esto significa que la mayoría de las entrevistadas tuvo contacto con un servicio de salud para atender, principalmente, el embarazo o puerperio, este acercamiento denota, claramente, la posibilidad de llegar a buscar ayuda a un servicio de salud, es decir genera un acceso potencial, tal y como lo describen Aday y Andersen en su planteamiento teórico, no debe interpretarse, precipitadamente, como acceso efectivo, dado que los resultados de otras variables como se observará adelante, reflejan que no todas las necesidades fueron resueltas ante la necesidad sentida.

Distancia del servicio y disponibilidad de transporte

La mayoría (90 %) de las mujeres indicó que el servicio más cercano estaba a menos de 5 km, además, el 66 % de las personas identificó que existía ambulancia disponible las 24 horas, estos resultados nos indican la potencialidad para acceder a los servicios de salud, son otras las variables las que tendrán mayor peso en el logro de un acceso real y efectivo a los servicios de salud.

La posibilidad de acceso se discutió de manera similar en el estudio de María Eugenia Garza y Col. Acerca de la accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas realizado en Chile en el 2008, expone que la accesibilidad puede verse afectada por la distancia y el costo de traslado a los servicios, de la misma manera la accesibilidad geográfica depende de la organización territorial de los servicios, de características de la red de comunicaciones y de medios de transporte empleados por la población. (37)

Contrariamente, se afirma en el estudio de Luis Rosero y Douglas Güell, ya que, a pesar de los servicios estén cerca de la comunidad, tendrán muy poco significado para el acceso si estos se prestan de manera limitados. (41)A pesar de que se determinó que la mayoría de las comunidades están a menos de cinco kilómetros y la existencia de una ambulancia para movilizar pacientes, es importante hacer ver

que en el diario de campo del presente estudio se documentó las malas condiciones de los caminos, los cuales hacen complejo el desplazamiento, por lo que es importante considerar que la cercanía abre una posibilidad de acceso que se suma a otras variables y factores.

Tiempo de espera

Con relación al tiempo de espera, el 49 % de las mujeres entrevistadas respondieron que esperaron entre media y una hora para ser atendidas, lo cual no fue una molestia significativa para los usuarios, lo cual es similar a lo reportado en el estudio de Acosta y colaboradores acerca del análisis de la satisfacción del usuario, realizado en Argentina, en donde indican que el bajo tiempo de espera incidió en que casi la totalidad de los destinatarios de los centros de salud de la provincia de Córdoba manifestaran satisfacción por el mismo(88)

Estos resultados reflejan un acercamiento y un contacto real con los servicios de salud, esto contribuye a minimizar las barreras de acceso, pero es importante aclarar que aún no se encuentran con un acceso efectivo, considerando que acceso se define como el proceso mediante el cual las personas buscan y logran recibir una adecuada atención en salud, de calidad y oportuna, pretende que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, sea satisfactorio completamente, de manera que no solo debe involucrar la disponibilidad de recursos sino, también, el uso efectivo y la adecuación de éstos a las necesidades de atención de la población. [9, 15, 20, 23, 26]

Atención en el idioma

En la variable del idioma, la mayoría (78 %) de las entrevistadas recibió la atención en los servicios de salud, en el idioma local, este resultado favorece la disminución de barreras de acceso, estudios similares como el realizado por Ana Alarcón y colaboradores respecto de salud intercultural, realizado en Chile en el 2003, plantearon que son de mucha importancia las estrategias de comunicación intercultural, ya que, disminuyen las barreras sociales y culturales, entre equipos de salud y usuarios. La comunicación y diálogo deben ser efectivos, de tal manera que mejorará el nivel de satisfacción por parte de los usuarios. (57)

En esta variable se consideró, también, el estudio de Rebeca Terraza y colaboradores acerca de políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población migrante en España, durante el 2009, en el que indicaron que las barreras idiomáticas son uno de los factores que generan desigualdad en el acceso a los sistemas de salud. (70)

Calificación del usuario

Finalmente, en los resultados del estudio se determinó que la mayoría de las entrevistadas percibieron amabilidad (81%) y buena atención (71%) dentro de los servicios de salud, lo que no se correlaciona con los resultados determinados porque, como se describe en la propuesta de Aday y Andersen, el análisis de este componente es subjetivo y dependerá mucho de la percepción de los usuarios ante la atención recibida.

El estudio de Acosta y colaboradores respecto de análisis de la satisfacción del usuario, realizado en Argentina, plantean que este componente de subjetividad y su relación con el contexto social torna complejo el análisis de la satisfacción del usuario. Sin embargo, el análisis de este constructo es importante para proporcionar insumos de información pertinente, así generar, desde la gestión, respuestas oportunas y optimización de los recursos sanitarios. (88)

Costo del servicio

Con relación a la gratuidad, los resultados obtenidos fueron que la mayoría (72%) de las personas efectuó gastos en lo personal para transportarse, es decir, contrataron transportes privados, además, se determinó que el 27 % de la población efectuó otros gastos relacionados con la atención.

Edith Pantelides, en el estudio respecto del acceso de los adultos mayores, del área metropolitana de Buenos Aires, a los servicios de atención en salud plantea que al preguntar por motivos de no realización de la consulta, el costo fue la razón principal, entre las opciones que se brindaban, lo que limita el acceso a otras variables como la internación, adquirir medicamentos, realizar alguna técnica diagnóstica. (40)

Este elemento está ligado a las políticas que un país desarrolla para garantizar el acceso a los servicios de salud, tal y como se describe en el estudio presentado por Cesar Abadía, referente a pobreza y desigualdades sociales, realizado en la Universidad de Harvard, Estados Unidos en el 2006, en donde describe que las reformas al sector salud han fomentado la privatización de los servicios de salud, por lo que los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyeron los subsidios sociales, creando barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, lo que aumenta las desigualdades sociales y, por ende, el acceso a los servicios de salud. (58)

La no gratuidad es una variable importante que debe integrarse a las muchas variables analizadas en los resultados de este estudio y se constituye en una barrera importante para acceder a los servicios de salud, de acuerdo con estudios similares que incorporan esta variable.

Atención domiciliar del embarazo, puerperio y número de controles

Estas variables reflejan la posibilidad que tuvieron las embarazadas de acceder a un servicio de salud y satisfacer una necesidad puntual, dado que la mayoría de las entrevistadas recibieron atención domiciliar durante el embarazo (86%) y durante el puerperio (94%), mujeres que recibieron entre tres (30 %) y cuatro controles (45 %) durante su embarazo (75%), factores que favorecen el acercamiento de servicios de salud y promueve la utilización de los mismos, al eliminar otras barreras de acceso.

