



Imágenes de: Canva educativo

Inequidades en el acceso a la atención de la salud materna: una mirada con perspectiva de género

Inequities in access to maternal health care: a look with a gender perspective

Elsa María Rodríguez-Angulo*, Yolanda Oliva-Peña, Guadalupe Andueza-Pech

RESUMEN

Las inequidades de género y de salud, como la violencia en el embarazo y la falta de acceso a cuidados médicos, ponen en riesgo a las mujeres cuando buscan ayuda en sus comunidades y tienen que ser trasladadas hasta llegar al hospital. Los motivos por los que esto sucede pueden ser estudiados bajo el modelo de las tres demoras, que implican el tiempo requerido para, a) tomar una decisión de búsqueda de atención, b) acceder a un sitio donde obtenerla, y c) conseguir la asistencia médica requerida. El objetivo de este trabajo fue describir inequidades de género y de acceso a la atención de la salud de las mujeres embarazadas de comunidades rurales de Yucatán, México. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal. Se entrevistaron 247 embarazadas, de las cuales, 29.2 % presentaron la primera demora, 17.8 % la segunda y 53.0 % la tercera. Se refirieron 421 obstáculos como barreras que llevaron a demoras. El mayor número de obstáculos (253) correspondieron a la tercera demora, donde destacaron el tratamiento médico inadecuado e inoportuno y la falta de criterios médicos para ingreso (52.7 % y 43.5 %, respectivamente). La primera y segunda demora registraron incidencias de morbilidad de 61.1 % y 59.1 %, respectivamente. La incidencia de la tercera fue de 76.3 % y fue significativamente ($P < 0.05$) superior a las otras dos. La violencia económica estuvo presente en 53 % de los casos. Es fundamental reorganizar el sistema de salud materna para reducir las barreras que causan demoras en la atención, sobre todo en la tercera demora, que está relacionada con la calidad del servicio.

PALABRAS CLAVE: inequidad, acceso, género, demoras, salud materna.

ABSTRACT

Gender and health inequities, such as violence during pregnancy and lack of access to health care, put women at risk when they seek help in their communities and must be transferred to hospitals. The reasons why this happens can be studied under the three delays model, which implies the time required to a) make a decision to seek care, b) access a place to get it, and c) obtain the required medical attention. The objective of this study was to describe gender and health care access inequities observed in the maternal care process for women in rural communities of Yucatan, Mexico. A descriptive, retrospective, cross-sectional study was carried out. 247 pregnant women were interviewed, of which 29.2 % presented the first delay, 17.8 % the second and 53.0 % the third. 421 obstacles were referred to as barriers that led to delays. The highest percentage of obstacles (253) corresponded to the third delay, where inadequate and untimely medical treatment, and the lack of medical criteria for admission played a prominent role (52.7 % and 43.5 %, respectively). The first and second delay registered morbidity incidences of 61.1 % and 59.1 %, respectively. The incidence of the third was 76.3 % and was significantly ($P < 0.05$) higher than the other two. Economic violence was present in 53 % of the cases. The reorganization of the maternal health system is essential to reduce the barriers that cause delays in health care, specially the third delay, which is related to the quality of care.

KEYWORDS: inequality, access, gender, delays, maternal health.

*Correspondencia: rangulo@correo.uady.mx/Fecha de recepción: 8 de agosto de 2021/Fecha de aceptación: 20 de enero de 2023/Fecha de publicación: 31 de enero de 2023.

Universidad Autónoma de Yucatán, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", calle 59 núm. 490 por Av. Itzaes, colonia Centro, Mérida, Yucatán, México, C. P. 97219.

INTRODUCCIÓN

Las inequidades en salud son diferencias sistemáticas, evitables e injustas, entre las poblaciones (Churchill y col., 2021), que persisten en la mayoría de los países de Latinoamérica y afectan significativamente a personas que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad, como las que se encuentran en situaciones de pobreza, aquellas que pertenecen a un grupo étnico y mujeres embarazadas, particularmente, quienes habitan en comunidades rurales. Marginalizan a las mujeres con menos poder social, e incrementan las oportunidades de grupos con mayor poder social (PAHO, 2017a). Adicionalmente, las mujeres se enfrentan a diversas inequidades de género, entre ellas, la violencia intrafamiliar, que se vuelve crítica en el embarazo (Nievas y col., 2021).

Entre las inequidades de salud que contribuyen a la mortalidad materna se encuentran las de tipo estructural, que tienen que ver con el sistema de salud, sus recursos y su correcta distribución (PAHO, 2017b); y que se exacerban por la falta de capacidad para resolver las acciones, incluso básicas, de atención a la salud materna. Estas inequidades conducen a barreras que causan demoras en la prestación del servicio médico de la mujer embarazada, así como en la calidad de la misma con un consecuente incremento en el riesgo de complicaciones y/o morbilidades y de la tasa de mortalidad (PAHO, 2020; Churchill y col., 2021).

Las inequidades de salud en las embarazadas pueden ser estudiadas a través del modelo de las tres demoras, desarrollado por Thaddeus y Maine (1994), en decidir buscar ayuda, cuando se requiere la atención (demora 1); en alcanzar un servicio de salud (demora 2) y; en recibir una atención oportuna y de calidad al llegar al hospital (demora 3).

Se han encontrado barreras que causan demoras o retrasos cuando las mujeres buscan ayuda para su atención, así como, bajo poder de las mujeres para la toma de decisiones, por estar expuestas a violencia en el embarazo. La mayoría de estos estudios, realizados en emba-

razadas, siguiendo la metodología del modelo de las tres demoras, han sido de corte cualitativo, y han podido proporcionar información de las barreras que se presentan durante el proceso de búsqueda de asistencia médica de las mujeres, cuando tienen alguna complicación durante el embarazo y/o morbilidad (Globevnik y col., 2018; Actis y col., 2020; Dickson, 2021). Entre las barreras que causan demoras en la atención, están la falta de reconocimiento a tiempo de la complicación y la falta de apoyo del esposo o familiar al ser trasladadas desde su comunidad a una clínica u hospital, incluso durante un proceso de parto normal (Kaiser y col., 2019). Estas situaciones se relacionan con la primera y segunda demora, respectivamente. Sin embargo, la tercera demora, que tiene que ver con cómo es atendida la mujer cuando llega al hospital, ha sido muy poco estudiada; y son escasas las investigaciones sobre magnitud de asociaciones de demoras en las embarazadas. Se requiere todavía redoblar esfuerzos para cerrar lagunas persistentes que se empeoran por las inequidades histórico-sociales y la mala distribución de los recursos para la salud (Gutierrez y col., 2020; CEPAL, 2022).

