



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO AMECAMECA



MAESTRÍA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

**“Análisis de políticas públicas con relación a la atención
de la salud en mujeres embarazadas en el Estado de
México, 2017-2023”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

MAESTRA EN SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

PRESENTA

LIC. EN D. MONTSERRAT GARCÍA DÍAZ

DIRECTOR

DR. MIGUEL ÁNGEL DE GUADALUPE SÁNCHEZ RAMOS

COMITÉ TUTORIAL

DR. ROBERTO MORENO ESPINOSA

DRA. MARISOL CHAVEZ HERRERA

ÍNDICE

RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	13
CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA.....	15
1.1 Antecedentes de la temática.....	15
1.2 Planteamiento del problema.....	17
1.3.1 Pregunta de investigación.....	20
1.3 Objetivos de la investigación.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivo específicos.....	20
1.4 Hipótesis.....	20
1.5 Justificación e importancia.....	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	23
2.1 Antecedentes de la investigación.....	23
2.1.1 Internacionales.....	23
2.1.2 Nacionales.....	24
2.2 Teoría que sustenta el estudio: Enfoque de la nueva gestión pública.....	26
2.3 Políticas públicas.....	28
2.3.1 Origen.....	28
2.3.2 Aproximación conceptual.....	29
2.3.3 Diseño.....	31
2.3.4 Gestión y evaluación.....	33
2.4 Atención de la salud.....	36
2.4.1 De la salud y su configuración como derecho.....	36
2.4.2 Calidad de atención hospitalaria.....	38
2.4.3 Violencia obstétrica.....	40
2.4.4 La mujer en relación con su entorno social.....	42
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO.....	44
3.1 Enfoque de la investigación.....	44
3.2 Diseño de la investigación.....	44

3.3	Tipo de la investigación	45
3.4	Unidad de análisis: población y muestra.....	45
3.4.1	Población.....	46
3.4.2	Muestra	46
3.5	Técnicas e instrumentos.....	47
3.6	Métodos.....	48
3.7	Procedimiento	49
3.7.1	Fase I. Contextualización del problema y bases teóricas	49
3.7.2	Fase II. Diseño de instrumentos para recopilar datos e información.....	49
3.7.3	Fase III. Recolección de datos e información	50
3.7.4	Fase IV. Procesamiento, tabulación, triangulación, análisis y constratación	51
3.7.5	Fase V: Conclusiones, sugerencias y propuesta.....	51
CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS		52
4.1.	Políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México	60
4.2.	Protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México	65
4.3.	Discusión.....	75
CAPÍTULO V. PROPUESTA: UNA VISIÓN DE FUTURO.....		101
5.1	Presentación	101
5.2	Fundamento.....	102
5.3	Vinculación con las políticas gubernamentales.....	103
5.4	Lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, énfasis atención a mujeres embarazadas	107
CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS		115
	Conclusiones.....	117
	Recomendaciones	120
BIBLIOGRAFÍA		122
ANEXOS		127

A. Operacionalización de variables / categorías.....	128
B. Instrumento: cuestionario.....	131
C. Instrumento: guía de entrevista semiestructurada.....	133
D. Matriz de validación de instrumentos	134
E. Consentimiento informado	135

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Nacimiento del concepto de políticas públicas	28
Tabla 2. Personal médico, sanitario y administrativo inmerso en el proceso de atención	40
Tabla 3. Objetivos específicos e instrumentos para cumplirlos	49
Tabla 4. Testimonio de los entrevistados.....	61
Tabla 5. Clasificación sobre la condición y/o estatus clínico de la paciente.....	68
Tabla 6. Distribución de la muestra del cuestionario por edades.....	71
Tabla 7. Distribución de la muestra del cuestionario por municipios	72
Tabla 8. Número de partos	73
Tabla 9. Actualmente se encuentra embarazada	74
Tabla 10. Periodo gestacional	75
Tabla 11. Años de parto.....	76
Tabla 12. Seguimiento médico en la etapa de gestación.....	77
Tabla 13. Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación	78
Tabla 14. Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación	79
Tabla 15. Conocimientos de los derechos	80
Tabla 16. Medios para acceder a conocimientos de los derechos	81
Tabla 17. Comentarios y/o descalificaciones del personal salud sobre condición embarazo	82
Tabla 18. Trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos durante el proceso de embarazo	83
Tabla 19. Fue criticada durante el proceso de embarazo	84

Tabla 20. Fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos	85
Tabla 21. Procedimientos realizado sin pedirle consentimiento	86
Tabla 22. Durante el parto la obligaron a permanecer acostada boca arriba.....	87
Tabla 23. Acompañada por alguien de tu confianza	88
Tabla 24. Le obligaron a firmar documentos durante el trabajo de parto	89
Tabla 25. Contacto inmediato con hijo (a) recién nacido antes de llevarlo al neonatólogo	90
Tabla 26. Experiencia de la atención	92
Tabla 27. Peligro de perder la vida.....	93
Tabla 28. Algunos comentarios añadidos por las encuestadas.....	94
Tabla 29. Políticas nacionales y estatales gubernamentales.....	103
Tabla 30. Sistematización de los lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud.....	110

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pilares de la NGP.....	27
Figura 2. Aproximación conceptual de las políticas públicas.....	31
Figura 3. Modelo relacional: análisis y diseño de políticas públicas.....	32
Figura 4. Modelo relacional: gestión y evaluación de políticas públicas	34
Figura 5. Proceso de gestión de las políticas públicas	35
Figura 6. Modelo de calidad de atención médica de Donabedian.....	39
Figura 7. Ejes básicos y competencias para la atención de violencia sexual y de género en los servicios de salud.....	67
Figura 8. Estrategia del plan de desarrollo del Estado de México vigente con la problemática	106

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de la muestra del cuestionario por edades	71
Gráfico 2. Distribución de la muestra del cuestionario por municipios	72
Gráfico 3. Número de partos.....	73
Gráfico 4. Actualmente se encuentra embarazada.....	74
Gráfico 5. Periodo gestacional.....	75
Gráfico 6. Años de parto	76
Gráfico 7. Seguimiento médico en la etapa de gestación.....	77
Gráfico 8. Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación	78
Gráfico 9. Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación	79
Gráfico 10. Conocimientos de los derechos.....	80
Gráfico 11. Medios para acceder a conocimientos de los derechos.....	81
Gráfico 12. Comentarios y/o descalificaciones del personal salud sobre condición embarazo	82
Gráfico 13. Trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos durante el proceso de embarazo	83
Gráfico 14. Fue criticada durante el proceso de embarazo	84
Gráfico 15. Fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos.....	85
Gráfico 16. Procedimientos realizados sin pedirle consentimiento	87
Gráfico 17. Durante el parto la obligaron a permanecer acostada boca arriba	88
Gráfico 18. Acompañada por alguien de tu confianza	89
Gráfico 19. Le obligaron a firmar documentos durante el trabajo de parto.....	90
Gráfico 20. Contacto inmediato con hijo (a) recién nacido antes de llevarlo al neonatólogo	91
Gráfico 21. Experiencia de la atención	92
Gráfico 22. Peligro de perder la vida	93

RESUMEN

El estudio definió, como objetivo general, analizar las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el estado de México, 2017-2023. La metodología empleada se circunscribe con un enfoque mixto, es decir, cuantitativo y cualitativo, el primero alineado con la lógica objetivista a partir de datos primarios y secundarios, y el segundo para comprender la realidad de los hechos desde una postura subjetiva de quienes están inmersos en el proceso. El diseño fue no experimental, de campo, apoyada en una investigación documental, con un tipo descriptivo bajo la modalidad proyectiva. La unidad de análisis lo representa los centros hospitalarios de la zona oriente del Estado de México. Se seleccionaron dos muestras de forma intencionada, (37) mujeres embarazadas que asistieron a una entidad de salud en la localidad, a quienes se les aplicó un cuestionario con (19) ítems; además de seis (6) sujetos que desempeñan funciones gerenciales y médicas en diversas instituciones de salud pública, a los que se les facilitó una guía de entrevista semiestructurada. Los resultados evidenciaron, la falta de una política pública específica para las mujeres en periodo de gestación y sobre violencia obstétrica; debilidades y dificultades en los servicios de atención sanitaria, 32% de mujeres encuestadas aseguraron que los partos que tuvieron durante el recorrido de la vida reproductiva no llegaron a su término gestacional; 30% estuvo en peligro de perder la vida o la del neonato; la tendencia mostró que el 50% experimentó por parte del personal sanitario comentarios irónicos, descalificadores, lo que deriva en un tipo de violencia y discriminación; 35% manifestaron que fueron obligadas a firmar documentos y formas que no pudieron leer ni entender sin consentimiento. Finalmente, se definieron una serie de lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud.

Palabras clave: políticas públicas, salud, atención de la salud, mujeres, embarazadas, violencia obstétrica.

ABSTRACT

The study defined, as a general objective, to analyze public policies in relation to health care in pregnant women in the state of Mexico, 2017-2023. The methodology used is circumscribed with a mixed approach, that is, quantitative and qualitative, the first aligned with the objectivist logic from primary and secondary data, and the second to understand the reality of the facts from a subjective position of those who are immersed in the process. The design was non-experimental, field, supported by documentary research, with a descriptive type under the projective modality. The unit of analysis is represented by the hospitals in the eastern part of the State of Mexico. Two samples were intentionally selected, (37) pregnant women who attended a health entity in the locality, to whom a questionnaire with (19) items was applied; In addition to six (6) subjects who perform managerial and medical functions in various public health institutions, who were provided with a semi-structured interview guide. The results showed the lack of a specific public policy for pregnant women and obstetric violence; weaknesses and difficulties in health care services, 32% of women surveyed said that the births they had during the course of reproductive life did not reach their gestational term; 30% were in danger of losing their life or that of the newborn; The trend showed that 50% experienced ironic, disqualifying comments from health workers, which leads to a type of violence and discrimination; 35% said they were forced to sign documents and forms they could not read or understand without consent. Finally, a series of strategic guidelines were defined to strengthen public health policies.

Keywords: public policies, health, health care, women, pregnant women, obstetric violence.

INTRODUCCIÓN

En la medida que evolucionan las sociedades, en esa misma medida, las autoridades políticas legítimamente constituidas van adoptando nuevos, modelos, enfoques, métodos y mecanismos para mejorar el diseño de políticas públicas como responsable principal, atendiendo a las demandas, necesidades, carencias y problemas que afectan al conjunto de la sociedad, en este caso particular, inherentes con los servicios de atención de salud, donde los centros hospitalarios juega un papel preponderante en los servicios sanitarios, con mayor énfasis en los programas relacionados con la atención de las mujeres en periodo de gestación.

En lo que respecta al Estado de México, como uno de las treinta y un (31) entidades político territorial que integran la República, una de las regiones con mayor densidad poblacional, que abarca el 13,5% de todo el país, dispone de una estructura institucional sólida destinada hacia la atención de quienes allí habitan en términos de los derechos de protección a los servicios sanitarios, en concordancia con lo pactado en la Carta Magna, artículo 4 “(...) toda persona tiene derecho a la protección de la salud (...)”, (Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, 2021).

En este caso de estudio sobre los servicios de acceso y atención de salud a las mujeres en periodo de gestación, lo estipulado en el artículo 3, literal A de la Ley de Salud del Estado de México vigente, puntualiza que “(...) I. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables; II. La atención materno-infantil; III. La prestación de servicios de planificación familia (...)” (Gobierno del Estado de México, 2001).

A pesar de que la ley garantiza el derecho de todas las personas a la salud, esto no quiere decir que el total de la población lo ejerza, ya que, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, aún existen algunos sectores de la población que se encuentran limitados en el ejercicio de dicho derecho. (Consejo Estatal de Población del Estado de México, 2017, p. 6)

En ese mismo contexto, para el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020), existen una cantidad significativa de mujeres que han sido víctimas

de casos de violencia obstétrica en el marco de los servicios de atención de salud de funcionarios públicos hacia mujeres en periodo de gestación, que para los años 2011 y 2016, alcanzó un 33.4% que experimentaron algún tipo de maltrato, donde los casos reportados se localizan en el Estado México. En ese sentido, se está en una situación que requiere ser abordada con la premura del caso, a los efectos de reducir las brechas de violencia de género en el campo de los servicios sanitarios, específicamente sobre las mujeres embarazadas.

Por tanto, este estudio orienta los esfuerzos a analizar las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el estado de México, 2017-2023, para ello, se aborda una metodología mixta, es decir, enfoque cuantitativo y cualitativa, diseño no experimental de campo con nivel descriptivo y modalidad proyectiva, usando los métodos, análisis-síntesis, deductivo e inductivo.

La tesis se estructuró en cinco capítulos, a saber, el Capítulo I: Contextualización de la problemática, comprende los antecedentes, planteamiento del problema, pregunta de investigación, los objetivos, hipótesis, justificación e importancia. Capítulo II: referido al Marco Teórico, donde se describe los antecedentes de la investigación, la teoría que fundamenta el estudio, bases teóricas en función de las variables definidas y demás conceptos.

Capítulo III: Marco Metodológico, compuesto por el enfoque, diseño y tipo de investigación, unidad de análisis, población, muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos e información, métodos y procedimiento, incluye en el anexo A, el cuadro de operacionalización de las variables.

Capítulo IV. Presentación y Discusión de los Resultados, aquí está la tabulación, gráfico de las encuestas, descripción y lo documentado con las entrevistas realizadas con los respectivos análisis y fundamentación. Finalmente, el Capítulo V. Propuesta de los lineamientos estratégicos además, de las referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA

1.1 Antecedentes de la temática

El estudio de las políticas públicas se fraguó en Norteamérica a comienzos de la década de los 30 del siglo pasado, en el contexto de investigaciones efectuadas para analizar las medidas adoptadas por el entonces presidente Roosevelt; mientras que en el viejo continente esta campo prominente tomó auge como disciplina en el escenario del estado del bienestar, (Alberca y Solís, 2019).

Trascurridas variadas décadas después, se dinamizó a partir de los años 80 y 90 de finales de siglo XX, donde tuvo lugar el enfoque teórico de la Nueva Gestión Pública (NGP), un modelo para la gestión de gobiernos edificado en la gobernanza para la gobernabilidad; aquí tuvo lugar el análisis de las políticas públicas desde la mirada de las ciencias políticas como disciplina que estudia la cosa pública, focalizando los esfuerzo en el ámbito histórico, limitando el accionar, (Alberca y Solís, 2019).

En otro orden de ideas, como parte de esa gobernanza que tomó partido en el ámbito internacional, el pacto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde la República de México es partícipe, asumido en el seno de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1948, producto de las atrocidades perpetuadas por el régimen alemán nazi, a los fines de garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento es un referente para defender y proteger a los seres humanos.

Toda sociedad deben estar en la búsqueda del bienestar común, satisfacción de necesidades y protección social de las personas, preservando la vida como expresión genuina de la humanidad en términos individuales y colectivos; aquí la Organización de las Naciones Unidas, ONU, (2015) estableció en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos que reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado y principalmente se distingue la importancia de la esfera de salud.

Por ende, aborda el tema de la salud, que está asociado a la dimensión biológica del individuo, pero, hoy, no podemos dejar de reconocer las limitaciones de esta consideración y el mayor alcance que tiene, al verse influenciado por cualidades políticas y sociales incuestionables, encontrándose inmersas las garantías de los derechos humanos, (Giraldo y Álvarez, 2008). Así pues, existe una relación entre el derecho a la salud como un derecho fundamental instituido en el estamento normativo supranacional y las políticas públicas, lo que requiere mecanismos desde las autoridades políticas de los países para la atención social que refleje un estado de bienestar.

Para finales de siglo pasado, específicamente en 1999, se crea en México, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), organismo autónomo, cuyo objetivo es proteger y defender los derechos humanos de todos los mexicanos. Por tanto, la República mexicana asumió la necesidad de crear políticas públicas para asegurar la protección de la vida a través de planes de salud, como lo establece el artículo 1° (primero) de la Carta Magna, diseñando agendas de derechos humanos que permiten identificar las principales problemáticas que están generando un menoscabo social.

Es hasta en tiempos muy recientes, y de manera aún muy general, el planteamiento en torno a la relación existente entre el derecho a la salud como un derecho humano y las políticas públicas. En este sentido, para que las autoridades avancen en la dirección correcta, las instituciones con competencia en materia de salud, requieren recursos, capacidades organizacionales y potencialidades para diseñar políticas públicas que logren servicios sanitarios óptimos, focalizado hacia la protección de esos derechos fundamentales (Navarro, 2016).

Entonces, es así como se introduce en las políticas públicas en área de la salud, y más específico los aspectos asociados a la inclusión de género, pero sobre todo las que abordan la atención de salud en el Estado de México de las mujeres embarazadas, a partir de la eficiencia de los servicios sanitarios que han tenido estas, o si bien únicamente se quedaron como una mera propuesta.

El tema de la equidad de género ha tomado relevancia en la agenda internacional y nacional, que debe estar inmersos en las políticas públicas llevadas a cabo por las autoridades como componente fundamental; respaldado en el reconocimiento de las desigualdades de género como objeto de atención impulsada por actores sociales e institucionales para visibilizar problemáticas que atraviesan las féminas, documentadas por organizaciones de mujeres, movimientos feministas, comunidades académicas, entes adscritos a la ONU, organismos no gubernamentales, entre otras, (Valle, 2010).

Las autoridades ejecutivas de México, asumieron un compromiso con los organismos multilaterales para adoptar medidas encauzadas hacia la reducción de las brechas de inequidad que vulnera a la mujer, mediante la institucionalización con políticas públicas centradas en perspectiva de género. En virtud de lo anterior, durante décadas se ha desplegado acciones para asegurar a las mujeres el acceso equitativo a oportunidades sociales, económicas, políticas, laborales, educativas, culturales y de salud, con miras de suprimir las desventajas existentes, social y situaciones de vulnerabilidad, (Carmona, 2015).

1.2 Planteamiento del problema

Naturalmente, la República de México en la actualidad dispone de diversos planes, proyectos y programas sociales enmarcados en políticas públicas, diseñadas e implementadas en beneficio del desarrollo social, individual y colectivo, las cuales están centradas en distintos ámbitos de derechos sociales como: vivienda, educación, alimentación, salud, medio ambiente, entre otros, supeditado a lo acordado en el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), a través del “Programa Nacional de Derechos Humanos”, llevado a cabo por la CNDH en el periodo 2014-2018, que pretendió resolver situaciones que tuvieran injerencia en la violación de los derechos fundamentales.

Este instrumento de planificación nacional, tuvo como objetivos, desarrollar el programa sectorial de salud para que todos los mexicanos contaran con acceso oportuno y eficaz a los servicios sanitarios, que incluyó el componente social dentro

del programa sectorial de desarrollo social, a los efectos de generar una sociedad equitativa e incluyente, garantizando el ejercicio efectivo de los derechos sociales.

Sin embargo, la situación actual en el país permite visualizar que los mexicanos no cuentan con un acceso eficaz y/o digno a los servicios de atención sanitaria, aspecto que está enmarcado en un derecho humano fundamental, inalienable e inextinguible, que evidentemente se está violentando como sociedad, aunado a ello, y en concordancia con los objetivos que establece el referido programa sectorial de desarrollo social, los mexicanos, tampoco disponen del ejercicio efectivo de los derechos sociales y humanos, originando una asignatura pendiente.

En los momentos actuales, en la nación se habla de un estado incluyente, que en términos generales, quiere decir que como gobernados y principalmente como seres humanos, debe tener acceso a una vida digna y al estado de bienestar que el gobierno idealmente tendría que generar como responsable principal en el diseño y ejecución de políticas públicas, cuyo destinatario son los ciudadanos.

Una investigación ha documentado que, en México, existen muchas deficiencias en la atención médica a mujeres embarazadas, focalizadas en los tiempos de espera, insumos necesarios para la prestación de los servicios, además del trato que las mujeres reciben por parte del personal sanitario en los centros hospitalarios, dificultando así, las capacidades de los profesionales para resolver de manera oportuna y correcta los problemas o complicaciones de salud, desde un punto de vista técnico-médico, (Collado y Sánchez, 2015).

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020), documentó que la entidad se han presentado situaciones de maltrato físico y verbal contra mujeres en periodo de gestación que se refleja en violencia desde los servicios de atención en el área obstétrica de manera injustificada, lo que se está convirtiendo en acontecimientos habituales que perturban los derechos fundamentales del género femenino.

Además, un aproximado de 66% de las mujeres mexicanas, a partir de los 15 años de edad, han experimentado algún tipo de violencia e incidente que derivaron en

problemas emocionales, físicos, sexual o de discriminación (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017).

Se está en presencia de situaciones dentro de los centros de hospitalarios que vulneran los derechos fundamentales de las mujeres que han sido víctima de algún tipo de discriminación en los servicios de atención de salud, si, no que se genera un menoscabo a nivel verbal, físico, emocional y psicológico, pudiendo esto desencadenar en la pérdida humana de la mujer, el neonato, o ambos.

Actualmente, el Gobierno del Estado de México, cuenta con el “Plan de Desarrollo Social 2017-2023”, que contempla “pilares sociales” como líneas para el desarrollo, cuyo propósito pretende que el Estado de México sea un Estado socialmente responsable, solidario e incluyente, sumándose así, a los objetivos de la Agenda 2030 de la ONU en el marco del desarrollo sostenible tomando en cuenta la dimensión social, particularmente los objetivos, 3: salud y bienestar y 5: igualdad de género.

Es importante aterrizar que si bien es cierto, lo anterior promueve un estado de bienestar social, que en la práctica o en la realidad no se está generando este bienestar idealizado, pues independiente de la promoción social que tienen en este caso los derechos a la salud como derechos fundamentales, continúan documentándose atropellos que no garantizan el cumplimiento, más allá de las recomendaciones realizadas por organismos autónomos en la materia, que señalan la poca efectividad.

Asimismo, en el Estado de México no dispone una política pública enfocada directamente a la atención de salud adecuada de una mujer embarazada, en trabajo de parto, y/o puerperio, cabe destacar, que existen diversos protocolos hospitalarios como parte de los derechos humanos, pero no una política pública enfocada al respecto.

De allí que, el interés de esta investigación está centrada en analizar las políticas públicas en materia de salud en la entidad política territorial del Estado de México, tomando como base para el estudio los centros hospitalarios que se encuentran localizados en la zona oriente, a los efectos de documentar con datos e información

el comportamiento de la atención brindada y recibida por diferentes actores sociales e institucionales.

1.3.1 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el Estado de México, 2017-2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Analizar las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el estado de México, 2017-2023.

1.3.2 Objetivo específicos

- Exponer los fundamentos teóricos referidos con las políticas públicas, atención de la salud y calidad de atención en centros hospitalarios.
- Conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México.
- Describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México.
- Definir lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con énfasis en el acceso y servicios de atención en las mujeres embarazadas en el Estado de México.

1.4 Hipótesis

Con la finalidad de dar contestación a la pregunta de investigación planteada, se considera que un aspecto importante es la falta de difusión de información adecuada que impide que las mujeres en embarazo, trabajo de parto y puerperio, conozcan el derecho a la salud de los que gozan por el simple hecho de ser mexicanas y por ser

mujeres. Aunado a ello, se considera que los protocolos de actuación y atención no son los adecuados y no se encuentran actualizados a la situación social actual.

Finalmente, la falta de una política pública adecuada y diseñada especialmente al sector social materno infantil deriva en falta de observancia de derecho a la salud para la mujer en estado de gravidez, trabajo de parto o puerperio.

1.5 Justificación e importancia

La relevancia de esta investigación, desde el punto de vista social, se focaliza en las recomendaciones que organismos multilaterales de derechos humanos han realizado a las autoridades políticas del Estado de México, originadas por prácticas médicas, que no solo han afectado la salud de las mujeres en periodo de gestación, sino también, desencadenaron en algunos casos la muerte, e incluso el fallecimiento de neonato. Estas preocupaciones permiten conocer los derechos que se tienen como ciudadanos ante la identificación y prevención de actos o delitos cometidos por servidores de la salud o instituciones médicas que generan una violación al derecho a la salud inmerso dentro de los derechos humanos de las mujeres embarazadas, en trabajo de parto y/o puerperio. Situación que requiere ser atendida con la premura del caso ante la continuidad de los eventos que persisten, lo que está incrementado el número de víctimas vulneradas en la esfera física, personal y jurídica.

En el ámbito institucional, el estudio representa una contribución para las autoridades políticas del Estado de México, que desde los centros de formación universitarios se contribuyan con documentar, diagnosticar y pronosticar uno de los pilares más significativo dentro de la sociedad, los servicios de atención sanitaria, con énfasis en las mujeres embarazadas como población vulnerable, revelando en la entidad práctica antiética que se replican en centros hospitalarios a través de violencia obstétrica contra la mujer, situación que genera preocupación al violentar el derecho a la salud como un derecho fundamental.

Por tanto, la investigación es novedosa, al documentar el comportamiento de las actuaciones de las autoridades ejecutivas del Estado de México que tienen las competencias de los servicios de salud, así como también, de los servicios de

atención recibida por mujeres en periodo de gestación que acuden a los diferentes centros hospitalarios en la zona oriente; lo que permitirá conocer y revisar los protocolos de las Instituciones de salud para verificar las impropiedades con la que se están llevando a cabo los procedimientos, los profesionales sanitarios y el personal en general. Este abordaje impulsará una propuesta consistente y coherente con lineamientos estratégicos destinados hacia el fortalecimiento de las acciones gubernamentales que fomente un verdadero trato digno a las mujeres en estado de gravidez, trabajo de parto y/o puerperio.

En el ámbito teórico, es un tema poco explorado y documentado por las organizaciones en el país y entidades, las políticas públicas en materia de salud con énfasis en el acceso y atención de las mujeres embarazadas, amerita profundizarse con un enfoque de género para garantizar la defensa y protección del derecho a la salud como derecho fundamental; con lo cual, el abordaje teórico y práctico de la temática ofrecerá una propuesta consistente y de actualidad; que tiene el interés de mejorar los resultados en la praxis para el bienestar común.

En el escenario académico, constituye un antecedente reciente para otras investigaciones que se lleven a cabo a nivel internacional, nacional, regional y local, con hincapié en los sectores de la salud y social con relación a las políticas públicas destinadas al acceso y atención de servicios sanitarios de mujeres en embarazo, de tal manera que, las autoridades políticas de la entidad puedan ir adaptando los planes, programas y proyectos a las demandas reales y carencia de la sociedad en todo el conjunto para ir reduciendo las brechas de violencia.