En el estudio realizado por Nidia Márquez y colaboradores respecto de costos y beneficios del ingreso en el hogar, realizado en Cuba en 1998, expresaron que este era de mucha utilidad porque se eliminaban algunas barreras del acceso, como la distancia para acudir a los servicios, gastos adicionales que se promueven al movilizarse y que la atención genera mayor satisfacción por el usuario y los familiares al estar en ese entorno. (87)

Otro estudio realizado, también en Cuba, por Maritza Alcaraz, durante el 2011, describió que el pase de visita en la comunidad, garantiza un acceso a la atención con calidad y calidez, dado que este se realiza con rigor científico y valores asociados a la ética, moral, responsabilidad y la solidaridad. (86)

Estos resultados reflejan que las entrevistadas encontraron una puerta de entrada ante una necesidad e indicaron resolver, una condición específica el control o seguimiento de su embarazo. Es importante analizar variables como el tipo de servicios prestados, las calidades del personal que realizan los controles, así como la dotación de medicamentos, entre otros factores, para concluir que el acceso fue efectivo, acceso real como lo defina Aday y Andersen.

Lugar de ocurrencia y personal que atendió el parto

En cuanto al lugar de ocurrencia y personal que atendió el parto, Se determinó que la mayoría (74 %) de los partos ocurrieron en el domicilio, 76 % de los partos fue atendido por comadronas y solamente el 7% los partos fue atendido por personal calificado, principalmente en el hospital.

Estudios similares indican que la ausencia de personal calificado se refleja en la atención, conllevando desde insatisfacción, hasta eventos trágicos como la muerte. Así lo describe Ronsmans y colaboradores, respecto de mortalidad materna y acceso a los servicios obstétricos en el Este de África, no ponen en duda que las grandes diferencias de la mortalidad materna, en áreas urbanas y rurales, se deban a diferencias en el acceso a la atención calificada para la atención. (61)

Miguel González y colaboradores, en el estudio acerca de factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México, concluyeron que la mortalidad materna se encuentra, estrechamente, relacionada con la utilización oportuna y eficiente de personal profesional calificado. (55)

Estos resultados pueden ser el reflejo de la precariedad de los servicios institucionales de salud, lo que, coincidentemente, describe Rebeca Nuñez y colaboradores, en el estudio acerca de políticas sanitarias de ámbito estatal y autonómico para la población migrante en España, durante el 2009; han propuesto que se debe mejorar la formación y sensibilización del personal para mejorar sus competencias en la atención a una población diversa culturalmente, lo cual corresponde a una de las necesidades expresadas por los profesionales. Esta medida contribuirá a mejorar el acceso a los servicios y mejorar la calidad de la atención prestada. (70)

Servicios del proveedor

Al consultar los tipos de servicios que brindan los servicios al que las personas acuden, se determinó en los resultados, de esta dimensión, que el 55 % de las entrevistadas no visualizan la posibilidad de acceder a exámenes de laboratorio, el 55 % de las personas se refirió a que los servicios no cuentan con médicos, el 76 % de las entrevistadas refirió que los servicios no se encuentran abiertos todos los días, el 70 % se refirió que no hay medicamentos, así como equipo especializado para el control del embarazo de acuerdo a la respuesta de casi la totalidad (91 %) de las entrevistadas.

Edith Pantelides, en el estudio respecto del acceso a los adultos mayores describe, entre otras, que “las barreras que se interponen entre el sujeto y la atención de su salud que se pueden denominar sociales, provienen, por un lado, de la organización del sistema de salud mismo, sus niveles de atención, sectorización, cobertura y costo; pero, también de la forma de funcionamiento cotidiano”.(40)

En el estudio de Ingrid Vargas y colaboradores, referente al acceso a la atención en salud en Colombia, durante el 2010; los autores plantearon que los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios, se relacionan, tanto con la disponibilidad de recursos como con su organización. (64)

Los resultados establecidos representan menores posibilidades de acceder a servicios de salud calificados, para satisfacer una necesidad, dado que las personas han identificado estas limitaciones en los servicios, principalmente la ausencia de personal calificado, medicamentos básicos, exámenes de laboratorio, y la atención diaria.

Finalmente, al integrar los resultados de las características de las variables socio demográficas y de los servicios de salud descritas en el presente estudio, dentro del modelo propuesto por Aday y Andersen, permite analizar la relación y la interacción que se dió entre ellas, permitió identificar y diferenciar el acceso potencia ldel acceso real. Es decir, si las personas tuvieron una alta posibilidad de establecer un contacto con los servicios ante una necesidad, sin que esto implicara la satisfacción real de las necesidades. Es decir, que esto permitió establecer si las características socio demográficas y de los servicios de salud encontradas, se constituyen en

barreras para el acceso de los servicios de salud en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango

En consecuencia, es importante enfatizar que hay variables que evidenciaron, en el presente estudio, la existencia de un acceso potencial, es decir, la posibilidad que tuvieron las personas de acceder a los servicios de salud. Dentro de los resultados se describen las variables que apoyan esta afirmación: la atención domiciliaria que permitió atender el embarazo y puerperio, la distancia, relativamente corta para acceder a los servicios, atención en el idioma local, disponibilidad física de los servicios, sin que esto implicara la utilización efectiva y satisfactoria de los servicios para la resolución de las necesidades en la población estudiada.

Es importante recordar lo descrito por Hugo Salina y Col. en lo cual describieron que no se trata solo de llegar a la institución, sino de recibir una atención de calidad, por el personal calificado, (62) considerando el continuo en la atención, precisamente, en este proceso que principia con la percepción de necesidad de salud y que impulsa la búsqueda y continuidad para satisfacerla, es a lo que Frenk denomina acceso. (37)

Por ello, es de suma importancia describir los resultados de las demás variables en donde se evidenció la falta de acceso efectivo y real a los servicios de salud, dado que como se describió anteriormente, los partos no ocurrieron dentro de una institución en condiciones seguras, la poca disponibilidad de transporte institucional, la falta de servicios complementarios, la ausencia del personal calificado en los principales sitios de consulta y en la resolución del parto, son condiciones que denotan la poca accesibilidad a los servicios de salud.

Finalmente, las variables socio demográficas descritas y contrastadas con otros estudios, como la procedencia rural de la mayoría de las participantes, los ingresos familiares bajos, la falta de autonomía de las mujeres, la población Kakqchikel, la multiparidad y la baja escolaridad, son características de la propias de la población que contribuyeron con el menor acceso.

CONCLUSIONES

La discusión y análisis de los resultados del estudio “Barreras de Acceso a los Servicios de Salud a Embarazadas, en el Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango”, permitió alcanzar las siguientes conclusiones.