Aunque América Latina ha visto descender sus tasas de mortalidad en los últimos 50 años, México no logró disminuir en más del 25 % la mortalidad materna de 1990 a 2015. Entre 2000 y 2017, ésta se redujo 26 %, pero fue menor que la que reportó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés: Organization for Economic Cooperation Development) de 40 % (OECD/Banco Mundial, 2020).

El estado de Yucatán, que se encuentra localizado al sureste de la República Mexicana, y tiene una población de 2 102 259 habitantes, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019), presenta una razón de mortalidad materna estimada de 11.9 por 100 000 nacidos vivos, reportada por el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM, 2022), la cual se considera baja, comparada con la del promedio nacional, según informes de la Secretaría de Salud de Yucatán

(SS, 2019). Sin embargo, el que los servicios especializados de atención a la salud materna se concentren en las 2 ciudades con mayor población en el estado, Mérida y Valladolid, así como, la alta proporción de personas maya-hablantes (25.6 %) (INEGI, 2019), son factores que influyen en el acceso a la atención y aumentan el riesgo de muerte de las mujeres durante el embarazo en comunidades rurales, sobre todo cuando presentan complicaciones y/o morbilidades durante el mismo, o durante el parto o puerperio (Angulo y col., 2018; Rodríguez y col., 2018).

El objetivo de este estudio fue describir inequidades de género y de salud que vivieron las mujeres embarazadas de comunidades rurales de Yucatán, México, y analizar las barreras que enfrentaron durante la búsqueda de atención médica para atender su parto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. La población incluida fueron 247 mujeres embarazadas, procedentes de 47 comunidades rurales del estado de Yucatán, México, que acudieron a control prenatal a 11 centros de salud, donde estaban registradas, correspondientes a los municipios de Akil, Hachó, Tecoh, Tekax, Ticul, Santa Elena, Yaxcabá, Yaxkukul, Chankom, Tizimín y Tahdziú. Las 47 comunidades rurales pertenecían a 11 cabeceras municipales. Se trabajó también con 33 comisarías de la cabecera municipal de Yaxcabá, 2 de Yaxkukul y 1 de Chankom.

Se recabó el nombre y dirección de las mujeres, a quienes se visitó en su domicilio o se les entrevistó durante la consulta prenatal (trabajo de campo). Se les explicó el interés del estudio y se les pidió que firmaran un consentimiento informado. A quienes aceptaron se les aplicaron tres cuestionarios, el primero relacionado con datos sociodemográficos y ginecoobstétricos, el segundo sobre demoras en el acceso a la atención, y el tercero, con respecto a los tipos de violencia sufrida en el embarazo. Esta información se complementó mediante una entrevista para conocer sobre el

tiempo que tardó para recibir atención y las dinámicas de la toma de decisiones sobre su atención y cuidados de la salud.

Datos sociodemográficos y ginecoobstétricos

Las 5 preguntas dirigidas a datos sociodemográficos, en el primer cuestionario aplicado, fueron sobre residencia, edad, estado civil, nivel de educación y ocupación. Para el nivel de educación, se consideró si sabían leer y escribir, si habían terminado la primaria, la secundaria y si tenían estudios de preparatoria o bachillerato. Se clasificaron en nivel bajo (analfabetas y primaria incompleta), medio (primaria completa y secundaria completa) y alto (preparatoria o bachillerato). Respecto a la ocupación, se preguntó si solo trabajaban en el hogar como amas de casa o tenían alguna actividad remunerada. Se les cuestionó sobre si habían seguido alguna estrategia de planificación familiar, aspectos de morbilidad y complicaciones maternas, así como, la frecuencia con la que acudían a consulta para dar seguimiento a su embarazo.

Demoras en el acceso a la atención

Se siguió la metodología del modelo de las tres demoras (Thaddeus y Maine, 1994) utilizando el análisis narrativo (Álvarez-Gayou, 2005) para establecer el proceso de reconocimiento de la necesidad de atención médica de las embarazadas, así como de la búsqueda de ayuda que siguieron las mismas. Se pidió a cada mujer describir lo que le sucedió a partir de que se sintió mal, fue al centro de salud, la trasladaron y llegó al hospital. Las preguntas orientadoras incluían los siguientes aspectos: ¿Cuándo se dio cuenta que tenía algo que no estaba bien? ¿Cuánto tiempo tardó en buscar ayuda desde que se dio cuenta de la complicación? ¿Cuánto tiempo tardó desde que salió a buscar ayuda? ¿Qué le dijeron en el centro de salud? ¿Cuánto tiempo tardó el traslado? ¿Qué atención recibió cuando llegó al hospital? ¿Qué medicamentos le dieron? ¿Cuánto tiempo tardaron en atenderla desde que llegó al hospital?

El procedimiento utilizado fue la lectura de las narraciones después de su transcripción.

Se analizó la información proporcionada de las mujeres y se elaboró un listado de las respuestas obtenidas en las entrevistas, lo que permitió identificar algunas barreras que se presentaron durante la ruta crítica que siguió cada una, desde su domicilio hasta alcanzar el sitio de atención, y otras surgieron porque se profundizó en la entrevista, con preguntas adicionales que permitieron responder algunas dudas sobre la narración. Las barreras fueron señaladas mediante códigos y posteriormente categorizadas, de acuerdo a los diferentes aspectos mencionados por las mujeres, en barreras relacionadas con la primera demora, segunda demora y tercera demora. También se complementó la información con la lectura del expediente clínico y con los datos que proporcionaron las embarazadas sobre la falta de tratamiento o medicamentos y tratamientos inoportunos.

Las mujeres de las comunidades en Yucatán, después de una primera valoración, pueden ser referidas a clínicas de segundo nivel o a un hospital de tercer nivel, ubicados en diversas rutas, en donde deben ser atendidas cuando no se puede resolver la complicación materna en su centro de salud. Tiempos de espera igual o mayores a 1 h se consideraron demoras.

Tipos de violencia sufrida

Se utilizó la encuesta de las mujeres usuarias de los servicios de salud 2006 (Valdez-Santiago y col., 2006; Olaiz y col., 2009), la cual es una adaptación de la Encuesta Nacional Sobre Violencia contra la Mujer (ENVIM). El instrumento fue validado en población mexicana y cuenta con una confiabilidad del 0.99 alpha de Cronbach. Se centra en 19 reactivos referentes a violencia psicológica, física, física severa y sexual; y 2 reactivos para reportar ausencia o presencia de violencia económica, mismos que se muestran en la Tabla 1, con sus cargas factoriales reportadas. La información se obtuvo mediante entrevista personalizada a cada mujer incluida en el estudio, con duración promedio de 30 min a 40 min. La encuesta aplicada llevaba el orden numérico de

los ítems, pero para una mejor comprensión se muestran los mismos agrupados por tipo de violencia, su valor ponderado asignado según la respuesta proporcionada y el rango de puntuación por categoría y total. En el caso de violencia económica se consideró como existente si dieron respuesta afirmativa incluso a solo una de las 2 preguntas.