En definitiva, en el aspecto personal, como estudiante del programa de formación de maestría en sociología de la salud que imparte la Universidad Autónoma del Estado de México, con esta investigación se está en capacidad de llevar a la práctica todo ese cúmulo de conocimientos logrados a lo largo de los periodos de estudios; permitiendo documentar una realidad social en el Estado de México.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Internacionales

En el escenario internacional, Gómez y Sigüenza (2017) realizaron una investigación titulada: “Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Soyapango, febrero a julio 2017”, presentada ante la Universidad de El Salvador, en el marco del programa de maestría en salud pública; cuyo objetivo fue fortalecer las intervenciones de salud en el programa de atención materna sobre la base de los resultados obtenidos, para ampliar las coberturas, disminuir los riesgos y complicaciones de la salud de la mujer embarazada y su hijo.

Desde el plano de conocimiento metodológico se apoyó en el enfoque cuantitativo, un diseño no experimental de campo de corte transversal y nivel descriptivo. La muestra la integraron (50) mujeres embarazadas inscritas en el Programa de Atención Materna de la Unidad de Salud Familiar Intermedia Soyapango, a quienes se les aplicó una encuesta con opciones múltiples de respuestas.

Los resultados documentaron que, la falta de recursos económicos es uno de los factores asociados al poco flujo de asistencia para el control prenatal de las mujeres en periodo de gestación. Además, los servicios sanitarios están catalogados como eficaces, eficientes y calidad, lo que sitúa como bueno los servicios ofrecidos en este ámbito.

Asimismo, Pagnamento (2017) elaboró un trabajo titulado: “La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)”, presentado ante la Universidad de la Plata en el contexto del programa de doctorado en ciencias sociales. El objetivo estuvo centrado en analizar la construcción social de las políticas de salud.

La tesis se desarrolló bajo el enfoque cualitativo, una investigación descriptiva bajo la modalidad de caso de estudios único. Se aplicó una guía de entrevista desde el 2010 hasta el 2014 a (237) profesionales y promotores de los centros de atención primaria de salud (CAPS) de la Plata.

Los hallazgos derivados del discurso de los actores sociales e institucionales, muestran las restricciones existentes para desarrollar las acciones destinadas hacia los servicios de atención de salud primaria, vinculadas con la formación de profesionales médicos y sanitarios, así como también, las condiciones de vida de los habitantes que demandan mayores esfuerzos de políticas públicas para ir cerrando la brecha de las limitaciones.

2.1.2 Nacionales

En el ámbito nacional, Reyes (2021) desarrolló un estudio centrado en: “Políticas públicas en materia de prevención del embarazo adolescente en el estado de México, un análisis desde la perspectiva de género”, presentada en la Universidad Autónoma del Estado de México, en el contexto del programa de maestría en administración pública y gobierno. El objetivo se focalizó en determinar si la perspectiva de género es considerada en las políticas en materia de prevención del embarazo adolescente en el municipio de Toluca, Estado de México.

El abordaje metodológico se empleó a partir desde el enfoque cuantitativo, un diseño de investigación documental, a través del método hipotético-deductivo, analizando los datos secundarios de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), el Estado de México presenta una alta proporción de maltrato durante la atención obstétrica.

Los resultados permitieron inferir que, no se impulsan los mecanismos y herramientas para facilitar información a los padres y madres de adolescentes con relación a los programas de prevención primaria. En la política de prevención secundaria, si existen talleres de socialización e información para la población, pero, se requieren mayores esfuerzos y capacidades para ampliar el radio de acción y aunque existen políticas públicas, estas no están desarrolladas bajo una

perspectiva de enfoque de género que asegure mayores compromisos y responsabilidades para atender a las adolescentes en periodo de gestación.

Por su parte, Albarrán (2019) elaboró una tesis titulada: “Significados de los profesionales de la salud entorno a la calidad de atención en Hospitales de Segundo Nivel del Instituto de Salud del Estado de México”, presentada en la Universidad Autónoma del Estado de México, en el contexto del programa de maestría en sociología de la salud. El objetivo fue analizar los significados de los profesionales de la salud en torno a la percepción de los usuarios en la calidad de atención en un hospital de segundo nivel de atención ubicado en la zona oriente del estado de México.

La metodología utilizada se alineó con un enfoque mixto, es decir, las bondades cuantitativa y cualitativa, a través de un diseño de investigación no experimental de tipo descriptivo. La muestra estuvo representada por (26) usuarios que recibieron atención y (13) profesionales de salud adscritos al hospital General de Chimalhuacán, ubicado en la zona oriente del Estado de México, a quienes se les aplicó una encuesta.

Los resultados evidenciaron que, existen debilidades significativas en cuanto a la calidad de atención a pacientes que refleja un trato hostil, que se ve afectado además por los niveles de saturación en los servicios sanitarios que son insuficientes para atender a la cantidad de personas que se dirigen a estos centros hospitalarios, que deben impulsar buenas prácticas gerenciales para mejorar la atención a los usuarios.

Todos estos antecedentes que preceden antes que se desarrollara esta investigación, con enfoque mixto, están entrelazadas con las variables de políticas públicas y servicios de atención de salud, lo que permite nutrir en términos de contextualización, abordaje teórico, metodológico y de resultados sobre el comportamiento de las acciones de gobierno para garantizar planes, programas y proyectos que atiendan con calidad a la ciudadanía, con énfasis en aquellos grupos con altos estándares de vulnerabilidad social, como es el caso de las mujeres embarazadas.

2.2 Teoría que sustenta el estudio: Enfoque de la nueva gestión pública

Las políticas públicas se han desarrollado a partir del enfoque de la NGP, una aproximación teórica destinada hacia el proceso de modernización de las prácticas gerenciales efectivas en las instituciones de la cosa pública, quienes tienen la responsabilidad y funciones para responder a las demandas, necesidades y carencia de la sociedad donde gobiernan.

Sobre el particular, Lynn (1998) sostuvo que los primeros pasos tuvieron lugar en algunas naciones desarrolladas como los Estados Unidos de Norteamérica, Inglaterra y Nueva Zelanda, bajo el manto de la nueva gestión pública o neo-gerencialismo, en el primero se desarrolló el national performance review y el government performance results, crearon sistemas de gestión pública como un componente dentro de la reforma del estado.

La NGP, es un término frecuentado en las últimas décadas, primero en países anglosajones y luego en el mundo entero, para denotar un conjunto de decisiones y prácticas administrativas orientadas a flexibilizar estructuras y procesos y a introducir mayor competencia en el sector público, con el propósito de mejorar los resultados de la acción gubernativa. (Cejudo, 2013, p.17)

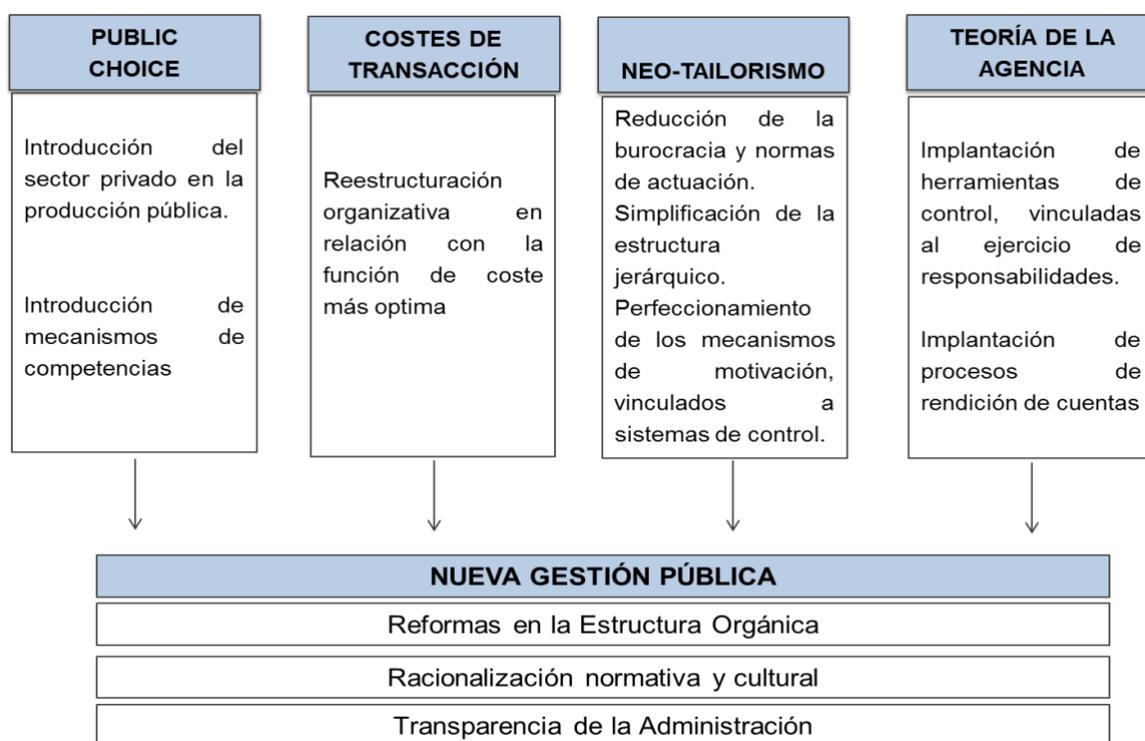
Este enfoque de las ciencias políticas se originó para modernizar las estructuras burocráticas del Estado Nación, partiendo de los avances logrados en el pensamiento administrativo para solucionar problemas de índole burocrático antiguo, como lo llamaría el padre de la economía y sociedad Max Weber, a los efectos de lograr un proceso de articulación y cooperación entre el gobierno con los sectores privados como actores clave.

Adicionalmente, este enfoque innovador para la época, “enfatisa en la aplicación de los conceptos de economía, eficiencia y eficacia en la organización gubernamental, así como en los instrumentos políticos y sus programas, esforzándose por alcanzar la calidad total en la prestación de los servicios (...)” (García, 2007, p.92).

Conviene destacar que, para Uvalle (2000) en el marco de la NGP, “es un sistema de opciones, estrategias, recursos y procesos que tienen como propósito mejorar el rendimiento de las instituciones públicas, con base en la innovación tecnológica, la cultura organizacional y la utilización de recursos heurísticos” (p. 223). En otras palabras, cada uno de los pilares de esta corriente del pensamiento, como se refleja en la siguiente figura, aborda un aspecto clave dentro del Estado para garantizar reformas, racionalización y transparencias en los servicios de la cosa pública.

Figura 1

Pilares de la NGP



Fuente: Tomado de García (2007).

En definitiva, este enfoque de la NGP permite mejorar la respuesta de las autoridades políticas a las demandas de la sociedad que se gestionan a través de las políticas públicas, optimizando el uso de los recursos, capacidades institucionales y potencialidades para la satisfacción de necesidades, bienestar común y lograr un estado de bienestar inclusivo e incluyente en beneficio de la colectividad como destinataria principal.

2.3 Políticas públicas

2.3.1 Origen

A partir de los años 30 del siglo XX, en los Estados Unidos se empezó a introducir el término de políticas públicas dentro del claustro universitario para estudiar el desempeño de las autoridades políticas, cuya competencia es resolver las problemáticas de la sociedad, tomando en cuenta el interés colectivo. A continuación, se presenta en la siguiente tabla, en orden cronológico, los eventos que tuvieron lugar en diferentes partes del mundo.

Tabla 1

Nacimiento del concepto de políticas públicas

Años	Descripción del evento
1937	En la Universidad de Harvard, en la Escuela de Administración Pública, se añadió al plan de estudios las políticas públicas.
1940	Se creó un comité interdisciplinario con la tarea de planificar y elaborar el diseño curricular de las políticas públicas, plasmado en un texto de administración pública y políticas públicas.
1965	En la Escuela de Economía y Ciencia Política de la Universidad de Londres en Inglaterra, se fraguó el programa de formación de estudios de maestría en administración pública y política pública.
1967	El investigador y profesor emérito Yeheskel Dror de la Universidad Hebrea de Jerusalén, promovió el desarrollo del programa de formación analista de policy, con la finalidad de estudiar el mundo de las políticas públicas desde las instituciones universitarias de los Estados Unidos de Norteamérica.
1974	En los años 70 del siglo XX, la Asociación Nacional de Escuelas de Negocios y Administración Pública, agregó las políticas

Años	Descripción del evento
	públicas en el ranking 5, de los temas mejores posicionados dentro de los programas de formación universitaria, al centrarse en el desarrollo de la administración pública.
1990	En la década de los 90, en el seno de nueve (9) instituciones universitarias norteamericanas, se masificaron seminarios, talleres y cursos de políticas públicas en varios pénsum de estudios.
1995	En el contexto del primer centenario conmemorativo de la Escuela de Economía y Ciencia Política de la Universidad de Londres en Inglaterra, y las tres primeras décadas del programa de maestría, se cambió la denominación del postgrado, asumiendo, ahora, política pública y administración.

Fuente: Elaboración propia con información de Salazar (2019).

2.3.2 Aproximación conceptual

El término de políticas públicas está entrelazado con las actuaciones que llevan adelante todas las autoridades de un Estado Nación, partiendo de las situaciones problemáticas que han sido detectadas y documentadas para desarrollar acciones encaminadas a superarlas en el contexto de un estado de bienestar y satisfacción de necesidades de la sociedad.

De acuerdo con los planteamientos de Graglia (2017), esta son “planes y actividades que tienen al Estado como responsable principal y a la sociedad como primera destinataria y partícipe necesaria (...) el Estado decide y acciona a través de un gobierno y administración (...) con actores privados y ciudadanos” (p. 27).

Esta aproximación conceptual les otorga la responsabilidad inmediata a las autoridades gubernamentales, que además deben establecer los mecanismos de participación de la ciudadanía para que fomenten el diseño y ejecución de esas políticas publica en beneficio de la colectividad.

Desde otra perspectiva, la idea de las políticas públicas presupone la existencia de una esfera o ámbito de la vida que no es privada o puramente individual, sino colectiva. Lo público comprende aquella dimensión de la actividad humana que se cree que requiere la regulación o intervención gubernamental o social, o por lo menos la adopción de medidas comunes (Parsons, 2007).

Esta definición le otorga importancia al enfoque colectivo que todos los ciudadanos deben compartir al cohabitar en sociedad, y que naturalmente está supeditada a las autoridades gubernamentales que el propio ciudadano fue partícipe de la conformación a través de la decisión política en las urnas a través del voto para constituir las.

Ahora bien, para la Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017), las políticas públicas son un medio y no un fin, representa una herramienta al alcance de las autoridades gubernamentales para atender las múltiples problemáticas, carencias y necesidades de la población donde están ejerciendo el gobierno, siempre teniendo como norte el bienestar común y satisfacción de necesidades.

Conviene resaltar que para Graglia (2017), las políticas asumen la cualidad de públicas por dos razones esenciales, una descriptiva, donde el actor institucional lo constituye el Estado como responsable principal y la otra prescriptiva, donde el objeto de ella es la sociedad en todo el conjunto como partícipe necesaria y primera destinataria.

A continuación, se presenta la figura 2, una definición de manera representativa de las políticas públicas con un enfoque interesante, aquí Arévalo y Fuenmayor (2018), describieron de modo ordenado la finalidad, los actores y sectores inmersos en el proceso para satisfacer las necesidades sociales, cuyo mecanismo debe ser íntegro e integral para que tenga efectos favorables, al coordinarse e interaccionarse: autoridades, ciudadanos, sociedad civil, sectores privados, etc.

Es así que, las políticas públicas son diseñadas y ejecutadas por las autoridades, con la participación de los ciudadanos para asegurar gobernanza y gobernabilidad, esta última relacionada con el desempeño del gobierno.

Figura 2

Aproximación conceptual de las políticas públicas



Fuente: Tomado de Arévalo y Fuenmayor (2018).

2.3.3 Diseño

Generalmente en el proceso natural de alternancia del poder ejecutivo dentro de un sistema democrático, las autoridades que no tienen afinidad en términos ideológicos llegan a la función y administración pública para desarrollar los planes propuestos, sin detenerse a revisar las políticas públicas existentes.

Al respecto, Graglia (2017) señala que todo gobernante debe promover un diagnóstico y análisis previo de las políticas en marcha, lo denomina “estudios de determinación”, cuyo objetivo está centrado en establecer la coherencia o incoherencia entre “lo que se debería hacer” y “lo que se hace real y efectivamente”.

En la visión de Díaz (2017), diseñar políticas públicas comienza con la identificación y delimitación de la problemática que se aborda, de una necesidad o carencia existente dentro de una localidad o comunidad, o, por el contrario, para generar modernización, definiendo los recursos que se requieren para materializarla.

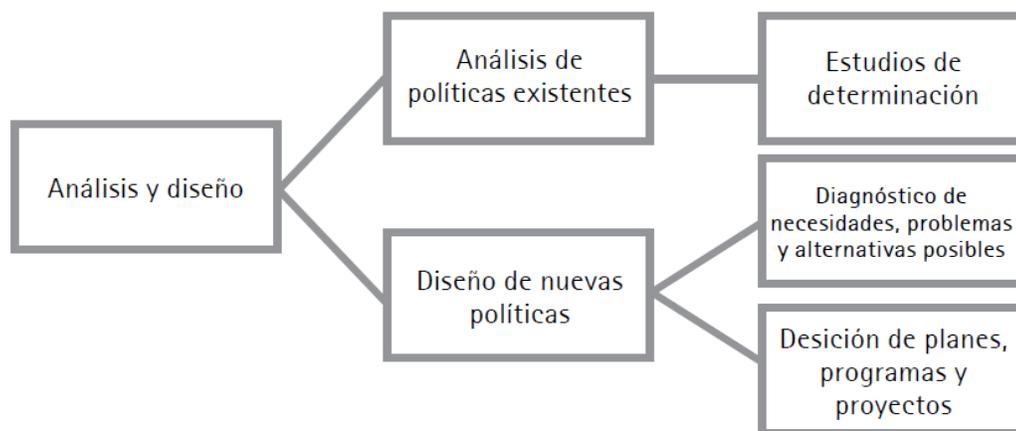
Entonces, aquí es fundamental aplicar herramientas de planificación estratégica o situacional, como la matriz de marco lógico para priorizar los problemas en función de una serie de criterios para tomar la decisión de listarlas, diseñarlas y ejecutarlas, que se conjugue con la factibilidad en términos legales, económicos y procedimentales.

En los argumentos de Graglia (2012), el proceso de diseño de políticas públicas, cumple con las siguientes premisas: el diseño anticipa y configura la gestión de políticas públicas, acompañadas de dos etapas fundamentales para ejecutarlas, tal como se describe a continuación y se refleja en la figura 3:

- El diagnóstico de necesidades, problemas y soluciones posibles; y
- La decisión de planes, programas y proyectos.

Figura 3

Modelo relacional: análisis y diseño de políticas públicas



Fuente: Tomado de Graglia (2017).

Para Fuenmayor (2022), entre más proximidad exista entre las autoridades con los ciudadanos, mejores son los resultados de las políticas públicas diseñadas e implementadas en términos de eficacia, eficiencia e impacto para el bienestar.

El modelo relacional planteado por este investigador de las ciencias políticas argentino, parte que las políticas públicas requiere un proceso diagnóstico con el apoyo de una variada gama de herramientas de planificación como el marco lógico, planificación estratégica, mapeo de actores, entre otros, a los efectos de identificar

y priorizar las problemáticas que impactan negativamente en la población, que además requieren ser atendidas por el gobierno en el marco de un estado de bienestar común y satisfacción de necesidades.

2.3.4 Gestión y evaluación

Quienes están al frente de responsabilidades y funciones de gobierno tienen el compromiso de gestionar y evaluar las políticas públicas que ejecutan, a los fines de que se cumplan con los objetivos y metas establecidas en un plan para solucionar una problemática, carencia, necesidad o propuesta para la población.

Habitualmente, la gestión y evaluación parte de la planificación acordada por las autoridades en planes, programas y proyectos previamente diseñados, es el marco para accionar hacia la búsqueda del estado de bienestar para modificar la realidad previamente diagnosticada, tal como se muestra en la figura 4.

En el discurso de Díaz (2017), la evaluación de las políticas gubernamentales está supeditado a un proceso de mensuración y análisis de la ejecución de los planes, programas y proyectos de las autoridades en un determinado sector o territorio, para conocer el impacto que tuvo la política en la población, teniendo en cuenta, lo planificado versus lo ejecutado. En ese mismo orden, la Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017), describen el proceso de evaluación de políticas públicas como un mecanismo de retroalimentación y cíclico, a partir de los siguientes elementos:

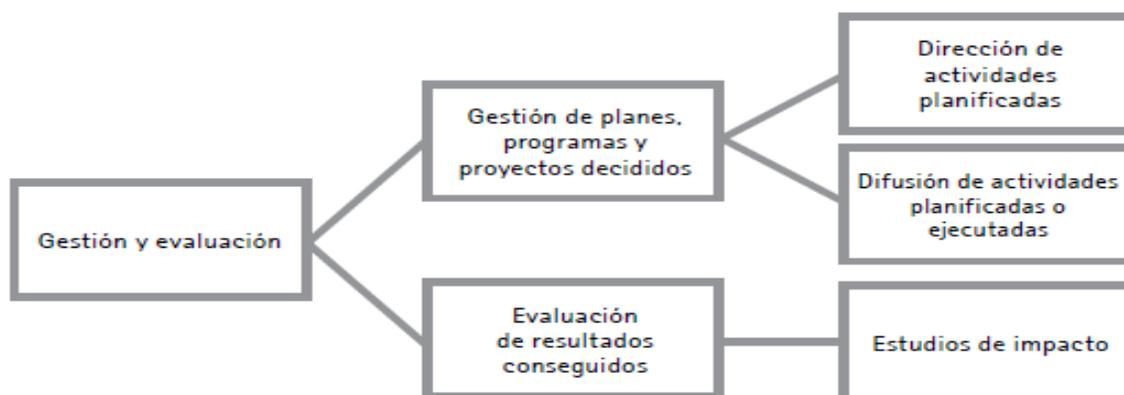
- Identificar los efectos esperados plasmados por los planificadores de la política pública en evaluación y los gobernantes que la decidieron;
- Medir los impactos alcanzados en los destinatarios (población) y todo el conjunto de la sociedad;
- Establecer las comparaciones sobre las deficiencias detectadas, con énfasis en satisfacción social y aceptación ciudadana; y
- Valorar desde el pensamiento crítico para formular sugerencias a través de mesas de trabajos interdisciplinarios y multidisciplinarios.

Por ende, en el proceso de gestión y evaluación, los gerentes de la administración pública son responsables de dirigir y coordinar todas las actividades para llevar a

cabo estos procedimientos que brindarán a las máximas autoridades los resultados de la gestión para garantizar la gobernabilidad en una localidad, atendiendo al impacto de las políticas para con la ciudadanía.

Figura 4

Modelo relacional: gestión y evaluación de políticas públicas



Fuente: Tomado de Graglia (2017).

Evaluar políticas públicas, demanda de una estructura institucional sólida, dotada con recursos intelectuales, materiales, tecnológicos y presupuestarios, para estar en capacidad de gestionar herramientas técnicas para medir lo planificado versus lo efectivamente ejecutado, derivando en desviaciones detectadas (Díaz, 2017).

Finalmente, en la siguiente figura, partiendo del proceso de gestión de políticas pública desarrollado por Arévalo y Fuenmayor (2018), con un enfoque íntegro e integral de todo el proceso que esto conlleva, incluye:

- Diagnóstico participativo: todos los actores sociales e institucionales,
- Decisión: diseño de planes, programas y proyectos,
- Dirección: gestionar cada fase del proceso,
- Evaluación: medir lo ejecutado versus lo programado,
- Difusión: acceso a la información pública de los resultados, y
- Seguimiento y control: detectar desviaciones.

Se está en presencia de un enfoque que toma en cuenta todas las fases del proceso de las políticas pública que permitirá mejores resultados para evaluarlas.



Figura 5
políticas públicas



Proceso de gestión de las



ACEPTACIÓN CIUDADANA / SATISFACCIÓN SOCIAL

Recursos claves:
Capital Intelectual Especializado
Infraestructura
Sistema de Información Gerencial Dinámico
Redes Sociales



Fuente: Tomado de Arévalo y Fuenmayor (2018).



2.4 Atención de la salud

En las ideas de, Donabedian (1984) conceptualiza la atención de salud o atención sanitaria como un mecanismo, estrategia o herramientas para asegurar la calidad de los servicios alcanzados de manera exitosa, reflejados en una serie de atributos para otorgarle validez.

En otra perspectiva, Aguirre, citado por Albarrán (2019) puntualiza que consiste en los mecanismos para una atención apropiada para los pacientes que acuden a los servicios sanitarios, que está supeditada a un conjunto de conocimientos, elementos axiológicos y éticos vigentes para satisfacer las necesidades, demandas y expectativas de salud de los usuarios, de los centros hospitalarios como entidades de prestación de servicios y de la institución propiamente.

En efecto, la atención de la salud es un proceso medular dentro de toda sociedad, cuya responsabilidad recae en las autoridades políticas como un factor ineludible e inalienable, diseñando, ejecutando y evaluando políticas públicas en materia de salud en diversas áreas que la integran, con el propósito de garantizar los derechos de salud, protección de los ciudadanos en cuanto al diagnóstico, tratamiento y valoración de patologías.

Asimismo, para la Secretaría de Salud del Gobierno de México (2012) describe los servicios de atención de la salud como el grado en el que un conjunto de características inherentes a los servicios sanitarios permiten asegurar bienestar común, satisfacción de demandas y necesidades de los pacientes, cumpliendo con las expectativas establecidas, generalmente implícitas y obligatorias.

2.4.1 De la salud y su configuración como derecho

La salud representa el mecanismo por excelencia para atender y prevenir patologías en las personas, empleando tratamientos médicos con altos estándares de calidad, que reduzcan los impactos negativos y brechas de las consecuencias de enfermedades detectadas, que resta bienestar. Conviene resaltar en este estudio, el concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS), acordado en la Constitución de esa entidad multilateral:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no consiste solo en una ausencia de enfermedad o invalidez. La posesión del mejor estado de salud que se pueda obtener constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sea cual sea su raza, religión, opiniones políticas, condición económica o social. (OMS, 2006, p. 9)

Con lo cual, la salud es un eje emblemático para asegurar la preservación de la especie humana, mejorando las condiciones físicas, mental de las personas para que dispongan de una vida sana que se refleje en un estado de bienestar común, individual y colectivo.