1. Las características socio demográficas de las mujeres que participaron en el estudio, las identifican que en su mayoría proceden del área rural, son indígenas, amas de casa, con bajos ingresos, baja escolaridad, mismas que pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios de salud de acuerdo a la evidencia científica actual.
2. Las características de los servicios de salud según lo referido por las mujeres que participaron en el estudio, determinaron que existe una baja ocurrencia de los partos institucionales, los partos se resuelven, principalmente, en el domicilio, en condiciones no seguras, existe poca disponibilidad de transporte institucional para llegar a los servicios, existe falta de disponibilidad servicios diagnósticos y complementarios, así mismo, refirieron que hay ausencia del personal calificado en los principales sitios de consulta y en la resolución del parto, mismas que pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios de salud.
3. De acuerdo a lo propuesto en el modelo de Aday y Andersen, se determinó que las características socio demográficas y de los servicios de salud en Santa Apolonia, en su conjunto constituyen barreras de acceso a los servicios de salud en las mujeres embarazadas del Municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, dado que sus características predisponen y limitan el acceso real y efectivo a los servicios.

RECOMENDACIONES

- Mejorar el intercambio y el diálogo intercultural de los servicios de salud con los usuarios y con los terapeutas tradicionales en la comunidad, dado que son parte de la red y es donde se resuelven los principales problemas reproductivos de las mujeres en Santa Apolonia, Chimaltenango
- Promover proyectos de desarrollo local que contribuyan con la autonomía de las mujeres en Santa Apolonia, mejora de ingresos económicos, estímulo para la educación formal y evitar la deserción escolar.
- Fortalecer programas de salud que permitan la atención integral calificada en el primer y segundo nivel de atención.
- Vigilar que los servicios de salud cercanos a las comunidades tengan capacidad de dar respuesta tanto en insumos, equipamiento, medicamentos, personal calificado para satisfacer las necesidades de la población.
- Mejora de la red vial comunitaria, así como la disponibilidad de transporte para la movilización en las diferentes necesidades en salud de las comunidades
- Incentivar el uso de los servicios de salud institucionales a través de estrategias para la atención con pertinencia cultural de la mujer principalmente en la atención del parto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luque Fernández MA, Bauernfeind A. Prevención de la mortalidad materna: Un ejemplo de intervención comunitaria en salud en el Congo. *Index Enferm* [en línea]. 2007 sep [accesado 22 Jun 2011]; 16(57):13-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000200003&lng=es.
2. Verges C. Genética y bioética en América Latina. *Acta bioeth.* [en línea]. 2004 [accesado 22 Abr 2012]; 10(2): 155-166. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000200004&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2004000200004.
3. Organización Panamericana de la Salud. Información y análisis de salud:situación de salud en las Américas: Indicadores básicos 2009. Washington, D.C.:OPS; 2009
4. Tzul AM, Kestler E, Hernández B, Hernández C. Mortalidad materna en Guatemala: diferencias entre muerte hospitalaria y no hospitalaria. *Salud Pública México.* [en línea] 2006 May-Jun [accesado 23 Jun 2011]; 48 (3):183-192. Disponible en:<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10648302.pdf>
5. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, Centro para el Control y Prevención de Desastres. V Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008-2009. Guatemala: Oscar de León Palacios; 2010.
6. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Mortalidad materna consolidado 2009. [en línea] Guatemala: SIGSA; 2009 [accesado 24 de Jun 2011]; Disponible en: http://sigsa.mspas.gob.gt/index.php?option=com_content&view=category&id=13&Itemid=12
7. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Tercer informe de avances en el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Objetivo 5 mejorar la salud materna. Guatemala: Serviprensa; 2010.
8. Organización Mundial de la Salud. Proporción de nacimientos atendidos por personal calificado en el 2008. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: OMS; 2008.
9. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.

10. Rubio Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev Salud Pública. [en línea]. 2008 [consultado 15 de mayo 2011]; 10(1): 29-43. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a04.pdf>
11. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. Salud Pública de México. [en línea]. 2007 [accesado el 8 de mayo 2011]; 49(3): 498-93. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a03v49n2.pdf>.
12. Herrera M. Mortalidad materna en el mundo. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]. 2003 [accesado 24 Jun 2011]; 68(6): 536-543. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262003000600015&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262003000600015.
13. Acuna C. Desafíos en la protección social de la salud para la salud de la mujer, neonatos y niños en América Latina y el Caribe. [en línea]. México: Organización Panamericana de la Salud; 2007. [accesado 1 de May 2011] Disponible en: http://www.lachealthsys.org/documents/events/ciess07/Desafios_prot_soc_salud_mujer_neonato_pob_inf_ALC-OPS-Cecilia_Acuna.pps#406,1,
14. Alcántara R. Barreras para acceso a la salud causan altas tasas mortalidad. [en línea]. República Dominicana: Periódico Hoy. 19 Jun 2010; El país [accesado 1 de may 2011]; Disponible en: <http://www.hoy.com.do/el-pais/2010/6/19/330639/Barreras-para-acceso-a-la-salud-causan-altas-tasas-mortalidad>
15. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2007 [accesado 17 May 2011]; 9(1): 26-38. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100004&lng=en. doi: 10.1590/S0124-00642007000100004
16. Fayad Saeta Y, López Barroso R, San Pedro López MI, Márquez Capote E. Materna crítica durante el período 2004-2008. Rev Cubana Obstet Ginecol [en línea]. 2009 Dic [accesado 22 Jun 2011]; 35(4): 12-19. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000400003&lng=es.
17. Freyermuth-Enciso G, Cárdenas-Elizalde R. Evaluación del subregistro de la mortalidad materna en Los Altos de Chiapas mediante las estrategias RAMOS y RAMOS modificada. Salud Pública Méx [en línea]. 2009 Dic [accesado 22 Jun 2011]; 51(6): 450-457. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600002&lng=es

18. Intervenciones para mejorar los servicios de salud materno-infantil y el estado nutricional de las madres y los niños: barreras y opciones. *Rev Panam Salud Publica* [en línea]. 2008 ago [accesado 22 Jun 2011]; 24(2): 136-138. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000800008&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892008000800008.

19. Vargas J, Molina M. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [en línea]. 2009 [accesado 23 May 2011]; 121-130. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12011791003>.

20. Hernández I, Arenas Monreal M de La L, Valde R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev Saúde Pública* [en línea]. 2001 Oct [consultado 22 Jun 2011]; 35(5): 443-450. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000500006&lng=en.

21. Figueroa M. Estrategias para superar las barreras idiomáticas entre el personal de salud-usuario de servicios de salud pública en España, Estados Unidos y México. *Comun Soc Guadalajara*, [en línea]. 2009 Dic [consultado 22 Jun 2011]; (12): 149-175. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-252X2009000200007&lng=es&nrm=iso.

22. Arteaga FA, López Cruz SN. Evolución de la mortalidad materna en América Latina, El Caribe y Bolivia. Aspectos que influyen. *Arch Boliv Med*. [en línea]. 2009 [accesado 22 Jun 2011]; 13(81): 35-40. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252009000300011&lng=en&nrm=iso. ISSN 0004-0525.

23. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerability and exclusion: life conditions, health situation, and access to health services of the population displaced by violence settled in Bogotá - Colombia, 2005. *Rev Gerenc Polit Salud*. [en línea]. 2008 Ene [accesado 22 Jun 2011]; 7(14): 145-176. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272008000100009&lng=en&nrm=iso. ISSN 1657-7027.

24. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las encuestas de calidad de vida sobre el sistema de salud en Colombia?. *Cad Saúde Pública* [en línea]. 2008 Ene [consultado 22 Jun 2011]; 24(1): 122-130. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100012&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100012.

25. Gálvez González Ana María. Economía y salud en el camino hacia la eficiencia. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2010 Mar [accesado 22 Jun 2011]; 36(1):

- 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100001&lng=es.
26. Urrutia MT, Poupin L, Concha X, Viñales D, Iglesias C, Reyes V. ¿Por qué las mujeres no se toman el Papanicolaou?: barreras percibidas por un grupo de mujeres ingresadas al programa de cáncer cervicouterino AUGE. *Rev Chil Obstet Ginecol.* [en línea]. 2008 [accesado 22 Jun 2011]; 73(2): 98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000200005&lng=es.
27. Caceres M. Prenatal care: an urgent reflection. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* [en línea]. 2009 Abr [accesada 24 Jun 2011]; 60(2): 165-170. Disponible en: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342009000200007&lng=en&nrm=es. ISSN 0034-7434.
28. Nureña César R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica* [en línea]. 2009 oct [accesada 24 Jun 2011]; 26(4): 368-376. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009001000013&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892009001000013.
29. Alleyne George AO. La equidad y el futuro por labrar en el campo de la salud. *Rev Panam Salud Publica* [en línea]. 2001 Dic [accesada 24 Jun 2011]; 10(6): 371-375. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892001001200001&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892001001200001.
30. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research* [en línea]. 1974 [accesado 3 Oct 2011]; 9(3): 208-220. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/?page=5>
31. Ruiz Rodríguez M, Valdez Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. *Rev Salud Pública* [en línea]. 2008 May [accesado 3 Oct 2011]; 10(2): 332-342. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lng=en.
32. Mendoza R, Beria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saúde Pública* [en línea]. 2001 [accesado 3 Oct 2011]; 17(4): 819-832. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v17n4/5288.pdf>
33. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública* [en línea]. 2004 [accesado 3 Oct 2011]; 20(2): 190-198. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

34. Andersen R M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health and Soc Behavior* [en línea]. 1995 Mar [accesado 3 Oct 2011]; 36(1): 1-8 Disponible en: [http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting Behavioral Model and Access.pdf](http://globalhealth.stanford.edu/resources/Revisiting_Behavioral_Model_and_Access.pdf)
35. Hunter JB, de Zapien JG, Denman CA, Moncada E, Papenfuss M, Wallace D, Giuliano AR. Healthcare access and utilization among women 40 and older at the U.S. Mexico border: predictor of a routine check-up. *J Community Health* [en línea]. 2003 Oct [accesado 23 Oct 2011]; 28(5): 317-33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14535598>
36. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2011 Jun. [accesado 5 Oct 2011]; 37(2); 1 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es)
37. Garza Elizondo M E, Salinas Martínez A M, Núñez Rocha G M, Villarreal Ríos E, Vásquez Treviño M G, Vásquez Salazar M G. Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2008 Dic [accesado 5 Oct 2011]; 136(12): 1574-1581. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200011&lng=es.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008001200011&lng=es) doi: 10.4067/S0034-98872008001200011.
38. Álvarez Pérez A G, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, de Vos Pol, Van der Stuyff P. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [en línea]. 2008 Abr [accesado 5 Oct 2011]; 46(1): 1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000100007&lng=en.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000100007&lng=en)
39. Knowles J, Leighton C, Stinson W. Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud. [en línea]. USA: Partnerships for Health Reform; 1997 Sept [accesado 24 Oct 2011]. Disponible en: http://www.lachsr.org/documents/indicadoresdemediciondeldesempenodelsistema_desalud-ES.pdf
40. Pantelides EA. Acceso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. [en línea]. Argentina: Centro de Estudios de Población; 2001 [accesado 24 Oct 2011]. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD078_Pantelides.pdf
41. Rosero L, Douglas G. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: estudio basado en un sistema de información geográfica. [en línea]. Costa Rica: Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de San José; 1998 Nov

[accesado 24 Oct 2011]. Disponible en:
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/accops/acceso-ops.pdf>

42. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2011 Jun [accesado 3 Oct 2011] ; 37(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es.
43. Mesquita M, Pavlicich V Benitez S. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *Pediatr. (Asunción)*. [en línea]. 2008 [accesado 3 Oct 2011]; 35(1): 11-17. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032008000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 1683-9803.
44. Tamez-González S, Valle-Arcos R, Eibenschutz-Hartman Ca, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud pública Méx* [en línea]. 2006 Oct [accesado 21 Oct 2011] ; 48(5): 418-429. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000500008&lng=es.
45. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública* [en línea]. 2008 Abr [accesado 21 Oct 2011] ; 24(4): 745-754. disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000400004>.
46. Fleitas Ruiz R. Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* [en línea]. 2003 Sep [accesado 21 Oct 2011] ; 29(3): 246-252. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000300008&lng=es.
47. Walraven G, Telfer M, Rowley J, Ronsmans C. Maternal mortality in rural Gambia: levels, causes and contributing factors. *Bull World Health Organ* [en línea]. 2000 [accesado 21 Oct 2011]; 78(5): 603-613. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862000000500005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862000000500005>.
48. De Brouwere V, Tonglet R, Van Lerberghe W. Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the

- industrialized West?. *TM & IH* [en línea]. 1998 [accesado 21 Oct 2011] 3(10): 779. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-3156.1998.00310.x/pdf>
49. Faneite AP. Mortalidad materna: evento trágico. *Gac Méd* [en línea]. 2010 Ene [accesado 21 Oct 2011]; 118(1): 11-24. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622010000100003&lng=es&nrm=iso. ISSN 0367-4762.
50. Orozco-Núñez E, González-Block MÁ, Kageyama-Escobar LM, Hernández-PB. Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública Méx* [en línea]. 2009 Abr [Accesado 21 Oct 2011]; 51(2): 104-113. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000200005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342009000200005>.
51. Mayca J, Palacios E, Medina A, Velásquez J, Castañeda D. Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región huánuco. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* [en línea]. 2009 [accesado 21 Oct 2011]; 26(2): 145-60. <Http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v26n2/a04v26n2.pdf>
52. Núñez Rivas H, Rojas Chavarría A. Revisión conceptual y comportamiento del embarazo en la adolescencia en Costa Rica, con énfasis en comunidades urbanas pobres. *Rev costarric Salud Pública* [en línea]. 1998 Dic [accesado 21 Oct 2011]; 7(13): 38-54. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291998000200005&lng=es.
53. Koch Elard R, Manríquez L, Paredes M, Ortúzar E, Taylor A et al . Desigualdad educacional y socioeconómica como determinante de mortalidad en Chile: análisis de sobrevivida en la cohorte del proyecto San Francisco. *Rev Méd Chile* [en línea]. 2007 Nov [accesado 21 Oct 2011]; 135(11): 1370-1379. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001100002&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872007001100002.
54. Nigenda G, Caballero M, González-Robledo LM. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Méx* [en línea]. 2009 [accesado 21 Oct 2011]; 51(2): 1. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000800016&lng=es.
55. González-Block MÁ, Saucedo-Valenzuela AL, Yared Santa AT. Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México. *Salud Pública Méx* [en línea]. 2010 Oct [accesado 21 Oct 2011]; 52(5): 416-423.

Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000500009&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342010000500009>.

56. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. [en línea]. Washington: OPS/OMS; 2005 [accesado 21 Oct 2011]. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
57. Alarcón MA, Vidal HA, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Méd Chile [en línea]. 2003 Sep [consultado 21 oct 2011]; 131(9): 1061-1065. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000900014&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872003000900014.
58. Abadía Barrero CE. Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral. Acta bioet [en línea]. 2006 Ene [consultado 21 oct 2011]; 12(1): 9-22. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100002&lng=es. doi: 10.4067/S1726-569X2006000100002.
59. Carvacho I, Mello Maeve B, Morais S, Silva J. Factores asociados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. Rev Saúde Pública [en línea]. 2008 Oct [accesado 21 oct 2011]; 42(5): 886-894. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000500014>.
60. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002 Jun [accesado 23 Oct 2011]; 11(5-6): 327-334. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500008&lng=en.
61. Ronsmans C, Etard JF, Walraven G, Hoj L, Dumont A, Bernis L, Kodio B. Maternal mortality and access to obstetric services in West Africa. TH & IH 2003; 8(10): 940-948.
62. Salinas PH, Albornoz VJ, Reyes PA, Erazo BM, Ide VR. Análisis de componentes principales aplicado a variables respecto a la mujer gestante en la región de las Américas. Rev Chil Obstet Ginecol [en línea]. 2006 [accesado 23 Oct 2011]; 71(1): 17-25. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262006000100004&lng=es
63. Ruiz-Rodríguez M, López-Moreno S, Ávila-Burgos L, Acosta-Ramírez N. Utilización de servicios médicos por una población desplazada en Bucaramanga, Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2006 Dic [accesado 23 Oct 2011]; 8(3):

- 197-206. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642006000300005&lng=en
64. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete ML, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2010 Oct [accesado 23 Oct 2011]; 12(5): 701-712. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en
65. Llanos Amada A., Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga J. Factors related to using health services in Costa Rica. Rev Salud Pública [en línea]. 2009 Jun [accesado 23 Oct 2011]; 11(3): 323-335. disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000300002&lng=en
66. Gaviria H. La calidad en la atención en salud más allá de la mirada técnica y normativa. Invest Educ Enferm [en línea]. 2011 [accesado 23 Oct 2011]; 29(1): 76 – 86. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/8527/7856>
67. Engelman M. Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. Anu de Investig [en línea]. 2006 [accesado 23 Oct 2011]; 14: 221-228. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100021&lng=es
68. Morales J, Gutiérrez C, Mitma C, Siancas T, Palomino H. Características del embarazo en adolescentes de la sierra rural del sur de Ayacucho, 2004-2008. Rev Peru Epidemiol [en línea]. 2008 Dic [accesado 23 Oct 2011]; 12 (3): 1-8 Disponible en: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/v12_n03_2008/AO2.pdf
69. Rendon L, Langer A, Hernández B. Condiciones de vida de la mujer y mortalidad materna en América Latina. Rev Cubana Salud Pública [en línea] 1995 [accesado 24 Oct 2011]; 21 (1): 1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000100005&lng=es.
70. Terraza R, Vargas LI, Rodríguez A, Lizana AT, Navarrete M, Vázquez L. Health policies of national and regional level for the immigrant population in Spain. Gac Sanit [en línea]. 2010 Abr [accesado 24 Oct 2011]; 24(2): 115-115. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112010000200004&lng=en
71. Conceptual and methodological basis of the National Health Survey II, Mexico, 1994. Salud pública Méx [en línea]. 1998 Ene [accesado 24 Oct 2011]; 40(1): 76-85. disponible en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36341998000100011&lng=en.

72. Bigdeli M, Annear PL. Barriers to access and the purchasing function of health equity funds: lessons from Cambodia. Bull World Health Organ [en línea]. 2009 Jul [accesado 24 Oct 2011]; 87(7): 560-564. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862009000700019&lng=en.
73. Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2002 Jun [accesado 24 Oct 2011]; 11(5-6): 316-326. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500007&lng=en.
74. Homedes N, Ugalde A. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. Gac Sanit [en línea]. 2002 Feb [accesado 24 Oct 2011]; 16(1): 54-62. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000100008&lng=en
75. Rosenberg H, Andersson B. Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Pública [en línea]. 2000 Ag [accesado 24 Oct 2011]; 8(1-2): 118-125. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000700016&lng=en.
76. Guarnizo-Herreño CC, Agudelo C. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Rev Salud Pública [en línea]. 2008 [accesado 25 Oct 2011]; 10 (1) 44-57 Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600005&lng=en
77. Casas-Zamora JA. Salud, desarrollo humano y gobernabilidad en América Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI. Rev Panam Salud Publica [en línea]. 2002 Jun [accesado 25 Oct 2011]; 11(5-6): 386-396. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500014&lng=en
78. Guatemala. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2007. Guatemala: Serviprensa; 2011.
79. Programa de las Naciones Unidad para el Desarrollo. Guatemala: hacia un estado para el desarrollo humano. Informe nacional de desarrollo humano 2009/2010. Guatemala: 2010.

80. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Línea basal de mortalidad materna para el año 2000. Guatemala, enero 2003.
81. Villar E. Los determinantes sociales de la salud y la lucha por la equidad en salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil
82. Salgado-de Snyder V. Nelly, Wong Rebeca. Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2007 Ene [citado 2017 Sep 13] ; 49(Suppl 4): s515-s521. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es.
83. Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia, 2008. Universidad Autónoma de Barcelona- Departamento de Economía Aplicada [en línea]. [accesado 10 Oct 2015]; Disponible en: <http://encuentros.alde.es/anteriores/xiveea/trabajos/r/pdf/059.pdf>
84. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud, Barcelona, España
85. Ariza-Montoya John F, Hernández-Álvarez Mario E. Equidad de Etnia en el Acceso a los Servicios de Salud en Bogotá, Colombia, 2007. Rev. salud pública [serial on the Internet]. [cited 2012 Sep 28]. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000600006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000600006>.
86. Alcaraz Agüero Maritza. Pase de visita en la comunidad. MEDISAN [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 2012 Oct 04] ; 15(3): 399-405. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192011000300020&lng=es.
87. Márquez Morales Nidia, Jiménes Cangas Leonor, Torres Díaz José Humberto. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr [serial on the Internet]. 1998 Oct [cited 2012 Oct 04] ; 14(5): 445-449. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000500007&lng=en.
88. Acosta L., Burrone M.S., Lopez de Neira M.J., Lucchese M., Cometto C., Ciuffolini B. et al . Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. Enferm. glob. [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2012 Oct 13] ; 10(21):Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000100014&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1695-61412011000100014>.

