

# Converging views on the quality of reproductive health care in Yucatan

M. en C. Yolanda Oliva Peña

El propósito de este trabajo es presentar algunas miradas sobre la calidad de la atención a la salud y en particular de la reproducción en un contexto de Yucatán, México. -zona henequenera-.

Este escrito abordará el análisis de calidad de los servicios y atención médica para el caso de Yucatán, enfatizando en la Zona henequenera. Para tal fin se presentará información documental y empírica. Esta última referida al estudio sobre Políticas de Salud de la Reproducción y Derechos Reproductivos en un contexto de Yucatán (la Zona Henequenera), dirigido por la Dra. Arlette Gautier, por convenio entre el Instituto Francés de estudios sobre el desarrollo (IRD) y la Universidad Autónoma de Yucatán.

Dicho estudio fue transversal descriptivo, observacional, tanto cuantitativo como cualitativo, se llevó a cabo en el año 2004, teniendo como objetivo verificar la realidad de la transformación de la política de planificación familiar en política de salud reproductiva, dentro del cual, un aspecto relevante fue incorporar el punto de vista de los actores sociales, respecto a los servicios recibidos. Esta información fue recabada a través de cuestionarios con preguntas cerradas para 520 varones usuarios en 68 localidades, entrevistas estructuradas a personal de salud de 30 localidades, y 113 personas participantes de comités locales de salud de 45 localidades.

A lo largo del documento se buscará responder a las interrogantes siguientes: ¿El reordenamiento económico que el neoliberalismo impuso en la zona henequenera influye en la calidad de la atención médica otorgada?, ¿Cuál es la percepción de la población sobre la atención recibida, ¿La percepción del personal médico o de los comités locales de salud es distinta a la de la población?

## **Delimitando conceptos:**

Hablar de calidad en la atención médica nos remite a la relación medicina sociedad; principalmente hace referencia a modelos de atención y formas de relación médico (personal de salud) -paciente específicas y congruentes con el paradigma dominante; proceso que encuentra correspondencia en los diversos ámbitos sociales, ya que la socialización de mentalidades y el tatuaje de las corporalidades que las instancias de la sociedad conforman en los individuos, aseguran la validez, la autoridad – el status- de la institución salud y su función rectora de los cuidados a la salud; función que al mismo tiempo goza de reconocimiento y prestigio social, también es objeto de revisión y crítica ante los cambios que la ciudadanía exige y que los gobiernos y naciones a nivel mundial pregonan.

Asimismo, en los diversos espacios sociales se estructuran experiencias formadoras de expectativas de los servicios médicos y de la propia relación médico (personal de salud)-paciente. Estas expectativas son conformadas en la interacción social y la práctica cotidiana de los actores sociales, así como por los referentes construidos en el quehacer del grupo social de pertenencia. Estas expectativas como construcción social constituyen el primer determinante del grado de satisfacción de la

atención médica, de manera tal que estudiar el punto de vista del actor en la temática de calidad de vida permite acercarse a estas expectativas y distinguir un mosaico de apreciaciones, acordes a los diferentes contextos sociales, para construir una mirada desde el sujeto, énfasis que el presente trabajo recupera.

Por su parte, la perspectiva institucional regida por normas sociales que dictan el tipo y las características de la atención médica, estructuran los códigos de ética y los parámetros de cumplimiento de ésta. Dichos parámetros, así como el abordaje han ido cambiando para presentarse hoy bajo el paradigma de economía de la salud, en su expresión de evaluación de la calidad de la atención médica.

Para el sector salud calidad en atención se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente, considerando los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo (1).

Asimismo, desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles (2).

Para nuestro propósito definimos calidad de la atención como sinónimo de resultado. Para fines de este trabajo se entiende por resultado al “cambio positivo en la historia natural de una enfermedad, riesgo, condición de salud atribuible a la acción de las ciencias de la salud a través de los sistemas y servicios de salud“. Asimismo que la dimensión “resultado” debe medir la satisfacción del usuario y de la población.

En los campos de salud y planificación familiar, esto significa ofrecer una gama de servicios que sean seguros y eficaces y que cubran las necesidades y los deseos del cliente. Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal; y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración (3).

La calidad a veces se contrasta con el acceso. De hecho, es difícil distinguir entre los dos. El garantizar el acceso a los servicios significa que la atención económicamente accesible y de buena calidad debe estar a la disposición del público en todo lugar y todo momento que la necesite. El acceso es mucho más que la mera existencia de una instalación de salud o de un profesional de salud cercano. Cuando una unidad de salud no cuenta con suficiente personal capacitado adecuadamente, lleva un horario irregular, sufre de escasez de suministros, cobra precios altos o bloquea la atención con barreras médicas innecesarias, la comunidad no tiene acceso adecuado a los servicios (4). Este trabajo considera indispensable describir y analizar el acceso y enfatizar en los resultados, traducidos en bienestar y disminución de morbilidad y mortalidad en mujeres y hombres en edad reproductiva, temática en la que enfatiza este trabajo.

## **México en el contexto del cambio**

El siglo actual si bien marca un parte aguas en la concepción de la salud, al concebirla como un asunto de derechos humanos, -marco en el que se incorpora la subjetividad y su contexto como objeto de reconocimiento- y el derecho a desarrollar políticas de atención a la salud de las poblaciones, irrumpe el modelo neoliberal y neocolonialista de desarrollo, como una fuerza que presiona negativamente hacia la operacionalización de esta nueva concepción.

Las grandes instituciones proponen modificar el modelo de atención tradicional con el fin de ofrecer un servicio médico de más calidad, que en el caso de México, constituye uno de las metas del plan de desarrollo que el gobierno Foxista, para lo cual ha impulsado la “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (2002)”, cuyo objetivo es elevar la calidad de los servicios de salud en todo el país de manera que las mejoras sean claramente percibidas por la ciudadanía, teniendo como objetivos centrales: mejorar las condiciones de salud y garantizar un trato adecuado.