Para OMS (2017), el derecho a la salud es un derecho fundamental para todo ser humano, representa un factor neurálgico dentro de la sociedad, estipulado en el artículo 12 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, a los efectos de defender, proteger y garantizar el acceso a estándares de atención de salud de calidad física y mental.

En ese mismo orden, el Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos, Provea, (2016), detalla una serie de características de los derechos a la salud insertos dentro de los derechos fundamentales humanos:

- **Universalidad:** eliminar impedimentos para toda persona acceda en igualdad de condiciones y sin discriminación al derecho a la salud (...).
- **Interdependientes e indivisibles:** gozar del derecho a la salud requiere acceder a otros derechos fundamentales: trabajo digno, alimentación, educación, participación, vivienda, ambiente sano, etc.
- **Individuales y sociales:** las autoridades deben asegurar servicios de sanitarios de calidad para atender a la población.
- **Progresivos e irreversibles:** el gobierno es el responsable principal del diseño e implementación de las políticas para impulsar medidas destinadas hacia la búsqueda de garantías de bienestar común.
- **Irrenunciables:** los ciudadanos como individuo no pueden renunciar a los derechos y las autoridades tampoco puede negarlo.

Adicionalmente, la CNDH (2018) manifestó que el derecho a la salud y los servicios de atención es una obligación y responsabilidad ineludible de las autoridades que integran el Estado Nación para garantizar seguridad social y acceso oportuno a la sanidad para todos los habitantes, con hincapié grupos con altos niveles de vulnerabilidad social como las mujeres embarazadas.

2.4.2 Calidad de atención hospitalaria

Para Albarrán (2019), el concepto de calidad en la atención hospitalaria reside principalmente en las actuaciones del personal profesional médico y sanitario dentro de los servicios de salud, y que se materializa a partir de los siguientes aspectos:

- Servicio de atención otorgada: servicios de salud que se le proporciona a un ciudadano dentro de un centro asistencial.
- Tiempo de espera: se trata del promedio de minutos y horas que transcurre desde que el paciente solicita la consulta hasta ser efectivamente atendido por los servicios sanitarios.
- Suministro de medicamentos: aprovisionamiento de medicinas a los pacientes para tratar una patología, previamente diagnosticada, facilitada por los centros hospitalarios.
- Recursos económicos dispuestos (gasto): erogación del paciente destinada al pago de los servicios de salud a los que accede.
- Trato digno: socialización e interacción del personal médico-asistencial con los pacientes que se dirigen a una consulta o servicio.
- Calidad de atención.

En los planteamientos de Noguera y Muñoz (2016), consiste en la experiencia cultivada por un ciudadano cuando experimenta los servicios de salud a través de la identificación, percepción, imagen y recepción de atención sanitaria dentro de un centro hospitalario, que le brinda la cualidad desde la fuente del conocimiento de la experiencia para emitir un juicio sobre la calidad del servicio *per se*.

En el discurso de la OMS (2017), la calidad de atención sanitaria garantiza servicios efectivos y eficaces en materia de salud para los pacientes que buscan un diagnóstico sobre algún tipo de síntoma o padecimiento, a los fines de alcanzar una

atención sanitaria adecuada, que derive en satisfacción dentro del proceso. Ahora bien, Frenk citado por Albarrán (2019), describe el modelo de calidad de atención médica establecido por Donabedian como se refleja en la figura 6, que contempla tres grandes componentes detallados a continuación:

- **Estructura:** integra recursos: humanos (ver tabla 2), materiales, tecnológicos y organizacionales en los centros hospitalarios, que deben estar acondicionados y dotaos para garantizar servicios sanitarios con altos estándares de calidad.
- **Procesos:** incluye personal médico, sanitario y administrativo para asegurar atención de los usuarios en los servicios de salud.
- **Resultados:** cambios logrados en los servicios de salud, buenos o deficientes; satisfacción del paciente y del personal sanitario.

Figura 6

Modelo de calidad de atención médica de Donabedian



Fuente: Tomado de Donabedian (1984).

Tabla 2*Personal médico, sanitario y administrativo inmerso en el proceso de atención*

Personal de salud		
Médico y paramédico	Administrativo	Apoyo al paciente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico especialista, cirujano general, residentes, ▪ Enfermera, nutriólogos, terapeutas, asistentes médicos, ▪ Técnicos de la salud, paramédicos, trabajadores sociales ▪ Camilleros. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepcionistas ▪ Archivistas ▪ Personal en farmacia ▪ Personal de orientación e información ▪ Personal de vigilancia y limpieza. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Familia nuclear (padres y hermanos), extendida (abuelos, tíos, primos) amigos cercanos. ▪ Cuidadores, compañeros en grupos educativos(Servicio proporcionado por el hospital) ▪ Grupos de base comunitaria. ▪ Organizaciones de pacientes.

Fuente: Albarrán (2019).

2.4.3 Violencia obstétrica

Sostienen, Terán *et al.*, (2013), la violencia obstétrica se refiere al trato recibido por las mujeres en periodo de gestación con características deshumanizadoras, abuso de tratamiento médico dentro del proceso natural de embarazo, resultando en pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente, repercutiendo en la calidad de vida de las féminas.

Otra mirada al concepto, para el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020), consiste en un tipo de violencia que experimenta el sexo femenino, que se traduce en vulneración de los derechos conquistados por las mujeres, en el contexto de la lucha contra todas las formas de violencia de género y discriminación.

Según las investigaciones efectuadas por Castro y Farías (2017) y Calvo *et al.*, (2019), listaron una serie de situaciones que derivan en violencia hacia las mujeres en periodo de gestación durante los servicios de atención en el ámbito obstétrico:

- Maltrato a las condiciones físicas,
- Humillación y abuso verbal,
- Procedimientos con cualidades autoritarios por parte del personal médico y asistencial para imponer métodos anticonceptivos, e incluso para efectuar la intervención a través de cesárea.
- Quebrantamiento a la condición de confidencialidad y violación del derecho a la privacidad,
- Conseguir la autorización a través del consentimiento informado de manera involuntaria o con deficiencia en la información,
- Negación al tratamiento,
- Detención de las mujeres y los recién nacidos en las instalaciones debido a la imposibilidad para pagar.

Se está frente a una problemática multicausal, multifactorial y multidimensional, lo que focaliza la realidad problemática como transcompleja para las mujeres como una población vulnerable, quienes están protegidas por los derechos humanos para evitar que sean afectadas por diferentes tipos de violencia de género, vivir una vida libre de violaciones, con mecanismos y políticas encauzadas hacia la protección de la salud, que sean informadas sobre los procedimientos que se ejecutan en el marco de atención a los servicios sanitarios, que no sean bajo ningún concepto discriminadas.

En la República de México, investigaciones han situado las dimensiones en crecimiento del problema de la violencia obstétrica, así lo documentaron Castro y Farías (2017), situaciones experimentadas por millones de féminas en el país, aspecto que no se restringe a las entidades dependientes de la Administración Pública, han sido capaces de mutar a los servicios sanitarios que oferta el sector privado.

2.4.4 La mujer en relación con su entorno social

Es cierto que hoy en día, en México es posible gozar de equidad e igualdad ante la ley, en virtud del proceso progresivo del estamento legal y normativo que ha ido evolucionando de acuerdo con las necesidades sociales, donde la norma suprema, es decir, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos brinda los mecanismos de defensa y protección en el contexto de los derechos humanos y garantías fundamentales, reflejada en la igualdad de los ciudadanos sin importar el sexo.

Ahora bien, es importante entender el concepto de género, ya que no se puede hablar de igualdad si no existe un género. En el discurso de Butler (2006), es el aparato a través del cual tiene lugar la producción y normalización de lo masculino y lo femenino.

Hoy día, se observa que los límites sociales establecidos por modelos basados en el género varían tanto histórica como culturalmente, funcionando además como componentes esenciales de todo sistema dentro de una estructura social. El hecho de vivir en un mundo compartido por dos sexos puede interpretarse en una variedad infinita de formas; aquí tiene entrada el ideal tanto individual como el colectivo (Lamas, 2000).

Según la RAE, refiere que la etimología de la palabra “mujer” es *mulier, -ēris*, que se relaciona en algunos textos con el adjetivo ‘*mollis*’, que significa “blando o aguado”, cuya raíz se localizan en otras palabras como “mullido” y “molusco”, definiendo así, el término como “persona, que tiene las cualidades consideradas femeninas por excelencia” (RAE, 2021).

En la doctrina y la literatura en general constantemente se discute sobre la palabra mujer, y la construcción social que esta puede llegar a tener, teniendo con ello conceptos desde la parte etimológica, hasta lo social, político o incluso psicológico, es interesante ver cómo es que cada ciencia lo estudia desde concepciones diversas, generalizando la construcción del término. Es así que, a través de este significado de la RAE, la “mujer”, dentro de la construcción social representa anatómicamente el sexo femenino.

Es de recordar que, la mujer a través de la historia por tradición cultural le ha sido asignada el cuidado de la vida por ser quien alberga en su seno la maternidad, al concebir y ser portadora de vida desde la fertilización y el nacimiento del ser humano hasta su completo desarrollo y ejercicio de autonomía (Salazar, 2003).

En ese sentido, la construcción social de una mujer, es muy importante, toda vez que se encuentra siempre interrelacionada con actividades diarias que de alguna manera son estructuradas e idealizadas socialmente a este género, sin embargo, a lo largo del tiempo y con la evolución social, se han dejado de estigmatizar ciertas actividades o profesiones, que no ha sido del todo erradicado.

El enfoque de género aplicado al análisis de la salud de la mujer dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, desigualdad está entendida en términos de las probabilidades de gozar de salud, de enfermar o de morir (Organización Panamericana de la Salud, 1993).

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque de la investigación

Atendiendo a las características del estudio, este se circunscribe al enfoque mixto, es decir, las bondades cuantitativa y cualitativa, de acuerdo con Hernández *et al.*, (2014), está centrado en recopilar, analizar y entrelazar datos e información en una misma investigación para fundamentar tanto la contextualización de la problemática como los resultados para dar respuestas a las interrogantes u objetivos, tiene la cualidad además de crear una mezcla entre el pensamiento de la lógica inductiva y deductiva.

3.2 Diseño de la investigación

El trabajo asume el diseño no experimental de campo, aspecto que permitirá llevar adelante un conjunto de actividades de investigación para dar respuestas oportunas a los objetivos definidos previamente, tomando en cuenta la realidad in situ dentro de los centros de salud públicos en el Estado de México, que atienden a mujeres embarazadas.

Sobre ello, Hernández *et al.*, (2014) que en la cualidad no experimental “(...) no se genera ninguna situación, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocadas intencionalmente en la investigación por quien la realiza” (p. 155), de tal manera que, el investigador como sujeto cognoscente bajo ninguna circunstancia puede ejercer control o manipulación de las variables de estudio.

En lo concerniente, al trabajo de campo, según Muñoz (2011) lo conceptualiza cuando la “(...) recopilación de información se realiza en el ambiente específico en donde se presenta el hecho o fenómeno en estudio” (p. 14). En este caso se trata de los centros hospitalarios que se localizan en la zona oriente del Estado de México, donde se diagnosticará la situación de las políticas públicas en la salud, específicamente servicios de atención a mujeres embarazadas, periodo 2017-2023, para conocer realidades, carencias y demandas, recopilando datos e información de fuentes primarias y secundarias.

Por su parte, se apoya en un estudio documental, que plantea la recopilación de datos e información de carácter bibliográfica, es decir, cualidad secundaria a partir de libros, artículos científicos publicados en revistas arbitradas, *website* o cualquier tipo de información en medios electrónicos (Muñoz, 2011). En efecto, se ubican informes de instituciones de gobierno que dispongan de datos estadísticos y demás información asociada con las políticas públicas ya existentes en el Estado de México.

3.3 Tipo de la investigación

El tipo de investigación es de carácter descriptivo bajo una modalidad proyectiva, en los argumentos de Muñoz (2011), los estudios descriptivos abordan un hecho o acontecimiento específico que demanda profundizar en las características, factores, elementos o componentes que lo rodean para describir el comportamiento que asumen en un determinado momento. En este caso particular, las realidades existentes de las políticas públicas en materia de salud en los centros hospitalarios de la zona oriente del Estado de México.

Finalmente, para darle coherencia metodológica al trabajo, este se vincula con una modalidad proyectiva, que para Hurtado (2010) tiene el interés de proponer soluciones a la realidad previamente diagnosticada, fundamentada en datos e información primaria y secundaria, en este caso sobre las acciones gubernamentales en materia de salud, de allí, derivará una iniciativa de lineamientos estratégicos para el fortalecimiento de las políticas públicas en el Estado de México, como una contribución desde la academia, actor social relevante dentro de la sociedad para las autoridades políticas del país.

3.4 Unidad de análisis: población y muestra

La unidad de análisis está compuesta por todas esas entidades (instituciones, organizaciones), personas, objetos, regiones, localidades, documentos, entre otros, que se encuentran dentro del fenómeno de estudio, y que forman parte clave para profundizar en variables y categorías de análisis (Hurtado, 2010). Por ende, en esta investigación la unidad de análisis son todos esos centros hospitalarios públicos que

se encuentran localizados geográficamente en la zona oriente del Estado de México.

3.4.1 Población

La población la constituyen todas esas mujeres en periodo de gestación que han sido atendidas en los servicios sanitarios en instituciones de salud pública ubicadas en la zona oriente del Estado de México, que acudieron entre el periodo 2017-2022. Asimismo, gerentes o médicos que desempeñan funciones en tales centros.

3.4.2 Muestra

Partiendo de Hernández *et al.*, (2014), se asumió un muestreo no probabilístico, en el cual el procedimiento para determinar la muestra no tiene una cualidad mecánica, no se emplean fórmulas. De allí que, se adoptó el criterio de Arias (2012) con un muestreo intencional, donde "(...) los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador" (p. 85).

En ese sentido, se seleccionó dos tipos de muestras, la primera asociada con treinta y siete (37) mujeres embarazadas que asistieron a los servicios de salud en centros hospitalarios de la zona objeto de estudio, a quienes se les aplicó una encuesta (ver anexo B) para recopilar datos. Mientras que, en la segunda se localizaron seis (6) colaboradores en esas entidades de salud que desempeñan funciones gerenciales y médicas para realizar unas entrevistas (ver anexo C).

3.4.2.1 Criterios de inclusión

- Mujeres en periodo de gestación que recibieron o reciben acceso y atención en los servicios de centros hospitalarios en la zona oriente del Estado de México.
- Profesionales, gerentes, médicos y demás colaboradores sanitarios que desempeña funciones en centros hospitalarios de la zona oriente del Estado de México.

3.4.2.2 Criterios de exclusión

- Mujeres que han sido diagnosticadas con una patología compleja en el contexto del periodo de gestación; menores de edad y aquellas pacientes que no desean participar a través del consentimiento informado (anexo E).
- Profesionales que no desean participar en la investigación, sean de la gerencia, personal médico o sanitario.

3.5 Técnicas e instrumentos

Para recopilar datos e información en este estudio, se emplearon tres técnicas, la encuesta, entrevista y el análisis de contenido, las dos primeras se corresponden con fuentes primarias, y la última secundaria, que se materializaron con los instrumentos cuestionario, guía de entrevista semiestructurada y el fichaje.

El cuestionario para Hernández *et al.*, (2014), son interrogantes que se plantean para medir una o más variables, en este caso particular políticas públicas y acceso a la salud. Este instrumento está compuesto por diecinueve (19) ítems con opciones de respuesta cerradas y abiertas múltiples (ver anexo B).

En lo inherente a la guía de entrevista semiestructurada, Muñoz (2011) manifiesta que busca “la recopilación de información en forma directa, cara a cara, donde el entrevistador interroga y obtiene información directamente del entrevistado, siguiendo una serie de preguntas preconcebidas (...)” (p. 231).

Este guion se estructuró con nueve (9) ítems o preguntas abiertas; cada una de ellas directamente alineada con las variables de análisis, dimensiones e indicadores definidos en la operacionalización (ver anexo A), a los fines de conocer los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones públicas de la zona oriente del Estado de México.

Adicionalmente, al análisis de contenido que se realiza a través del fichaje con la revisión sistemática de la literatura y arqueos referenciales, Ruiz (2012) señala que se cierce estrictamente en los contenidos de cada uno de los textos que forman parte de la literatura que ha comprobado el investigador como sujeto cognoscente para sustentar y contrastar el estudio.

Ahora bien, como parte de la rigurosidad del método científico, los dos instrumentos diseñados para recopilar información y datos serán sometidos a la técnica de juicio de expertos, que para Palella y Martins (2012) deben ser avalados por especialistas en el ámbito metodológico y de contenido en términos de claridad y congruencia, este último inherente a las áreas políticas públicas y atención en los servicios de salud (ver anexo D).

3.6 Métodos

Para la materialización de los objetivos, se emplean tres métodos específicos en función al tipo de información que se gestiona, con la finalidad de otorgarle una cualidad de rigurosidad científica a las actividades de investigación, que fue esencial para la descripción, análisis e interpretación de los datos e información obtenida del cuestionario, entrevista y análisis de contenido. Este trabajo de enfoque mixto, utiliza los métodos, análisis-síntesis, deductivo e inductivo, los cuales se describen a continuación:

- **Análisis-síntesis:** focalizado en separar las partes de un todo (fenómeno), a los fines de estudiarla de manera específica (cualidad de análisis) para, desde allí, realizar la reunión de los componentes que se identificaron como dispersos para profundizarlo en la totalidad (síntesis), (Muñoz, 2011). Desde aquí, la investigadora efectuó un proceso reflexivo para documentar el diagnóstico de la realidad de las políticas públicas en los centros hospitalarios del Estado de México, con énfasis en los servicios de acceso y atención a mujeres embarazadas.
- **Deductivo:** se alinea con la corriente del pensamiento objetivista, la razón como expresión genuina de conocimiento, aquí los hechos se abordan con base en leyes generales, premisas o teorías universales para lograr a conclusiones particulares, (Muñoz, 2011).
- **Inductivo:** para Rodríguez y Pérez (2017), constituye un modo de razonar que parte del conocimiento de fenómenos particulares a un conocimiento generalizado. Aquí tiene relevancia las posiciones subjetivas e intersubjetivas de los sujetos de estudios y de la investigadora cultivada a través de la

experiencia como una de las tres fuentes de conocimiento, en esta oportunidad de quienes desempeñan funciones gerenciales, médicas y mujeres embarazadas atendidas en los servicios de salud de los centros hospitalarios del Estado de México.

Todos estos métodos permitirán conocer los índices de violencia y mortandad en la zona oriente del Estado de México, respecto de las acciones que desencadenan una violencia obstétrica y/o institucional, los grupos etarios, las causas que dan origen a este tipo de violencia, pero sobre todo la calidad de los servicios de salud que se le brinda a la población de mujeres embarazadas.

3.7 Procedimiento

La investigación se desarrolla teniendo en cuenta un conjunto de fases articuladas con los procedimientos que ofrece el enfoque mixto, los cuales son esenciales para dar respuestas oportunas a los objetivos planteados, seguidamente se detallan cada una de ellas:

3.7.1 Fase I. Contextualización del problema y bases teóricas

Se realizó un proceso de contextualización de la temática de lo general a lo particular sobre los elementos que rodean las políticas públicas en materia de salud, específicamente aquellas relativas con los servicios de acceso y atención a mujeres en periodo de gestación.

3.7.2 Fase II. Diseño de instrumentos para recopilar datos e información

Partiendo de la operacionalización de las variables señalada en el anexo A, se procedió a elaborar dos (2) instrumentos para obtener datos e información que permitirán responder a los objetivos específicos, tal como se refleja seguidamente:

Tabla 3.

Objetivos específicos e instrumentos para cumplirlos

Objetivos específicos	Instrumentos para cumplirlo
Exponer los fundamentos teóricos referidos con las políticas públicas, atención de la salud y calidad de atención en centros hospitalarios.	Se empleó el fichaje a través de arcos referenciales y análisis de contenido de la revisión de la literatura.
Conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México.	Se elaboró una guía de entrevista semiestructurada con nueve (9) preguntas abiertas para facilitarla a colaboradores en posiciones gerenciales y médicas en diversos centros hospitalarios de la zona oriente del Estado de México.
Describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México.	Se diseñó un cuestionario con opciones cerradas-abiertas múltiples para aplicarlo a la muestra seleccionada de (37) mujeres embarazadas.
Definir lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con énfasis atención a mujeres embarazadas.	Este se cumplirá con la información que se logre de los dos instrumentos anteriores, desde allí, proceder con el desarrollo de la propuesta como aporte.

Fuente: Elaboración propia.

3.7.3 Fase III. Recolección de datos e información

En esta fase le corresponde a la investigadora llevar adelante el trabajo de campo para aplicar los instrumentos de cuestionario y guía de entrevista, donde algunos se realizaron in situ, es decir, en instalaciones de los diferentes centros hospitalarios en la zona oriente del Estado de México, a las muestras seleccionadas de modo intencional. Lo que también ameritó aplicar la herramienta digital de *google forms* para el cuestionario, facilitando a través de un *link* en los respectivos correos electrónicos de las mujeres en periodo de gestación para que indicaran los servicios en el acceso y atención en materia de salud recibida.

3.7.4 Fase IV. Procesamiento, tabulación, triangulación, análisis y constatación

Para el tratamiento del cuestionario se procederá con las bondades de la estadística descriptiva para organizar, codificar, tabular y representar gráficamente de los datos por cada uno de los indicadores susceptibles a medición, aquí entra en papel el método deductivo. Mientras que para la entrevista como instrumento cualitativo, el tratamiento será con la técnica de triangulación de la información supeditada al método inductivo. En ambos casos se procede con la discusión y respaldo desde los referentes teóricos para valorar coincidencias o divergencias.

3.7.5 Fase V: Conclusiones, sugerencias y propuesta

Fase dirigida al encuentro de las conclusiones, sugerencias y la contribución de la investigación plasmada en la propuesta de lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de acceso y servicios de atención de salud en las mujeres embarazadas en los centros hospitalarios en la zona oriente del Estado de México.

CAPÍTULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

CAPITULO DE LIBRO PÚBLICADO.



ARTÍCULO

TÍTULO

DATOS DEL AUTOR



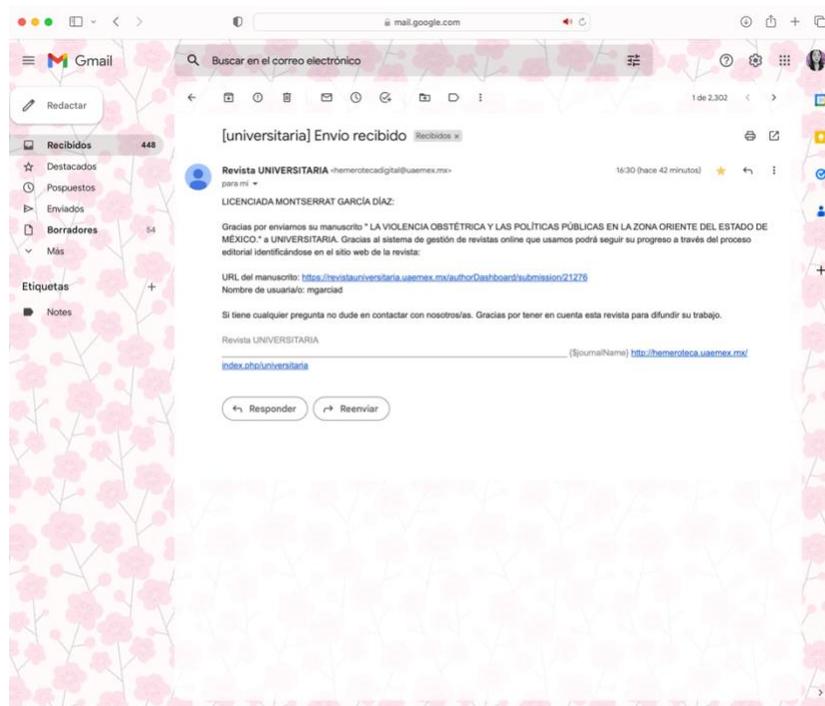
*LICENCIADA MONTSERRAT GARCÍA DÍAZ.
lic.mgarciad@gmail.com

- Licenciada en Derecho por la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Maestrante en el programa "SOCIOLOGÍA DE LA SALUD" en la Universidad Autónoma del Estado de México.
- Profesora de la Licenciatura en Derecho en la Universidad ETAC "CAMPUS CHALCO".
- Activista y Columnista Jurídica en enteratemujer.org.
- [Directora](#) Jurídica de Entérate Mujer "Medio de Información y Organización Feminista A.C."
- Abogada Postulante de PROYECTO LIBERTAD en "LA CANA A.C."
- Ha cursado diversas especialidades y diplomados, se ha desempeñado como Abogada Postulante, ha tenido diversos cargos públicos y ha recibido reconocimientos por su honorable labor profesional.

RESUMEN.

Como mujeres y ciudadanas mexicanas es importante el conocimiento de los Derechos Humanos que nos asisten por el simple hecho de ser mujeres, aunado a ello el tema de salud en la reproducción y salud sexual femenina es de mayor observancia, lo cierto es que también se encuentra muy inmerso en estos temas la denominada "Política Pública", la cual busca siempre el bienestar social.

As women and Mexican [citizens](#) it is important to know the Human Rights that assist us for the simple fact of being women, coupled with this the issue of health in reproduction and female sexual health is of greater observance, the truth is that the so-called "Public Policy" is also very immersed in these issues, which always seeks social welfare.



PARTICIPACIÓN DE EVENTOS ACADÉMICOS.



Global Violet Human Rights otorga la presente:

CONSTANCIA

A: Montserrat García Díaz

Por haber asistido a la Conferencia "La Importancia de la Victimología en la Función Policial" impartida magistralmente vía zoom por la Licenciada en Estudios Crimino-Victimales Lucy Jiménez Castilla el 27 de julio de 2021 a las 18:30 hrs, con una duración de 2 horas.

Se expide en la Ciudad de Xalapa, Equez., Veracruz, México el 07 de agosto de 2021.

Dra. D. P. Alba Marisol Marín Martínez
Dir. Gral. de GVHR



Global Violet Human Rights

C. 155-21

HUMANITAS VIOLET A.C. otorga la presente constancia a:

MONTSERRAT GARCÍA DÍAZ

Por haber concluido de manera satisfactoria el 1er módulo del "TALLER SOBRE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS MUJERES Y EL ACCESO A LA JUSTICIA", impartido por la MTRA. MARÍA ELENA HERRERA MUCIÑO, el 20 de septiembre de 2021 con una duración de tres horas.

Se expide en la Ciudad de Xalapa, Veracruz; México el 21 de septiembre de 2021.

Dra. D. P. Alba Marisol Marín Martínez
Directora General



**II CONGRESO LATINOAMERICANO EN LÍNEA
DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
2021**

Tecnología educativa y
bienestar social



EL PRESENTE CERTIFICADO SE OTORGA A

Montserrat García Díaz

por haber participado con su investigación titulada:
"Evaluación de políticas públicas de derechos humanos con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el Estado de México" del 20 al 22 de octubre de 2021

**DR. LUIS MAURICIO
RODRÍGUEZ SALAZAR**
Coordinador del Comité de
Epistemología de la RedLaTE

**DRA. CLAUDIA MARINA
VICARIO SOLÓRZANO**
Responsable Técnico y
Fundadora de la RedLaTE

**M.C. GUILLERMO
SAMUEL TOVAR
SÁNCHEZ**
Coordinador y Fundador
CICACIS



Universidad Autónoma del Estado de México
Maestría y Doctorado en Ciencias Agropecuarias y Recursos Naturales
Línea de Producción Animal

Otorga la presente

Constancia

a **Montserrat García Díaz**

Por su asistencia al:

“4to Foro interdisciplinario de Investigación Científica, 2021”

Celebrado los días 16 y 17 de noviembre de 2021

Amecameca, Méx., 17 de noviembre de 2021

Patria, Ciencia y Trabajo

“2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México”



CENTRO UNIVERSITARIO
UAEM AMECAMECA
DIRECCION
Dr. en C.P. Y Soc. Miguel Ángel Sánchez Ramos
Encargado del Despacho de la Dirección
Centro Universitario UAEM Amecameca


Dr. en C.A.R.N. Enrique Espinosa Ayala
Representante Institucional del PCARN en el
Centro Universitario UAEM Amecameca



Universidad Autónoma
del Estado de México



El Centro Universitario UAEM Amecameca

Otorga la presente

Constancia

a la

Lic. Montserrat García Díaz

Por su Ponencia “Las políticas públicas en la práctica social”, en el marco del Primer Congreso Internacional Multidisciplinario, “Investigación científica en prospectiva”, 35 años del CU UAEM Amecameca.

Amecameca, Estado de México, 14 de Octubre de 2021

Patria, Ciencia y Trabajo

“2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México”

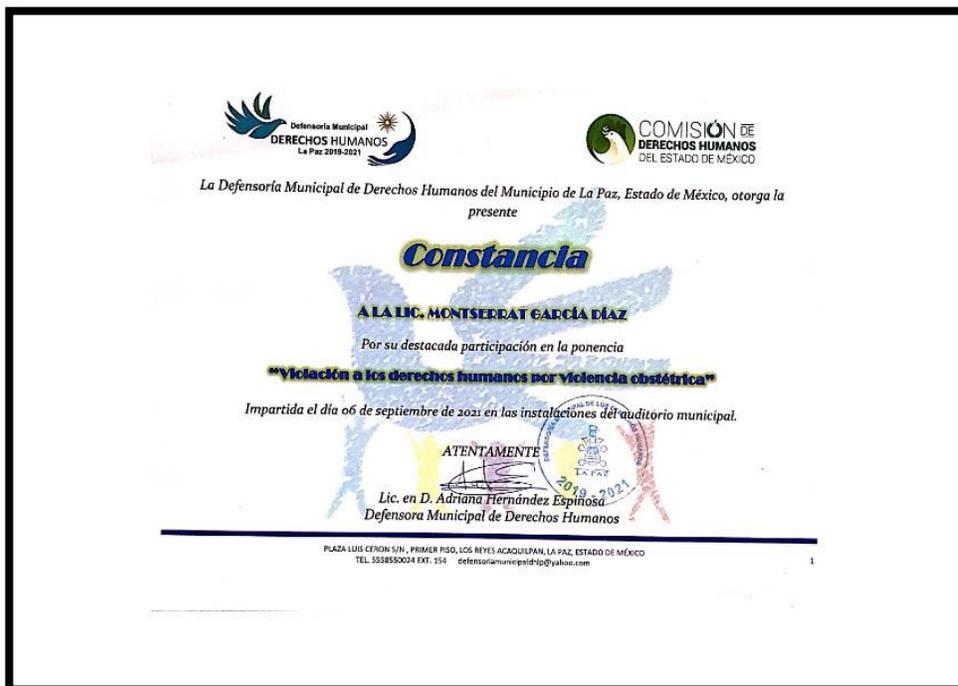


SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN
Y ESTUDIOS AVANZADOS
Dra. Martha Patricia Zarza Delgado
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS UAEM





CENTRO UNIVERSITARIO
UAEM AMECAMECA
DIRECCION
Dr. Miguel Ángel Sánchez Ramos
ENCARGADO DEL DESPACHO DE LA DIRECCION DEL CENTRO UNIVERSITARIO UAEM
AMECAMECA





"2022 AÑO DEL QUINCENTENARIO DE LA FUNDACION DE TOLUCA DE LERDO, CAPITAL DEL ESTADO DE MEXICO"

Los Reyes, La Paz, Estado de México a 25 de abril de 2022.

La Defensoría Municipal de Derechos Humanos del Municipio de La Paz, Estado de México, extiende la presente

CONSTANCIA

A la Lic. **Montserrat García Díaz**, por su valiosa y destacada participación como ponente en la conferencia que llevó por nombre "la salud reproductiva y los derechos humanos", misma que fue impartida al público en General en las instalaciones del Auditorio del H. Ayuntamiento de La Paz, el día 25 de abril de 2022.

Se extiende la presente para los fines que a la interesada convengan.

ATENTAMENTE.

LIC. ADRIANA HERNANDEZ ESPINOSA
DEFENSORA MUNICIPAL DE DERECHOS HUMANOS
EN LA PAZ, ESTADO DE MEXICO.
ESTADO DE MEXICO.



Palacio Municipal, S/N, Primer Piso, Los Reyes Acaquilpan, La Paz, Estado de México.
Tel. (0155)58550024 ext. 154 defensoriamunicipal@outlook.com



**"Democracia y Autoritarismo en Tiempos de Pandemia:
¿Un Nuevo Ciclo de Transiciones?"**

MONTSERRAT GARCIA DIAZ

Por su participación con la ponencia **POLÍTICAS PÚBLICAS EN LA ATENCIÓN A MUJERES EMBARAZADAS EN EL ESTADO DE MÉXICO**, presentada en el marco del IX Congreso Internacional de Ciencia Política, convocado por la Asociación Mexicana de Ciencias Políticas, con sede operativa en el IIEPA UAGRO, en la Ciudad de Acapulco de Juárez, Guerrero, México, los días 7, 8, 9 y 10 de diciembre de 2021.

Dr. Jesús Tovar Mendoza
Presidente de la Asociación
Mexicana de Ciencias Políticas

Dr. José Alfredo Romero Olea
Rector de la Universidad Autónoma
de Guerrero

Dr. Marco Antonio Adame Meza
Director del Instituto Internacional de
Estudios Políticos Avanzados





· INACIPE ·
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS PENALES

El Instituto Nacional de Ciencias Penales
otorga la presente constancia a:

Montserrat Garcia Diaz

por culminar satisfactoriamente el Curso en Aula Virtual:

Análisis de las razones de género en la investigación del feminicidio y otros delitos

que se impartió del 26 de septiembre al 17 de octubre de 2022
con una duración de 30 horas.



Gabriela A. Rosales Hernández
Secretaria General de Extensión

A través del código, el INACIPE autentifica la validez de este documento
la presente constancia no otorga ningún nivel académico.



GOBIERNO DE MÉXICO | HACIENDA
SECRETARÍA DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público en alianza con la Secretaría de Educación Pública,
a través de la Coordinación General @prende.mx

Extienden el siguiente

DIPLOMA

a Montserrat Garcia Díaz

Por haber acreditado el Diplomado **Evaluación de Políticas y Programas Públicos 2022 (4a. Edición)**,
con una duración de **120 horas**, impartido por la Unidad de Evaluación del Desempeño de la **Secretaría de Hacienda
y Crédito Público**, del **12 de septiembre** al **11 de diciembre de 2022**, con una calificación final de 80.



DIPLOMADO · DEPPP
Evaluación de Políticas
y Programas Públicos

Jaime Adrián Zambrano Matar

Titular de la Unidad de Evaluación del Desempeño
de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público

512z9xynax7gh5i29da41uau3uik4529421



RESULTADOS NO PUBLICADOS.

4.1. Políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México

Más allá que en el Plan de Desarrollo del Estado de México vigente, establece el polo estratégico referido con un Estado de México socialmente responsable, solidario e incluyente, que describe las medidas para minimizar la mortalidad materna, brindando un adecuado desarrollo obstétrico en cualquier etapa y hasta el término del embarazo y otros aspectos esenciales, estas acciones son las que deben asumir las autoridades de salud para diseñar la política pública que se refleje en programas, proyectos e inclusive obras, esto en virtud que está respalda por las grandes políticas de las autoridades para el periodo de gobierno.

En la siguiente tabla, se recogieron las opiniones expresadas por parte de algunos informantes que laboran en diversas instituciones de salud pública en la zona de oriente del estado de México, a quienes se les increparon con una serie de preguntas relacionadas con las políticas públicas.

La mayoría de estos servidores en la función de gobierno, sostuvo que no existe dentro del centro hospitalario donde labora, una política pública específica para la atención de las mujeres embarazadas, enfocada en género, aspecto que constituye una debilidad latente ante los múltiples problemáticas que han atravesado y atraviesa este grupo vulnerable, objeto de situaciones de violencia obstétrica documentada.

Por su parte, esto tiene consistencia al no disponer en esos centros hospitalarios donde desempeñan funciones sanitarias, que no cuentan con un plan de salud que despliegue los programas, recursos y capacidades para ejecutar, lo que dificulta atender las múltiples problemáticas que rodean los servicios de atención integral de salud, con mayor hincapié en grupos vulnerables como las mujeres en periodo de gestación.



Tabla 4.
entrevistados



Testimonio de los

Indíquenos sí, ¿existe en el centro hospitalario donde labora, una política pública específica para la atención de las mujeres embarazadas, enfocada en género?						
Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6	
No	No	Desconozco si haya alguna	No, como tal, no lo existe	No	No existe	
Según su experiencia, ¿dispone el centro hospitalario de un plan de salud que despliega los programas, recursos y capacidades para ejecutar?						
No	No, no existe tales recursos ni interés en hacerlos	No	No	No, ninguna	No se cuenta con un plan	
Desde su perspectiva, ¿qué programas y proyectos abordan la atención de mujeres en periodo de gestación en el centro hospitalario?						
Únicamente los de cuidado del producto pero no se profundiza.	Lactancia materna exclusiva.	Lactancia materna exclusiva.	Hasta el momento no.	Solo los básicos.	No se cuentan con programa.	
¿Qué opinión le merece la problemática que toma auge en los centros hospitalarios del estado de México con respecto a la violencia obstétrica?						
Es un tema bastante necesario de resolver es entendible que la sobre carga de trabajo hace	Pues es grave y debe atenderse.	No está preparado el personal de salud para atender ni entender problemas de violencia obstétrica, ya que	Un problema grave.	La falta de capacidad del personal médico.	Es de suma importancia, aunque dentro de la población de mujeres que acuden a los servicios de	

<p>que los trabajadores de la salud no puedan dar la atención adecuada por la falta de insumos pero eso no los excusa de realizar el trabajo de la manera más humana posible.</p>	<p>se encuentra normalizado.</p>	<p>atención a la mujer en embarazo no existe una concientización del autocuidado durante el embarazo y en su mayoría responsabilizan de su propia salud al personal sanitario.</p>
---	----------------------------------	--

¿Cuenta el centro hospitalario con recursos presupuestarios suficientes para atender los servicios de salud de mujeres embarazadas?

Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6
No.	No.	No se ha interesado en obtener o hablar sobre esos fondos.	No tiene.	Sí, se cuenta con los recursos suficientes.	No.

A su criterio, ¿dentro de la infraestructura hospitalaria existe una unidad para atender mujeres en periodo de gestación, están dotados con equipos y materiales médico-quirúrgicos? Coméntenos.

No existen suficientes materiales ya que estos no se surten continuamente.	No.	La mayoría de los hospitales cuenta con los recursos básicos para atender a mujeres durante la gestación, sin	Sí, pero, no los suficientes.	No.	Sí, contamos con la infraestructura necesaria para la atención de la mujer y el niño.
--	-----	---	-------------------------------	-----	---

embargo, no es suficiente, puesto que la población sobrepasa los recursos con los que se cuenta.

¿Es suficiente el talento humano, médico y asistencial para atenderlas?					
Sujeto 1	Sujeto 2	Sujeto 3	Sujeto 4	Sujeto 5	Sujeto 6
No.	No ya que fortaleciendo lo que dije antes la carga de trabajo es mucha.	No, la población sobrepasa al personal de salud.	No, se requiere más personal.	No es suficiente.	Sí, aunque el ausentismo laboral dentro de la institución es un tema que muchas veces sale de las manos.
¿Documentan el cumplimiento de metas y uso de recurso?					
Sí.	Cuando se solicita sí.	No.	Sí, pero no llevan a cabo.	Sí.	Está establecido, pero no lo ejecutan.
Y ¿Se emplean mecanismos para el seguimiento, control y evaluación de los programas de salud para mujeres embarazadas?					
No.	En casos específicos o por temporadas.	Si, sin embargo, es sabido que mucha información está manipulada para cumplir las metas.	Los programas están, que se lleven confirme el protocolo, no lo es.	No.	No.

Fuente: Elaboración propia.



CONACYT

En lo inherente con los tipos de programas y proyectos que abordan los servicios para la atención de mujeres en periodo de gestación en el centro hospitalario donde desempeñan actividades, estos refirieron que únicamente se presentan tareas básicas para brindar la atención y aquellos relativos con el programa de lactancia materna exclusiva, dejando en evidencia una vez más, que no existe una política pública específica con un enfoque de género para este grupo vulnerable, que abarque el tema de la violencia obstétrica y demás aspectos asociados con el derecho a la salud.

Con mayor amplitud sobre las dimensiones de la problemática que toma auge en los centros hospitalarios del estado de México con respecto a la violencia obstétrica, es una situación multicausal, multifactorial y multirreferencial al tener distintas aristas, donde una de las relevantes es la formación del personal sanitario como eje central para evitar que continúen presentándose, lo que violenta los derechos a la salud y más los derechos humanos, que pareciera que estuviera como en un proceso de normalización.

Además, no se trata únicamente de un problema que atañe al personal sanitario, también las mujeres que están en periodo de embarazo deben crear hábitos para el autocuidado, que mejoren las condiciones de salud física que se reflejará sin lugar a dudas en la salud mental, elemento que es responsabilidad y compromiso exclusivo de la persona.

Un factor clave para mejorar en los servicios de atención sanitaria son la disponibilidad de recursos presupuestarios y financieros, aquí la gran mayoría de los entrevistados, manifestaron que el centro hospitalario donde trabajan, no cuenta con recursos presupuestarios suficientes para elevar los estándares de los servicios de salud para mujeres embarazadas, lo que constituye a todas luces una problemática administrativa que debe ser abordada tanto por el poder ejecutivo estatal, como avalada por el poder legislativo, ambos trabajan en corresponsabilidad para que las políticas públicas cumplan con el cometido.

Más allá que las posiciones son contrarias y no lograron consenso, la mayoría de los informantes manifestaron que disponen dentro de la infraestructura hospitalaria

de una unidad para atender mujeres en periodo de gestación, que están dotados con equipos y materiales médico-quirúrgicos, mientras otros señalaron que cuentan con la dependencia, pero, falta dotación.

En ese mismo sentido, uno de los problemas más alarmante desde el discurso de este personal, es que no es suficiente el talento humano, médico y asistencial para atender a las mujeres en periodo de gestación durante todas las etapas, lo que dificulta la calidad en los servicios sanitarios, y, por tanto, sobrecarga y sobrecarga las funciones del personal, lo que pudiera originar irritación, estrés, ansiedad y cualquier otro tipo de comportamientos en ellos.

En definitiva, se precisan debilidades y dificultades en cuanto a los mecanismos para el seguimiento, control y evaluación de los programas de salud para mujeres embarazadas, lo que no permite diagnosticar y pronosticar el flujo de problemas que se presenta en los servicios sanitarios, aquí el seguimiento es la columna vertebral de las políticas públicas.

4.2. Protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México

Atendiendo a la situación de género, y en particular el tema de la atención de la salud de mujeres embarazadas, no se encontraron datos específicos de políticas públicas implementadas al respecto. Sin embargo, eso no quiere decir que no se empleen acciones desde las autoridades gubernamentales con relación a este eje temático, a continuación, se identificaron y describieron los protocolos que se aplican en la atención a las mujeres durante la gestación, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México.

Recientemente, en marzo de 2022 las autoridades ejecutivas del Estado de México desde la Secretaria de Salud, en el marco de la política pública del “Programa de Prevención y Atención a la Violencia Obstétrica”, entró en vigencia el “Protocolo de Seguimiento de Prevención y Atención a Quejas y Denuncias por Maltrato y Violencia Obstétrica a Mujeres y Personas con Capacidad de Gestar en las Unidades de Salud”, el cual responde a las problemáticas que están siendo

documentadas por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas en México, que dan muestra de la magnitud del fenómeno de violencia obstétrica como un tipo invisibilizado que está presentándose en los servicios sanitarios por medio de una atención precaria, con malos tratos, insultos, humillaciones, abusos sistemáticos en mujeres que están en pleno proceso de gestación.

Además, dentro de los objetivos de la normativa, de acuerdo con la Secretaría de Salud (2022), se centra en:

- Formar facilitadores y capacitar al personal de salud para brindar un buen trato a la población usuaria de los servicios de salud, con énfasis en ginecología y obstetricia.
- Coadyuvar entre diversas instituciones de la Administración Pública, en la atención y seguimiento de quejas y denuncias en caso de maltrato y violencia obstétrica, así como, con acciones de prevención.
- Brindar orientación a las personas usuarias de los servicios de salud, que requieran presentar quejas, denuncias por maltrato o violencia obstétrica, referente a los medios e instituciones a los que pueden acceder.
- Diseñar mecanismos y material relacionado con la prevención, atención y protección de mujeres y personas con capacidad de gestar para garantizar sus derechos reproductivos y sexuales.

Esta iniciativa de las autoridades políticas del Estado de México, constituye un avance significativo para abordar la compleja problemática por la cual están transitando mujeres en periodo de gestación que habitan en las diferentes localidades que integran el territorio regional, lo que forma parte de la gobernanza normativa que deben adoptar todos los centros hospitalarios, clínicas y demás unidades de asistencia tanto públicas como privadas, con miras a garantizar los derechos reproductivos, de atención en materia sanitaria apropiada, con altos estándares de calidad y sobre todo basada en el respeto de los derechos por la condición humana.

Las medidas asumidas por el gobierno van dirigidas a promover la gobernanza para la gobernabilidad en el sistema de salud público estatal, con la finalidad de prevenir y reducir las brechas del maltrato en el contexto de la violencia obstétrica, apostando al proceso de articulación, cooperación y colaboración entre las instituciones que conforma la administración pública en el sistema de salud nacional y subnacional.

La política pública, establecida recientemente por la Secretaría de Salud del estado de México, está íntimamente enlazada con el “Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024” del Gobierno de México, que contempla seis grandes ejes básicos y competencias para atender la problemática de violencia sexual y de género, lo que demuestra la voluntad política para articular esfuerzos en beneficio del conjunto de la sociedad mexicana.

Figura 7

Ejes básicos y competencias para la atención de violencia sexual y de género en los servicios de salud



Fuente: Adaptado de la Secretaría de Salud (2022).

Todas estas medidas adoptadas por las autoridades van encaminadas a reducir los impactos generados por el ecosistema de violencia en el ámbito sexual y de género, que son documentadas por múltiples investigaciones, que incluye este estudio cuantitativo para visibilizar la problemática en la agenda pública estatal y nacional,

así como fomentar iniciativas de propuestas para solucionar la situación compleja y transcompleja que rodea la violencia obstétrica.

4.2.1 Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (Secretaría de Salud, México)

En primer lugar, el protocolo propone como un lineamiento técnico para la atención de primer contacto en emergencias obstétricas, el cual tiene como propósito clasificar la situación de gravedad de las pacientes y precisar la acción necesaria para preservar la vida del binomio, o bien la viabilidad de un órgano dentro del lapso terapéutico establecido (Torres, 2012).

Este sistema se ha adaptado para emplearse en el periodo perinatal (embarazo, parto y puerperio) y en cada contacto de la paciente con el personal de salud, que contempla desde que una paciente es identificada con alguna complicación o emergencia, lo que automáticamente enlaza y activa la ruta crítica para la vigilancia del embarazo (Secretaría de Salud, 2022).

Es importante mencionar que, este tiene una clasificación que versa sobre la condición y/o estatus clínico de la paciente, que se puede observar en la siguiente tabla, que establece en dos tipos y dos colores:

Tabla 5.

Clasificación sobre la condición y/o estatus clínico de la paciente

EMERGENCIA	Atención inmediata , se considera que está comprometida la función vital de la mujer o el feto, puede ser debida a Preeclampsia severa, eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, sépsis puerperal, tromboembolia y embarazadas politraumatizadas (entre otros).	Tiempo máximo de espera “ Requiere tratamiento inmediato ” Código mater
NO EMERGENCIA	Pacientes sin antecedentes, en procesos agudos estables.	Su atención será de 30 a 60 min.

Fuente: Torres (2012).

Cabe resaltar, que el denominado “Código Mater”, es un sistema de atención de respuesta rápida, concebida como una estrategia hospitalaria para la atención

multidisciplinaria de la urgencia obstétrica (hipertensión arterial, sangrado y sépsis); está compuesto por un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, cuya función es optimizar el sistema de atención y los recursos hospitalarios (gineco-obstetra, enfermera, médico intensivista-internista, pediatra, anestesiólogo, inhaloterapeuta, trabajadora social, laboratorio y ultrasonido), capacitados en urgencias obstétricas (Torres, 2012).

4.2.2 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.

Esta normativa documenta y respalda la importancia del derecho a la salud, que parte del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

También contempla lo instituido en la Ley General de Salud, artículo 3, fracción IV, que define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, que reconoce el carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando el crecimiento y desarrollo; preceptos que son la base fundamental de la norma NOM-007.

Dentro de los principales objetivos se encuentran: establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida; la observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2022). Para ejemplificar, la normativa incluye un mecanismo para la vigilancia de casos, estipulado en el artículo 6.

6. Vigilancia epidemiológica. 6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman. 6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna. 6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos. 6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna. 6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. (Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos, 2022, p. 32)

4.2.3 Programa de acción Arranque Parejo en la Vida “APV” (Gobierno Federal 2001)

El programa de acción Arranque Parejo en la Vida (APV), fue creado por el gobierno federal en 2001 para atender desafíos de salud materna. La cobertura de las acciones se amplió a otras entidades federativas, hasta alcanzar el rango de obligatoriedad para instituciones públicas y privadas mediante un acuerdo del Consejo de Salubridad General publicado a finales de 2004 (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Este último protocolo únicamente se encontró vigente hasta el año 2012, actualmente a nivel federal son de observancia obligatoria los dos protocolos que anteceden.

En el contexto del interés de esta investigación, recientemente las autoridades del Estado de México, particularmente, la Secretaría de Salud del Estado de México (2022), institucionalizó el “Protocolo de seguimiento de prevención y atención a quejas y denuncias por maltrato y violencia obstétrica a mujeres y personas con capacidad de gestar en las unidades de salud” (ver anexo G), cuyo objetivo está en prevenir y reducir el maltrato y violencia obstétrica en los servicios de atención médica del Estado de México.

4.2.4 Resultado del cuestionario aplicado a mujeres embarazadas, asociado con la atención de salud durante la etapa de gestación, parto y puerperio en la zona oriente del Estado de México

A continuación se presentan los resultados de las (37) encuestas aplicadas en mujeres que estuvieron embarazadas y que vivieron la experiencia de los servicios de atención médica en la zona oriente del Estado de México, lo que permitió dar respuestas oportunas a los objetivos previamente planteados en este estudio.

Tabla 6

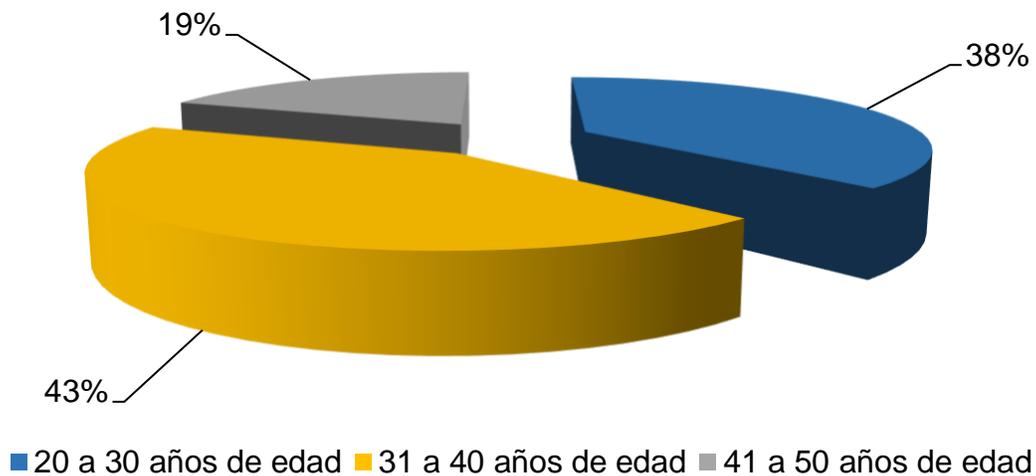
Distribución de la muestra del cuestionario por edades

Edades	Frecuencia	%	% Acumulado
20 a 30 años de edad	14	38%	38%
31 a 40 años de edad	16	43%	81%
41 a 50 años de edad	7	19%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1

Distribución de la muestra del cuestionario por edades



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 6 y gráfico 1, refleja la distribución de la muestra de las mujeres que fueron encuestadas por grupo etario, el 43% son personas entre 31 a 40 años de edad, el 38% entre 20 a 30 años y el 19% entre 41 a 50 años, las cuales se ubican en edad reproductiva. Mientras que, en la tabla 7 y gráfico 2, se indica la distribución por municipios, donde el 27% son de Chalco, 22% de Ixtapaluca, Valle de Chalco 19%, entre otros.

Tabla 7

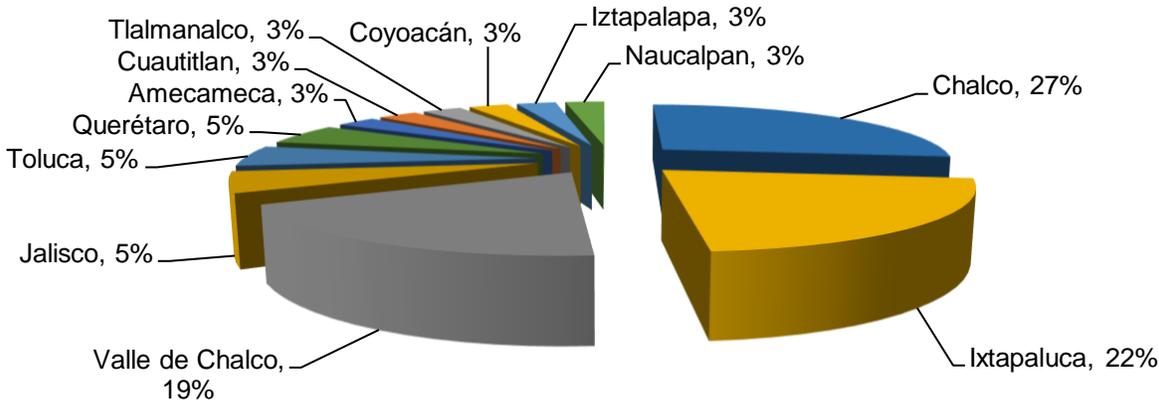
Distribución de la muestra del cuestionario por municipios

Municipios del Estado de México donde residen	Frecuencia	%	% Acumulado
Chalco	10	27%	27,0%
Ixtapaluca	8	22%	48,6%
Valle de Chalco	7	19%	67,6%
Jalisco	2	5%	73,0%
Toluca	2	5%	78,4%
Querétaro	2	5%	83,8%
Amecameca	1	3%	86,5%
Cuautitlan	1	3%	89,2%
Tlalmanalco	1	3%	91,9%
Coyoacán	1	3%	94,6%
Iztapalapa	1	3%	97,3%
Naucalpan	1	3%	100,0%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2

Distribución de la muestra del cuestionario por municipios



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 7 y el gráfico 2, se observa que el 27% de las pacientes residen en el municipio Chalco, seguido de cerca de un 22% en la localidad de Ixtapaluca, el 19% en Valle de Chalco, entre muchos otros dispersos por toda la geografía del estado de México.

Tabla 8

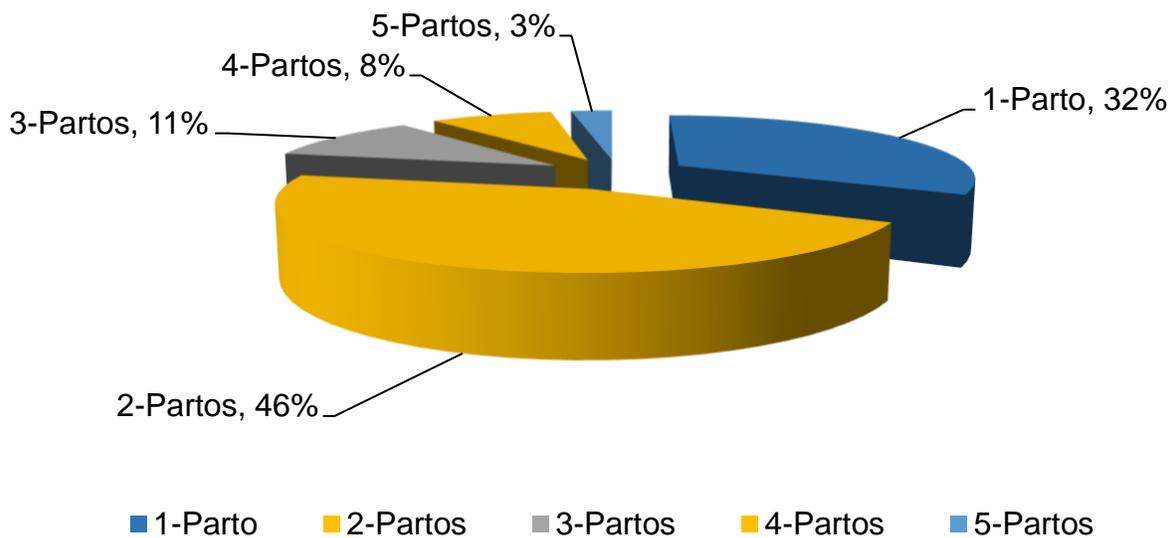
Número de partos

Número de partos	Frecuencia	%	% Acumulado
1-Parto	12	32%	32,4%
2-Partos	17	46%	78,4%
3-Partos	4	11%	89,2%
4-Partos	3	8%	97,3%
5-Partos	1	3%	100,0%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3

Número de partos



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 8 y gráfico 3, se observa el número de partos de las mujeres encuestadas, donde el 46% manifestaron que han tenido dos partos, un 32%, un parto, el 11% tres partos, el 8% 4 partos, y finalmente 3% cinco partos. En efecto, aproximadamente, el 90 tuvieron entre uno a tres partos, quienes estaban en edades reproductivas.

Tabla 9

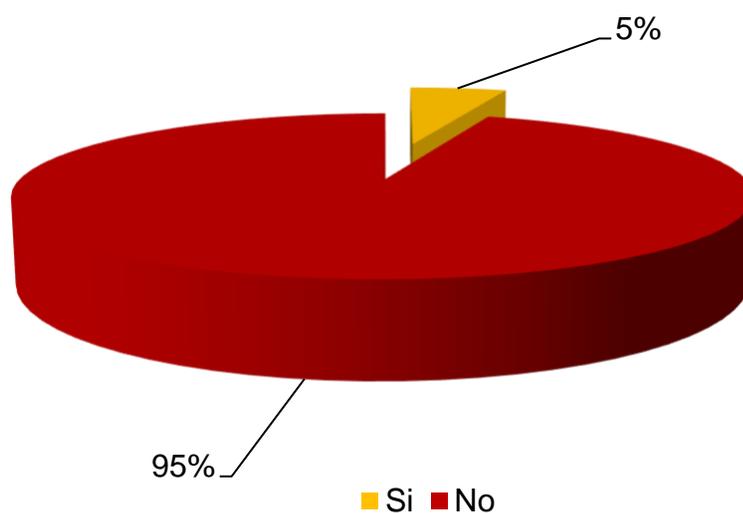
Actualmente se encuentra embarazada

Actualmente se encuentra embarazada	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	2	5%	5%
No	35	95%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 4

Actualmente se encuentra embarazada



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 9 y gráfico 4, visualiza que la gran mayoría de las mujeres encuestadas, con un 95%, indicaron que actualmente no se encuentran un estado de embarazo, solo el 5% expresaron que sí. De tal manera, que en la etapa de los años reproductivo, la tendencia reflejó que más del 90% ya experimentaron ese periodo de gestación, con lo cual son informantes acreditadas para socializar la experiencia en la atención sanitaria en ese aspecto.

Tabla 10

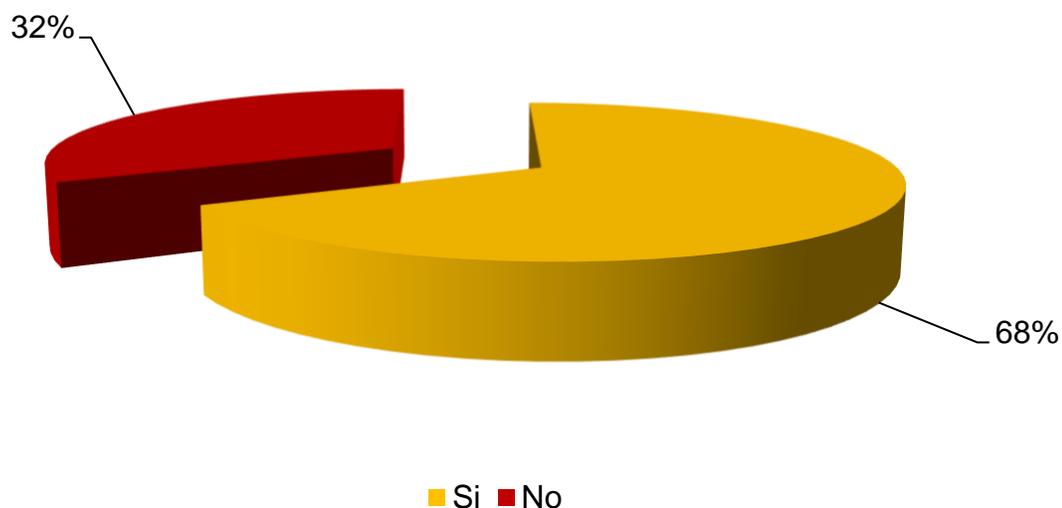
Periodo gestacional

Los partos han llegado a su término gestacional: 42 semanas / 9meses	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	25	68%	68%
No	12	32%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 5

Periodo gestacional



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 10 y gráfico 5, se observa que el 68% de las mujeres encuestadas revelaron que los partos que tuvieron durante el recorrido de la vida reproductiva, si han llegado a su término gestacional, periodo de 42 semanas / 9 meses, mientras que el 32% señalaron que no. Por tanto, existe un porcentaje considerable que requiere mayores esfuerzos en servicios de atención en etapa gestacional para hacer seguimiento y control que logre completar el proceso.

Tabla 11

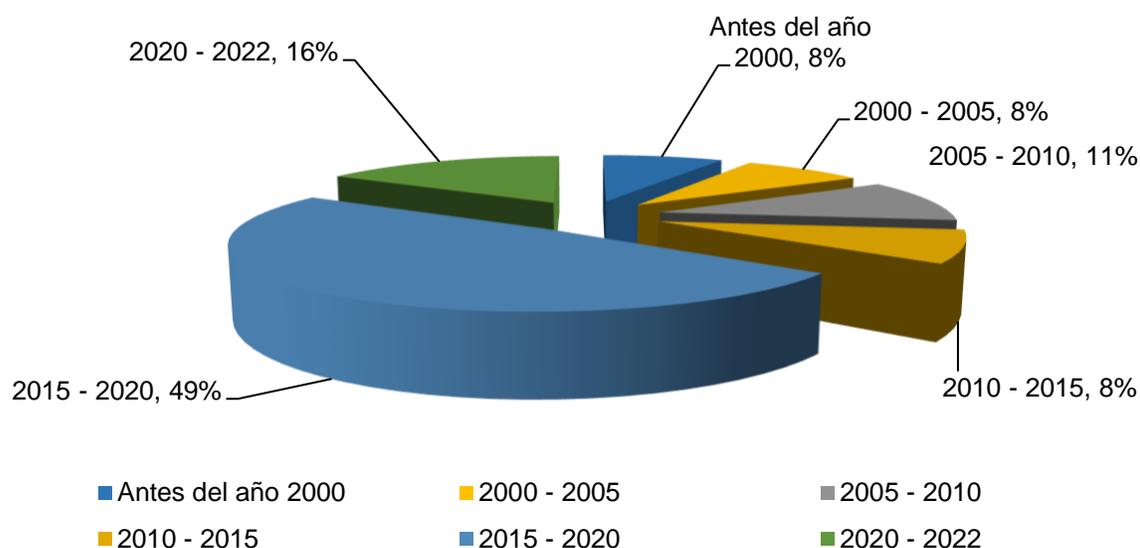
Años de parto

Años en los que han tenido los partos	Frecuencia	%	% Acumulado
Antes del año 2000	3	8%	8,1%
2000 - 2005	3	8%	16,2%
2005 - 2010	4	11%	27,0%
2010 - 2015	3	8%	35,1%
2015 - 2020	18	49%	83,8%
2020 - 2022	6	16%	100,0%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 6

Años de parto



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 11 y gráfico 6, el 49% de las mujeres encuestadas aseguraron que los años que tuvieron lugar los partos fue entre 2015-2020, seguido del 16% desde 2020-2022, 11% 2005-2010 y el 8% en los otros periodos antes del año 2000. Del 2000 al 2005, 2010 al 2015, respectivamente, concentrándose más del 75% entre la segunda e inicios de la tercera década del milenio.

Tabla 12

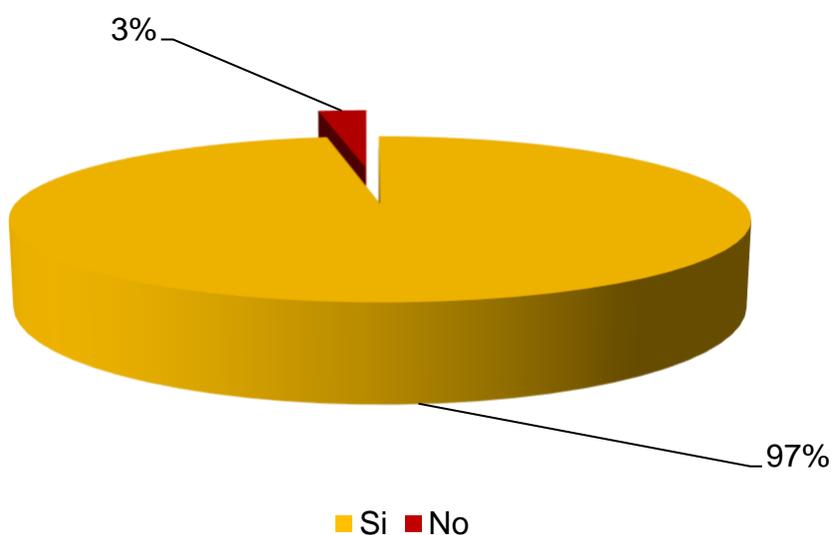
Seguimiento médico en la etapa de gestación

Seguimiento médico en la etapa de gestación	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	36	97%	97%
No	1	3%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 7

Seguimiento médico en la etapa de gestación



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 12 y gráfico 7, para el 97% de las mujeres encuestadas, expresaron contundentemente que sí tuvieron acceso a un proceso de seguimiento de atención médica durante la etapa de gestación, y solo un 3% declaró lo contrario, lo que representa un elemento favorable para contribuir con el desarrollo de cada una de las condiciones por las cuales atraviesan en el embarazo.

Tabla 13

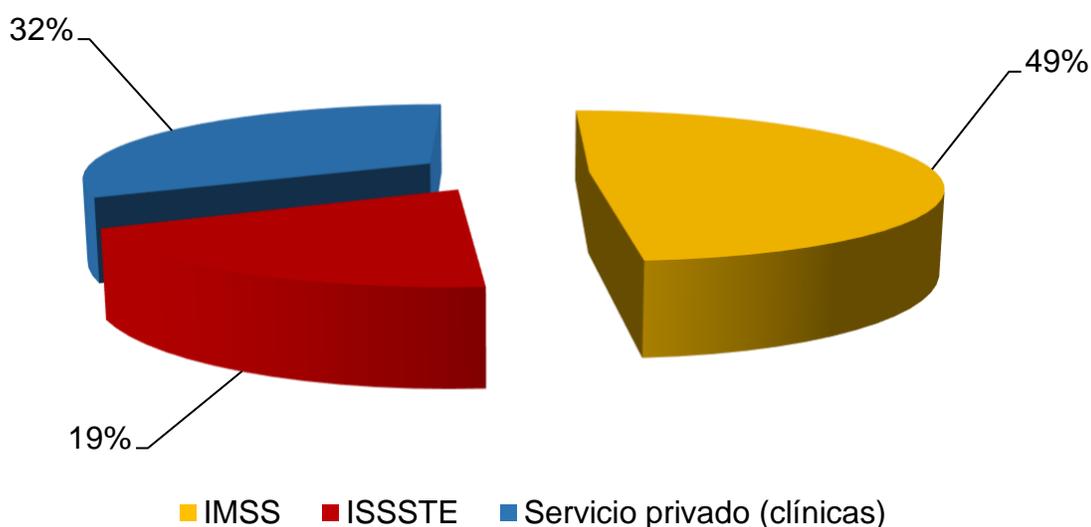
Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación

Tipo de institución para el seguimiento médico	Frecuencia	%	% Acumulado
IMSS	18	49%	49%
ISSSTE	7	19%	68%
Servicio privado (clínicas)	12	32%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 8

Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 13 y gráfico 8, para el 49% de las mujeres encuestadas, informaron que el seguimiento médico en el proceso de embarazo lo realizaron en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), un 32% reveló que en centros privados a través de clínicas, y el 19% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), de allí, que los servicios sanitarios públicos constituyen más del 80% en cuanto al acceso sanitario en esta muestra.

Tabla 14

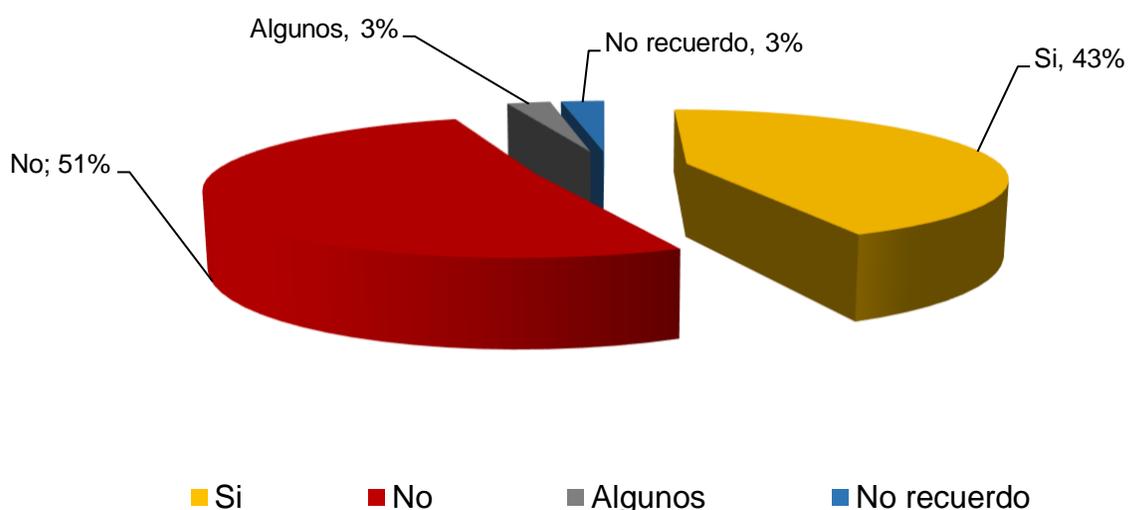
Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación

Conocimiento de todos los derechos que te asisten como mujer embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	16	43%	43,2%
No	19	51%	94,6%
Algunos	1	3%	97,3%
No recuerdo	1	3%	100,0%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 9

Tipo de institución para el seguimiento médico en la etapa de gestación



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 14 y gráfico 9, para el 51% de las mujeres encuestadas no disponen de los conocimientos de todos los derechos que te asisten como mujer embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio, mientras que para el 43% si cuentan con ello; y para el 3% algunos y no recuerdan respectivamente, lo que constituye debilidades significativas para que las féminas conozcan la información que las respalda dentro de un estado de derecho para acceder a los servicios del sector sanitario.

Tabla 15

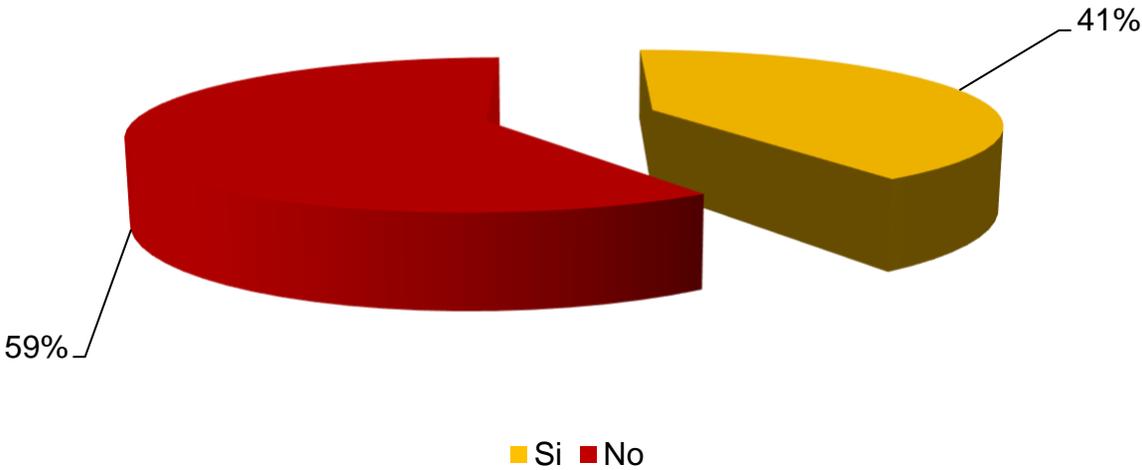
Conocimientos de los derechos

Conocimiento e información acerca de los derechos en periodo de embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	15	41%	41%
No	22	59%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 10

Conocimientos de los derechos



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 15 y gráfico 10, para el 59% de las mujeres encuestadas no disponen de conocimientos e información acerca de los derechos en periodo de embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio, y el 41% si se han documentado al respecto. Estos hallazgos denotan, las debilidades y dificultades que puede originar situaciones de vulnerabilidad en las mujeres en periodo de gestación cuando están accediendo a los servicios sanitarios para garantizar que la atención esté ajustada a lo establecido en las normativas instituidas por las autoridades.

Tabla 16

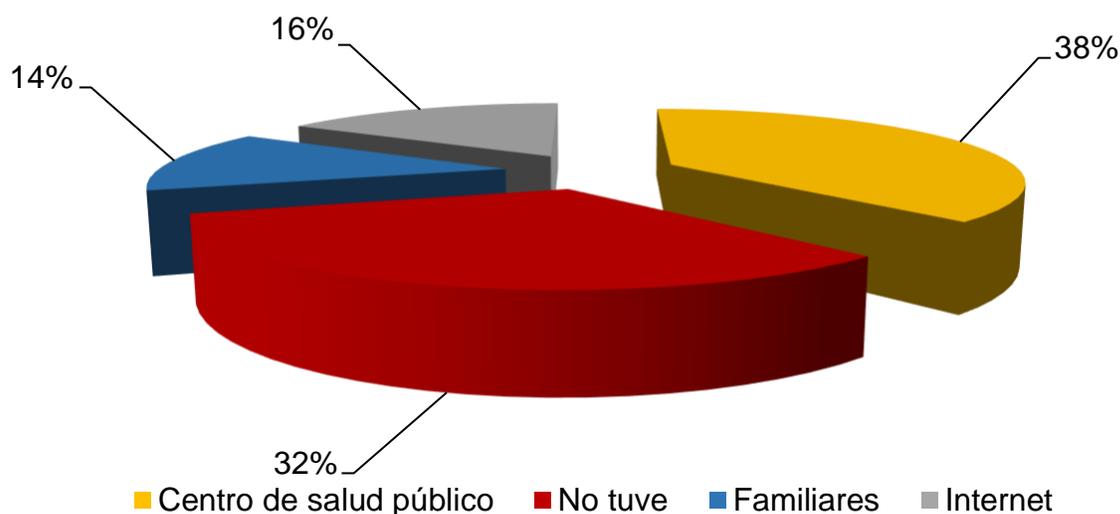
Medios para acceder a conocimientos de los derechos

Medio de acceso a la información acerca de tus derechos en periodo de embarazo, en trabajo de parto y/o puerperio	Frecuencia	%	% Acumulado
Centro de salud público	14	38%	38%
No tuvo	12	32%	70%
Familiares	5	14%	84%
Internet	6	16%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 11

Medios para acceder a conocimientos de los derechos



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 16 y gráfico 11, para el 38% de las mujeres encuestadas, el medio de acceso a la información acerca de sus derechos en periodo de embarazo, en trabajo de parto y/o puerperio lo obtuvieron en los centros de salud de la red pública sanitaria, un 32% no tuvo acceso, el 16% a través de la red de internet y el 14% con orientaciones de los familiares.

Tabla 17

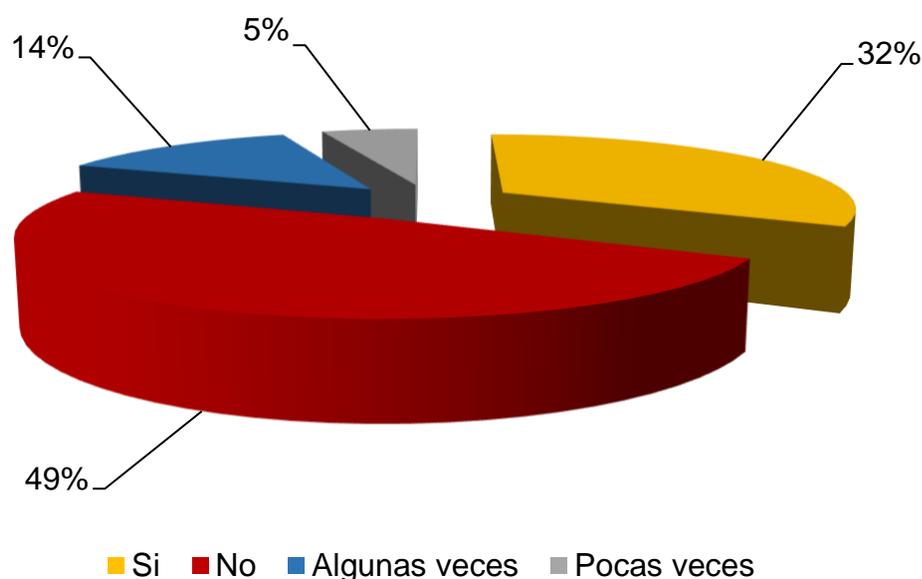
Comentarios y/o descalificaciones del personal salud sobre condición embarazo

El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento durante el embarazo, parto o puerperio	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	12	32%	32%
No	18	49%	81%
Algunas veces	5	14%	95%
Pocas veces	2	5%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 12

Comentarios y/o descalificaciones del personal salud sobre condición embarazo



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 17 y gráfico 12, para el 49% de las mujeres encuestadas, el personal de salud no hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento durante el embarazo, parto o puerperio, un 32% sostuvo que sí, para el 14% algunas veces y 5% pocas veces. En efecto, la tendencia evidencia que se está en un problema de descalificaciones, donde la mitad si experimentó tales situaciones.