El nivel de violencia sufrido, por cada una de las encuestadas, se obtuvo sumando el valor ponderado para la respuesta proporcionada a cada ítem, según fuera “nunca”, “alguna vez”, “varias veces” o “muchas veces”. Se sumaron los valores de los ítems y se estableció el rango correspondiente para cada mujer por tipo de violencia, clasificándolas finalmente en cuatro niveles: ninguno, bajo, medio y alto que correspondieron a los rangos de las respuestas por categoría. Se determinó el número y porcentaje de mujeres que había sufrido cada tipo de violencia, en los cuatro niveles mencionados.

Aspectos éticos del estudio

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Bioética del Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, de la Universidad Autónoma de Yucatán, México y cumplió con lo establecido en la Declaración de Helsinki sobre investigación en sujetos humanos.

Análisis estadístico

La información se capturó en una base de datos en Excel 2010 y se determinó la frecuencia para cada variable. Se calcularon porcentajes para la primera, segunda y tercera demora, así como, por barrera mencionada y por tipo de violencia. Se estableció el promedio de barreras por persona, para la primera, segunda y tercera demora, sus combinaciones.

Se exploró si existía asociación significativa entre las tres demoras y tener complicaciones maternas y/o morbilidades, que indicaran el riesgo de la salud materna.

Se estableció la frecuencia en la que cada demora estuvo asociada con complicaciones ma-

■ Tabla 1. Encuesta relacionada con el tipo de violencia sufrida por las mujeres durante el embarazo. Modificada de Valdez Santiago y col. (2006).

Table 1. Survey related to the type of violence suffered by women during pregnancy. Modified from Valdez-Santiago y col. (2006).

Núm. ítem	Pregunta	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces	Alfa de Cronbach
Factor 1. Violencia psicológica						
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?	0	4	8	12	0.692
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado de sus amistades?	0	4	8	12	0.682
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?	0	5	10	15	0.787
15	¿Le ha insultado?	0	4	8	12	0.791
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?	0	5	10	15	0.782
Rango		0	4 a 22	23 a 44	45 a 66	
Factor 2. Violencia física						
3	¿Le ha pateado?	0	8	16	24	0.690
5	¿Le ha empujado intencionalmente?	0	5	10	15	0.669
6	¿Le ha golpeado con el puño o la mano?	0	7	14	21	0.731
13	¿Le ha torcido el brazo?	0	6	12	18	0.693
19	¿Le ha sacudido, zarandeado, jaloneado?	0	5	10	15	0.721
Rango		0	5 a 31	32 a 62	63 a 93	
Factor 3. Violencia física severa						
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?	0	6	12	18	0.727
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?	0	6	12	18	0.632
7	¿Le ha disparado con una pistola o rifle?	0	9	18	27	0.810
10	¿Le ha amenazado con arma, con alguna navaja, cuchillo o machete?	0	7	14	21	0.598
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?	0	9	18	27	0.535
16	¿Le ha agredido con navaja, cuchillo o machete?	0	9	18	27	0.738
Rango		0	6 a 46	47 a 92	93 a 138	
Factor 4. Violencia sexual						
1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?	0	6	12	18	0.723

continúa...

14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?	0	9	18	27	0.688
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?	0	4	8	12	0.665
Rango		0	4 a 19	20 a 38	39 a 57	
Rango total		0	19 a 118	119 a 236	237 a 354	
Factor 5. Violencia económica						
No	Pregunta	Si		No		Alfa de Cronbach
1	¿La ha controlado con no darle dinero o quitándoselo?	1		1		0.581
2	¿Le ha quitado o ha hecho uso de sus pertenencias en contra de su voluntad?	1		1		0.550
Rango		0 a 2		0 a 2		

ternas y/o morbilidades y se determinó si existía asociación significativa entre las tres diferentes demoras y tener complicaciones maternas y/o morbilidades, que indicaran el riesgo de la salud materna con un nivel de confianza del 95 %.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos y ginecoobstétricos

La distribución de las mujeres por municipio se muestra en la Tabla 2. El 74.1 % de la población se encontraba entre los 18 años y los 35 años de edad. Mientras la edad promedio fue de 27.6 años. El estado civil predominante fue casada (81.0 %). El nivel educativo que prevaleció fue medio (51.4 %) seguido de bajo (39.7 %). Se dedicaban principalmente al hogar (89.1 %).

El 28.3 % de las entrevistadas manifestó no tener control de planificación familiar. El 27.9 % presentó algún tipo de complicación materna y 40.9 % cursó el embarazo con morbilidades. La mayoría de las mujeres (67.6 %) asistieron a entre 4 y 6 consultas prenatales (Tabla 3).

Tipos de demoras y barreras

La narrativa de las entrevistadas permitió establecer que, en conjunto se enfrentaron a 421 obstáculos (Tabla 4), que fueron distribuidos

en 17 categorías o barreras y agrupadas por tipo de demora. En la primera demora, se analizan las causas por las cuales las embarazadas tardaron en darse cuenta que requerían atención médica, el 19.7 % de esas razones se agruparon en 5 barreras, que incluyen los aspectos de reconocimiento de signos de alarma, derechos sexuales y reproductivos y red de apoyo.

En la segunda demora, se identificaron el 20.2 % de los obstáculos, lo cuales se agruparon en 7 barreras asociadas a la problemática de obtener ayuda y conseguir medio de transporte. En la tercera demora, relacionada con el tiempo que pasó a partir de su arribo al hospital hasta el momento en que la atendieron, se presentaron el 60.1 % de las causas que ocasionaron retrasos de atención, las cuales se categorizaron en 5 barreras, que incluyen tratamiento inadecuado e inoportuno y problemas para ingresar o tener acceso a un especialista.

Al considerar el número de barreras enfrentadas por las mujeres por tipo de demora, se puede establecer que algunas sortearon más de una barrera, resultando en un promedio de 1.1, 1.9 y 1.9 barreras por embarazada para la primera, segunda y tercera demora, respectivamente.

■ **Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres.**
Table 2. Sociodemographic characteristics of women.

Característica	Número	Porcentaje
Municipio de residencia		
Akil	1	0.4
Halachó	2	0.8
Tecoh	1	0.4
Tekax	3	1.2
Ticul	1	0.4
Santa Elena	1	0.4
Yaxcabá	67	27.1
Yaxkukul	35	14.2
Chankom	33	13.4
Tizimín	3	1.2
Tahdziú	100	40.5
Edad		
< 18 años	40	16.2
18 a 25 años	72	29.1
26 a 35 años	111	45.0
> 36 años	24	9.7
Estado civil		
Unión libre	47	19.0
Casada	200	81.0
Nivel de educación		
Bajo	98	39.7 %
Medio	127	51.4 %
Alto	22	8.9 %
Ocupación		
Hogar	220	89.1 %
Actividad remunerada	27	10.9 %

■ **Tabla 3. Características ginecoobstétricas.**
Table 3. Gynecobstetric characteristics.

Característica	Sí		No					
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje				
Planificación familiar	177	71.7 %	70	28.3 %				
Complicaciones maternas	69	27.9 %	178	72.1 %				
Morbilidad	101	40.9 %	146	59.1 %				
Frecuencia de consultas								
	0		1 a 3		4 a 6		7 a 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Consultas prenatales	-	-	-	-	167	67.6 %	80	32.4 %

La totalidad de la población estudiada presentó barreras para las 3 demoras: 29.2 % la primera, 17.8 % la segunda y 53.0 % la tercera (Ta-

bla 4). Es importante destacar que el 20.0 % de las mujeres se enfrentaron a dos tipos de demoras y el 8.6 % a las tres demoras.

■ **Tabla 4. Barreras por tipo de demora en el acceso a la atención de la embarazada.**
 Table 4. Barriers by type of delay in access to care for pregnant women.

Barreras que se presentaron	Número de obstáculos	Porcentaje
Primera demora (n = 72 embarazadas; 29.2 %)		
Falta de reconocimiento de signos de alarma	32	44.4
Desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos	21	29.2
Falta de acuerdo familiar para pedir ayuda	15	20.8
Automedicación	10	13.9
Acude antes a sobada	5	6.9
Total	83	
Segunda demora (n = 44 embarazadas; 17.8 %)		
Traslado por falta de equipo	23	52.3
No hay ambulancia	18	40.9
Retraso en conseguir transporte	13	29.5
Sin referencia	10	22.7
No hay apoyo familiar	8	18.2
Costo elevado de traslado	7	15.9
Falta de apoyo municipal	6	13.6
Total	85	
Tercera demora (n = 131 embarazadas; 53.0 %)		
Tratamiento médico inadecuado e inoportuno	69	52.7
Falta de criterios médicos para ingreso	57	43.5
Tiempo de espera largo	44	33.6
Muchos pacientes en espera	43	32.8
Ausencia de médico especialista	40	30.5
Total	253	

El total de obstáculos por demora es mayor al número de participantes, ya que algunas encuestadas presentaron más de una barrera, en una, dos o tres demoras.

Impacto en la morbilidad y complicaciones

La presencia de demoras estuvo asociada con la existencia de complicaciones o morbilidad materna ($P = 0.046$) (Tabla 5). La primera y segunda demora no mostraron diferencia en la tasa de complicaciones o morbilidad (61.1 % y 59.1 %, respectivamente). En tanto que, la tercera demora mostró una tasa de asociación con la morbilidad (76.3 %) que fue significativamente superior a la primera demora ($P = 0.022$) y a la segunda demora ($P = 0.041$) (Tabla 5).

Tiempo transcurrido para la atención

Respecto a los tiempos destinados a la ruta de búsqueda de atención, los mayores tiempos se dieron para el traslado, ya que 90 % de las mujeres tardaron más de 1 h, desde que ini-

ciaron su traslado de la comunidad hasta llegar a una clínica u hospital (Tabla 6). Al ser trasladadas a un hospital o clínica, 74 % fueron referidas a una clínica de segundo nivel y 26 % a un hospital de tercer nivel.

Toma de decisiones

Con relación a su atención y cuidados, la mayoría no decidió por ella misma sobre su embarazo, parto y puerperio (83.8 %, 81.4 % y 97.2 %, respectivamente). El 100 % no solventó gastos de embarazo, por ser atendidas dentro del sistema de salud con cobertura para la población sin recursos económicos (Tabla 7).

Tipo de violencia

La violencia psicológica y física severa regis-

■ **Tabla 5. Análisis de asociación de demoras en embarazadas con y sin complicación obstétrica.**
 Table 5. Association analysis of delays between pregnant women with and without obstetric complications.

Demora	Complicaciones y/o morbilidad		Chi-cuadrada	P
	Si	No		
Primera vs. segunda	44	28	0.047	0.829
	26	18		
Primera vs. tercera	44	28	5.224	0.022
	100	31		
Segunda vs. tercera	26	18	4.170	0.041
	100	31		

Resumen de tabla: $X^2 = 3.97$, $P = 0.046$.

■ **Tabla 6. Tiempos de atención de la embarazada durante la ruta de búsqueda de ayuda.**
 Table 6. Health-care timing of the pregnant woman during the help-seeking route.

Acción realizada para la búsqueda de ayuda	Tiempo < 1 h		Tiempo > 1 h	
	n	%	n	%
Reconoció signos de alarma y decidió buscar ayuda	190	77	57	23
Salió a buscar ayuda y consiguió vehículo	232	94	15	6
Inició traslado por su propia cuenta hasta llegar a una clínica u hospital (por falta de ambulancia)	25	10	222	90
Llegó al hospital y recibió atención	200	81	47	19

Total de casos (n = 247).

■ **Tabla 7. Toma de decisiones de la embarazada sobre su atención y cuidados de la salud.**
 Table 7. Decision-making of the pregnant woman regarding her care and health care.

Toma de decisiones	Número	Porcentaje
No decidió sobre su atención de embarazo	207	83.8
No decidió sobre la atención del parto	201	81.4
No decidió sobre la atención del puerperio	240	97.2
No decidió sobre el número de hijos	47	19.0
No decidió intervalos entre embarazos	168	68.0
No decidió ser transferida	168	68.0
No decidió a dónde ser transferida	128	51.8
No solventó gastos de embarazo	247	100
No tuvo compañía del esposo en el traslado	104	42.1
No juzgó mal la ausencia del esposo en el parto	183	74.1

traron nivel alto de violencia (24.3 % y 20.6 %, respectivamente) en las encuestadas. Mientras que la violencia física y sexual reportaron principalmente niveles medios de violencia (8.9 % y 11.3 %). La violencia económica estuvo presente en 53 % de la población (Tabla 8).

DISCUSIÓN

La población de estudio, mujeres que habitaban en comunidades rurales de Yucatán, México, fueron principalmente adultas, menores de 36 años, casadas, con nivel educativo medio y bajo, dedicadas mayoritariamente al ho-

■ **Tabla 8. Tipo de violencia en mujeres embarazadas por nivel.**

Table 8. Types of violence in pregnant women by level.

Tipo de violencia	Ninguno		Bajo		Medio		Alto	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Psicológica	179	72.5	2	0.8	6	2.4	60	24.3
Física	222	89.9	1	0.4	22	8.9	2	0.8
Física severa	158	64.0	19	7.7	19	7.7	51	20.6
Sexual	211	85.4	2	0.8	28	11.3	6	2.4
	No				Si			
	n		%		n		%	
Económica	116		47.0		131		53.0	

gar (Tabla 2). Las costumbres de dichas comunidades donde el nivel educativo sigue bajo continúan arraigadas a sus tradiciones y a los saberes ancestrales sobre los cuidados en la reproducción. Estos se han transmitido de generación en generación, y en ellos, predominan creencias, hábitos y riesgos que ponen en peligro la vida de la embarazada. Es importante promover en esas comunidades oportunidades para realizar estudios de nivel superior, ya que actualmente se ven limitadas por falta de acceso y recursos económicos (Rodríguez y col., 2006).

Respecto a la planificación familiar, casi un tercio de la población se encontró desprotegida por no llevar algún método de control; más de la cuarta parte de las mujeres presentaron complicaciones maternas; y un porcentaje más alto, enfermedades que acompañaron el embarazo. Sobre el control prenatal, la mayoría de las mujeres tuvieron entre 4 a 6 consultas y no se reportaron inasistencias ni mujeres con menos de 4 consultas (Tabla 3), lo que indica el interés por su salud materna y reproductiva.

El modelo de las tres demoras permitió observar que, la tercera demora fue más frecuente (53.0 % de las encuestadas la manifestaron) comparada con la primera y segunda (29.2 % y 17.8 %, respectivamente). El tratamiento médico inadecuado e inoportuno y la falta de cri-

terios médicos para ingreso (52.7 % y 43.5 %, respectivamente) fueron las principales barreras que provocaron la tercera demora y están relacionados con la calidad de los servicios de salud al llegar al hospital (Tabla 4).

Se demostró que las 3 demoras se asociaron con complicaciones o morbilidad materna (Tabla 5), por lo que su existencia contribuyó a incrementar la manifestación de problemas de salud. Es importante considerar que, la tercera demora, asociada directamente con el servicio que presta el sector salud, presentó tasas de incidencia significativamente mayor que las primeras. Otros estudios también han reportado la tercera demora como la más frecuente (Mgawadere y col., 2017; Mo'men y col., 2020), pero son pocos los que han demostrado significancia estadística de la asociación de demoras con complicaciones y/o morbilidades maternas (Pacagnella y col., 2014).

Es importante hacer notar que, entre las barreras que causaron la primera demora, que fue la que se reportó en segundo lugar en orden de frecuencia (29.2 %), estuvieron presentes factores atribuidos a las pacientes, como fue la falta de reconocimiento de signos de alarma (44.4 %) que iniciaban una complicación (Tabla 4). Este desconocimiento de los signos de alarma, por parte de la mujer, fue mayor a los resultados reportados por Conza y col. (2021) (21 %).

Respecto a la segunda demora, es innegable que el acceso oportuno a los servicios de salud se complica por la lejanía de las clínicas y hospitales a donde son referidas las mujeres desde su comunidad, como sucede con las mujeres del presente trabajo que residían en las áreas rurales, como comisarías y rancherías lejanas. Incluso, los centros de salud pueden estar retirados de la zona donde viven y, por lo tanto, las oportunidades de decidir y tener acceso pronto al servicio de salud se hacen difíciles. Lo anterior tiene que ver con los tiempos destinados a la búsqueda de ayuda una vez que se ha identificado la complicación, así como el medio de transporte para el traslado. Lo cual es un factor de riesgo, ya que, cuando existe una complicación materna, el tratamiento debe ser inmediato, para salvaguardar la vida de la madre y el feto (WHO/UNFPA/UNICEF/AMDD, 2009).

En el presente estudio, la mayoría de las mujeres tardaron más de una hora desde que iniciaron su traslado hasta llegar a una clínica u hospital de referencia para su atención. Estos tiempos prolongados también fueron observados por Rodríguez y col. (2020a), en otras comunidades de Yucatán, lo que sugiere que se debe evaluar la eficiencia del sistema de referencia de las embarazadas. Los resultados coinciden con lo que señala Torres y col. (2020), respecto al efecto negativo que tiene la lejanía de los servicios de salud de las comunidades.

Es importante destacar que, el trabajo de campo realizado permitió constatar que en las 11 comunidades existen vehículos destinados al traslado de pacientes. Sin embargo, aunque los vehículos de traslado son llamados ambulancias, la mayoría son camionetas con las características de un vehículo particular, que no se encuentran equipados con lo indispensable para tratar una emergencia, en tanto la mujer llega a otro hospital a donde ha sido referida. Adicionalmente, no siempre se encuentran vehículos disponibles cuando hay que trasladar a la embarazada al hospital, por lo que las embarazadas tienen que conseguir

un vehículo particular por su cuenta, en su comunidad, para que pueda llevarlas. Esta situación pone en riesgo su vida, por falta de vehículo especializado y la presencia de personal no capacitado en emergencias obstétricas que pueda resolver alguna complicación, como fue demostrado por Rodríguez y col. (2018), en un estudio llevado a cabo en Yucatán, donde el riesgo global de muerte de las embarazadas con complicaciones obstétricas y que sufren demoras en la atención fue de 54 %.

En México la norma establece que los partos deben ser atendidos en todos los establecimientos de salud con respeto a la cultura local y con calidad, y los traslados deben ser oportunos y con los cuidados correspondientes (DOF, 2016). Sin embargo, el trabajo de campo permitió establecer que en Yucatán aún no se dan, de forma generalizada, las condiciones para que esto se haga efectivo, ya que, en la mayoría de los centros de salud, de las comisarías y rancherías que se visitaron, el servicio médico era brindado por médicos pasantes. Son claros los contrastes que reflejan la inequidad de las mujeres rurales respecto a las que residen en áreas urbanas mexicanas, donde se reducen las distancias para buscar la ayuda y tienen acceso a los servicios especializados de la atención del parto habilitado, que son indispensables para atender las complicaciones (Gutierrez y col., 2020).

La falta de apoyo para el traslado y el retraso en la regulación para el ingreso a los hospitales también son determinantes sociales e institucionales que tendrán que ser analizados en Yucatán, si realmente se desea reducir las inequidades en la atención a las mujeres, como se ha demostrado en otros estudios (Rodríguez y col., 2020a; Torres y col., 2020).

Un factor importante a considerar es la falta de apoyo familiar, pues la mayoría de los esposos de estas mujeres trabajaban fuera de la comunidad durante toda la semana o por semanas o meses, como una forma de obtener ingresos, de acuerdo a lo expresado por las en-

cuestadas, lo que disminuyó las posibilidades de que fueran acompañadas a las consultas prenatales. En el presente trabajo se pudo observar que esta situación es muy común e incluso, no tuvieron compañía del esposo en el traslado (42.1 %) ni juzgaron mal la ausencia en el parto (74.1 %) (Tabla 7) y, aunque reconocen que el esposo debe acompañarlas en el parto, justifican su ausencia, porque ellos tienen que trabajar. Dichos datos coinciden con los resultados encontrados en otro estudio realizado en Yucatán por Rodríguez y col. (2012), en el que el común denominador fue la ausencia del esposo. Es necesario empoderar a las mujeres e involucrar más al esposo en los problemas de salud materna (Dickson, 2021).

La toma de decisiones acerca de la atención durante el embarazo, parto y puerperio es otro campo de oportunidades para trabajar con las mujeres del área rural, para proveerlas de información al respecto para empoderarlas (Dickson, 2021). En el presente trabajo, la mayoría de las entrevistadas (81.4 % al 97.2 %) manifestaron que es el esposo, la mamá, la suegra o un familiar cercano quien decide sobre los cuidados durante el embarazo, si debe ser transferida o no al momento del parto. El 68 % de ellas no decidió los intervalos entre embarazos, ni ser transferida. Y más de la mitad (51.8 %) tampoco decidió el lugar a donde la transfirieran. La influencia que los esposos, las suegras y las madres tienen sobre su toma de decisiones, también se ha encontrado en otros estudios en comunidades alejadas de Yucatán, como es el caso de las mujeres del municipio de Chemax, que después de casarse, es costumbre que sean llevadas a vivir con ellos a casa de la suegra y, en caso de la ausencia de esta última, la madre de la mujer es quien influye en las decisiones (Rodríguez y col., 2006). Dichos aspectos sobre la toma de decisiones tienen impacto en la salud de la mujer; el hecho de tener la posibilidad de restringir el número de hijos, como se registró en el 19 % de la población de este estudio, y espaciar sus embarazos (68 %), les abre la oportunidad de cuidar su propia salud y al mismo tiempo tener hijos saludables (Gutiérrez, 2013).

En investigaciones realizadas para conocer a qué se deben las inequidades en salud materna, se menciona que las relaciones de poder entre los géneros para la toma de decisiones, desempeña un papel importante en las consecuencias de la salud materna y la de su futuro hijo. Generalmente los hombres tienen más poder, porque tienen un ingreso económico derivado del trabajo que realizan, mientras que ellas, principalmente las rurales, no perciben remuneración y están dedicadas a las tareas domésticas, sometidas a lo que la pareja quiera aportar para el pago de sus servicios de salud (Cornish, 2021). En las mujeres mexicanas, las tareas domésticas representan un factor social determinante de la desigualdad de género que las ponen en desventaja frente a los varones (Szasz, 1998). Genéricamente, se ha conferido a la mujer el cuidado de su salud y la de sus hijos. Esta concepción de la salud materno-infantil ha desvalorizado el papel del varón en el cuidado de la pareja durante el embarazo, parto y posparto, como fue el caso de las mujeres del estudio.

Se ha visto que el embarazo es una condición, en la vida reproductiva de las mujeres, que no queda exenta de situaciones de violencia, provocando graves repercusiones no solo en la salud física y mental de la madre sino también en la del futuro ser. Entre las causas de violencia durante el embarazo está el arraigo a las costumbres machistas que aún persiste en la cultura de las poblaciones rurales, la sumisión de ellas, la dependencia económica, la falta de información y de apoyo (Moral-de-la-Rubia y Ramos, 2016). Román y col. (2021) reportaron que, la prevalencia de violencia del esposo hacia la embarazada varía entre países, pero la sufre en promedio el 25 % de las mujeres durante esa etapa; y concluyen que esta prevalencia debe ser considerada de manera global. Dicho porcentaje fue superado por las participantes de este estudio, destacando la violencia psicológica y violencia física severa (27.5 % y 36 %, respectivamente). Por su parte, Biffu y Guracho (2022) reportaron que, en mujeres etíopes, se registró el siguiente orden de frecuencia: psicológica, sexual y física.

La violencia económica que sufrió el 53 % de las participantes del presente trabajo supera las cifras reportadas para las mujeres mexicanas en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (INEGI, 2017), que fue del 29 % en las mayores de 15 años. En dicha encuesta no se especifica el porcentaje de violencia para el grupo de embarazadas, lo que será tarea importante para futuras investigaciones, al igual que establecer la violencia ejercida por el personal que atiende partos en Yucatán, que a nivel nacional registra una incidencia del 33.4 %.

La incidencia de violencia en las participantes del presente trabajo supera los porcentajes reportados para las mujeres en Yucatán (30.5 %), que eran mayores de 15 años y que vivían en pareja, de acuerdo al Instituto de Equidad y Género en Yucatán (IEGY, 2008). En el mismo estudio, se registraron cifras menores a las de esta investigación, por cada tipo de violencia, que fueron 16.8 % para la económica, 21.8 % para la psicológica, 8.7 % para la física y 5.6 % para la sexual. También para la violencia física severa, en su nivel alto, que fue el más frecuente en este grupo estudiado, superaron los porcentajes del trabajo del instituto (20.6 % vs. 6.6 %).

El grado de severidad alto encontrado en dos tipos de violencia, sugiere la existencia de conflictos graves de pareja en las participantes del presente estudio, que deben ser atendidos a la brevedad, porque son “focos rojos” de expresiones de violencia que suelen ser reiterativas y que ponen en peligro la vida de las mujeres. Aunque la mayoría de las encuestadas estuvieron en el nivel de “Ninguno”, un alto porcentaje de ellas (36.0 %) respondieron haber tenido experiencias de violencia física severa, similar a lo encontrado por Méndez y col. (2022). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) menciona que la violencia física es la más visible, porque deja huellas. En este estudio tuvo muy baja incidencia (10.1 %) en su forma no grave, pero se hizo muy evidente cuando se analizó en su forma severa. La violencia ejercida por el esposo puede va-

riar de intensidad durante las etapas del embarazo (Mella y col., 2021), situación que será muy importante estudiar a futuro con las embarazadas. Se requiere trabajar especialmente con las mujeres para reflexionar sobre las causas que provocan la violencia de la pareja en el embarazo y construir en conjunto estrategias que puedan reducir las inequidades en salud que las llevan a situaciones que ponen en riesgo su vida y la del futuro ser.

La pandemia de COVID-19 vino a exacerbar las barreras que causan demoras en la atención de las embarazadas, porque resaltó las inequidades en el acceso a la salud materna, así como el aumento de la violencia doméstica. El impacto social y económico al que ha llevado es muy marcado, ya que las defunciones maternas, debidas a complicaciones en el embarazo, aumentaron, porque las mujeres se quedaron en casa y demoraron en solicitar la atención oportuna de las mismas, principalmente por el miedo a salir de sus casas y ser contagiadas; viviendo además situaciones de violencia de pareja que tuvo un repunte (Kotlar y col., 2021). En Yucatán, en 2020, se tuvo el apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología del Gobierno de México, para realizar acciones que llaman “de rescate de las embarazadas”, utilizando la tecnología móvil e infografías, que fueron difundidas por redes sociales (Rodríguez y col., 2020b). Sin embargo, la tecnología por internet, que ya está muy desarrollada en otros países, no logra llegar a todos los grupos de embarazadas y deja ver otra de las inequidades en salud, porque en la mayoría de las comunidades no hay señal para recibir la información que puede salvar vidas, sobre todo en momentos de complicaciones maternas, que requieren atención de inmediato (Rodríguez y col., 2020b).

La visión holística del problema de las inequidades en salud de las mujeres embarazadas de las comunidades, de acuerdo a los resultados de este trabajo, refuerza la idea de continuar, a través de grupos interdisciplinarios comprometidos con la lucha contra la inequidad, con estudios que puedan fortalecer ac-

ciones estratégicas que disminuyan o erradiquen esas desigualdades de acceso y de género, como fueron las barreras que originaron la tercera demora, que se relaciona con la calidad de atención de los servicios de salud que reciben las embarazadas, que fue el hallazgo más importante en este trabajo y que reflejan inequidades.

CONCLUSIONES

Las mujeres participantes del presente estudio se caracterizaron por ser en su mayoría adultas menores de 36 años, con medio y bajo nivel educativo, dedicadas al hogar, y por ello dependientes económicamente, lo cual pareció influir en que muchas de ellas tuvieran poca capacidad en la toma de decisiones para su atención médica durante el embarazo, parto y puerperio. La tercera demora presentó la mayor incidencia y estuvo asociada con mayor tasa de morbilidad y complicaciones de salud; las barreras más frecuentes, en esta demora, a las que se enfrentaron las mujeres fueron el tratamiento médico inadecuado e inoportuno y la falta de criterios médicos para ingreso. La

lejanía de los sitios donde habitan, con respecto a los centros de salud y de atención médica para el parto provocaron retrasos importantes en su traslado que incrementaron su morbilidad y complicaciones médicas. La falta de vehículos equipados para el traslado de los pacientes hacia las clínicas y hospitales sigue siendo un tema que debe atender el sistema de salud en dicha región. La violencia familiar se manifestó como un problema importante en la zona analizada, con alta incidencia de violencia económica, física severa y psicológica. La elaboración y propuestas de políticas de salud deben encaminarse a lograr una mayor apertura por parte de los servicios de salud para el estudio de los procesos internos en centros de salud, clínicas y hospitales que permitan proponer acciones de mejora en un trabajo colaborativo con el personal de salud y autoridades. Por otro lado, es necesario continuar con investigaciones sobre la violencia que viven las mujeres durante el embarazo para disminuir daños e inequidades hacia la salud materna.

REFERENCIAS

- Actis, V., Bedwell, C., Wakasiaka, S., and Lavender, T. (2020). Utility of the three-delays model and its potential for supporting a solution-based approach to accessing intrapartum care in low- and middle-income countries. A qualitative evidence synthesis. *Glob Health Action*. 13(1):1819052.
- Álvarez-Gayou, J. L. (2005). *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Ed. Paidós. 222 Pp.
- Angulo, E. M. R., Andueza-Pech, M. G., and Peña, Y. O. (2018). Characteristics of maternal death among mayan women in Yucatan, Mexico. In D. Schwartz (Ed.), *Maternal death and pregnancy-related morbidity among indigenous women of Mexico and Central America. Global Maternal and Child Health* (pp. 249-270). USA: Springer Ed.
- Biftu, B. and Guracho, Y. D. (2022). Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Bio-Med Research International*. 26:4641343.
- CEPAL, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022). Mortalidad y Salud, en *Naciones Unidas*. [En línea]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/subtemas/mortalidad-salud#>. Fecha de consulta: 10 de junio de 2022.
- Conza, B., Mejia, K. y Aguilar, M. (2021). Nivel de conocimiento sobre signos de alarma en gestantes atendidas en un Hospital Público de El Oro. *Polo del Conocimiento*. 6(7): 895-913.
- Cornish, H., Walls, H., Ndirangu, R., Ogbureke, N., Bah, O. M., Tom-Kargbo, J. F., ..., and Ranganathan, M. (2021). Women's economic empowerment and health related decision-making in rural Sierra Leone. *Cult, Health & Sexuality*. 23(1):19-36.
- Churchill, E. Shankardass, K., Perrella, A. M. L., Lofthers, A., Quiñonez, C., Brooks, L., ..., and Kirst, M. (2021). Effectiveness of narrative messaging styles about the social determinants of health and health inequities in Ontario, Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(20):10881.
- Dickson, K. S. (2021). Women empowerment and skilled birth attendants among women in Rural Ghana. *BioMed Research International*. 24: 9914027.

DOF, Diario Oficial de la Federación (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. [En línea]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0. Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2022.

Globevnik, V., Lučovnik, M., Premru, T., Leskošek, V., Krajnc, M., Pavše, L., ..., and Blickstein, I. (2018). Violence before pregnancy and the risk of violence during pregnancy. *Journal of Perinatal Medicine*. 46(1): 29-33.

Gutierrez, J. P., Agudelo-Botero, M., Garcia-Saiso, S., Zepeda-Tena, C., Davila-Cervantes, C., Gonzalez-Robledo, M., ..., and Lozano, R. (2020). Advances and challenges on the path toward the SDGs: subnational inequalities in Mexico, 1990–2017. *BMJ Global Health*. 5(10): e002382.

Gutiérrez, M. (2013). La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 30(3): 465-470.

IEGY, Instituto para la Equidad de Género en Yucatán (2008). Análisis de la violencia contra las mujeres en Yucatán, 2006. [En línea]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/insp/analisis_violencia.pdf. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, en *ENDIREH*, 2016. Principales Resultados. México. [En línea]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf. Fecha de consulta: 13 de julio de 2022.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2019). Censo Nacional de Población y Vivienda. 2010. [En línea]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>. Fecha de consulta: 15 de junio de 2022.

Kaiser, J.L., Fong, R.M., Hamer, D.H., Biemba, G., Ngoma, T., Tusing, B., and Scott, N. A. (2019). How a woman's interpersonal relationships can delay care-seeking and access during the maternity period in rural Zambia: An intersection of the Social Ecological Model with the Three Delays Framework. *Social Science & Medicine*. 220: 312-321.

Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., and Tie-meier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive Health*. 18(1): 1-39.

Mella, M., Binfa, L., Carrasco, A., Cornejo, C., Cavada, G. y Pantoja, L. (2021). Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en

Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*. 149(4): 543-553.

Méndez, M., Barragán, A., Peñaloza, R. y García, M. (2022). Severidad de la violencia de pareja y reacciones emocionales en mujeres, en *Psicumex*. [En línea]. Disponible en: <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/400>. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022.

Mgawadere, F., Unkels, R., Kazembe, A., and van-den-Broek, N. (2017). Factors associated with maternal mortality in Malawi: application of the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 17(1): 1-9.

Mo'men, M., Saad, E. G., Eladwy, A. R., Essam, A. I., Gadelrab, M. T., Emad, M. I., ..., and Ameirr, A. A. (2020). A ten year analysis of maternal deaths in a tertiary hospital using the three delays model. *BMC Pregnancy Childbirth*. 20(1): 585.

Moral-de-la-Rubia, J. y Ramos, S. (2016). Machismo, victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*. 22 (43): 37-66.

Nievas, C. M., Moyano, D. L. y Gandini, J. B. (2021). Determinantes sociales y de género relacionados a las inequidades de salud en una comunidad de Argentina. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*. 78(2): 103-109.

OECD/The World Bank, Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico/Banco Mundial (2020). Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>. Fecha de consulta: 10 de julio de 2022.

Olaiz, G., Uribe, P. y Rio, A. (2009). Encuesta Nacional sobre Violencia Contra las Mujeres 2006 ENVIM. México, D.F.: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud reproductiva, en *Secretaría de Salud*. [En línea]. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/ENVIM_2006.pdf. Fecha de consulta: 12 de julio de 2022.

OMM, Observatorio de la Mortalidad Materna en México (2022). Gobierno de México. Informe Semanal de Notificación Inmediata de Muertes Maternas, en *Semana Epidemiológica 25*. [En línea]. Disponible en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/>. Fecha de consulta: 29 de noviembre de 2022.

OMS, Organización Mundial de la Salud (2019). Respect women: Preventing violence against women. UN-W. [En línea]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312261/WHO-RHR-18.19-eng.pdf>. Fecha de consulta: 14 de diciembre de 2022.

Pacagnella, R. C., Cecatti, J. G., Parpinelli, M. A., Sousa,

M. H., Haddad, S. M., Costa, M. L., ..., and Abdallah, A. A. (2014). Delays in receiving obstetric care and poor maternal outcomes: results from a national multicentre cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 14(1): 1-15.

PAHO, Pan American Health Organization (2017a). Sustainable Health Agenda for the Americas 2018 2030, 29th Pan American Sanitary Conference, 69th Session of the Regional Committee of WHO for the Americas. [En línea]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49170>. Fecha de consulta: 12 de julio de 2022.

PAHO, Pan American Health Organization, World Health Organization, Health in Americas (2017b). Determinantes e inequidades en salud, en PAHO. [En línea]. Disponible en: https://www3.paho.org/salud-en-las-americanas2012/index.php?option=com_content&view=article&id=58:health-determinants-and-inequalities&Itemid=165&lang=es. Fecha de consulta: 12 de julio de 2022.

PAHO, Pan American Health Organization (2020). Strategic Plan of the Pan American Health Organization 2020-2025: Equity at the Heart of Health. (Official Document: 359). Washington, D.C.: Pan American Health Organization. [En línea]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52473>. Fecha de consulta: 12 de julio de 2022.

Rodríguez, E., Aguilar, P., Montero, L., Hoil, J. y Andueza, G. (2012). Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán, México. *Revista Biomédica*. 23(1): 23-32.

Rodríguez, E., Andueza, G. y Kú, L. (2006). Cuidados, hábitos y riesgos de las mujeres de Chemax, Yucatán, durante el proceso reproductivo. *Temas Antropológicos: Revista Científica de Investigadores Regionales*. 28(1-2): 34-69.

Rodríguez, E., Andueza, G., and Vázquez, R. (2018). Global risk of death due to delays in the care of pregnant women with obstetric complication in Yucatan, Mexico. *Obstetrics y Gynecology International Journal*. 9(2): 118-122.

Rodríguez, E., Ojeda, R., Oliva, Y., and Andueza, G. (2020a). Prolonged response times in obstetric emergency care out of hospital in Yucatan, Mexico, in *Open Access Journal of Biomedical Science*. [En línea]. Disponible en: <https://biomedscis.com/pdf/OAJBS.ID.000167.pdf>. Fecha de consulta: 13 de julio de 2022.

Rodríguez, E., Rosado, E., Caballero, R., and Gómez, J. (2020b). Use of cell phones in the transmission of preventive messages about COVID-19 to pregnant women in Yucatan, Mexico. Preliminary data. *ECORFAN Journal Republic of Guatemala*. 6(10): 6-11.

Román, R., Martín, S., Fernández, B., Zamora, J., Khan, K., and Bueno, A. (2021). Worldwide prevalence of

intimate partner violence in pregnancy. A systematic review and meta-analysis. *Front Public Health*. 9: 738459.

SS, Servicios de Salud de Yucatán (2019). Unidades Médicas. México: Gobierno del Estado de Yucatán. [En línea]. Disponible en: <http://salud.yucatan.gob.mx/secciones/ver/unidades-medicas>. Fecha de consulta: 7 de julio de 2022.

Szasz, I. (1998). Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. En J. Figueroa-Perea (Ed.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 313-331). México: Ediciones El Colegio de México.

Thaddeus, S. and Maine, D. (1994). Too far to walk: maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*. 38(8): 1091-1110.

Torres, I., Ramírez, L. y Faytong, M. (2020). Las tres demoras en salud que llevan a complicaciones obstétricas en Ecuador. Un estudio de revisión. *Revista de Ciencias de la Salud*. 2(3): 104-113.

Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M., Salgado, N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*. 48(2): 221-231.

WHO, World Health Organization/UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas/ UNICEF, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/AMDD, Averting Maternal Death and Disability Program (2009). Monitoring emergency obstetric care. A handbook. Geneva, Switzerland. [En línea]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44121/9789241547734_eng.pdf;jsessionid=FD12A257A7FE579E92E3AC3F48E44C01?sequence=1. Fecha de consulta: 4 de septiembre de 2022.