ANEXOS

ANEXO 1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de estudios de Post grado
Maestría en Ciencias de Salud Pública
Área de Investigación



Instrumento de recolección de datos

Estudio sobre Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el 2011.

Objetivo

La presente entrevista tiene como finalidad obtener información proporcionada por su persona lo que será de mucha utilidad para determinar las barreras de acceso a los servicios de salud en embarazadas en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, por lo que se le solicita responder las siguientes preguntas.

I.) Datos Generales

Fecha: _____
Nombre de la entrevistada: _____
Nombre de la comunidad: _____
Sector: _____ Jurisdicción: _____

II.) Factores sociodemográficos

1. ¿Cuál es su Procedencia?

- 1 Aldea 2 Finca 3 Cooperativa 4 Caserío
5 Barrios 6 Colonias

2. ¿Cuántos años tiene?

- 1 < de 19 años 2 20-24 3 25-29
4 30-34 5 35 o más

- 3. ¿Sabe leer?**
1 Si 2 No
- 4. ¿Hasta qué grado estudio?**
1 Primaria completa
2 Primaria incompleta
3 Secundaria completa
4 Secundaria incompleta
5 Diversificado
6 Ninguno
- 5. ¿A qué se dedica?**
1 Agricultura
2 Industria de servicios
3 Industria manufacturera
4 Ama de casa
5 Comercio
6 Otro Cuál _____
- 6. ¿Cuánto es el ingreso de la familia en un mes?**
1 Menos de Q. 1,500
2 Entre Q 1,500 y Q 3,000
3 Más de Q 3,000
- 7. ¿A cuál grupo étnico al cual pertenece?**
1 Maya 2 Mestizo
- 8. ¿Pertenece o asiste a alguna iglesia?**
1 Católica 2 Evangélica 3 Mormona
4 Ninguna
- 9. ¿Cuál es su estado civil?**
1 Casada 2 Soltera 3 viuda 4 divorciada 5 unión libre
- 10. ¿Cuántos hijos tiene?**
1 de uno a tres
2 de cuatro a seis
3 más de seis
- 11. ¿Quién atendió su parto en el niño que nació el 2011?**
1 Comadrona
2 Personal del puesto de salud
3 Suegra
4 Esposo
5 Otro

12. ¿En dónde ocurrió su parto?

- 1 Casa
- 2 De camino
- 3 Centro de salud
- 4 Hospital
- 5 Otro

En dónde? _____

13. Al momento de su parto ¿quién decidió el lugar para atender el parto?

- 1 Su Esposo
- 2 Su Madre
- 3 Su Suegra
- 4 Embarazada (usted misma)
- 5 La Comadrona
- 6 Otro

Quien _____

14. ¿Conoce riesgos del embarazo, el parto y el pos parto?

- 1 si
- 2 no

- 3 Dolor de cabeza
- 4 Edemas (pies hinchados)
- 5 Parto prolongado(no nace el niño)
- 6 Hemorragia

15. ¿Cuántos controles recibió durante su embarazo por parte de los trabajadores del servicio de salud?

- 1 Uno
- 2 Dos
- 3 Tres
- 4 Cuatro y más
- 5 Ninguno

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hicieron exámenes de sangre<input type="checkbox"/> Hicieron examen de orina y heces<input type="checkbox"/> La pesaron<input type="checkbox"/> Le tomaron la presión<input type="checkbox"/> Examen de abdomen (al bebe)<input type="checkbox"/> Le dieron vitaminas (prenatales) |
|--|

16. ¿Recibió visitas en su casa para el control del embarazo?

- 1 si 2 no Cuantas _____

17. ¿Recibió visitas en su casa para control posterior al parto?

- 1 si 2 no Cuantas _____

18. ¿Visitó el servicio de salud más cercano para el control de su embarazo o posterior al parto?

1 si 2 no

- Centro Comunitario (de convergencia)
- Puesto de salud
- Centro de Salud
- Hospital
- Servicio Privado
- Otro Cuál _____

19. ¿Efectuó algún gasto al asistir al servicio de salud más cercano?

- 1 Compra de medicamentos
- 2 Pago de transporte
- 3 Pago de consulta
- 4 Compra de insumos como jeringas, Gasas, guates y otros.
- 5 Otros pagos
(Ultrasonido, examen de sangre, orina)

- Centro Comunitario (de convergencia)
- Puesto de salud
- Centro de Salud
- Hospital

20. ¿Cómo calificaría la atención prestada en el servicio de salud?

- 1 Buena
- 2 Regular
- 3 Mala

21. ¿La atención recibida fue de forma amable?

1 si 2 no

22. ¿La atención recibida fue en su propio idioma?

1 si 2 no

23. ¿Cuánto tiempo espero para que le atendieran?

- 1 Menos de media hora
- 2 Entre media y una hora
- 3 Más de una hora

24. ¿A qué distancia se encuentra la infraestructura de salud más cercana?

1 Menos de 5 kilómetros 2 más de 5 kilómetros

25. ¿Hay servicio de transporte para trasladar a las embarazadas?

- 1 Ambulancia
- 2 Carro particular
- 3 otro _____

26. ¿Cuáles son los servicios que prestan en ese lugar (el servicio más cercano)?

- | | | | | |
|--------------------------|----|--------------------------|----|---|
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Permanece abierto todos los días |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Tiene médico |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Tiene enfermero profesional(a) |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Consultas de embarazo |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Atienden partos |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Consultas después del parto |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Visitan a las embarazadas en las viviendas |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Miden presión |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Vacunan a la embarazada |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Escuchan al bebe dentro del vientre |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Pesan a la embarazada |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Hacen Papanicolaou a la embarazada |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Entregan medicamentos a la embarazada |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Servicio de transporte a embarazadas las 24 horas |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Le dan educación a las embarazadas |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Hacen exámenes de sangre |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Hacen exámenes de orina |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Hacen exámenes de heces |
| <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | no | Ultrasonido |

ANEXO 2 CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de estudios de Post grado
Maestría en Ciencias de Salud Pública



Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango durante el 2011.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mi nombre es _____ soy trabajador del Ministerio de Salud Pública. Estoy aquí para realizar una entrevista con el objetivo de recopilar información para un estudio que forma parte del trabajo de la tesis de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de San Carlos de Guatemala, planteado por el Dr. Homero Ramírez, el estudio se llama "Barreras de acceso a los servicios durante el embarazo" este estudio está dirigido a las embarazadas del municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el 2011.