Tabla 18

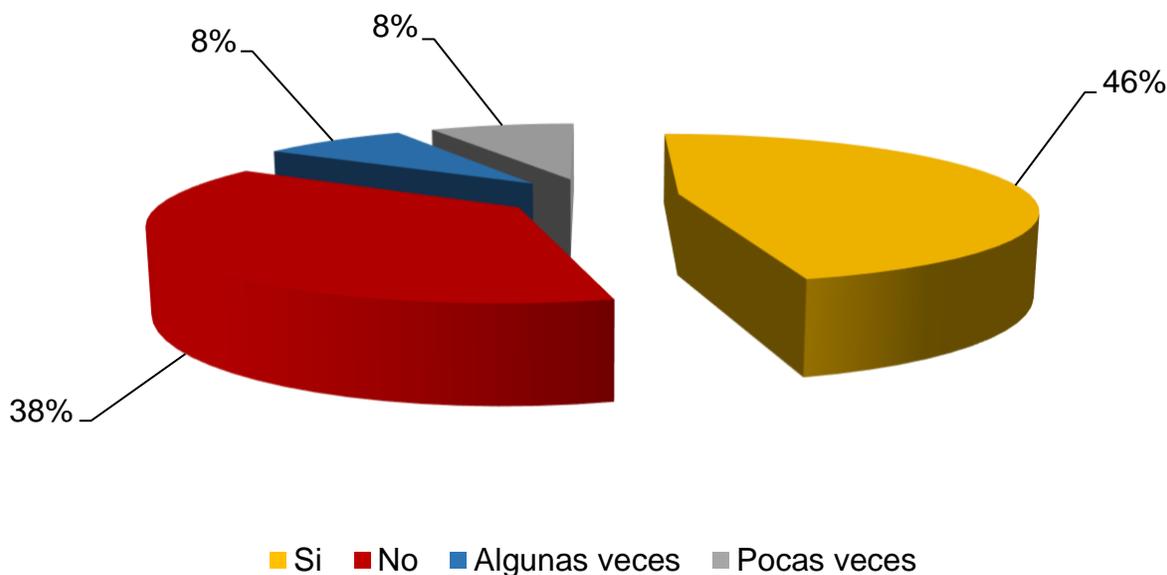
Trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos durante el proceso de embarazo

Trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o algún otro, como si fueras incapaz de comprender procesos por los cuales estás atravesando	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	17	46%	46%
No	14	38%	84%
Algunas veces	3	8%	92%
Pocas veces	3	8%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 13

Trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos durante el proceso de embarazo



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 18 y gráfico 13, para el 46% de las mujeres encuestadas, si recibieron un trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o algún otro, como si fueras incapaz de comprender procesos por los cuales estás atravesando, un 38% aseguraron que no lo recibieron y el 8% algunas veces y pocas veces respectivamente, es así que la tendencia es que más del 60% de ellas, se vieron afectadas por este tipo de tratos discriminatorios que vulneran los derechos.

Tabla 19

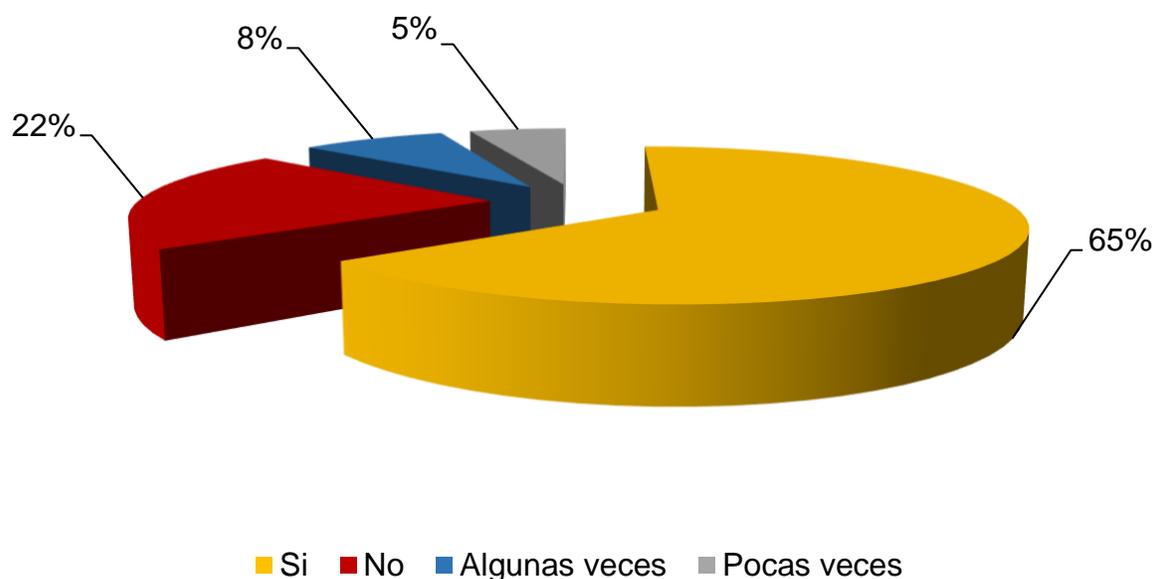
Fue criticada durante el proceso de embarazo

Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	24	65%	65%
No	8	22%	86%
Algunas veces	3	8%	95%
Pocas veces	2	5%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14

Fue criticada durante el proceso de embarazo



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 19 y gráfico 14, para el 65% de las mujeres encuestadas, si fueron criticadas por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto, un 22% manifestaron que no lo percibieron, el 8% algunas veces y 5% pocas veces. Los resultados evidencia la magnitud de la problemática en el trato y discriminación de parte del personal de atención sanitario en diversas instituciones de salud, lo que afecta sustancialmente la salud física y mental.

Tabla 20

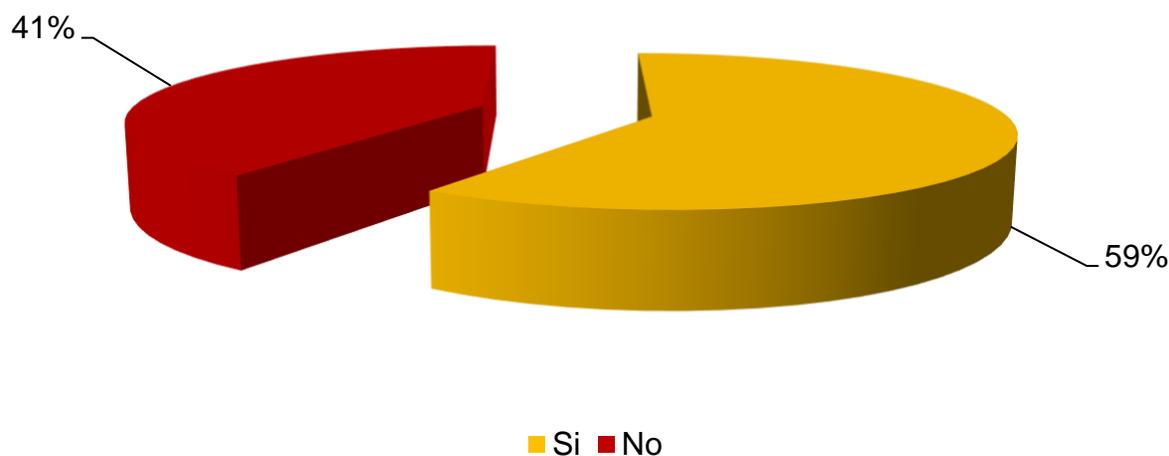
Fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos

Fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	22	59%	59%
No	15	41%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 15

Fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 20 y gráfico 15, para el 59% de las mujeres encuestadas, si les fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera, mientras que el 41% no estuvo en tales situaciones. Por tanto, esto repercute directamente en el estado de salud físico, psicológico e inclusive sociológico, por la respuesta ante la socialización de información en el contexto del periodo de gestación.

Tabla 21

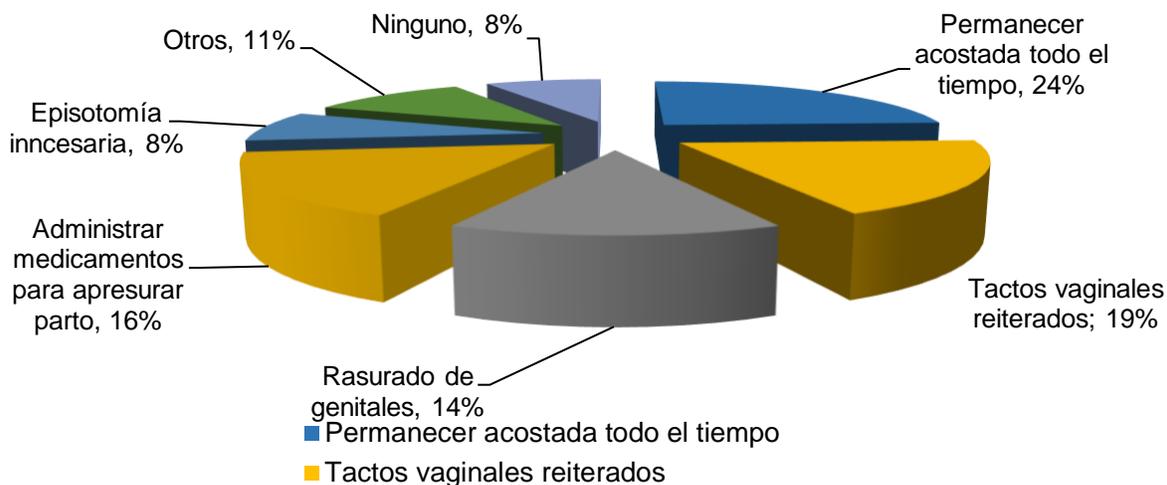
Procedimientos realizado sin pedirle consentimiento

Realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios	Frecuencia	%	% Acumulado
Permanecer acostada todo el tiempo	9	24%	24,3%
Tactos vaginales reiterados	7	19%	43,2%
Rasurado de genitales	5	14%	56,8%
Administrar medicamentos para apresurar parto	6	16%	73,0%
Episiotomía innecesaria	3	8%	81,1%
Otros	4	11%	91,9%
Ninguno	3	8%	100,0%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16

Procedimientos realizados sin pedirle consentimiento



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 21 y gráfico 16, reflejan los procedimientos médicos realizados a esta muestra de mujeres sin pedirle consentimiento o explicarte por qué eran necesarios, un 24% le indicaron permanecer acostada todo el tiempo; un 19% tactos vaginales reiterados; un 16% administrar medicamentos para apresurar parto; un 14% rasurado de genitales; entre muchos otros. Esta situación vulneran los derechos establecidos para informar a las pacientes sobre cada procedimiento médico que se lleve adelante dentro de las instituciones de salud.

Tabla 22

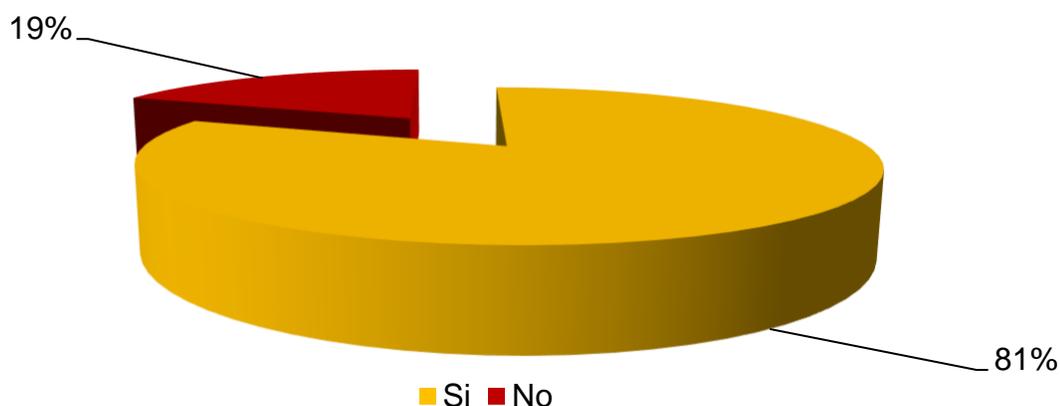
Durante el parto la obligaron a permanecer acostada boca arriba

En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	30	81%	81%
No	7	19%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 17

Durante el parto la obligaron a permanecer acostada boca arriba



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 22 y gráfico 17, para el 81% de las mujeres encuestadas, si fueron en el momento del parto obligadas a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaran incomodidad en esa posición, y para el 19% no fue así. Esta situación afecta las condiciones de bienestar físico de las pacientes en periodo de gestación, que requiere cuidados especiales para el beneficio compartido.

Tabla 23

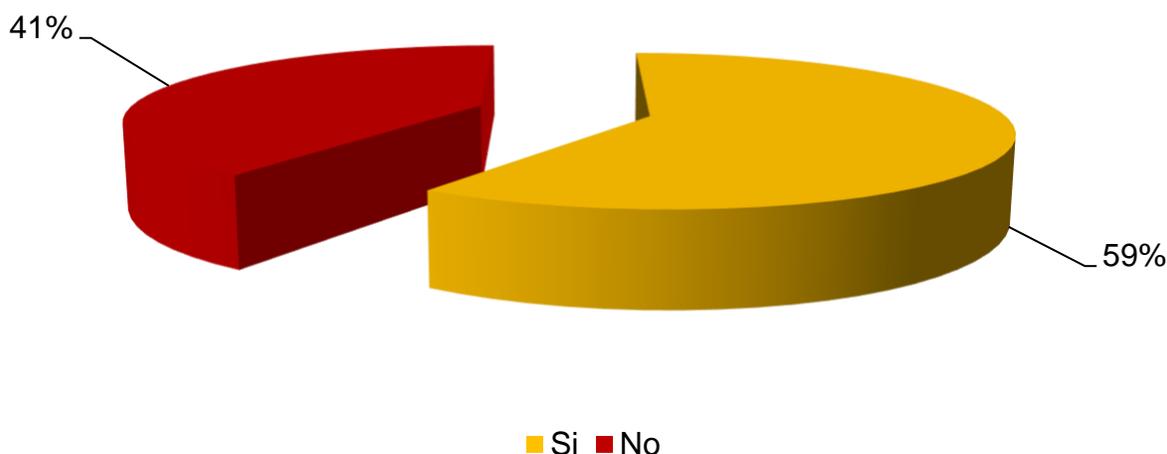
Acompañada por alguien de tu confianza

¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	22	59%	59%
No	15	41%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 18

Acompañada por alguien de tu confianza



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 23 y gráfico 18, para el 59% de las mujeres encuestadas, si se les impidió estar acompañada por alguien de tu confianza durante el parto, y para el 41% no se les fue admitido. Aspectos que pudieran generar debilidades en los servicios de atención sanitaria para que las pacientes en gestación sientan apoyo de los familiares o amigos ante un evento que requiere responsabilidad, fuerza y compromiso único, es la expresión genuina de la vida.

Tabla 24

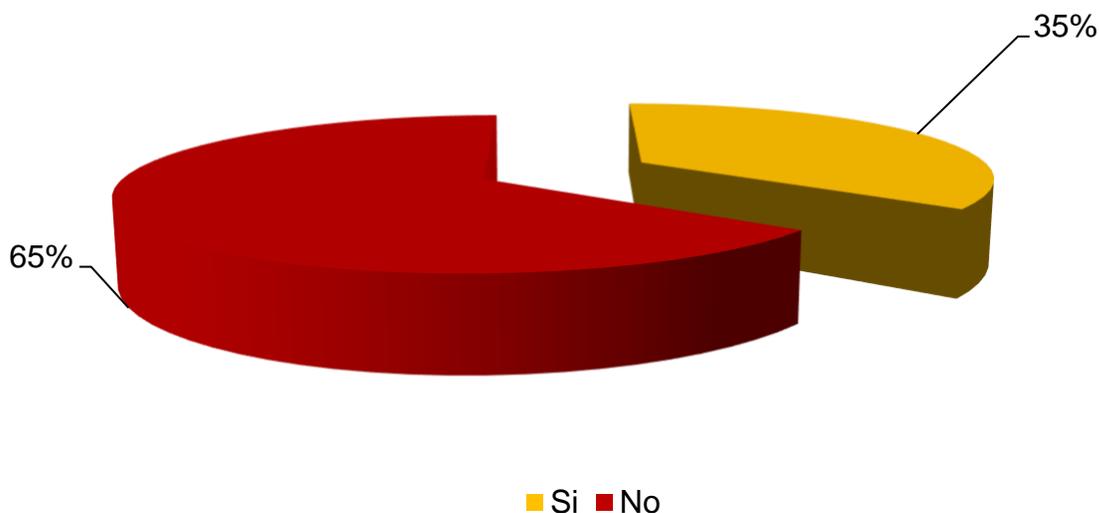
Le obligaron a firmar documentos durante el trabajo de parto

Durante el trabajo de parto o en el momento del mismo ¿Te obligaron a firmar documentos y formas que no pudiste leer ni entender lo que estabas firmando o consintiendo.?	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	13	35%	35%
No	24	65%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 19

Le obligaron a firmar documentos durante el trabajo de parto



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 24 y gráfico 19, para el 65% de las mujeres encuestadas, durante el trabajo de parto o en el momento del mismo, no la obligaron a firmar documentos y formas que no pudiste leer ni entender lo que estabas firmando o consintiendo, mientras el 35% de ellas, indicaron que si fueron obligadas. Se está en presencia de una práctica antiética que vulnera el estado de derecho, normas estipuladas para el ejercicio de la medicina y demás disciplinas asociadas a este campo.

Tabla 25

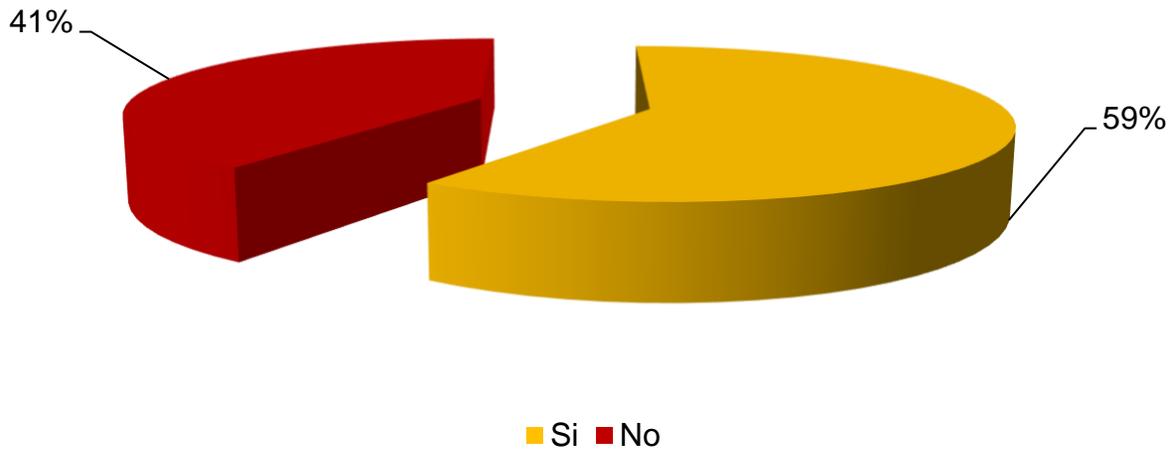
Contacto inmediato con hijo (a) recién nacido antes de llevarlo al neonatólogo

¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	22	59%	59%
No	15	41%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 20

Contacto inmediato con hijo (a) recién nacido antes de llevarlo al neonatólogo



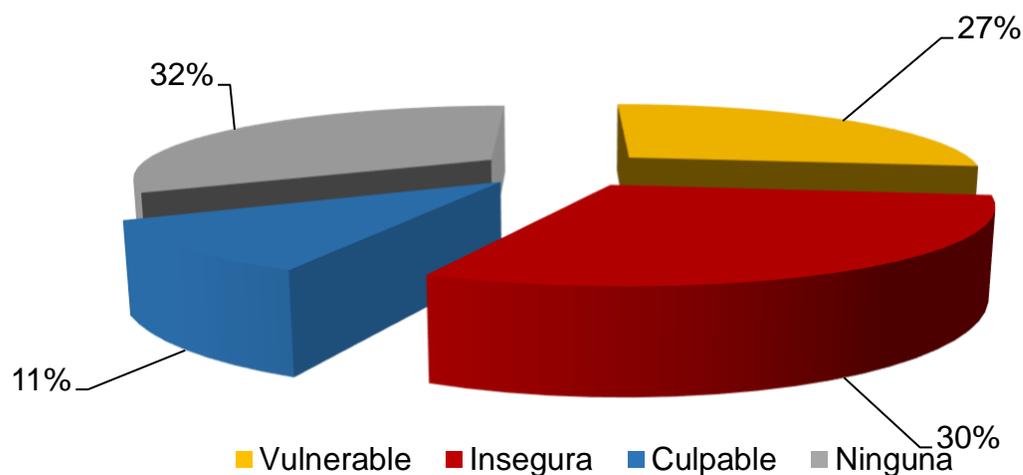
Fuente: Elaboración propia.

La tabla 25 y gráfico 20, para el 59% de las mujeres encuestadas, si se le impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.) mientras que para el 41% no fue así. Estos hallazgos se asocian a múltiples situaciones que pudieran estar vinculadas con el estado de salud tanto de la madre como la del neonato, en todo caso puede influir en los lazos afectivos en un tiempo inicial.

Tabla 26*Experiencia de la atención*

¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?	Frecuencia	%	% Acumulado
Vulnerable	10	27%	27%
Insegura	11	30%	57%
Culpable	4	11%	68%
Ninguna	12	32%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 21*Experiencia de la atención*

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 26 y gráfico 21, para el 32% de las mujeres encuestadas, no tuvo una experiencia de la atención en el parto que la hicieron sentirse vulnerable, culpable o insegura, mientras que 30% estuvo insegura, un 27% vulnerable y el 11% culpable. Esto refleja las fuertes debilidades documentadas en los servicios de atención sanitaria en lo correspondiente con el trato, atención y calidad de la salud.

Tabla 27

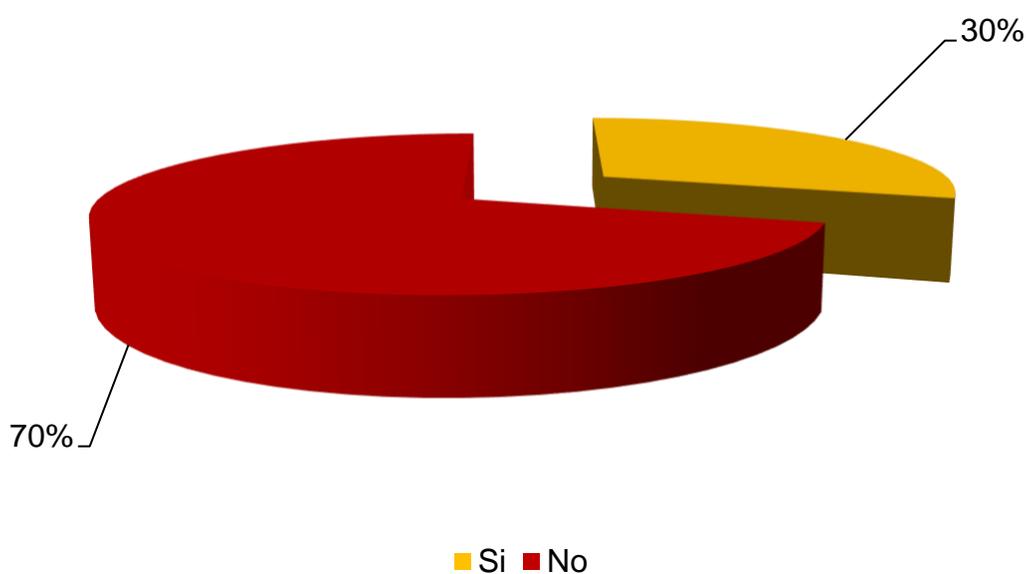
Peligro de perder la vida

¿Tu hijo/a recién nacido o tú estuvieron en peligro de perder la vida?	Frecuencia	%	% Acumulado
Si	11	30%	30%
No	26	70%	100%
Total	37	100%	100%

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 22

Peligro de perder la vida



Fuente: Elaboración propia.

La tabla 27 y gráfico 22, para el 70% de las mujeres encuestadas, el hijo (a) recién nacido o ella no estuvieron en peligro de perder la vida, mientras que el 30% señalaron que sí estuvieron en esa situación. Esto requiere mayores esfuerzos de parte de los servicios de salud para mejorar la atención de un área susceptible para preservar la vida. Finalmente, se presenta en la tabla 27, algunos relatos sobre las experiencias que vivieron durante los servicios sanitarios.

Tabla 28.

Algunos comentarios añadidos por las encuestadas

Comentarios textuales	
<ul style="list-style-type: none">▪ Mi bebe traía el cordón umbilical enredado en el cuello y durante todo mi embarazo no se percataron y al momento de que mi bebe iba a nacer se dan cuenta y me dicen que tiene que ser cesárea obligatoria, me atiende un médico que estaba de guardia al parecer no tenía los conocimientos, tengo dos hemorragias en quirófano y una en recuperación perdiendo en conocimiento por completo y así me dan de alta, me desmallo al pararme de cama y me vuelven a ingresar porque me dio anemia por la sangre que perdí y no me hicieron una transfusión de sangre a causa de eso se complica todo, ya que no puedo estar cerca de mi bebe porque tenía temperatura me tenían que estar medicando a cada rato y así estuve internada 10 días hasta que logre recuperar la sangre suficiente, había un médico que me agarraba la pierna o me la acariciaba cuando yo estaba casi inconsciente las enfermeras se desesperaban porque no podía ni levantarme a hacer del baño de lo débil que estaba, ya que me desmayaba y tenían que estar al pendiente y en ocasiones de malas y con caras me atendían.	
<ul style="list-style-type: none">▪ Mis 2 hijos nacieron en el IMSS y no hay mejor lugar, ya que son los mejores Doctores y tienen todo lo necesario para atender un parto y una cesaría.	<ul style="list-style-type: none">▪ Me dijeron que si mi hija o yo nos contagiábamos o morimos era por embarazarme en pandemia.
<ul style="list-style-type: none">▪ Mi experiencia fue traumática por las complicaciones durante el embarazo.▪ De mi primer hijo era joven, y me trataban mal por mi edad, o por quejarme.	<ul style="list-style-type: none">▪ Por el momento mis respuestas son basadas en mi experiencia y no permito que mi situación se asemeje con otras mujeres, las trato de bombardear con información verídica para no confundirlas.
<ul style="list-style-type: none">▪ Después del parto en la habitación habíamos 8 pacientes ya sea por cesárea o parto y el pediatra entró y nos regañó por tener más de dos	<ul style="list-style-type: none">▪ Las experiencias que he tenido en hospitales públicos, que fueron 2, fue muy difícil, al parecer siempre actúan así, te critican, te regañan, te hacen

Comentarios textuales

<p>bebés asegurando que personas como nosotras, al estar en servicio de salud pública gratuita, no contábamos con la economía suficiente para la manutención de nuestra familia, que lo mejor era realizarnos la otb para ya no tener más hijos.</p>	<p>sentir vulnerable y culpable, no tienes derecho a quejarte, y siento que no debe ser así.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Pues quisieron que fuera normal, pero fue cesaría.
<ul style="list-style-type: none">▪ Me encantaría que hubiera mejor atención más humana, mejoraran el sector salud, atención tanto de instituciones particulares, públicas y gobierno, el trato y atención es indignante para las personas que necesitamos atención médica	<ul style="list-style-type: none">▪ En los dos partos me trataron como si fuera a hacer un trámite de manera grosera y no me permitieron estar al lado de mi esposo, no ver a mis bebés al momento de nacer hasta después y se burlaron en mi primer parto por llorar
<ul style="list-style-type: none">▪ No me limpiaron bien después del parto y 15 días después presentes temperaturas muy altas por una infección que me estaba causando que me dejaron pedazos de placenta.▪ Información sobre los derechos y el respeto durante el trabajo de aborto, temas que no se confrontan con facilidad o se guardan porque uno pierde un hijo, producto o feto pero no siempre se respetan los deseos de las madres	<ul style="list-style-type: none">▪ Si bien no soy de México, quizás sirva la información para hacer comparaciones con fines de mejorar la calidad de dicha área. Tuve 2 partos similares, donde mi salud y educación me acompañaron. Tanto el físico, por no tener complicaciones, como la propia búsqueda de la información necesaria (no siempre pasa). Tuve la suerte de rodearme de profesionales respetuosos y amenos (tampoco siempre pasa)

Fuente: Elaboración propia.

De los datos extraídos de la encuesta, reflejados en la tabla 28, sobre un sinnúmero de experiencias que las mujeres en periodo de gestación tuvieron que transitar en las diferentes consultas y el proceso de parto, tanto natural como por cesárea, son

relatos fehacientes que documentan un cúmulo de problemáticas asociadas fundamentalmente con los servicios de atención sanitario:

- Dos hemorragias en quirófano producto de una cesárea, donde los médicos no actuaron de manera eficaz y eficiente (negligencia), poniendo en riesgo la vida de la paciente, que tuvo anemia y requirió transfusión de sangre.
- Posterior al parto, algunas pacientes presentaban infecciones como consecuencia de negligencia en las actividades de limpieza de las zonas, que evidencian restos de placenta, situación que representa un riesgo latente para las mujeres que acudieron a los servicios de salud pública.
- Se describieron espacios de socialización entre personal sanitario y pacientes, que luego de las cesáreas con las pacientes de manera despectiva le manifestaban que no podían bajo ningún concepto tener más de dos hijos, en virtud que no contaban con los recursos económicos para acceder a los servicios de salud, además de la repercusión que tendría después en el proceso de crianza. Son todas estas acciones que están fuera del contexto y funciones de la atención pública.
- Las experiencias documentadas muestran algunas posturas y tratos crueles hacia las mujeres en periodo de gestación, e incluso después del parto; lo que constituye actuaciones discriminatorias que trasgreden la condición social y vulnerable ante los derechos que tienen las mujeres dentro del tejido de la sociedad mexicana.

4.3. Discusión

El Estado de México tiene plasmado dentro del instrumento de planificación para el periodo de gobierno actual, las grandes líneas de acción para atender el problema del acceso a los servicios de salud a las mujeres en periodo de gestación, que en la gran mayoría disponen de tales servicios, con debilidades y dificultades de diversos tipos, destacando la falta de personal sanitario, recursos presupuestarios, dotación y mantenimiento e infraestructura.

No obstante, el personal sanitario no identificó una política pública específica con respecto a ello, es decir, un programa, proyecto o plan únicamente para este grupo vulnerable, lo que compete de acuerdo con Navarro (2016) a quienes tienen la responsabilidad de gobierno en materia de salud en la entidad político territorial, con la finalidad de diseñar políticas pública para atender y priorizar los problemas identificados dentro de los servicios sanitarios, de lo contrario, los problemas se van exacerbando.

Los servicios de salud deben funcionar como un sistema interconectado e interrelacionado, es decir, que las autoridades en materia sanitaria conjuguen los recursos, capacidades y potencialidades físicas, económicas, intelectuales, tecnológicas y de insumos, para optimizar todos los procesos de la cadena de valor en los servicios de atención de salud de las mujeres en periodo de gestación, lo que en los diferentes centros hospitalarios de la zona de oriente del estado de México, presentan dificultades en estos factores, vinculado además, con los hallazgos del estudio de Gómez y Sigüenza (2017), donde la falta de recursos económicos es uno de los factores asociados al poco flujo de asistencia para el control prenatal de las mujeres en periodo de gestación.

De las mujeres encuestadas, una cifra alarmante, es que el 32% de ellas, aseguraron que los partos que tuvieron durante el recorrido de la vida reproductiva, no han llegado a su término gestacional, periodo de 42 semanas / 9 meses, lo que se corresponde con el 30% de ellas al expresar que estuvieron una situación de peligro de vida, más allá que el 97% expresaron contundentemente que sí tuvieron acceso a un proceso de seguimiento de atención médica durante la etapa de gestación, que la tendencia indicó que lo realizaron en instituciones del sector público; aspecto que pudiera estar asociado a los problemas que atraviesan de violencia obstétrica, documentados por el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020).

Existe un problema de falta de información y conocimiento sobre los derechos que la asisten a la mujer embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio, donde el 51% de ellas carece de esto, lo que está en consonancia con ese 32% que no tuvo los

medios para acceder a información sobre los derechos propiamente, hallazgos que guardan una estrecha vinculación con los resultados de Reyes (2021), que no se impulsan mecanismos y herramientas para facilitar información a los padres y madres con relación a los programas de prevención primaria y etapa de gestación.

No obstante, pese a estas dificultades, se puede inferir que ya las autoridades políticas de la entidad están tomando cartas en este asunto, en marzo del año 2022, la Secretaría de Salud del Estado de México (2022), empezó una campaña para responder ¿Sabes cuáles son tus derechos durante el embarazo, parto y puerperio?, a la que se puede acceder en el website institucional: https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/derechos_durante_embarazo.pdf (ver *flayer* en el anexo F).

De allí que, como investigadora y sujeto cognoscente, a mediados del año 2022, en pleno proceso de desarrollo de esta investigación de maestría, las autoridades de la Secretaria de Salud del Estado de México, presentaron el “Protocolo de Seguimiento de Prevención y Atención a Quejas y Denuncias por Maltrato y Violencia Obstétrica a Mujeres y Personas con Capacidad de Gestar en las Unidades de Salud” como un instrumento normativo fundamentado en la política pública del “Programa de Prevención y Atención a la Violencia Obstétrica”.

Al tratarse de una medida reciente, todavía no ha sido socializada y asumida completamente en los centros hospitalarios y de salud en las diferentes localidades que integran el territorio, pero, se observa como acciones favorables que va a atender la problemática de la violencia obstétrica.

Uno de los componentes focalizados de la problemática de esta investigación, fue respaldado una vez más, donde el 50% de las mujeres encuestadas experimentaron por parte del personal sanitario comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento durante el embarazo, parto o puerperio, donde recibieron un trato con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o algún otro, como si fueras incapaz de comprender procesos por los cuales estás atravesando y criticadas en esta fase.

Esta situación, que ha sido documentada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), resultando que un 66% de las mujeres mexicanas, a partir de los 15 años de edad, han experimentado algún tipo de violencia y discriminación, así como, el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020), señaló que un 33.4%, experimentaron algún tipo de maltrato, donde los casos reportados se localizan en el Estado de México; además, todo ello, contraviene el artículo 276 del Código Penal del Estado de México vigente, que señala:

Artículo 276.- La violencia obstétrica se configura por parte del personal médico, paramédico, de enfermería y administrativo de las instituciones de salud públicas o privadas, cuando se dañe o denigre a la mujer durante el embarazo, el parto, puerperio o en emergencias obstétricas, vulnerando sus derechos por medio de tratos crueles, inhumanos o degradantes (...). (Gobierno del Estado de México, 2022, p. 93)

Se comprobó un proceso de temores, que para el 59% de las mujeres les fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera, lo que forma parte de las debilidades en el personal sanitario, situación recogida por el Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México (2020), donde muchas mujeres han sido víctimas de casos de violencia obstétrica de parte de funcionarios de servicios sanitarios.

Un factor alarmante que debe llamar a la reflexión, es que un 35% de las mujeres aseguraron que durante el trabajo de parto o en el momento del mismo las obligaron a firmar documentos y formas que no pudieron leer ni entender lo que estaban firmando o consintiendo, lo que vulnera el derecho a la salud, al acceso de la información, que es consistente con el estudio de Reyes (2021), que también está tipificado como un delito, en función a lo establecido en el artículo 276, numeral II del Código Penal del Estado de México vigente, todo lo que "(...) II. Altere el proceso natural del parto de bajo riesgo, a través del uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer" (Gobierno del Estado de México, 2022, p. 93).

Dentro de la experiencia sobre los servicios de atención recibidos en el parto, todas ellas aseguraron que presentaron un sentimiento vulnerable, culpable o insegura; lo que denota las dificultades en la calidad de atención por parte del personal sanitario, de allí, la problemática de la violencia obstétrica que está siendo recogida por múltiples instituciones de gobierno en el país y la región.

CAPÍTULO V. PROPUESTA: UNA VISIÓN DE FUTURO

5.1 Presentación

Esta iniciativa se desprende del proceso y actividades de investigación desarrolladas a lo largo del trabajo de grado, documentado en cada uno de las secciones, acompañadas de los diferentes, análisis, interpretación, fundamentación teórica y referencial para otorgarle la rigurosidad propia del método científico.

Definir lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con énfasis en el acceso y servicios de atención en las mujeres embarazadas en el Estado de México, es un reto y desafío ante el crecimiento sostenido en la demanda de mejoras del sistema sanitario en la entidad político territorial, a los efectos de promover mayor inclusión social, reducir las desigualdades sociales, erradicar cualquier tipo de comportamiento discriminatorio que afecten sustancialmente el bienestar psicológico, físico y sociológico de las mujeres en periodo de gestación, que no resulte en violencia obstétrica, por considerarse una etapa vulnerable, de allí que, el tejido institucional de la Administración Pública en el campo de la salud deben avanzar en áreas que no cuentan con planes, programas y proyectos.

La definición de estos lineamientos, se vinculó con lo estipulado en el artículo 4, párrafo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos vigente; artículo 61 de la Ley General de Salud; artículo 3 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia; las políticas públicas gubernamentales nacionales, y particularmente las impulsadas en el Estado de México a partir de las líneas de acción del gobierno en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023.

Esta iniciativa responde a las demandas y necesidades de la sociedad del estado de México, con miras a brindar aportes sobre una problemática álgida que está tomando mayores dimensiones, lo que amerita intervención con eficacia y eficiencia para reducir los impactos en el tejido social.

5.2 Fundamento

Los lineamientos se construyeron a partir de un entramado referencial, teórico, normativo, institucional y de lo documentado empíricamente en los resultados del estudio, aspectos coherentes, amplios y consistentes, el primero se corresponde con la revisión de la literatura; el segundo, articulado con las diferentes leyes que respaldan los servicios de salud, la atención de las mujeres como actor social vulnerable y que debe estar libre de cualquier tipo de violencia; y el tercero desde las políticas gubernamentales nacionales y estatales instituidas en los respectivos planes de desarrollo, y en cuarto lugar, las experiencias recogidas de las afectadas y del personal sanitario que presta servicios en diversos centros de salud de la red pública. A continuación se describen cada una de estos componentes:

- **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:** artículo 4, párrafo cuarto, “(...) Toda Persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social”.
- **Ley General de Salud:** capítulo V. Atención materno-infantil, artículo 61: “(...) protección materno-infantil y la promoción de la salud materna, que abarca el período que va del embarazo, parto, post parto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”.
- **Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de Violencia:** el artículo 3, establece que la norma “(...) garantizarán la prevención, la atención, la sanción y la erradicación de todos los tipos de violencia contra las mujeres durante su ciclo de vida y para promover su desarrollo integral y su plena participación en todas las esferas de la vida”.

- **Código Penal del Estado de México, última reforma junio de 2022:** se tipifica en los artículos 276, 277 y 278, todos los aspectos inherentes con la violencia obstétrica.
- **Plan Nacional de Desarrollo de los Estados Unidos Mexicanos, periodo 2019 – 2024:** entrelazado con el polo 2: Política social para construir un país con bienestar.
- **Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023:** alineado con el pilar 1: Estado de México socialmente responsable, solidario e incluyente.
- **Experiencias documentadas en el estudio de campo:** de las debilidades y dificultades identificadas en el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México, formó parte de los componentes y factores que serán clave en los lineamientos estratégicos hacia una política pública que mejore los servicios y reduzcan tratos discriminatorios.

5.3 Vinculación con las políticas gubernamentales

En lo concerniente a las políticas estatales gubernamentales que han sido elaboradas por el gobierno de la entidad político territorial, acordadas en el Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023, como esa herramienta de planificación para el desarrollo social y económico de la región en el marco de alcanzar el anhelado bienestar desde la gobernanza para la gobernabilidad. En la siguiente tabla, se presenta la vinculación específica.

Tabla 29.

Políticas nacionales y estatales gubernamentales

Pilar	Estrategia	Línea de acción
		<ul style="list-style-type: none"> ▪ El gobierno federal realizará las acciones necesarias para

Pilar	Estrategia	Línea de acción
<p>Nacional: Política Social para construir un país con bienestar.</p>	<p>Salud para toda la población.</p>	<p>garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos.</p>
<p>Estatal: Estado de México Socialmente Responsable, Solidario e Incluyente.</p>	<p>1.4.4. Estrategia: Reducir la mortalidad materna, brindando un adecuado desarrollo obstétrico en cualquier etapa y hasta el término de su embarazo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promover la detección oportuna de signos de alarma en el embarazo. ▪ Fomentar la formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, preconcepción, prenatal, del parto, del puerperio y de las emergencias, obstétricas y neonatales. ▪ Garantizar la atención médica oportuna a la población objetivo.
<p>Estatal:</p>	<p>Coordinación de todos los servicios estatales de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecer la capacitación del personal sanitario para mejorar la atención de salud, con énfasis en ginecobstetricia. ▪ Realizar seguimiento permanente sobre las quejas y

Pilar	Estrategia	Línea de acción
Protocolo de salud, en los tres niveles de atención, con instituciones de formación académica, con instituciones defensoras de derechos humanos, entre otras	denuncias en los centros de atención de la Administración Pública sobre violencia obstétrica para llevar a cabo acciones de prevención.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar mecanismos vinculados con la prevención, atención y protección de mujeres y personas con capacidad de gestar.

Fuente: Tomado del Gobierno del estado de México (2017), Presidencia de la República de los Estados Unidos Mexicanos, (2019) y la Secretaría de Salud del Estado de México (2022),

Evidentemente, las autoridades políticas en función ejecutiva nacional y subnacional en México, han diseñado e implementado los planes de desarrollo como instrumentos de planificación normativa para promover políticas públicas en las diferentes áreas y campos estratégicos para impulsar la atención de necesidades a ese cúmulo de problemáticas que atraviesan los ciudadanos en todo el país, y en las diferentes localidades en el Estado de México.

A nivel nacional, las autoridades federales implementaron el lineamiento estratégico: política social para construir un país con bienestar, instituida en el Plan Nacional vigente, en aras de garantizar los recursos, capacidades institucionales y potencialidades gubernamentales para avanzar en la atención de los diferentes servicios sanitarios en la atención médica de la población con acceso gratuito, aspecto que permitirá ir reduciendo las desigualdades sociales existentes en el sistema, con el fin de lograr mayor bienestar común.

Ahora bien, este plan requiere mayores esfuerzos hacia un objetivo (programa) que atendiendo de manera específica los problemas asociados con la violencia y

discriminación obstétrica de todas esas mujeres que se encuentran en proceso de gestación, y que son víctimas de atención inadecuada en los servicios sanitario público, vulnerando los derechos como ciudadanos establecidos en las normativas vigentes.

Conscientes de la magnitud de la problemática de violencia obstétrica en el Estado de México, las autoridades políticas en la función ejecutiva, incorporaron, dentro del plan de desarrollo vigente, el polo denominado: Estado de México socialmente responsable, solidario e incluyente, con una estrategia claramente definida para abordarlo, es decir, reducir la mortalidad materna, brindando un adecuado desarrollo obstétrico en cualquier etapa y hasta el término de su embarazo, haciendo énfasis en el área de ginecobstetricia como se refleja la figura 8.

Figura 8

Estrategia del plan de desarrollo del Estado de México vigente con la problemática

	Vinculación con las metas de la Agenda 2030	
	Contribución directa	Contribución indirecta
1.4.4. ESTRATEGIA: Reducir la mortalidad materna brindando un adecuado desarrollo obstétrico en cualquier etapa y hasta el término de su embarazo.	3.1	3.7 5.6
Líneas de Acción <ul style="list-style-type: none"> • Promover la detección oportuna de signos de alarma en el embarazo. • Fomentar la formación, actualización y desarrollo de recursos humanos para la atención integral, preconcepción, prenatal, del parto, del puerperio y de las emergencias obstétricas y neonatales. • Garantizar la atención médica oportuna a la población objetivo. 		

Fuente: Tomado de Gobierno del estado de México (2017).

De tal manera que, los esfuerzos que llevan a cabo las autoridades estatales desde 2017 hasta la actualidad, son favorables para ir reduciendo la brecha del problema propiamente, lo que amerita mayor compromiso en términos de recursos económicos, cantidad de profesionales sanitarios para ampliar la red de atención del número de personas en periodo de gestación, fortalecer programas de formación

en el contexto de la bioética para eliminar conductas de personal sanitario que discriminan a las mujeres de manera despectiva.

Más allá de estas acciones relevantes, es fundamental hacer seguimiento exhaustivo a los mecanismos sobre la atención de mujeres en periodo de gestación que asisten a los servicios sanitarios prestados en las instituciones de gobierno en el Estado de México, de esa manera, documentar la atención a nivel cualitativo y cuantitativo, si existieran situaciones que vulneran derechos esenciales, rápidamente tomar medidas con la premura del caso, evitando que escale la situación.

Todas esas políticas gubernamentales están entrelazadas con los lineamientos internacionales acordados en el seno de la ONU con la Agenda 2030 sobre los objetivos del desarrollo sostenible, particularmente en el objetivo 3, meta 3.1 “reducir la tasa mundial de mortalidad materna”, y el 3.7 “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (ONU, 2015, p. 13).

5.4 Lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, énfasis atención a mujeres embarazadas

De los hallazgos documentados en el capítulo IV, surgieron siete grandes lineamientos estratégicos claves para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con hincapié en la atención a mujeres en periodo de gestación en el Estado de México, que tomó en cuenta lo establecido en el estamento jurídico nacional y subnacional, lo acordado en los planes de desarrollo del país y de la región vigentes, medidas ejecutivas adoptadas por las autoridades de salud del Estado de México, las experiencias documentadas en este estudio sobre las mujeres y del personal sanitario. Se presentan los siguientes lineamientos:

- **Político-administrativo:** trazar estrategias conjuntas ante la visibilización y crecimiento de la problemática de la violencia obstétrica que se originan en los servicios de salud de los centros hospitalarios públicos con relación a la calidad de atención de las mujeres en periodo

de gestación, a los efectos de atender las causas que generan violencia y violaciones sistemáticas que vulneran los derechos del género femenino en la región.

- **Documentar la capacidad física y económica de los servicios de atención de salud en los centros hospitalarios del Estado:** que las autoridades en materia de salud a nivel central en conjunto con las autoridades operativas de los centros hospitalarios del Estado de México, llevan a cabo un diagnóstico situacional amplio para conocer con mayor profundidad las dimensiones de la problemática que se presentan en las unidades de atención sanitaria para las mujeres embarazadas, a partir de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, es decir, ingenieros de diversas ramas para valorar la infraestructura física, administradores para identificar los recursos y capacidades de gestión, especialistas en derecho para documentar casos de violencia, expertos en gestión sanitaria para determinar el estatus de los servicios sanitarios, entre otros aspectos esenciales.
- **Diagnóstico y pronóstico del problema de la violencia obstétrica en el Estado de México:** Llevar a cabo un diagnóstico específico sobre las situaciones documentadas de violencia obstétrica, efectuadas por un panel de especialistas en el campo psicológico, psiquiatría, sociológico y otros profesionales del ramo, que permita detectar las circunstancias y el personal que ha cometido tales violaciones y violencias dentro de los centros hospitalarios de la región.
- **Documentar el impacto de la dimensión psicológica del problema en la atención a las mujeres embarazadas:** por medio de un informe general que lleve adelante un equipo interdisciplinario y multidisciplinario de lo encontrado en los diferentes centros hospitalarios en el Estado de México, para presentarlo ante los tres poderes públicos en mesas de trabajo conjunto para tomar decisiones.
- **Estudiar la dimensión socioeconómica de mujeres embarazadas:** disponer de un equipo de profesionales en el área de la sociología para

documentar los factores socioeconómicos de las mujeres en periodo de gestación, con énfasis en aquellas que han experimentado algún tipo de violencia obstétrica para complementar los informes de diagnóstico que permitan alimentar el diseño de las políticas públicas.

- **Diseñar un programa de formación y actualización para el personal sanitario:** focalizado en fortalecer las competencias, habilidades y capacidades para mejorar la atención de los pacientes, con hincapié en la violencia obstétrica, los derechos a la salud y demás aspectos para las mujeres en periodo de gestación.
- **Incorporar, dentro de la estructura organizativa y de funcionamiento de los centros hospitalarios del Estado de México, una unidad de atención integral de mujeres en periodo de gestación:** con áreas sobre derechos a la salud, asesoría psicológica, condición socioeconómica, violencia obstétrica, lo que permitirá hacer un seguimiento mucho más expedito desde los centros hospitalarios, que atienda las causas de la problemática.

En la siguiente tabla, se presenta con detalle el alcance de cada uno de los lineamientos estratégicos que se propone, a partir de una serie de acciones, indicadores y los responsables para desarrollar las políticas públicas que se han sistematizados.



Tabla 30.
lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas

salud



Sistematización de los
públicas en materia de

Lineamientos estratégicos	Acciones	Indicadores	Responsables
Político-administrativo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impulsar mesas de trabajo entre ejecutivo, legislativo y judicial estatal para tomar acciones que reduzcan la violencia obstétrica y discriminación en los servicios de salud. ▪ Diseñar una política pública específica para atender el problema de la violencia obstétrica, un programa que atienda: <ul style="list-style-type: none"> - Aprobación de recursos económicos. - Infraestructura física. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recepción de propuestas: informes, oficios, misivas y demás documentos. ▪ Documento preliminar sobre una política pública inclusiva, incluyente e integral. 	<p>Gobierno del Estado de México.</p> <p>Poder Legislativo del Estado de México.</p> <p>Poder Judicial del Estado de México.</p> <p>Secretaría de Salud del Estado de México.</p> <p>Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).</p>

Lineamientos estratégicos	Acciones	Indicadores	Responsables
	<ul style="list-style-type: none"> - Capital intelectual especializado. 		
<p>Documentar la capacidad física y económica de los servicios de atención de salud en los centros hospitalarios del Estado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contar con un equipo multidisciplinario e interdisciplinario para llevar a cabo un diagnóstico en los centros hospitalarios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe ejecutivo (por aspectos, unidades y procesos). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). ▪ Centros Hospitalarios.
<p>Diagnóstico y pronóstico del problema de la violencia obstétrica en el Estado de México</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Levantamiento de los problemas de violencia obstétrica en los centros hospitalarios público y privado del Estado de México. ▪ Crear una campaña de información y concientización sobre 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe técnico ejecutivo (por tipo de violencia, violaciones de derecho, unidades donde se produjo y personal involucrado). ▪ Nivel de penetración que se busca. ▪ Medios tradicionales y digitales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México. ▪ Centros hospitalarios públicos y privados.

Lineamientos estratégicos	Acciones	Indicadores	Responsables
	derechos de salud y la violencia obstétrica.		
Documentar el impacto de la dimensión psicológica del problema en la atención a las mujeres embarazadas:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollar un estudio complementario para determinar el impacto psicológico en las mujeres afectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe de las investigaciones del equipo de expertos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). ▪ Centros hospitalarios.
Estudiar la dimensión socioeconómica de las mujeres embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documentar, dentro de los hospitales públicos, las condiciones socioeconómicas de las mujeres embarazadas para brindar una atención integral. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe técnico: edad, estado civil, escolaridad, religión, empleo, ingreso económico, jefe de familia, profesión, ocupación, desempleo, situación de embarazo actual, previos, problemas clínicos, peso, talla, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). ▪ Centros hospitalarios.

Lineamientos estratégicos	Acciones	Indicadores	Responsables
		seguridad alimentaria, actividades de entrenamiento físico, etc.	
Diseñar un programa de formación y actualización para el personal sanitario.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Curso-taller orientado a brindar formación, capacitación sobre atención al usuario, con énfasis sobre violencia obstétrica y mujeres en periodo de gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N° de personal sanitario formado y actualizado. ▪ Informe técnico del proceso de aprendizaje. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). ▪ Centros hospitalarios.
Incorporar dentro de la estructura organizativa y de funcionamiento de los centros hospitalarios del Estado de México, una unidad de atención integral	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizar un estudio técnico organizativo para justificar la creación de la unidad ejecutora, en términos de asignación de recursos presupuestarios, financieros, humanos, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe técnico-organizacional. 	<p>Gobierno del Estado de México. Poder Legislativo del Estado de México.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Secretaría de Salud del Estado de México. ▪ Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). ▪ Centros hospitalarios.

Lineamientos estratégicos	Acciones	Indicadores	Responsables
de mujeres en periodo de gestación.	equipos, materiales y demás aspectos claves.		

Fuente: Elaboración propia.



El primer lineamiento relativo con lo **político-administrativo** está focalizado en el proceso de articulación, cooperación y

responsabilidades conjuntas de las funciones públicas, ejecutivas, legislativas y judiciales para el fortalecimiento del tejido institucional de la Administración Pública, más allá que le corresponde al gobierno el diseño de políticas públicas en materia de salud, las otras funciones son clave para la aprobación de recursos presupuestarios, desarrollar normativas, y documentar situaciones jurídicas que se presentan en el seno de la sociedad en el sistema de administración de justicia, visibilizando la magnitud de los problemas a las que están sometidas algunas mujeres en periodo de gestación por parte de los servicios sanitarios en el Estado de México.

En lo que respecta a la **capacidad física y económica de las instituciones de salud en el Estado de México**, quienes forman parte de ese proceso diagnóstico, constantemente deben desarrollar los organismos de planificación y control de gestión del gobierno en todo el conjunto para identificar, detectar y describir qué problemáticas álgidas se están presentando en diversas áreas de salud para aplicar una matriz de priorización que permita abordarlas con la premura del caso, como sucede con el acceso, atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas y situaciones de violencia obstétrica.

Los diferentes centros de salud en la región, con adscripción a la Secretaría de Salud del Estado de México e Instituto de Salud del Estado de México, deben contar con instrumentos para el **diagnóstico y pronóstico del problema de la violencia obstétrica**, como esa herramienta que permitirá profundizar en la magnitud de la situación en términos cualitativo y cuantitativo para reconfigurar las políticas públicas, si las que se están aplicando actualmente están surtiendo los efectos esperados para reducir la brecha del problema, caso contrario, modificarlas para reconducirlas por las desviaciones detectadas. Esto, además, debe incorporar el impacto de la **dimensión psicológica y socioeconómica** de las mujeres en periodo de gestación.

Asimismo, los lineamientos contemplan la **revisión de la estructura organizacional operativa de los centros de salud del Estado de México**, a los efectos de realizar las adecuaciones a las que hubiera lugar para agregar un área operativa y funcional dentro de los servicios de atención de salud, la unidad de atención integral de mujeres en periodo de gestación, que aborde el aspecto físico, psicológico, sociológico, quejas, sugerencias y tratos recibidos, esto se requiere por las dimensiones que ha tomado el problema de violencia obstétrica en la región.

Además, **diseñar un programa de formación, actualización y perfeccionamiento profesional para el personal sanitario**, con énfasis en la violencia obstétrica y mujeres en periodo de gestación, para socializar experiencias en el personal sanitario que formará parte de estas acciones de adiestramiento, con miras a fortalecer competencias, habilidades, capacidades, destrezas y valores humanos.

CONCLUSIONES Y APORTACIONES A LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD.

Conclusiones

Culminada cada una de las fases o etapas de las actividades del proceso de investigación, que comprendió la contextualización de la problemática de lo general a lo particular sobre las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el estado de México, a los efectos de definir lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en esta materia. Seguidamente, se presentan las conclusiones en función de cada uno de los objetivos propuestos inicialmente.

En cuanto al objetivo relativo con exponer los fundamentos teóricos referidos con las políticas públicas, atención de la salud y calidad de atención en centros hospitalarios, se realizó una descripción referencial de las principales variables del trabajo y la teoría que la fundamenta, que está respaldada en textos, artículos publicados en revistas científicas indexadas, normativas jurídicas e informes institucionales y oficiales, lo que le brinda la rigurosidad propia del método científico para la sustentación de investigaciones.

Con respecto al objetivo específico destinado conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México, de los resultados de una revisión documental, de contenido y de la aplicación de la entrevista semiestructurada al personal sanitario en diferentes instituciones públicas, si bien, a nivel macro existe política pública de salud señalada en el instrumento de planificación para el periodo de gobierno; en lo inherente al tema específico de las mujeres en periodo de gestación es necesario crearla, y particularmente en cuanto a la violencia obstétrica, manifestaron que no existe dentro del centro hospitalario donde labora, una política pública para la atención de las mujeres embarazadas, enfocada en género, representando así una debilidad latente ante los múltiples problemáticas que atraviesan en la actualidad como un grupo focalizado como vulnerable.

Aspecto que se dificulta aún más, ante la inexistencia en el discurso de esos empleados sanitario de la cosa pública, la ausencia de un plan en el ámbito de salud dentro del centro hospitalario, más allá del Plan de Desarrollo de la entidad política territorial, de las políticas, lineamientos y directrices que emanan desde la Secretaría de la Salud del Estado de México, todas las instituciones de la Administración Pública deben contar con un plan para garantizar el uso apropiado de los recursos supeditados a una política pública que se ejecuta a través de programas y proyectos, limitando la acción del personal al desarrollar tareas básicas para brindar la atención y aquellas relativas con el programa de lactancia materna exclusiva.

Se hace esencial asumir acciones y decisiones para atender con la premura del caso en los centros hospitalarios de la región, el fenómeno en crecimiento de la violencia obstétrica, abordarla con un enfoque multicausal, multifactorial y multirreferencial al tener distintas aristas para responder en función de la magnitud del problema propiamente.

Ahora bien, en lo concerniente al objetivo, describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México, se llevó a cabo el detalle de manera sucinta sobre los elementos más significativos que ejecutan las autoridades sanitarias desde los servicios de salud pública para este grupo vulnerable, de manera convencional o cuando se presentan una situación sobrevenida que constituye urgencia o emergencia, con lo cual existe este protocolo como norma institucionalizada, que debe ser socializada con el personal sanitario en todos los centros hospitalarios, esto se logra a partir de un programa de formación continuo para la transferencia de información y conocimientos.

Para responder a la interrogante del estudio ¿Cuáles son las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el Estado de México, 2017-2023?, más allá de la existencia de la línea de acción y estrategias estipulada en el Plan de Desarrollo vigente del Estado de México, “Estrategia: Reducir la mortalidad materna, brindando un adecuado desarrollo obstétrico en cualquier etapa y hasta el término de su embarazo”; el personal sanitario entrevistado señaló

que no existe una política pública específica en este aspecto, y particularmente en lo concerniente a la violencia obstétrica. Sin embargo, de la búsqueda exhaustiva de la literatura, a partir del marzo del año 2022, las autoridades de la Secretaría de Salud están empezando a promover acciones dirigidas hacia la problemática *per se*, a partir de una campaña para responder ¿Sabes cuáles son tus derechos durante el embarazo, parto y puerperio?, adicionalmente, el protocolo sobre la violencia obstétrica.

Evidentemente, se avala la hipótesis que la falta de una política pública adecuada y diseñada especialmente al sector social materno infantil deriva en falta de observancia de derecho a la salud para la mujer en estado de gravidez, trabajo de parto o puerperio.

En efecto, los resultados de esta investigación están en la dirección correcta sobre las dimensiones de la problemática, y la propuesta de la definición de lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con énfasis en el acceso y servicios de atención en las mujeres embarazadas en el Estado de México, forman parte de un insumo esencial para que las autoridades ejecutivas en materia sanitaria, legislativa y judicial de la entidad, puedan avanzar hacia la construcción y perfeccionamiento de una política pública, inclusiva, integral e incluyente que atienda al género desde una perspectiva multidisciplinaria e interdisciplinaria.

Recomendaciones

Luego de desarrolladas las diferentes fases y actividades del proceso de investigación, a continuación, se presenta un conjunto de recomendaciones para que sean asumidas por las autoridades ejecutivas, legislativas y judicial del Estado de México, con miras al diseño, fortalecimiento y ejecución de las políticas públicas en materia de salud, con énfasis en la atención a mujeres en periodo de gestación, y aquellas víctimas del fenómeno de la violencia obstétrica:

- Para los miembros de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial del Estado de México, es esencial llevar a cabo reuniones periódicas para atender las múltiples problemáticas en el sector de la salud, con énfasis en grupos vulnerables como las mujeres, a los efectos de crear estrategias **político-administrativas y desde el derecho** para atender desde un enfoque integral las dimensiones de los problemas, por ejemplo aquellos inherentes con las violaciones de derecho a la salud y violencia obstétrica que está tomando auge, según datos y reportes de instituciones acreditadas oficiales.
- Para el poder ejecutivo en el Estado de México, más allá de contar con líneas de acción dentro del Plan de Desarrollo para el periodo de gobierno, diseñar una política pública para atender el fenómeno de la violencia obstétrica en el marco de todas las fases de gestación de las mujeres, que disponga de una estructura dentro de los centros hospitalarios de la entidad, talento humano especializado, equipos, dispositivos, insumos y demás materiales para un funcionamiento óptimo que preste un servicio con un enfoque integral, multidisciplinario e interdisciplinario.
- Las autoridades de la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud del Estado de México, deben crear planes especiales gratuitos para atender la **dimensión psicológica** a las mujeres que han sido y son afectadas con la violencia obstétrica, aquellas que se les ha cercenado el derecho a la información, conocimiento y salud dentro de los servicios sanitarios, que reduzcan los impactos negativos en la salud mental y originen bienestar.

- Las autoridades de la Secretaría de Salud y el Instituto de Salud del Estado de México, deben diseñar un instrumento o herramienta en línea para documentar en una base de datos las condiciones de la **dimensión socioeconómica** (edad, estado civil, escolaridad, religión, empleo, ingreso económico, jefe de familia, profesión, ocupación, desempleo, situación de embarazo actual, previos, problemas clínicos, peso, talla, seguridad alimentaria, actividades de entrenamiento físico, etc.) de las mujeres que se atiende en los servicios sanitario público en toda la entidad, con hincapié en aquellos casos que han sido objeto de violencia obstétrica y cualquier otro tipo de maltrato.
- A las autoridades del Gobierno del Estado de México, se sugiere desarrollar un plan general para un diagnóstico y pronóstico de los centros hospitalario en la entidad que abarque todo el funcionamiento desde la infraestructura física, las carencias estructurales, dotación de recursos financieros, materiales, insumos, talento humano, con el apoyo de todas las instituciones de gobierno en función de la competencia para definir las acciones orientadas a mejorar sustancialmente el funcionamiento que permita servicios sanitarios de calidad para garantizar el **desarrollo humano**.

BIBLIOGRAFÍA

- Albarrán, J. (2019). *Significados de los profesionales de la salud entorno a la calidad de atención en Hospitales de Segundo Nivel del Instituto de Salud del Estado de México*. Maestría. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.
- Alberca, J., & Solís, J. (2019). *Historia y políticas públicas*. Granada: Editorial Comares.
- Arévalo, D., & Fuenmayor, N. (2018). *Políticas públicas: fortaleciendo el desarrollo integral en el sistema democrático*. <https://bit.ly/3P8myLt>
- Arias, F. (2012). *Cómo se elabora el Proceso de Investigación*. Caracas: BL Ediciones.
- Asociación Civil de Estudios Populares; Konrad Adenauer Stiftung;. (2017). *Qué son políticas públicas: accionar lo planificado o planificar lo accionado. Módulo I, tema 1. Diplomado Virtual de Políticas Públicas para el Desarrollo Democrático de América*. Buenos Aires: Konrad Adenauer Stiftung.
- Butler, J. (2006). *Deshacer el género. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Calvo, O., Torres, M., & Valdez, R. (2019). *Obstetric violence criminalised in Mexico: a comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission*. *BMJ Sex Reprod Health*, 1-8.
- Cámara de Diputados del Congreso de la Unión. (2021). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
- Carmona, S. (2015). La institucionalización del género en México. *Revista de El Colegio de San Luis*, 1-15.
- Castro, R., & Farías, S. (2017). Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. *Primer Congreso sobre Violencia de Género contra las Mujeres*. México: CRIM-UNAM.
- Castro, R., & Farías, S. (2017). Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016. *Inmujeres y CRIM*, 335-384.
- Cejudo, G. (2013). *Nueva Gestión Pública*. México: Grupo Editorial Siglo XXI.
- CNDH. (8 de Noviembre de 2021). *Comisión Nacional de Derechos Humanos México*. <https://www.cndh.org.mx>
- CODHEM. (2016). *Catálogo para la calificación de violaciones a derechos humanos*. Estado de México: CODHEM.

- Collado, S., & Sánchez, A. (2015). Dificultades y obstáculos en la atención obstétrica: un estudio de caso. *Género y Salud en cifras*, 13(3), 25-36.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos México. (2018). *El derecho a la salud de los pueblos indígenas: Servicios y atención en las clínicas de las comunidades*. México: CNDH.
- Consejo Estatal de Población del Estado de México. (2017). *Cobertura y uso de los servicios de salud en el Estado de México*. Toluca: COESPO.
- Díaz, C. (2017). El ciclo de las políticas públicas locales: Notas para su abordaje y reconstrucción. En J. Venesia, *Políticas públicas y desarrollo local*. Rosario: IDR.
- Donabedian, A. (1984). *La Calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación*. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana.
- Fuenmayor, R. (2022). Gestión de la inversión pública como mecanismo para el crecimiento y desarrollo: un enfoque gerencial. *Revista de Estudios Globales Universitarios Metrópolis*, 77-98.
- García, I. (2007). *La Nueva Gestión Pública: Evolución y Tendencias*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Giraldo, F., & Álvarez, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Revista Medes*, 22(3), 280-286.
- Gobierno del Estado de México. (2001). Ley de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.
- Gobierno del estado de México. (2017). *Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023*. Toluca de Lerdo: GEM.
- Gobierno del Estado de México. (10 de Junio de 2022). Código Penal del Estado de México. Toluca, Estado de México, México.
- Gómez, C., & Sigüenza, N. (2017). *Factores sociales y culturales que influyen en la asistencia de la mujer embarazada a los controles prenatales en la unidad comunitaria de salud familiar intermedia Soyapango, febrero a julio 2017*. Maestría. Universidad de El Salvador, San Salvador.
- Graglia, J. (2012). *En la búsqueda del bien común. Manual de políticas públicas*. Buenos Aires: ACEP/KAS.
- Graglia, J. (2017). *Políticas públicas: 12 retos del siglo 21*. Buenos Aires: Konrad Adenauer Stiftung.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw Hill.

- Hurtado, J. (2010). *El Proyecto de Investigación, Comprensión Holística de la Metodología y la Investigación*. Caracas: Ediciones Quirón.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. <https://bit.ly/2JkpTtB>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2006). *Evaluación Externa del Programa de Acción*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Instituto Nacional de Salud Pública del Gobierno de México. (2020). *La violencia obstétrica también es violencia contra la mujer*. <https://www.insp.mx/avisos/5138-dia-violencia-mujer-obstetrica.html>
- Lamas, M. (2000). *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: Porrúa.
- Lynn, L. (1998). Exigir burocracias: ¿Qué hemos aprendido del desempeño del gobierno EE.UU. y la Ley Resultados? *Universidad de Chicago*.
- Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. Pearson educación. México: Pearson educación.
- Navarro, P. (2016). Derechos y políticas públicas: desafíos políticos e institucionales en México 1994-2015. *Reforma del Estado y Administración Pública*, 11(8), 1-24.
- Noguera, N., & Muñoz, L. (2016). Significados que las gestantes hospitalizadas le atribuyen a la experiencia de tener preeclampsia. *Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 16(1), 27-48.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina y el Caribe*. Nueva York: ONU.
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Constitución*. OMS, Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud y Derechos Humanos*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (1993). *Género, mujer y salud en las americas*. Washington: ONU.
- Pagnamento, L. La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde

- la perspectiva de los agentes de salud. *Maestría*. Universidad de la Plata, La Plata.
- Parella, S., & Martins, F. (2012). *Metodología de la Investigación Cuantitativa*. Caracas: Editorial Fedeupel.
- Parsons, W. (2007). *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y la práctica de las políticas públicas*. México: Dávila editores.
- Presidencia de la República de los Estados Unidos Mexicanos. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Ciudad de México: GEUM.
- Programa Venezolano de Educación Acción en Derechos Humanos. (2016). *La salud es un derecho humano*. Caracas: Provea.
- RAE. (8 de NOVIEMBRE de 2021). *Real Academia Española*. <https://dle.rae.es>
- Reyes, V. (2021). *Políticas Públicas en Materia de Prevención del Embarazo Adolescente en el Estado de México, un Análisis desde la Perspectiva de Género*. Maestría. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca.
- Rodríguez, A., & Pérez, J. (2017). Métodos Científicos de Indagación y Construcción de Conocimientos. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, 1-20.
- Ruiz, J. (2012). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Bilbao: Editorial Universidad de Deusto.
- Salazar, C. (2019). *Políticas Públicas*. México: Konrad Adenauer Stiftung.
- Salazar, E. (2003). Mujer y salud: significado y responsabilidad. *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 5, 41-51.
- Secretaría de Salud. (5 Septiembre de 2016 de 2022). *Triage Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica*. <https://bit.ly/2GvljDO>
- Secretaría de Salud de los Estados Unidos Mexicanos. NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *DOF: 07/04/2016*. Diario Oficial de la Federación, Ciudad de México.
- Secretaría de Salud del Estado de México. (2022). *Programa de Prevención y Atención a la Violencia Obstétrica*. https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/derechos_durante_embarazo.pdf
- Secretaría de Salud del Estado de México. (Marzo de 2022). *Protocolo de seguimiento de prevención y atención a quejas y denuncias por maltrato y violencia obstétrica a mujeres y personas con capacidad de gestar en las Unidades de Salud*. <https://bit.ly/3DPKT5d>

- Secretaría de Salud del Gobierno de México. *Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012*. Gobierno de México, México.
- Terán, P., Castellanos, C., González, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*, 73(3), 1-15.
- Torres, P. (2012). Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. *Enfermería Universitaria*.
- Uvalle, R. (2000). El Carácter Multifacético de la Gestión Pública Contemporánea. *Revista IAPEM*.
- Valle, A. (2010). Política pública, mujeres y género. *Relaciones de género*, 23-53.

ANEXOS



A. Operacionalización de variables / categorías



Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / Herramientas	Medios / Fuentes
Exponer los fundamentos teóricos referidos con las políticas públicas, atención de la salud y calidad de atención en centros hospitalarios.	Políticas Públicas	Gubernamental	<ul style="list-style-type: none"> - Diseño de publicas - Gestión y evaluación de políticas. - Salud - Derecho a la salud - Atención de la salud - Calidad de atención - Violencia obstétrica - Mujer en el entorno - Planes de salud - Programas / Proyectos - Violencia obstétrica. 	<p>Técnica: Análisis de contenido</p> <p>Instrumento: Fichaje</p>	Información bibliográfica: textos, artículos científicos arbitrados.
	Atención de salud mujeres embarazadas	Calidad de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos presupuestarios - Infraestructura - Dotación equipos - Material médico-quirúrgico. - Personal médico-asistencial. - Eficacia (metas) - Eficiencia 	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada</p>	
Conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México.	Políticas Públicas	Gubernamental	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos presupuestarios - Infraestructura - Dotación equipos - Material médico-quirúrgico. - Personal médico-asistencial. - Eficacia (metas) - Eficiencia 	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Guía de entrevista semiestructurada</p>	(6) colaboradores de los centros hospitalarios de salud pública en la zona oriente del Estado de México.

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / Herramientas	Medios / Fuentes
Describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México.	Políticas Públicas	Gubernamental	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento, control y evaluación - Periodo de gestación - Termino gestacional - Año de parto - Centro hospitalario - Seguimiento médico - Derechos de salud - Servicio de atención - Calidad del servicio - Procedimientos médicos 	Técnicas: Encuesta	(37) Mujeres embarazadas atendidas en los centros hospitalarios de salud pública en la zona oriente del Estado de México.
	Atención de salud mujeres embarazadas	Calidad de los servicios sanitarios	<ul style="list-style-type: none"> - Atención médica - Apoyo familiar - Formalidad legal - Vínculo neonato - Experiencia de parto - Situación de riesgo 	Instrumento: Cuestionario	

Objetivos específicos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnicas / Herramientas	Medios / Fuentes
Definir lineamientos estratégicos para fortalecer las políticas públicas en materia de salud, con énfasis atención a mujeres embarazadas.	Políticas Públicas Atención de salud mujeres embarazadas	Gubernamental Calidad de los servicios sanitarios	- Presentación - Fundamento - Vinculación políticas gubernamentales - Lineamientos estratégicos	Diseño estratégico-operativo Bosquejo de los lineamientos	Información derivada de los resultados alcanzados en el cuestionario, guion de entrevista y otras fuentes.

Fuente: Elaboración propia, (2022).



B. Instrumento: cuestionario



Datos demográficos:

Edad: _____

Municipio del Estado de México en el que reside: _____

Cuantos partos ha tenido: _____

Interrogantes:

1. ¿Actualmente te encuentras embarazada? ___Si ___No
2. ¿Todos tus partos han llegado a su término gestacional? (Es decir han llegado a las 42 semanas/9meses). ___Si ___No ___Otro_____.
3. ¿En qué años, ha tenido tus partos? ___2017 ___2018 ___2019 ___2020 ___2021 ___2022.
4. ¿En qué hospital, sanatorio y/o clínica tuviste tu parto?
_____.
5. ¿Tuviste seguimiento médico en tu etapa de gestación? ___Si ___No
¿En qué institución? _____.
6. ¿Conoces todos los derechos que te asisten como mujer embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio? ___Si ___No
7. ¿Tuviste o conociste información acerca de tus Derechos cuando te encontrabas embarazada, en trabajo de parto y/o puerperio? ___Si ___No
¿Cómo tuviste acceso?_____.
8. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento durante el embarazo, parto o puerperio?
_____.
9. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) o algún otro sobrenombre, como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando? _____.
10. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría..., durante el trabajo de parto y/o el parto? _____.

11. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera? _____.
12. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?:
- ___ Rasurado de genitales-
 - ___ Enema (introducir líquidos en el recto y colon)
 - ___ Indicación de permanecer acostada todo el tiempo.
 - ___ Administración de medicamento para apresurar el parto.
 - ___ Tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas.
 - ___ Compresión del abdomen en el momento de pujar.
 - ___ Episiotomía innecesaria. (Incisión quirúrgica en la zona del perineo "tejido entre la abertura vaginal y el ano").
 - ___ Cesárea No necesaria.
 - ___ Raspado de útero sin anestesia.
 - ___ Otro:_____.
13. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición? _____.
14. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza? _____.
15. Durante el trabajo de parto o en el momento del mismo ¿Te obligaron a firmar documentos y formas que no pudiste leer ni entender lo que estabas firmando o consintiendo? _____.
16. ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.): _____.
17. ¿Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura? _____.
18. ¿Tu hijo/a recién nacido o tú estuvieron en peligro de perder la vida? ___ Si ___ No ___ Otro_____.
19. Deseas agregar o contarnos tu experiencia detalladamente _____.

C. Instrumento: guía de entrevista semiestructurada

Tipo de entrevista: Individual, semiestructurada

Tiempo estimado: 60 minutos

Objetivos:

- Conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente.
- Describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente.

Le solicité esta ocasión para conversar con usted, para recopilar información de mi investigación de maestría titulada: **Análisis de las políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el estado de México, 2017-2023**; de tal manera que procederé a realizarle una serie de preguntas que conducirán esta conversación dialógica, dinámica, flexible y abierta.

Preguntas:

1. ¿Indíquenos si existe en el centro hospitalario una política pública específica para la atención de las mujeres embarazadas, enfocada en género?
2. ¿Según su experiencia, dispone el centro hospitalario de un plan de salud que despliega los programas, recursos y capacidades para ejecutar?
3. ¿Desde su perspectiva, qué programas y proyectos abordan la atención de mujeres en periodo de gestación en el centro hospitalario?
4. ¿Qué opinión le merece la problemática que toma auge en los centros hospitalarios del Estado de México con respecto a la violencia obstétrica?
5. ¿Cuenta el centro hospitalario con recursos presupuestarios suficientes para atender los servicios de salud de mujeres embarazadas?
6. ¿A su criterio, dentro de la infraestructura hospitalaria existe una unidad para atender mujeres en periodo de gestación, están dotados con equipos y materiales médico-quirúrgicos? Coméntenos.
7. ¿Es suficiente el talento humano, médico y asistencial para atenderlas?
8. ¿Documentan el cumplimiento de metas y uso de recurso?
9. Y ¿Se emplean mecanismos para el seguimiento, control y evaluación de los programas de salud para mujeres embarazadas?

D. Matriz de validación de instrumentos

Ítem	Criterios				Juicios					
	Claridad		Congruencia		Eliminar		Modificar		Aceptar	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

DATOS DEL EXPERTO

Observaciones:

Nombre del Especialista: _____.

Profesión: _____ Firma: _____.

E. Consentimiento informado

Toluca, Estado de México, ____ de _____ 2022

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente, yo _____, hago constar que es mi deseo participar en el proyecto de tesis que lleva por título: **“Análisis de políticas públicas con relación a la atención de la salud en mujeres embarazadas en el Estado de México, 2017-2023”**, que será desarrollado por Lic. Montserrat García Díaz; quienes me han explicado claramente que se trata de un estudio que tiene como propósitos conocer las políticas públicas para el acceso y atención a los servicios de salud para mujeres embarazadas en centros hospitalarios públicos de la zona oriente del Estado de México y describir los protocolos de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones médicas públicas de la zona oriente del Estado de México.

De forma adicional, acepta que ha sido enterado del proyecto de investigación y se ha explicado de forma fidedigna en qué consiste la presente acta de consentimiento, con el fin que la reserva del asunto no impida la presentación del mismo como requisito de grado ante las instalaciones de la Universidad.

La información suministrada por el entrevistado constituye su vivencia personal, laboral, entre otras que permitan documentar la temática, junto al consentimiento se presentan las preguntas orientadoras que el encuestado / entrevistado responderá.

Una vez que se me ha explicado todo con relación al estudio, expreso mi acuerdo con el autor y acepto participar en el proyecto.

Acepta el encuestado / entrevistado

Encuestador / entrevistador

F. Campaña pública sobre derechos de la mujeres, Estado de México 2022

Se recomienda...

A toda mujer embarazada o persona gestante acudir a control prenatal, al menos 5 veces durante el embarazo, sobre todo en los primeros tres meses.

De esta manera correrás menos riesgo en el embarazo y/o parto.

¡Conoce tus derechos, exige un trato digno y respetuoso!



Para más información contáctanos...

Acude a tu centro de salud más cercano o comunícate sin costo.

Teléfono:
722-235-8690
ext: 64662

correo:
violenciaedomex@yahoo.com

¿Sabes cuáles son tus derechos durante el embarazo, parto y puerperio?



 **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD

G. Nuevo protocolo para atender la violencia obstétrica, Estado de México 2022



PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A QUEJAS Y DENUNCIAS POR MALTRATO Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA A MUJERES Y PERSONAS CON CAPACIDAD DE GESTAR EN LAS UNIDADES DE SALUD

MARZO, 2022

SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO



Link de acceso institucional:

https://salud.edomex.gob.mx/isem/docs/violenciao/protocolo_atencion_2022.pdf