Para el logro de tales fines el gobierno mexicano se proponen desarrollar las siguientes estrategias: construir un federalismo cooperativo en materia de salud; fortalecer el papel rector de la SSA; avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud; ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención; fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.

En este contexto, las instituciones tanto públicas o privadas del Sector salud, incorporan un interés creciente en la evaluación de los aspectos relacionados con la calidad de la atención. Para mejorarla han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros (5).

En este marco diversas instituciones han realizado estudios de evaluación de la calidad de la atención médica, tanto en la perspectiva institucional, como la satisfacción del usuario. En este sentido, se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud II (1994) en la que se reportó que en general los mexicanos están conformes con el Sistema de Salud; el 60% consideran excesivamente burocráticos los servicios y el 30% piensa que no recibe un trato justo. En opinión con los adultos mexicanos, los principales problemas de los Servicios de Salud son la mala calidad (45%) y la falta de recursos (29%). (6)

En el año 2001, el sector salud realiza una evaluación tomando como base la variable trato digno<sup>1</sup>. Dentro de los resultados más significativos arrojados por este estudio diagnóstico destacan: en los establecimientos de SSA, Veracruz y Zacatecas destacaron por su compromiso en este rubro, mientras que Yucatán no aparece entre los diez primeros. En los establecimientos del IMSS, los estados de Quintana Roo y Nayarit se ubicaron en los primeros y nuevamente Yucatán no se aparece entre los que registran mejor desempeño. En este mismo aspecto, pero correspondiente a la atención en las

---

<sup>1</sup> Rubro que incluye: tiempo de espera y satisfacción del usuario con el tiempo de espera; la satisfacción del paciente con la información proporcionada por el médico sobre su diagnóstico y sobre su tratamiento; el surtimiento de medicamentos y la satisfacción del usuario con ello.

unidades de urgencias, el panorama es similar y no aparece Yucatán dentro de los diez mejores.

El promedio nacional de tiempo de espera en la atención de primer nivel es de 22.4 minutos, mientras que en Yucatán es de 31.47; en urgencias el Nacional es de 17.39 y en el Estado es de 21.90 minutos. Asimismo, en la entidad se otorgan 36.49 consultas por consultorio, siendo que la media nacional se ubica en 23.31. En cuanto a las cirugías realizadas en quirófanos del estado era de 3.30, promedio superior la nacional que es de 2.82.

Los rubros que Yucatán destaca por su desempeño son el rubro de atención a la problemática de hipertensión arterial con un rango otorgado de 51 puntos; en el control del paludismo con un 90 y en Dengue en un 57. Por cuanto se refiere a los tiempos de espera promedio en consulta externa en Yucatán se registró un promedio de 33min; en consulta de urgencias fue de 20minutos.

Con un enfoque de evaluación a partir de la opinión del usuario de los servicios de salud, se realizó la Encuesta Nacional de Satisfacción con los servicios de Salud del año 2000<sup>2</sup>, en la que los entrevistados señalaron que los servicios de salud habían empeorado en comparación con los servicios ofrecidos en 1994. Cuatro de cada 10 mexicanos pobres se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico y del escaso apoyo que se le ofrece en las unidades de salud.

Asimismo se encontró insuficiencia de medicamentos y tiempos de espera para la consulta prolongados fueron también reclamos frecuentes de los usuarios de los servicios de salud. El conjunto de resultados arrojados por estos estudios constituyen el marco de justificación del programa Nacional denominado “Cruzada Nacional por la Calidad de la Atención Médica”, mencionada anteriormente y que en la actualidad constituye un elemento sustancial en la política de atención y organización del servicio. Programa que será revisado y cuestionado a lo largo de esta presentación.

## **Resultados**

El análisis de la información se realizó en base a las variables **accesibilidad; trato digno; necesidades insatisfechas y satisfacción del usuario.**

### **I. Apropiación del concepto Calidad de la atención**

Al interrogar a los médicos pasantes que atienden en localidades de estudio sobre lo que es para ellos calidad en la atención refirieron algunos de los elementos que enfatiza el programa nacional “cruzada por la calidad”, tales como trato digno y acceso a la información, tal y como se puede apreciar en los siguientes discursos seleccionados

: *“Dar la atención oportuna, en mejorar instalaciones, que el paciente llegue a su cita de manera puntual, se le de su cita reciba pues todos los medicamentos que requiera surtirle completamente lo que requiera la patología, darle sus pláticas”*(Médica-Komchen).

---

<sup>2</sup> Citada en el documento “Salud: México 2001”. SSA.

*“Calidad se refiere desde el tiempo de espera, la amabilidad al tratar al prójimo como si fueras tu mismo, de darle unas explicaciones claras, de no ser prepotente o de no tratar de saber de lo que uno realmente sabe, hablar con claridad, que yo esté seguro que el paciente me esta entendiendo lo que le estoy tratando de explicar”.*  
(médico-Yaxkukul).

## **II. Accesibilidad**

Al hablar de calidad de atención a la salud es indispensable hablar de acceso y exclusión. La exclusión de la protección social en salud no suele figurar en la lista de temas prioritarios de las agendas internacionales de política social, ni suele aparecer en forma suficiente explícita en las agendas de salud de los países del continente. En América Latina y el Caribe cerca de 218 millones de personas carecen de protección contra el riesgo de enfermar, mientras que más de 100 millones no tienen acceso a servicios de salud por razones geográficas (7).

Durante la década de 1990 las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe se han centrado fundamentalmente en promover cambios financieros, estructurales e institucionales en los sistemas de salud e impulsar reajustes en la organización y administración de la asistencia sanitaria; la reducción de la desprotección social en materia de salud; el aumento de la eficacia de las intervenciones sanitarias; la promoción de la calidad de la atención, y el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades del sector y de la salud pública.(8).

Para fines de este trabajo, se entiende por accesibilidad garantizar el acceso a los servicios de salud a todo tipo de población, sin importar su condición de lengua, étnia, clase social o sexo. Significa además, que la atención sea económica y de buena calidad, a disposición del público en el momento que la requiera. Asimismo considerar tiempos de espera razonables, horarios del servicio amplios, costos de transportación económicos, entre otros.

En México se han impulsado reformas que se orientan hacia incrementar la extensión de la protección en salud, o sea, a la ampliación geográfica de los servicios de salud con programas como el Programa de Ampliación de cobertura (PAC), cuyo objetivo ha sido proporcionar cuidados sanitarios básicos a aproximadamente 10 millones de mexicanos Así también la ampliación por tipo de población beneficiaria tales como el programa Oportunidades, Solidaridad, entre otros.

El programa estatal de salud de Yucatán 2001-2007 se marcó como propósito lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, así como a las niñas y los niños desde su gestación y hasta dos años de edad. Es así que los componentes de Infraestructura material y humana, cobertura geográfica, y nivel de los servicios otorgados constituyen el conjunto de elementos que permiten garantizar el acceso a los grandes sectores de la población y que serán revisados a continuación:

## **1. Inversión financiera**

El crecimiento poblacional y la dinámica económica en nuestro país marca cotidianamente cambios en la distribución geográfica de los conglomerados humanos, y la creciente pobreza de grandes sectores, factores que exigen diseñar estrategias para dar respuesta a tales procesos y evitar acumular rezagos, para lo que sin duda es necesario respaldar un presupuesto o recursos financieros suficientes.

En México en el año 2002, el gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto significó 5.6%, mientras que países como Uruguay, Colombia y Costa Rica, destinaron por arriba del 8%, lo que sin duda muestra que la política social en nuestro país está por debajo de la impulsada por otras naciones latinoamericanas. Al analizar lo invertido por el Estado Mexicano en salud en los últimos 10 años (1990-2000) el 80% (139,686 miles de dólares) se destinó al tipo de atención curativa, de tal suerte que la prevención no fue una prioridad del modelo médico hegemónico mexicano.

Aunado a lo anterior, la existencia de sectores de nuestra población que han quedado al margen del aseguramiento a los servicios públicos, según estimaciones, en México de 2 a 3 millones de hogares gastan 30% o más de su ingreso disponible al año en salud (ENIGH, 2000).

Al analizar este rubro por tipo de aseguramiento en Yucatán en el año 2003 se destinaron mayores recursos al rubro de asegurados 2667.5 millones. Mientras que se otorgaron 1053.6 millones a la población no asegurada. Siendo que más de la mitad de la población en Yucatán, es no derechohabiente (893432), lo anterior supone una enorme brecha en el apoyo financiero otorgado, que sin duda se traduce en diferencias imborrables entre los grupos de usuarios.

## **2. Infraestructura por tipo de servicios y su resultado en la salud de la población**

### **2.1 Infraestructura**

De la década de los 90as al 2000, la población asegurada significó un 57.9%. En el Estado para el año 2001 se contaba con 282 Unidades del Primer nivel, 37 de segundo nivel, que reúnen 1307 camas, de las cuales 840 corresponden a población derechohabiente y 628 a población no asegurada, el resto al sector privado. De tercer nivel únicamente 4, con 515 camas que brindan atención a una población total de 1658210. Para la población abierta, corresponden 8 unidades de segundo nivel y dos de tercer nivel.

En estas unidades de segundo y tercer nivel en el estado se cuenta con 123 salas de expulsión, con un indicador de 7.2 por cada mil habitantes, con una distribución de seguridad social con 17, población no asegurada con 72, con indicador de 8.6. El 50% del total de los nacimientos atendidos en el sector público lo son en la SSY y el IMSS Oportunidades.

Para la atención de consulta externa el estado cuenta con 1211 consultorios, de los cuales, 587 son de atención de primer nivel, 490 para segundo nivel y 134 en tercer nivel, de especialidad, con un indicador global de dos mil 898 habitantes por consultorio, cuyo valor estándar oscila entre 3000 y 6000.

Al analizar la infraestructura disponible por tipo de usuario encontramos que en la atención de segundo nivel, de la población no asegurada las camas disponibles fueron 508, con un indicador de 1.035 por cada 1000 habitantes.

Un punto importante sin duda es la accesibilidad geográfica. El sistema de salud en Yucatán en cuanto a la atención de primer nivel hoy día cubre las localidades de la zona de estudio, de las cuales la percepción general de las comunidades es que está cercana, ya que por ejemplo, de los varones encuestados el 78.4% refirió no tardar más de 15 minutos en el traslado para llegar a su centro de atención.

A hora bien, por tipo de servicio para atender los aspectos relacionados con embarazo y parto, cuenta con infraestructura que exhibe grandes brechas e inequidades. La población usuaria del sector salud se organiza en cuatro hospitales, dentro de los cuales El hospital materno Infantil en Mérida y el Hospital O Horan, son los centros más utilizados. (ver mapa 1 anexo). En contraste el régimen ordinario (asegurados) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con cinco centros de Referencia, de los cuales dos están en Mérida, de los cuales el Hospital Juárez es el que recibe población asegurada de una zona conformada por 8 municipios. (ver mapa 2 anexo). Por cuanto se refiere a la atención prestada en instituciones que forman parte del programa IMSS Oportunidades son cuatro y entre éstos existe diferencia, al ser Izamal la que concentra pacientes de 20 unidades médicas rurales; el resto oscila entre 11 y 15. (ver mapa 3 anexo).

Al realizar el análisis para la región en estudio (Zona henequenera) es posible advertir que la población abierta necesariamente acude a Mérida al Hospital O Horan y Materno Infantil, instituciones a las que ingresan haciendo el pago de una cuota de recuperación, aunado al gasto de transportación y el tiempo de traslado, encontramos una gran dificultad en términos de acceso para este sector de usuarios, ya que el reporte de población usuaria de las diversas instituciones que brindan atención, se observa que más del 50% se ubica en los rubros considerados de asistencia social que son el programa IMSS Oportunidades y Secretaría de Salud de Yucatán.

En el caso del régimen ordinario, los centros de referencia son Umán y Motul; Bajo el programa IMSS-Oportunidades la zona cuenta con tres centro de referencia (Maxcanú en el lado poniente del estado, Izamal, en la región centro y Acanceh, con cercanía a la Ciudad de Mérida) (ver mapa 4 anexo).

En cuanto a la atención de partos se encontró que en algunos centros de salud a pesar de existir la infraestructura para la atención de partos, no se puede realizar por falta de material o bien han procedido a desmantelar las instalaciones como el quirófano de Hochtun.

En el aspecto de infraestructura los comités locales del 38% de comunidades visitadas, Asimismo señalan que un punto importante es que los resultados de los papanicolau tardan en llegar hasta dos meses.

## **2.2 De la repercusión en la salud**

Los resultados de la política de calidad en la atención deben traducirse en la reducción de la brecha de desigualdades y al mismo tiempo incidir en los niveles de morbilidad y mortalidad, sobretodo en materia de salud reproductiva, propiciar partos seguros, embarazos deseados y disminución de factores de riesgo.

Las estadísticas del sector salud y el alcance de programas como el de Oportunidades se miden únicamente en incremento de los servicios proporcionados y el cumplimiento de metas, de tal suerte que es posible advertir incremento en el numero de usuarias de anticonceptivos, numero de consultas de atención prenatal, entre otros aspectos, pero en el análisis no se incluye la morbimortalidad. Según datos de la ENADID de 1997, en Yucatán el 97.1% registró alguna revisión en el embarazo, con un promedio de 7 consultas antes del parto, con una atención del parto del 81.5%; en localidades rurales se estima que el 33% acude con parteras. No se cuenta con datos recientes que permitan explorar los cambios en estos aspectos, que será importante contrastar.

Sin embargo al analizar los datos de mortalidad materna de 1997 al 2004 encontramos que estas muertes aún siendo previsibles no han disminuido sustancialmente. Al analizar los datos para la zona henequenera se observa que en el periodo referido se registraron hasta el 71% del total de muertes maternas en el Estado en 1999, siendo que en el año 2001 llegó al 41.17%, porcentajes que al reconocer que la zona henequenera representa el 50% de los municipios del estado, la magnitud del problema de las muertes maternas encuentra correlación, pero que al observar la distribución territorial del resto de muertes maternas en el Estado es posible asumir que a nivel de concentración es significativa la frecuencia en la zona henequenera.

En el año 2002, 2003 y 2004 las muertes no variaron sustancialmente, al registrar 30 y 21 para 2003 y 2004 respectivamente, por lo que no se observó impacto significativo del programa arranque parejo en la vida y la distribución que el esquema de atención basado en la calidad propone, por el contrario, respecto al año 2001 se presentó un incremento del 176.47% para el 2002 y 123.5% para el 2003 y 2004. (ver tabla y mapa anexo).

Con los datos disponibles es posible advertir que en Yucatán en el año 2003 las principales causas de muerte fueron del corazón en primer lugar, tumores malignos en el que se ubica el cáncer, la segunda causa en importancia, seguida de diabetes, enfermedades del hígado, cerebro vasculares y accidentes, lo que sin duda expresa no haber cambiado la tendencia de la mortalidad y en el que el cáncer en la mujer ocupa un lugar a nivel nacional sobresaliente, de manera que la prevención hoy DIA no es una realidad en este campo.

En cuanto a la violencia intrafamiliar se registraron en el año 2003 53 casos y en el 2004 128. Algunas fuentes señalan que el programa oportunidades ha generado conflictos en los hogares, entre las parejas, ya que el rol de proveedor del varón y



administrador del gasto ha sido transformado al otorgar este papel a la mujer con los recursos de la becas y el subsidio de este programa, incrementando las tenciones y la violencia.

Otro indicador relevante en nuestro estado es el relativo a la tendencia a atender los partos con mayor frecuencia vía cesárea, que el porcentaje nacional y el recomendado por las normas internacionales. En México se incrementó el número de cesáreas de 23% en 1991 a 35% al 2001. En Yucatán el número de cesáreas cerca del 40%, superior al estándar internacional de 15%. No se cuenta con datos disponibles de la situación actual, sin embargo es posible señalar que esta política de priorizar cesárea en la atención de partos es sin duda un aspecto de atención que no debe quedar fuera de los cambios propiciados por la cruzada nacional de calidad.

### **2.3 Personal de salud**

En Yucatán existen tres mil 665 enfermeras atendiendo, lo que hace una cobertura de 2.1 por cada mil habitantes, siendo el estándar 0.333.

La población de varones encuestados señalaron que se requiere personal más capacitado, en un 47.6%.

En los comités locales del 51% de poblaciones estudiadas se manifestó la necesidad de personal de salud, entre las que destaca médico, médico de guardia, suplencias para días festivos, especialistas, dentistas, entre otros. Durante el año 2000 se registraron en México 180 muertes maternas en mujeres adolescentes, cuarta causa de muerte en las mujeres de estas edades.

Se encontraron algunos relatos que indican negligencia y ausencia de autonomía en las mujeres usuarias frente al personal y políticas institucionales del sector salud, en un 8% de las entrevistadas. Entre los que destacan Ligaduras sin consentimiento informado, pérdida de matriz y riesgo de muerte por dejar material en el útero después de realizar ligadura, colocar dos DIUs en la misma paciente, colocarlos inmediatamente después del alumbramiento, recetar medicamento indebido en el embarazo que se traduzco en aborto, entre otros. La demanda insatisfecha de métodos entre 1987 y 1997 por rango de edad significa para las adolescentes de 26.97 y 12.1 en mujeres de 15 a 49 años.

El recurso humano disponible para la atención a la salud en los centros de atención primaria continua siendo principalmente proporcionado por pasantes de medicina que realizan su servicio social en las instituciones y es escaso el personal de base, siendo que cada año cambian de medico en las localidades y tampoco se incrementa el número de acuerdo a la demanda del servicio, por lo que este es un impedimento estructural que imposibilita proporcionar un servicio de calidad en las comunidades y que es expresado como una demanda generalizada en las localidades, incluso por el propio personal de salud inconforme por la inseguridad laboral y la sobre demanda que requieren atender.

### **III. Trato digno**

Se entiende como los aspectos que aluden al proceso de atención en el que se incluye el trato del médico, la disposición de tiempo en la consulta, tiempo de espera, así como la percepción de insuficiencia en el número considerado necesario para un mejor trato.

Los varones encuestados refieren en un 80% que el médico al que consultaron en el último año (2004) les inspira confianza, porcentaje que disminuye alrededor del 48% al cuestionarlos sobre la satisfacción por la información brindada, la aclaración de dudas por el personal de salud de la clínica a la cual acudieron y al relacionarlo con la demanda de mayor tiempo destinado a la consulta de un 20.2% de éstos.

De la población de varones encuestados, el 60% eran usuarios del Seguro social. En este grupo únicamente el 48.2% acudió a consulta el último año. Manifiestan haber esperado entre media y una hora el 32.6%, sin embargo, el 57% refiere como demanda menor tiempo de espera.

Por su parte, los participantes de los comités se señaló insatisfacción por el trato del personal médico recibido en el 44.4% de las localidades estudiadas. Dentro de las razones principales se encuentran “El doctor quiere mandar” “el tiempo de la consulta es insuficiente” “le dieron medicamento indebido” “el doctor se metió con una señora”, “si no eres del seguro no te atienden”, “la dotora familiar ya no te da paso al especialista”, “mala atención de la enfermera”, “el doctor no quiere atender en la noche y se molesta”.

La población de los comités de salud señalaron como demanda un mejor trato en la consulta en un 31.3% de las localidades visitadas.

En los discursos de los médicos también esta presente como una demanda recibir capacitación para brindar una mejor atención a la población y se reconocen no siempre disponer del tiempo necesario para brindar la consulta y también que existen barreras como la lengua que impiden un trato digno.

Según los datos recabados este es un aspecto de la calidad aun pendiente y que la estructura del recurso humano disponible subyace en la insatisfacción de la población expresada.

### **IV. Satisfacción de los actores sociales**

Se refiere a la percepción general de la atención recibida, incluyendo los puntos anteriores y el impacto en la mejoría sobre la salud.

Al respecto se debe mencionar que en el caso de los comités de salud el 67% de las localidades manifestó inconformidad, o insatisfacción con los servicios de salud

proporcionados. En 21 localidades expresaron los comités insatisfacción por el trato del personal de la clínica, ya sea por distinciones entre patronal y oportunidades, por autoritarismo, mal trato, etc.... y 747250 derechohabientes.

Al contrastar este resultado con lo manifestado por el personal de salud, el 42% refiere reconocer insatisfacción en el servicio otorgado a la población usuaria.

Para el caso de los hombres la satisfacción encontrada fue alrededor del 50%, que al relacionar con el porcentaje de varones que acudieron a consulta durante el 2004, se encontró que cerca del 50% no acudió a consulta, lo que refuerza la idea de que la política de atención a la salud reproductiva no ha integrado como una prioridad su participación, quedando sólo el compromiso de los titulares de oportunidades con su consulta familiar cada seis meses como un requisito indispensable para recibir su beca, de tal suerte que la participación del varón debe ser estimada en su real dimensión.

## **V. Necesidades insatisfechas**

Este punto abarca lo relativo a la infraestructura de atención en el que se incluye la percepción de suficiencia o insuficiencia en las instalaciones, equipo, comodidades para la atención a la población y medicamentos.

Para los comités de salud un aspecto muy sentido fue la falta de medicamentos, problema que fue señalado por el 48.8% de las localidades visitadas, refiriendo insuficiencia, baja calidad, así como aludiendo a inexistencia de medicamentos que son necesarios para enfermedades crónicas, para las cuales, señalan únicamente los asegurados del régimen patronal tienen acceso. Seguido en importancia la falta de médico o enfermera, fue el caso de cerca del 50 % de las localices visitas. Una tercera parte señaló que cuentan con infraestructura insuficiente con una tercera parte de las localidades.

En cuanto a medicamentos los hombres encuestados manifestaron haber encontrado los medicamentos que les recetaron en un 51.5%, por lo que una demanda al respecto es garantizar la existencia de medicamentos en un 61.8% y/o en su caso que sean de menor costo y de mejor calidad en un 48%.

Otro punto importante que la población mencionó fue la necesidad de mejorar la infraestructura existente. La percepción de los varones un 28% fue que se requieren mejores instalaciones.

Por su parte, el personal de salud señala en un 60% de las localidades falta de equipo o mejora y ampliación de instalaciones, entre los puntos que destacan son: falta equipo de oxígeno, para atención de pacientes con asma, material para realizar papanicolao, lámparas, dispensario, entre otros.

## VI. Comentarios finales

No se puede mejorar la calidad de los servicios de salud si estos no se orientan hacia la demanda. Ello no significa solamente conocer el perfil demográfico y epidemiológico de la población a atender, sino conocer también aspectos tales como los patrones de utilización de los servicios, las barreras de acceso, las prácticas y conductas en salud, las creencias y preferencias culturales, la medicina tradicional, etc. Significa promover el auto cuidado de la salud y reconocer que el paciente tiene “derechos” y deber ser tratado con dignidad y humanidad, y significa también que la calidad de la atención no solamente se evalúa por los resultados objetivos en salud sino también por la percepción de satisfacción del usuario.

Se encontró que existe una percepción de desigualdades en la atención recibida, marcando categorías de usuarios que la población identifica. Para las comunidades son tres categorías de servicios: **primer nivel**: Los asegurados por régimen ordinario, que reciben medicamentos para padecimientos crónicos y reciben prioridad en el abasto, así como tienen oportunidad de ser remitidas a consulta de especialidad cuando así lo requieran; los de **segundo nivel**: pertenecientes al programa oportunidades, quienes reciben únicamente atención de cuadro básico de medicamentos, con desabasto continuo y utilización de jornadas de su tiempo para el trabajo comunitario y también para cumplir con los requisitos de participación individual y familiar que les conlleva participar en ese programa; los de **tercer nivel** que comprenden a población abierta y que la atención de primer nivel es otorgada bajo el cumplimiento de tareas como fajinas y cubrir cuotas del comité de salud, para acceder al servicio que de igual forma sólo será de cuadro básico y para ser atendidas las mujeres en su atención del parto serán remitidas a Mérida.

La democratización de los servicios de salud hoy por hoy en la zona henequenera no es una realidad tangible, por lo que la calidad en la atención aún no cristaliza en igualdad y acceso o inclusión en los servicios de prevención.

## Referencias

- (1) Donabedian A. Garantía y monitoria de la calidad de la atención medica: un texto introductorio. Perspectivas en la salud publica. Instituto Nacional de la Salud Publica. Primera Edición . Mexico, 1990.  
Ruelas E. Calidad, productividad y costos. Salud Pública de México. 1993, 35(3): 398-304
- (2) HUBER, D. Proposed approach for medical quality of care in family planning/reproductive health services supported by Pathfinder International. Sep. 9, 1994. 11 p. (Unpublished)
- (3) BUCHANAN, E.D. and BATALDEN, P.E. Knowledge for improvement: Initiating continual improvement at the Hospital Corporation of America. In: Goldfield, N. and Nash, D.B., eds. Providing quality care: Future challenges. 2nd ed. Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press. 1995. p. 99-114.
- (4) BONGAARTS, J. and BRUCE, J. The causes of unmet need for contraception and the social content of services. Studies in Family Planning 26(2): 57-75. Mar./Apr. 1995.
- (5) ABOUZAHAR, C., VLASSOFF, C., and KUMAR, A. Quality health care for women: A global challenge. Health Care for Women International 17(5): 449-467. Sep./Oct.
- (6) Zurita B., Nigenda G, Ramírez T. Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud, 1994. En Frenk J. Observatorio de la Salud : Necesidades, servicios y políticas. Fundación Mexicana para la Salud. 1997
- (7) BERWICK, D.M. Continuous improvement as an ideal in health care. New England Journal of Medicine 320(1): 53-56. Jan. 5, 1998.
- (8) La salud de las Américas, Edición de 2002. Volumen 1.

## Bibliografía

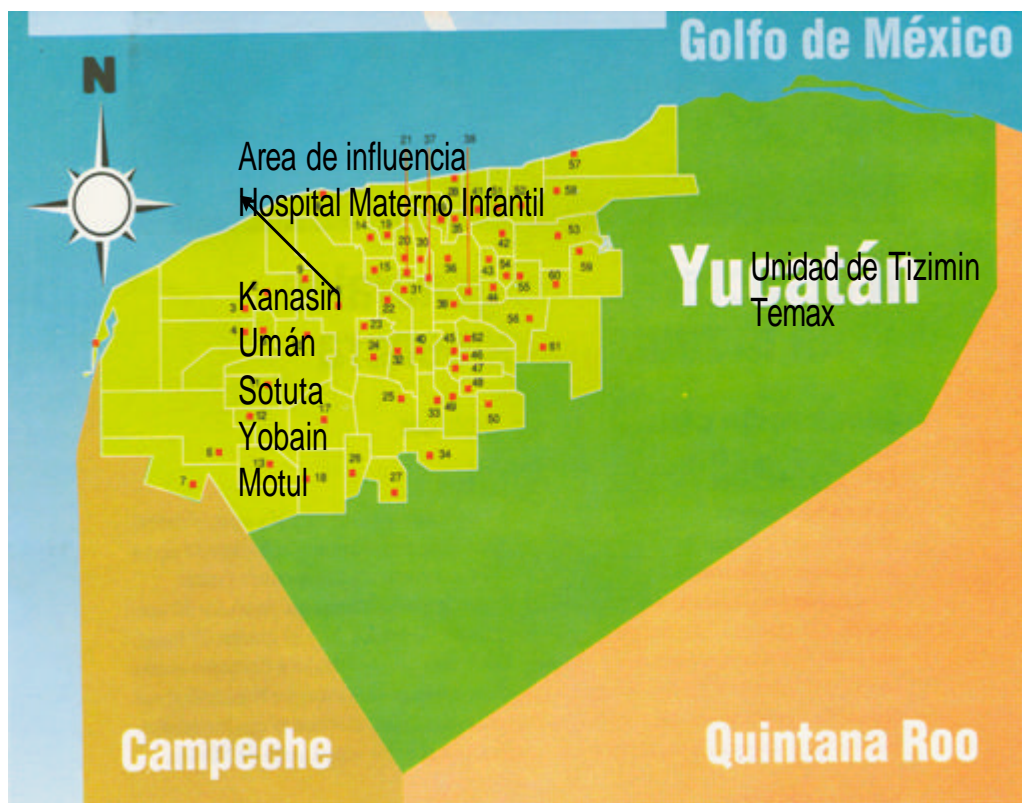
- Aguirre H. Evaluación de la atención médica. Expectativas de los apcientes y de los trabajadores de la unidad médica. Salud Pública de México. 1990,32:170-181.
- INEGI. Encuesta nacional de los hogares (ENHADID). 1997.
- INEGI. Mujeres y hombres en México. 2003.
- INEGI. Estadísticas vitales.2002.
- Ramírez S. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Revista de Salud Pública de México. No.40, 1998: 1-14.

Zuita B., Nigenda G., Ramírez T., Encuesta de satisfacción con los servicios de salud 1994. En: Frenk J. Observatorio de la salud: Necesidades, servicios y políticas. Fundación Mexicana para la salud.1997.

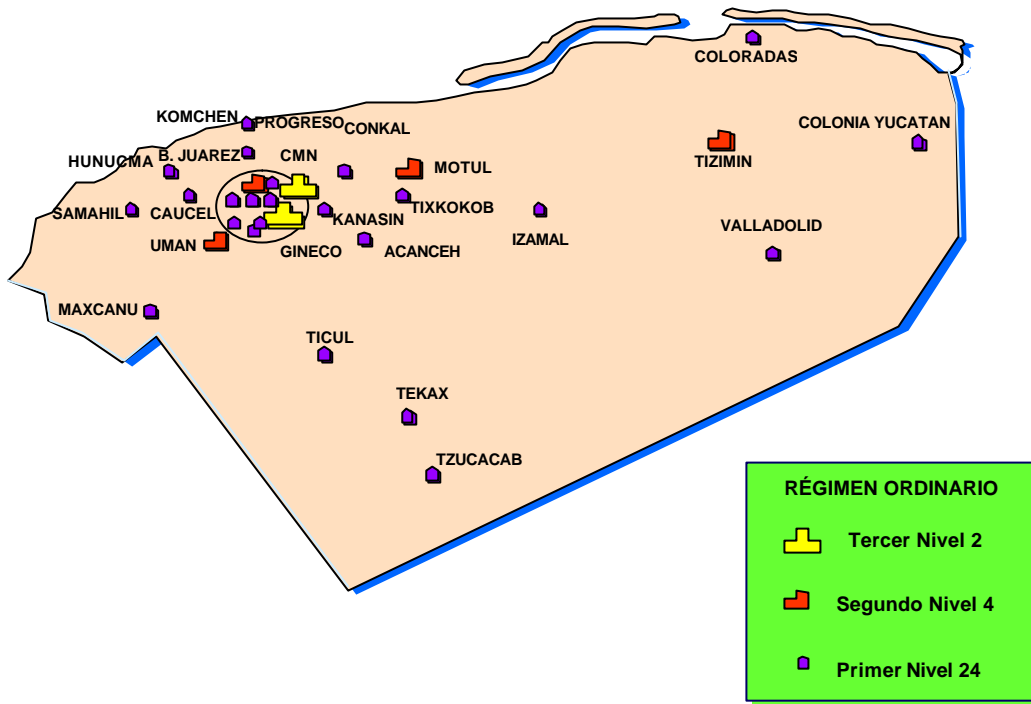
## Anexos

### Mapa1

# Unidades de segundo y Tercer nivel del Sector Salud



## Mapa 2. Unidades IMSS Ordinario



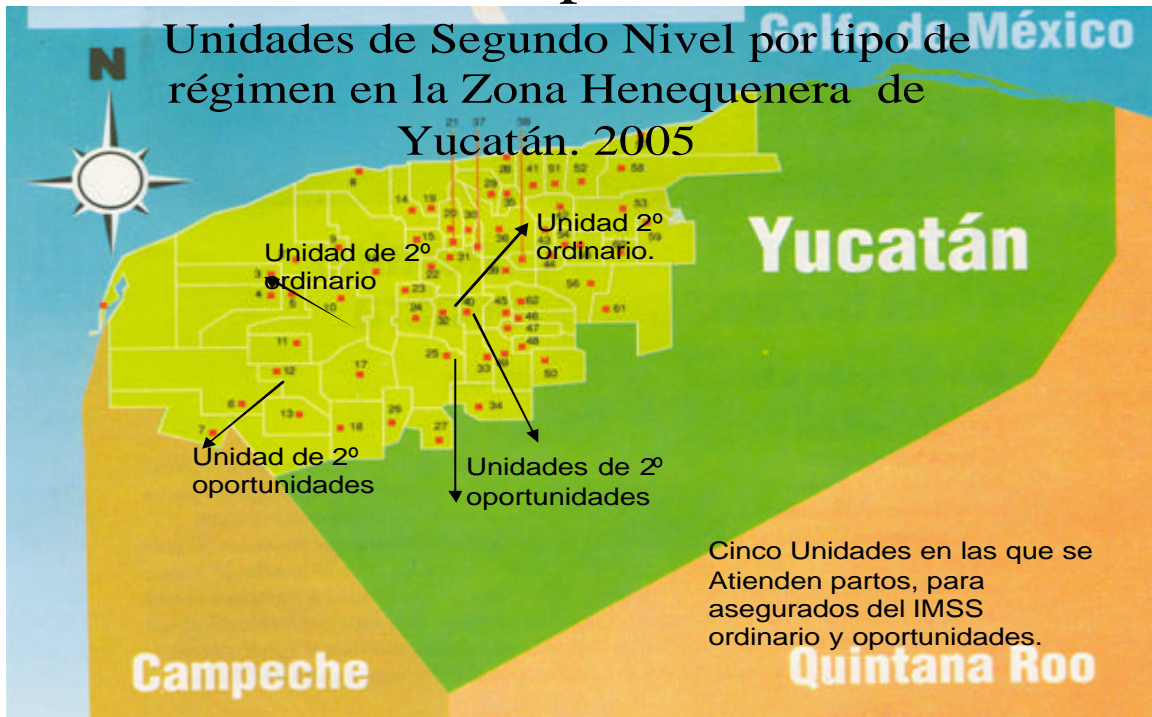
# Mapa 3

## Unidades IMSS-Oportunidades Anexo



# Mapa 4

## Unidades de Segundo Nivel por tipo de régimen en la Zona Henequenera de Yucatán. 2005





# **Listado de Unidades por tipo de servicio**

## **IMSS Oportunidades**

Unidades de segundo nivel en el Estado.

Oxkutzcab

Maxcanú

Acanceh

Izamal

## **Secretaria de Salud**

Unidades de segundo nivel

Ticul

Valladolid

Tizimin

Unidades de tercer nivel

Materno Infantil (Mérida)

Hospital OHorán (Mérida)

## **Régimen ordinario del IMSS**

Unidades de Segundo nivel

Umán

Tizimin

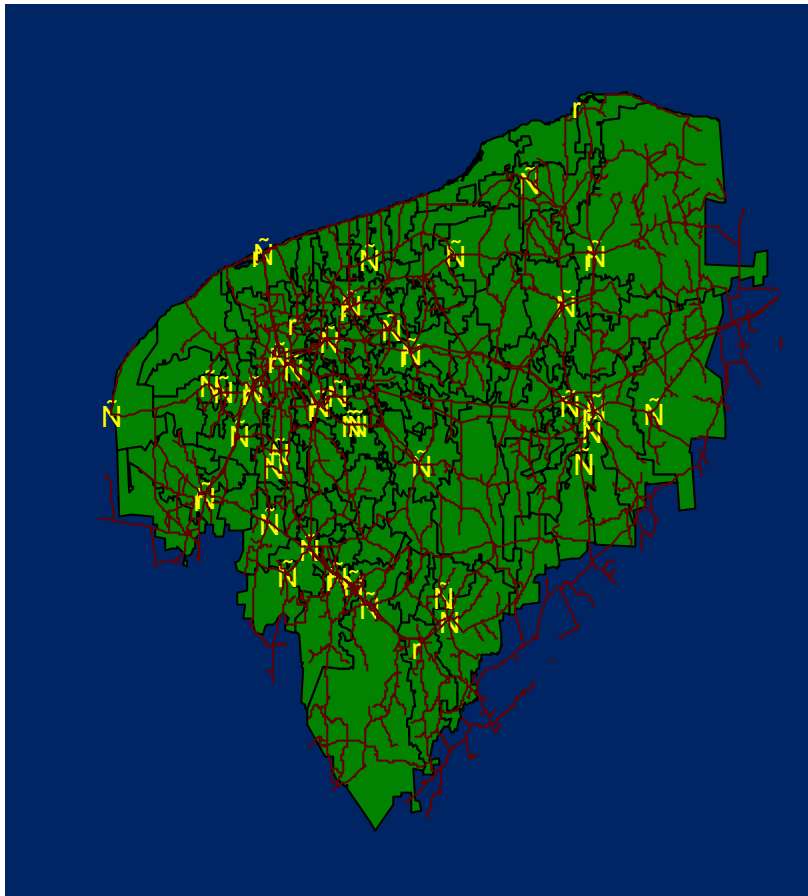
Motul

Unidades de Tercer nivel

Benito Juárez (Mérida)

Hospital de especialidades médicas (Mérida)

# MUERTES MATERNAS Y SERVICIOS DE SALUD EN YUCATÁN MÉXICO, 1997-2001

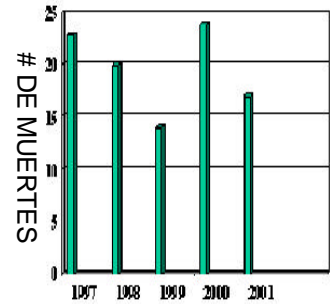


ESCALA: 1:1,753,773  
 PROYECCIÓN Cónica Conforme de Lambert  
 ESFERA DE Clarke 1866  
 MERIDIANO CENTRAL: -102  
 LATITUD DE REFERENCIA: 14  
 PARALELO ESTÁNDAR 1: 17.5  
 PARALELO ESTÁNDAR 2: 29.5  
 FALSO ESTE: 200000  
 FALSO NORTE: 0

- + DEFUNCIONES
- \* LOCALIDADES CON QUIRÓFANO
- CARRETERAS

# MUNICIPIOS CON QUIRÓFANO: 13 (12.2%)  
 # MUNICIPIOS SIN QUIRÓFANO: 93 (87.8%)

MUERTES MATERNAS POR AÑO  
 INEGI, ESTADÍSTICAS VITALES



**TOTAL DE MUERTES: 98**

Fuente: Laboratorio de Medicina Social  
 Centro de Investigaciones Regionales  
 Universidad Autónoma de Yucatán-México



ANGEL G. POLANCO RODRÍGUEZ