El objetivo del estudio es determinar las barreras de acceso, dificultades para recibir o buscar atención, a los servicios de salud, durante el embarazo, el parto y puerperio, en el grupo de mujeres seleccionadas del municipio de Santa Apolonia.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Usted está en toda la libertad de decidir si acepta participar en el estudio, si acepta, se le harán algunas preguntas relacionadas con estas barreras de acceso a los servicios de salud, las cuales serán anotadas en la guía de la entrevista y servirán para determinar si usted tuvo alguna dificultad en recibir o buscar ayuda para la atención durante su embarazo, parto o puerperio, responder a estas preguntas no la comprometen ni representa ningún riesgo para su salud o su persona, porque la información será usada de manera confidencial.

Los resultados serán de beneficio para realizar propuestas a las autoridades, a los líderes y a los trabajadores de salud y apoyar, así, las actividades para mejorar el acceso a los servicios de salud. Si hubiera alguna dificultad contactar con el investigador principal: Josué Homero Ramírez Rojas 51388438 o con el Coordinador de la Maestría de Salud Pública de la Universidad de San Carlos Dr. Joel Sical, No. teléfono 24187402, 9na Ave. 9-45 zona 11.

Si usted no desea participar, no tendrá ningún problema. Si en algún momento decide salirse del estudio puede hacerlo con toda libertad.


Yo, _____ de _____ años de edad, originario de la comunidad de _____ ACEPTO participar en el estudio sobre **Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas, en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el año 2011** porque he sido informado de los beneficios del estudio. Entiendo que no pondrán en riesgo mi salud y que la información que daré no atenta contra mi privacidad, mi seguridad o mis derechos. La información que yo daré será confidencial y se utilizará solamente para fines del estudio.

Firma o huella de la participante. _____

Firma del Testigo. _____

Lugar y Fecha: _____

ANEXO 3
CARTA DE AUTORIZACION
DIRECCIÓN DE ÁREA DE SALUD, CHIMALTENANGO


MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DIRECCION AREA DE SALUD DE CHIMALTENANGO
4ta. Avenida 9-26 Zona 1
Teléfono: 7839-2123 7839-1964 7839-7512

Oficio No. **DIREC.219-2012.-**
Ref. DR.RAR/edrts.-

Chimaltenango,
11 de mayo de 2012.

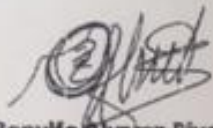
A quien interese:


Por este medio la Dirección de Área de Salud de Chimaltenango, da autorización para que el Dr. Josué Homero Ramírez Rojas, estudiante de la Maestría de Salud Pública en la Universidad de San Carlos de Guatemala, realice en coordinación con la Dirección de Área de Salud y el Distrito Municipal de Salud de Santa Apolonia, el proceso de investigación correspondiente al programa de su maestría "**Barrenas de acceso a servicios de salud en mujeres embarazadas y su relación con la muerte materna en Santa Apolonia, Chimaltenango, durante el 2011**".

Esperamos así contribuir no solo al desempeño académico del Dr. Ramírez Rojas, sino también a buscar propuestas para mejorar el acceso a los servicios de salud.

Sin otro en particular, me suscribo.

Deferenteente,


Dr. Ronulfo Alvarez Rivera
Director Área de Salud de Chimaltenango

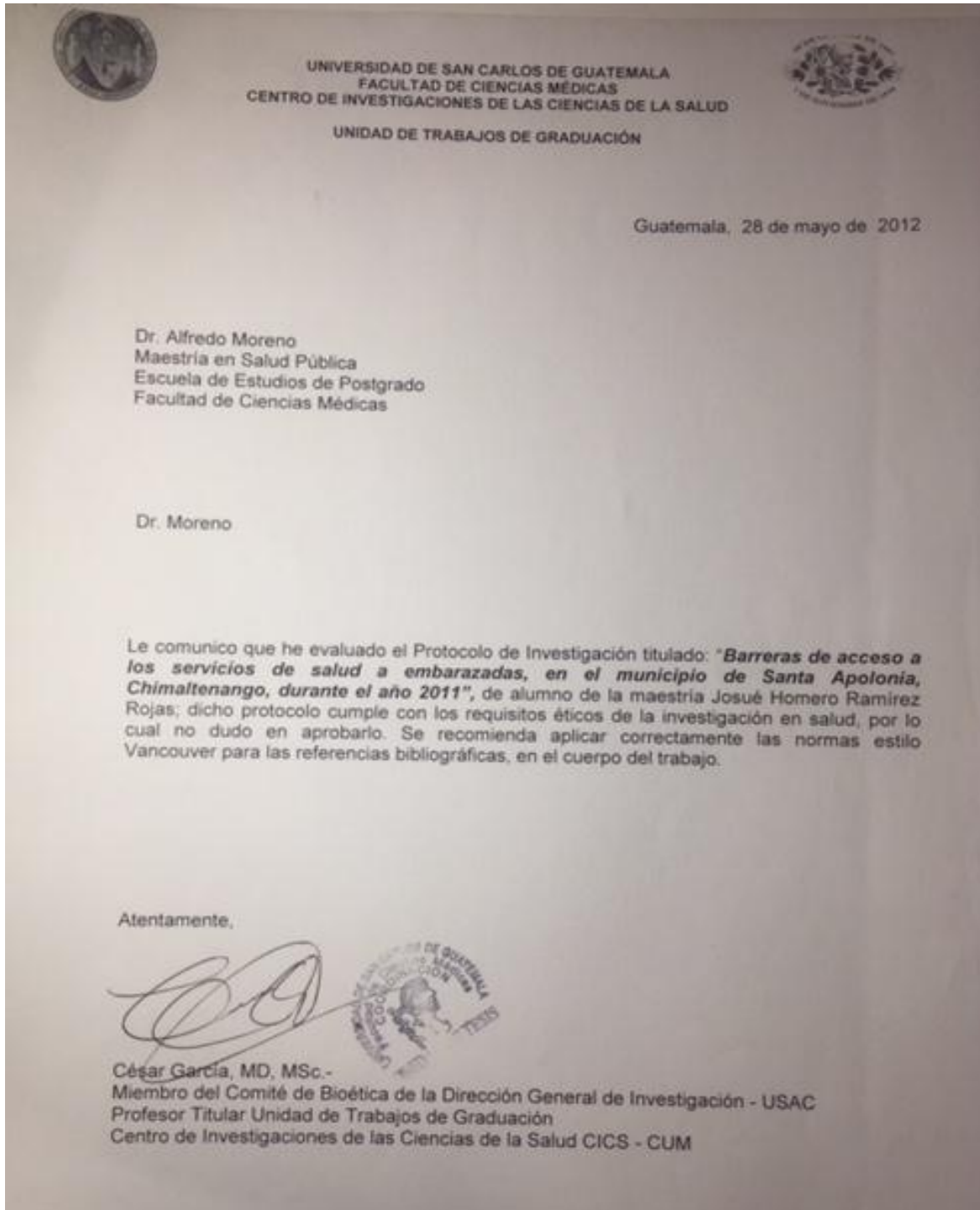


c.c. archivo

ANEXO 4
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE MUNICIPALIDAD DE SANTA APOLONIA



ANEXO 5
DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE
INVESTIGACIÓN - USAC



ANEXO 6 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela Estudios de Postgrado
Maestría en Ciencias en Salud Pública



Guatemala, 25 de mayo 2012.

Doctor
Joel Eleazar Sical Flores
Coordinador Maestría en Ciencias en Salud Pública
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas

Estimado Dr. Sical:

Atentamente me dirijo a usted, en atención al OF.EEP.MCSP.08.2012 del 29 de febrero del corriente año, relacionado con su solicitud de revisión del protocolo del estudiante Josué Homero Ramírez Rojas, titulado *"Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazadas durante 2011"*, para que emita dictamen en calidad de revisora.

Me complace informarle que he revisado el documento mencionado en dos oportunidades, el cual constituye un valioso aporte para el país y proyección de nuestra institución. Así mismo, da muestras de la dedicación y compromiso durante el proceso de elaboración.

El protocolo del estudiante Ramírez Rojas cumple con los requisitos y rigurosidad del método científico, por lo que me satisface emitir un dictamen favorable. En atención a lo anterior, el estudiante mencionado puede iniciar el trabajo de campo de su investigación.

De antemano, le agradezco la atención a la presente. Deferentemente,

Dra. Cizel Ixbalanqué Zea Iriarte
Profesora del Área de Gestión Social de la Salud
Maestría en Ciencias en Salud Pública

Adj. Protocolo de Tesis
C.c. Dr. Alfredo Moreno, profesor del Área de Investigación, Archivo

**ANEXO 7.
COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y
ASISTENCIA SOCIAL MSPAS**



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EN SALUD

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EN SALUD

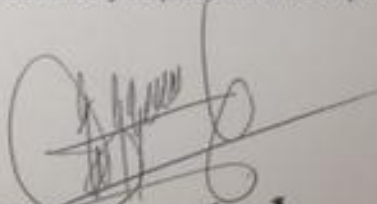
No. Resolución: 35-12
Fecha: 25 de mayo 2012

Título del Estudio: Barreras de acceso a los servicios de salud a embarazos en el municipio de Santa Apolonia, Chimaltenango, durante 2011.

Investigador Principal: Dr. Josué Homero Ramírez Rojas

DICTAMEN: Aprobado

Se considera que el estudio cumple con los requisitos técnicos y éticos para ser aprobado, se le solicita que al finalizar el estudio se socialice y se presenten dos copias impresas y una digital a éste Comité.

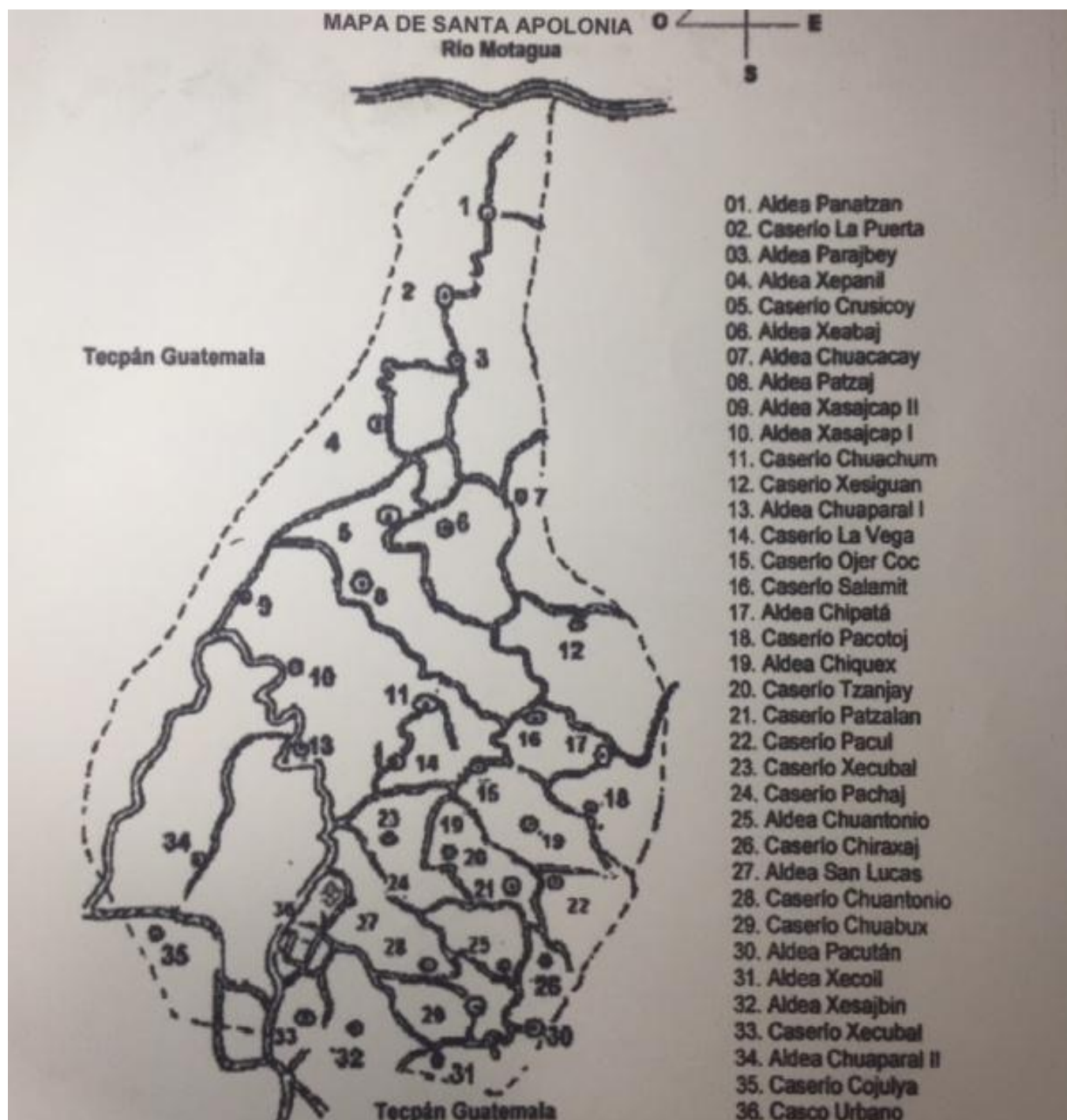


**Dr. Mario Figueroa Álvarez
Presidente Comité Nacional de Ética**



c.c. Archivo

**ANEXO 8.
MAPA DE SANTA APOLONIA**



El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD A EMBARAZADAS EN EL MUNICIPIO DE SANTA APOLONIA CHIMALTENANGO para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo