



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
CAMPO DE CONOCIMIENTO: DIMENSIONES SOCIALES DE LA SALUD

TÍTULO DEL TRABAJO:

**DETERMINANTES SOCIALES QUE INCIDEN EN LA EMERGENCIA
OBSTÉTRICA. UN ESTUDIO EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL
“GUADALUPE VICTORIA”, ATIZAPÁN DE ZARAGOZA, ESTADO DE MÉXICO.**

OPCIÓN DE GRADUACIÓN:
TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRO EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA:

JULIO CESAR MEDINA ARELLANO

TUTORA:
MARÍA CONCEPCIÓN REYES ÁLVAREZ
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

Ciudad Universitaria, Cd. Mx, febrero, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Dos caminos terminaban en un bosque, yo tomé el menos transitado, y eso ha marcado toda la diferencia”

Robert Frost

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

Porque por más fuertes que han sido mis errores, siempre me apoyaron y nunca dejaron que claudicaran mis sueños; en especial a ti madre que, aunque ya no estás, y acabas de partir, me dejaste tantas enseñanzas que las recuerdo con mucho amor, por ello siempre vivirás en mis recuerdos y al amanecer de cada día le agradeceré a la vida porque fueras tú, quien me diera la vida. Te amo y los amaré perenemente. CADA MOMENTO DE MI VIDA VIVEN EN MI CORAZÓN.

A MI BARTOLITA

Porque, aunque tuve la oportunidad de conocerte, te prometí que concluiría mi maestría, para que te sintieras orgulloso de mí, te echo de menos desde que te dije hasta pronto, pero sé que desde donde estás sabes que te amo y junto con tu madre, le pedimos a nuestro señor que seas muy feliz. NUNCA TE OLVIDARÉ MI NIÑA.

REYNA

Te agradezco el apoyo a lo largo de estos 2 años, ya que, aunque hemos pasado por momentos muy difíciles me sigues sorprendiendo como el primer día que te conocí, eres mi mejor amiga, mi cómplice y mi mejor aliada; nunca te dejaré de reconocer la gran mujer que eres.

*TE VIVIRÉ ETERNAMENTE
AGRADECIDO*

A MIS HERMANOS Y ABUELOS

Porque cada palabra de aliento, la alberga mi alma con el más puro agradecimiento, he aprendido tanto de ustedes, que sé lo que darían por mí, y yo por ustedes.

Manuel sigue creyendo en ti y deseo que dios, pronto traiga resignación, ya que sé, por el momento que estás pasando, muchas gracias por todo.

NENA, desde donde estés, siempre seguiré tus enseñanzas, TE AMO.

*A TODOS LES ESTIMO Y SIEMPRE
CONTARÁN CONMIGO*

AGRADECIMIENTOS

Al Hospital Materno Infantil "Guadalupe Victoria" de Atizapán de Zaragoza, por las facilidades para realizar la investigación.

Al Dr. Mario Buendía Gómez y la Dra. Anaí Ruano Oviedo, por sus gestiones para que llevar a cabo la investigación, además por sus sugerencias y consejos para enriquecer la presente tesis.

A Guadalupe Sánchez Rodríguez, por favorecer la realización de este tipo de estudios en las instituciones de salud y por creer en Trabajo Social.

Al Departamento de Trabajo Social del HMIGVAZ, por apoyar a la comprensión del papel actual que tiene Trabajo Social en el área de la Salud.

Al jurado revisor de la investigación: DR. FELIPE TORRES TORRES, MTRA. NORMA CRUZ MALDONADO, DR. GILBERTO ISAAC ACOSTA CASTILLO Y A LA DRA. JULIA CHÁVEZ CARAPIA, ya que gracias a sus sugerencias y recomendaciones se pudo fortalecer el presente estudio

A las mujeres que participaron en este estudio, porque gracias a su experiencia, se pudo lograr esta investigación y por ende se pueden implementar acciones que prevengan las emergencias obstétricas y se contribuya a la disminución de muertes maternas.

INTRODUCCION	6
PRIMERA PARTE	
CAPÍTULO 1. LA COMPRESIÓN DE LA MUERTE MATERNA	12
1.1 La Teoría Feminista, Género y Violencia de Género en su relación con la muerte materna	12
1.2 La Muerte Materna y la Discapacidad por complicaciones del embarazo	19
1.2.1 Factores que Coadyuvan a la Muerte Materna	20
1.2.2 Consecuencias de la Muerte Materna	21
1.3 La Discapacidad Motriz y Sensorial	22
1.4 Principales Causas de Muerte por la Emergencia Obstétrica a Nivel Mundial	24
1.4.1 Base de datos de la Organización de las Naciones Unidas	24
1.4.2 Base de datos de la Organización Mundial de la Salud OMS	25
1.4.3 Base de datos de la Organización Panamericana de la Salud OPS	28
1.5 Información Nacional de las principales causas de la Emergencia Obstétrica	29
1.5.1 Objetivos del Desarrollo del Milenio México	29
1.5.2 Información estatal de las principales causas de la Emergencia Obstétrica en el Estado en el Estado de México	31
1.5.3 Datos de Emergencia Obstétrica que derivaron en Muerte Materna según el Instituto de Salud del Estado de México	31
CAPÍTULO 2. SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS HUMANOS	33
2.1 Salud y Derechos Humanos	33
2.2 Políticas Internacionales que guían el estudio de la Emergencia Obstétrica	37
2.3 La Salud Reproductiva y su impacto en la Emergencia Obstétrica en México	40
2.3.1 Salud Reproductiva y problemática social de la maternidad en México	40
2.3.2 Las Complicaciones del Embarazo por falta de Atención Médica	41
2.4 Instrumentos Nacionales para la Atención de la Emergencia Obstétrica	43
2.5 La Teoría de Sistemas un acercamiento a la explicación de la problemática de la Emergencia Obstétrica	44
2.6 Explicación de la Emergencia Obstétrica, a través del Modelo Ecológico	47
2.6.1 Del Microsistema hasta el Macrosistema	50
CAPÍTULO 3. DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD	54
3.1 Hacia la comprensión de los Determinantes Sociales de Salud	54
3.1.1 Los Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva de la OMS	55
3.2 Conceptualización de los Determinantes Sociales de la Salud	56
3.2.1 Datos Socio demográficos	56
3.2.2 Gradiente social	57
3.2.3 Estrés	58
3.2.4 Exclusión Social	59
3.2.5 Empleo/ Desempleo	61
3.2.6 Apoyo social	62
3.2.7 Adicciones	63
3.2.8 Alimentación	64
3.2.9 Transporte	65

3.2.10 Vivienda	66
3.2.11 Servicios de Salud	67
3.2.12 Educación	68
3.2.13 Cultura	69
3.2.14 Género/ Violencia de Género	70
3.2.15 Ambiente Social	72
3.3 Los Determinantes Sociales de la Salud desde la perspectiva de Lalonde	73
CAPÍTULO 4. La Emergencia Obstétrica	78
4.1 La Salud Reproductiva	78
4.2. La Emergencia Obstétrica	81
4.3 Antecedentes de la Emergencia Obstétrica	83
4.4. Explicación social de la Emergencia Obstétrica	88
4.4.1 Factores sociales y culturales y su impacto en la problemática de la Emergencia Obstétrica	90
4.5 Antecedentes de la Emergencia Obstétrica en el Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria de Atizapán de Zaragoza	92
4.5.1 Código Mater	93
4.6 Consecuencias de la Emergencia Obstétrica	94
4.6.1 Costos Médicos de la Emergencia Obstétrica	94
4.6.1 Costos Sociales y Familiares de la Emergencia Obstétrica	96
4.7 Estudios realizados sobre los Determinantes Sociales de la Salud y la Emergencia Obstétrica	97
CAPÍTULO 5. Los Determinantes Sociales que se involucran en la Emergencia Obstétrica, a partir de un Estudio en el HMIGVAZ	101
5.1. Planteamiento del problema	101
5.2 Justificación del problema	102
5.3 Hipótesis	106
5.4 Objetivo General	106
5.5 Objetivos Específicos	106
5.6 Metodología	107
5.6.1 Lugar donde se realizará la investigación	107
5.6.2 Diseño de la Investigación	108
5.6.3 Selección de la muestra	109
5.6.4 Criterios de inclusión y exclusión	109
5.6.5 Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación	111
5.6.6 Estrategias de abordaje	112
5.6.7 Formación de la categoría y operacionalización de variables	112
5.6.8 Aspectos éticos de la investigación	114
5.6.9 Procedimiento para Análisis de Datos	115

SEGUNDA PARTE

CAPÍTULO 6. Hallazgos de la Investigación	118
--	------------

6.1 Microsistema	119
6.2 Mesosistema	161
6.3 Exosistema	198
6.4 Análisis y Discusión de los resultados	222
Conclusiones	241
Propuesta de Intervención	247
REFERENCIAS	250
ANEXOS	
ANEXO 1 Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Macrosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.	263
ANEXO 2 Instrumento de la Investigación	286
ANEXO 3 Ejemplo del costo de un Código Mater	296
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	298

Introducción

El estudio de la muerte materna históricamente se ha visto como una problemática que se puede resolver a partir de implementación de tecnología e infraestructura médica, sin embargo, hay elementos sociales que están involucrados en la ocurrencia de esta problemática social de salud y es necesario analizar dentro de su estudio.

La mortalidad materna es vista como una tragedia familiar y social y debe considerarse más allá de una cifra; pues la simple muerte por un embarazo es un hecho donde fluctúan evidentemente factores sociales.

Cabe señalar que, a partir de la implementación de los Objetivos del Milenio en el año 2000, se empieza a visibilizar la problemática de la muerte materna como un foco de atención de la salud pública a nivel mundial, lo cual finalizó en el año 2015.

En la actualidad la política pública que rige el cuidado y atención de la mujer lo encontramos en los Objetivos del Desarrollo Sustentable donde en su tercer objetivo, busca reducir la tasa de mortalidad materna, lo cual es loable, pero previo a ello, se tienen que analizar el número de muertes maternas que son prevenibles y ocurren en contextos de desigualdades sociales.

Ahora bien, el recorrido histórico de la muerte materna nos evidencia que este proceso no se generó de manera espontánea, sino que fueron necesarias luchas históricas, que posteriormente se vertieron en documentos como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer (1979), la agenda o programa 21 (1992), la Declaración y plataforma de acción de Beijing, cuarta conferencia mundial sobre la mujer (1995), por mencionar las más relevantes, que dieron la pauta para que a partir de mediados de los años 70, se comenzará a ponderar la importancia de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, además del reconocimiento de la salud de la mujer y su atención en el cuidado materno-infantil.

Pese a ello la muerte materna es el conjunto de inequidades que vive la mujer diariamente en distintos espacios que configuran su actuar diario, es decir dentro del trabajo, su hogar y dentro de la misma sociedad.

Se ha estipulado el embarazo de cualquier mujer, es un momento idóneo para que a través de controles prenatales se observen signos de alarma que eviten complicaciones como lo es la emergencia obstétrica, que esta vinculada directamente con la muerte materna y es un indicador de que no se llevaron todas las acciones necesarias para que el embarazo culminara de manera adecuada.

Se puede destacar que aún y con toda la política pública, los acuerdos y convenciones efectuadas en diferentes latitudes y países se puede identificar que “Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres, por causas prevenibles, las cuales están asociadas con el embarazo y el parto antes de conformarse (OMS, 2015).

Ahora se ha posicionado que históricamente la mujer es un ser que por su composición biológica reproduce a la especie y solamente después de luchas históricas se comienzan a observar los riesgos que conlleva el embarazo y que finalmente acciones como la alimentación, la educación, los servicios institucionales, dentro de su hogar, el trabajo y el entorno, entre otros se traducen en factores positivos o negativos durante el embarazo y repercuten desde lo social para la complicación de la gestación de una mujer.

En nuestro país, solamente aquellas enfermedades que se presentan con mayor frecuencia son las que se atienden de forma prioritaria: obesidad en la población adulta e infantil; enfermedades crónicas (diabetes e hipertensión), o aquellas enfermedades que por el número de decesos son temas centrales de las políticas públicas, sin embargo las emergencias obstétricas que derivan en muertes maternas, no se dimensionan como problemáticas sociales de grandes consecuencias en comparación con los padecimientos anteriores.

Por ello se dice que “hasta muy recientemente la emergencia obstétrica ha sido considerada como un campo de estudio natural y exclusivo de la ciencias médicas y biológicas, lo que ha conducido a que, si bien se hayan logrado avances importantes en el conocimiento respectivo de este enfoque, no se cuente con un desarrollo comparable sobre sus aspectos sociales y psicológicos (Ojeda, 1999, p.39).

Es importante señalar que, a partir del año 2000, surgen publicaciones de estudios que empiezan a fundamentar la parte social de la enfermedad, es decir se reconoce que la salud también está relacionada con diversos factores sociales, que incluso pueden tener mayor injerencia en el proceso salud-enfermedad de las personas, por ende se habla de que hay padecimientos que tienen su origen en lo social.

Ante esta situación se describe que los determinantes sociales de salud son las condiciones en las que las personas, nacen, crecen y se desarrollan, y repercuten en la salud del ser humano, lo cual suena lógico y hasta cierto punto entendible, sin embargo, qué ocurre cuando el ser humano nace y se desarrolla en ambientes que tienen diversas problemáticas sociales como: pobreza, inseguridad, violencia de género, entre otras.

De manera que se debe explicar desde lo social ¿Cuál es el grado de incidencia que tienen los determinantes sociales de la salud en la presencia de la emergencia obstétrica?

Estudios como los de Soni et al. (2015), puntualizan que “más del 90% de las defunciones maternas ocurridas en vías de desarrollo son originadas por padecimientos susceptibles de prevención como la preeclampsia severa, hemorragias del parto y puerperio, sepsis puerperal y las complicaciones del aborto” (p. 97).

Es importante señalar que uno de elementos que justifican este estudio es que la mayoría de las investigaciones que analizan los determinantes sociales de la salud involucrados en la muerte materna y la emergencia obstétrica están fundados a

partir de teorizaciones médicas, donde se aprecian los principales diagnósticos que derivan en estas problemáticas de salud, pero se requieren hacer más estudios que desde lo social apoyen la comprensión de esta problemática, donde son inminentes las acciones de prevención.

El realizar la investigación en el Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza de aquí en adelante (HMIGVAZ), permitirá en una realidad concreta y con ciertas características sociales, analizar cómo se configura la presencia de las emergencias obstétricas.

En ese orden de ideas se plasma que los objetivos de la investigación son:

- ✓ Describir la emergencia obstétrica, a partir de los determinantes sociales de la salud que están involucrados en la ocurrencia de este padecimiento, en mujeres que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza durante el 2017.

Objetivos específicos:

- Identificar dentro de la emergencia obstétrica, los determinantes sociales de salud que se presentaron dentro del microsistema de la población de estudio.
- Establecer en la emergencia obstétrica los determinantes sociales de salud que interaccionaron dentro del mesosistema y que incidieron en la presencia de este padecimiento.
- Describir dentro de la emergencia obstétrica los determinantes sociales de salud que se presentaron dentro del exosistema, de las mujeres que sufrieron la emergencia obstétrica.

A través de la postulación de los objetivos de la investigación es necesario puntualizar la hipótesis que guiará la investigación, donde se señala que:

Si en la emergencia obstétrica, se consideran todos los determinantes sociales de salud involucrados, entonces se podrá observar que factores están

interaccionando con más frecuencia para que se presente esta problemática de salud.

Respecto a la metodología de la investigación, el presente estudio es cuantitativo; en relación a su diseño se configuró como transversal, y en referencia a su división del diseño se encontró su fundamentación dentro del tipo transaccional descriptivo.

A partir de la investigación, se trató de encontrar los determinantes sociales de salud que están involucrados en la emergencia obstétrica, desde una postura social que dé cuenta que efectivamente la salud está relacionada con lo físico, lo psicológico, sin embargo, también está envuelto en gran medida con la parte social de la enfermedad.

La investigación está compuesta por 5 capítulos, en el primero de ellos, hace un estudio de la muerte materna y la discapacidad por complicaciones del embarazo, en el cual se abordó a la teoría feminista y la violencia de género, posicionando a la mujer como sujeto de derechos y a partir de su análisis, permitiera, el entender por qué en la actualidad se retoma con gran interés a la muerte materna y sus implicaciones en la sociedad, además de los factores que están involucrados en su ocurrencia, incluso se ha estipulado que una muerte materna es una injusticia social, por la posibilidad de prevención en su ocurrencia.

En el segundo capítulo denominado: La salud reproductiva y los Derechos Humanos, se argumentó el derecho a la sexualidad de la mujer y se establecieron los derechos que se han legitimado sobre la toma de decisiones sobre su cuerpo; además de los antecedentes sobre los tratados que se han efectuado a favor de la mujer a partir del ámbito internacional y nacional.

En un tercer capítulo se abordan y conceptualizan los determinantes sociales de salud, con la finalidad de analizar la importancia que tiene su estudio dentro de la emergencia obstétrica y ponderar la parte social de las enfermedades.

En un cuarto capítulo titulado: La emergencia obstétrica, se desarrolló desde un posicionamiento, no solamente médico, sino desde el aspecto social, los antecedentes y sobre todo las implicaciones que tiene este padecimiento en miles de mujeres que mueren por estos padecimientos diariamente.

En un quinto capítulo designado: Los determinantes sociales que se involucran en la emergencia obstétrica, a partir de un estudio en el HMIGVAZ, se aprecia el diseño metodológico que se utilizó para realizar la investigación, en cuanto a su tipo, diseño, selección muestral, técnicas e instrumentos, así como análisis de resultados entre otros componentes propios de la investigación.

En un capítulo sexto nombrado: Hallazgos de la investigación, se estudiaron los resultados que arrojó el estudio y se hizo una descripción de los más representativos, con lo cual se pueda concretizar una idea clara de la implicación de los determinantes sociales de la salud en la emergencia obstétrica.

Por último, las conclusiones darán la pauta para subrayar los aspectos a destacar de la investigación, que líneas de intervención que se pueden efectuar desde las ciencias sociales y los retos que tiene el trabajo social en salud, a partir de la configuración de la sociedad actual.

CAPÍTULO 1

LA COMPRENSIÓN DE LA MUERTE MATERNA

Este capítulo se aborda el fenómeno de la muerte materna, a partir de contextualizarla, bajo la teoría feminista y todos los antecedentes que hubo para que las políticas públicas la designaran como un problema de salud pública, tomando en consideración que se empieza a visibilizar que este tipo de muertes, más allá de lo biológico, tiene una explicación social, lo cual se realizó, entendiendo que la salud, no solamente tiene cuestiones físicas o psicológicas, ya que también incluye una parte social.

1.1 LA TEORÍA FEMINISTA, GÉNERO Y VIOLENCIA DE GÉNERO EN SU RELACIÓN CON LA MUERTE MATERNA

El contexto histórico en donde se gesta la teoría feminista es la ilustración del siglo XVIII, y no precisamente porque en ese momento se reconocieran los derechos de las mujeres, sino porque entonces el rechazo a los mismos fue aún más evidente, pese a los preceptos del movimiento que vindicaban la igualdad, la supresión de los privilegios del nacimiento, la autonomía de los sujetos y los derechos de las personas. (Bonilla, 2010, p. 192). Además de ponderarse la razón, como una de las principales facultades con las que cuenta el ser humano, pues se argumentaba que esta capacidad permitía conceptualizar y por ende politizar.

Entonces cuando las mujeres supusieron que se reconocían sus derechos, se aclaró de forma enérgica, que toda libertad objeto de razonamiento eran hechos meritorios únicamente del sexo masculino. Además, los principales pensadores de la edad moderna manifestaban, que todos los seres humanos eran criaturas capaces de razonar y lograr a través de procesos de investigación poner en práctica los conocimientos obtenidos, “todos”, excepto la mujer, por lo que su pensamiento tenía una gran carga misógina, que redundada en un rezago a la mujer como individuo carente de derechos.

Históricamente las mujeres, social y culturalmente, han sido consideradas sujetos de segunda, incapaces de tomar decisiones que incidan en la vida social, en el mundo de lo público y se les ha relegado al mundo de lo doméstico donde el cuidado, la reproducción biológica y social se convierten en funciones ejes, el cuidado de la familia, de los hijos, de la pareja, de los padres, junto con el trabajo doméstico, son actividades, propias de lo femenino de las mujeres, de las madres, de las esposas. En este sentido tradicional se ha conformado la política pública de salud, al definir la salud de las mujeres solamente en el ámbito de la reproducción, con el binomio madre-hijo (Chávez, 2013, p.162)

De manera que se defendían únicamente los derechos de quienes no eran mujeres. Pese a ello, fueron precisamente los principios de la ilustración los que dieron a las luchas feministas el soporte ideológico de sus demandas, desde su inclusión en el ámbito público, hasta el ejercicio equitativo del poder social.

El principal ideal político de la ilustración, el liberalismo, instituyó una dualidad publico/privado, lo que equivale a la división de mercado, asignándosele a la mujer el ámbito doméstico, es a partir de esta segmentación que se instauró un nuevo orden social, que subyugaba a la mujer a deberes del hogar, espacio que a la fecha sigue siendo suyo, como parte de la reproducción de la estructura patriarcal.

La estructura patriarcal, representa el orden social, en donde el poder es ejercido por los varones y este impera y se fomenta como si fuera un orden naturalmente instaurado. En la actualidad continúa vigente y su permanencia es el motivo de las luchas feministas, que igual que en el siglo XVIII, pretenden lograr la autonomía de la mujer como individuo, para gozar como el sexo opuesto de derechos y obligaciones.

La teoría feminista, es el resultado de una lucha histórica contra el rechazo de los derechos de la mujer, muy probablemente desde antes del movimiento de ilustración existieron voces ignoradas de mujeres que propugnaban por un trato de equidad y autonomía, sin embargo, tuvieron que pasar muchos años, para que se

podieran ganar espacios y obtener derechos que legítimamente le corresponden, pero que convenientemente le fueron negados por mucho tiempo.

El movimiento feminista, representa la reivindicación del papel social de las mujeres, como una forma de dejar en claro que la diferencia entre hombres y mujeres más que natural es artificial creada, aceptada y reproducida. En la lucha por dejar de ser un medio para un fin, se pretende resignificar el concepto de mujer, ante una sociedad que inconscientemente le da un significado de acuerdo a sus principios, valores, características orgánicas y biológicas, lo que vulnera aún más a la mujer que por su posición de por sí de desventaja, no logra comprender que demandan de sí los demás y sólo se limita a que la hagan mujer con toda la carga cultural que envuelve a las sociedades.

Cada sociedad y cada cultura construye a través de estas diferencias corporales y estos juegos de probabilidades, un ordenamiento social (instituciones, representaciones colectivas, prácticas sociales), a partir del cual los individuos encuentran y reelaboran sus vidas concretas esto es el sistema de géneros (Bourque, 1996, p. 75)

A partir de lo que dicta la sociedad, se da significado y congruencia a la existencia de un sujeto. Por lo que en el caso que nos ocupa, sabemos que “no se nace mujer, se llega a serlo” (Simone de Beauvoir, citada por Lamas, 2016 p. 157), hecho que nos remite a la construcción histórica que ha vivido la mujer, lo que a su vez nos explica la realidad que condiciona su existencia y la consecuente generación de prototipos ya sea de esposa, madre, hija, por mencionar algunos de los papeles, en donde a mayor cúmulo de virtudes, mejor rol desempeñará en cada uno de ellos.

Las mujeres tienden a ser casi enteramente definidas por las relaciones que típicamente corresponden a sus funciones de parentesco (“esposa”, “madre”, “hermana”), si se les examina detenidamente, se verá que se trata de las relaciones que guardan con los hombres. (Ortner y Whitehead, 2003, p.141).

Así bien, en el orden social imperante se considera que el deber natural que tiene la mujer es el de reproducir a la especie, con esa idea se instaura el matrimonio y es el objetivo social de la familia, independientemente de los roles que desempeña la mujer ya sea en el ámbito público o privado.

La subordinación que afecta a todas las mujeres o casi todas las mujeres es una cuestión de poder, pero este no se ubica exclusivamente en el Estado y en los aparatos burocráticos. Sería un poder múltiple localizado en muy diferentes espacios sociales que puede incluso no vestirse con los ropajes de la autoridad, sino con los más nobles sentimientos de afecto ternura y amor (Barbieri,1993, p. 146).

La mujer, adquiere por su condición biológica el derecho y obligación de ser madre, siguen siendo concebidas como un medio para la reproducción y perpetuación de la especie, al respecto Lamas (2016) señala “Cada cultura otorga significados a esa diferencia anatómica y en cada cultura esta simbolización de la sexuación estructura los usos y costumbres particulares además de que determina las relaciones de poder entre mujeres y hombres” (p. 156-157).

Estas premisas nos evidencian que en torno a la maternidad existe un complejo cultural que la crea y a través del cual coexiste, entonces tenemos que:

La maternidad es una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por los principios que se desprenden de las necesidades de un grupo social específico y de una época definida de su historia y que encarnan en sujetos concretos. Se trata de un fenómeno compuesto por discursos y prácticas sociales que emanan de distintos lugares y que conforman un imaginario complejo y poderoso que es a la vez fuente y efecto del género en todas sus dimensiones. (Palomar, 2007, p. 53).

En este sentido hablamos de usos y costumbres, que nos llevan a obligaciones y cumplimiento de las mismas, de acuerdo al sistema de género al que se pertenezca, las sociedades suelen ser inflexibles ante el cumplimiento de sus simbolizaciones, más la reflexión radica en sí aunado al cumplimiento de patrones

de género, existen los medios y garantías para respaldar en este caso el desempeño de la maternidad.

En México, la salud reproductiva de las mujeres, refleja las condiciones de desigualdad y desventaja social, que viven, el principal indicador de este hecho es la muerte materna, hablamos de mujeres, que pierden la vida en el afán social de dar vida. Esta problemática social es consecuencia de años acumulados de desigualdad e inequidad que redundan en atención médica inadecuada, falta de educación para la salud, ausencia de prevención y en general de respeto a sus derechos humanos.

En cuanto a política pública se refiere, la atención de la muerte materna, se encuentra dentro de las agendas de las naciones con mayor incidencia de mortalidad, pero los resultados indican que, la forma en que se aborda la problemática no necesariamente resuelve el conflicto o por lo menos no de manera integral, así bien podemos ver que en México, por un lado, se pretende procurar una cobertura médica universal, para la atención materna durante el periodo de gestación, pero en la mayoría de los casos, no se considera el contexto en el que se encuentran las mujeres.

Resulta necesario conocer el contexto en el que viven las mujeres, porque es la clave para identificar los riesgos a los que se enfrentan y que pueden ser definitivos entre la vida y la muerte de una mujer.

Luego entonces se sabe que existe una problemática grave, que en un primer plano atañe a la mujer, pero que indudablemente involucra a hombres y finalmente la construcción social que comprende el género, al cual lo entendemos como “el conjunto de ordenamientos simbólicos de lo que significa ser hombre o mujer en nuestra sociedad y en nuestro tiempo y lo que determina el fenómeno de la maternidad tanto en lo subjetivo como en lo colectivo” (Palomar, 2004, p. 13).

Desde la perspectiva feminista, Lamas (2016), indica que el género “es un filtro social, a través de cual se tiene una visión del mundo, en términos de lo que una sociedad estipula como lo propio de los hombres y lo propio de las mujeres, en

este sentido cada cultura determina a través de sus propias particularidades y variantes, que es lo correcto para cada sujeto”.

En vista de lo anterior la comprensión de la muerte materna, nos remite a estudios de género, que nos permitan identificar las causas y consecuencias de los filtros culturales que envuelven el fenómeno, desde el conocer como es concebida la maternidad, en este sentido es importante considerar “la proyección de un conjunto de atributos sobre las mujeres logrando que los discursos moldeen las posibilidades ofrecidas por la biología” (Palomar, 2004, p. 30), hasta evidenciar la contraparte de un ejercicio exitoso del ser madre.

A causa de estas explicaciones podemos contextualizar un fenómeno, pocas veces tomado en cuenta en términos culturales, pues una sociedad simboliza a la maternidad como un evento relevante para los sujetos involucrados, pero jamás se espera muerte de la madre durante este episodio, que debiera ser “emotivo y feliz”.

Conocer el trasfondo de lo que involucra la muerte materna, nos lleva a identificar una constante en el contexto actual, la violencia de género, pues representa un obstáculo para que se satisfagan los derechos fundamentales de las mujeres y desde luego involucra todos los ámbitos de su desarrollo.

La encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares (ENDIREH) 2016, nos habla de las percepciones que tienen las mujeres de 15 años en relación a los roles y estereotipos de género y nos dice que:

Estos son patrones culturales acerca de cómo son y cómo se deben comportar las mujeres y los hombres y se ven reflejados en la forma en que se educa a niñas y niños tanto en la familia como en la escuela y en otros espacios de socialización, incluso se reflejan en el uso del lenguaje. La presencia de estereotipos o la ruptura de los mismos pueden manifestarse en actitudes y comportamientos de menosprecio y control, que desencadenan agresiones físicas y psicológicas. (INEGI, 2018, p. 194)

La violencia de género se considera como un hecho recurrente, estigmatizante y naturalizado, que condiciona la autonomía de la mujer. En México, generalmente se mide en cifras de aquellas mujeres que han sido violentadas de manera brutal o en datos estadísticos de las ya muertas a consecuencia de esta problemática, más no de un reconocimiento tangible de la violencia existente contra la mujer, a partir de sus diferentes vertientes, psicológica o económica, entre otras, lo que condiciona dar solución a partir de políticas públicas que satisfagan de manera eficiente las necesidades actuales de las mujeres.

Precisamente porque no se observa, se piensa que no existe, pero los diferentes tipos de violencia, pueden encontrarse en todos los escenarios, ya sean públicos o privados, es la indiferencia y omisión, lo que hace que el sometimiento de la víctima sea mayor, así como mayor es el abuso del poder ejercido por el victimario, es sorprendente saber que hoy en día una mujer no tiene la opción de decidir si ser o no ser madre, sino que se sobreentiende que por ser mujer se tiene el deber y obligación de procrear hijos, aunado a la presión social existente y al estigma y señalamiento cuando no se cumple con lo propio del género.

Cifras de la ENDIREH, en 2016, señalan que “en el territorio nacional el 43.9 % de las mujeres de 15 años y más declararon haber sufrido por lo menos un incidente de violencia por parte de su pareja a lo largo de su vida” (INEGI, 2018, p.195), sin embargo esas cifras nos dicen poco en materia de muerte materna y mucho a la vez, porque no son fenómenos aislados, en términos de la persistencia del orden patriarcal, en donde la sumisión, dependencia y naturalización de roles nos llevan a deducir, que nos encontramos en una de las etapas más crueles del sistema patriarcal.

En un estado ideal, hombres y mujeres debieran considerarse iguales, así como asumirse como sujetos libres y capaces de una toma de decisiones en igualdad de circunstancias, además de una cooperación consensuada sobre tareas tanto públicas y privadas, lo que nos llevarían a redefinir lo femenino y reconocer que la inmanencia de la vida es un acto compartido, no exclusivo de la mujer.

El propósito es edificar el poder en función de los intereses de los seres humanos, sin importar su género, al respecto en México, a partir del 2007, comienzan a definirse instrumentos jurídicos en defensa de los derechos del género más desventajado, es decir la ley de acceso a la mujer a una vida libre de violencia, misma que nos dice, que se entiende por violencia contra las mujeres, a “cualquier acción u omisión, basada en su género, que les cause daño o sufrimiento psicológico, físico, patrimonial, económico, sexual o la muerte tanto en el ámbito privado como en el público” (Ley General de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2018, p. 2).

Son estos significativos logros, los que dan cuenta de un trabajo arduo de muchos años de las mismas mujeres y donde es imperante indicar que no puede seguir coexistiendo en la desigualdad, ya que las féminas son seres humanos, conscientes y con raciocinio, que tiene el derecho de ser.

La mujer es primordial para el funcionamiento cualquier sociedad, de tal forma que “una sociedad privada de la aportación de las mujeres es una sociedad en la que se produciría un deterioro de la vida social y económica, un empobrecimiento de su cultura y una grave reducción de su capacidad potencial de desarrollo” (Lozano, Bohórquez, Zambrano, 2016, p. 365).

1.2 LA MUERTE MATERNA Y LA DISCAPACIDAD POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

La simple idea de pensar en muerte materna o discapacidad por un embarazo, desde Trabajo Social, conlleva a que pensemos las consecuencias sociales que se concatenan con la ocurrencia de este padecimiento, lo cual se ha visibilizado desde una óptica médica, pero involucra forzosamente situaciones sociales, en este sentido es impostergable analizar que existen situaciones inequidad de género, pobreza, alimentación, falta de asistencia sanitaria entre otros que envuelven esta problemática social, además de que fundamenta que la enfermedad también tiene una parte de su génesis en lo social.

1.2.1 Factores que Coadyuvan a la Muerte Materna

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), indican que actualmente mueren “830 mujeres por causas prevenibles relacionados con el embarazo y el parto” (OMS, 2016), así mismo se observa que el 99 % ocurre en países en vías de desarrollo. La razón de la mortalidad materna (RMM) es de 450 por 100,000 nacidos vivos en las regiones en desarrollo, y de 9 por 100,000 en las regiones desarrolladas. Estudios de Freyermuth y Sesia (2009), argumentan, “que el indicador de mortalidad materna revela no solamente el grado de desarrollo de un país, sino la equidad en el desarrollo y la calidad de los servicios de salud” (p.12).

Catorce países tienen RMM iguales o superiores a 1000; exceptuando Afganistán, todos ellos se encuentran en el África subsahariana: Angola, Burundi, Camerún, Chad, Guinea Bissau, Liberia, Malawi, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sierra Leona, Somalia y Rwanda (OMS, 2007). Según el informe de la OMS, en el 2014, las causas de muerte materna varían en las diferentes áreas geográficas del mundo, existiendo también variaciones dentro de los mismos países.

En México prevalecen condiciones de pobreza y desigualdad que se manifiestan en muertes prematuras de mujeres durante la maternidad. Las mujeres pobres, ya sea que vivan en zonas urbanas o rurales, son las que más riesgo corren y mayores obstáculos enfrentan para acceder a servicios de salud calificados. Por su parte las mujeres indígenas presentan tres veces más riesgo de morir que las mujeres del resto del país. Los Estados que concentran a la población indígena como Chiapas, Oaxaca y Guerrero, son precisamente los que año tras año aparecen con las más altas incidencias de muerte materna. (Freyermuth y Sesia, 2009, p.12).

Por otro lado, tenemos que la hemorragia fue “la principal causa de las muertes maternas en África (33,9%) y en Asia (30,8%), mientras que en América Latina y el Caribe, los trastornos de hipertensión fueron responsables del 25% de las muertes maternas” (Gómez, 2015, p. 7). Un dato relevante es que la muerte

materna ocurre en la mayoría de las ocasiones después de una emergencia obstétrica, es decir durante la atención médica.

Los seres humanos para desarrollarse, tienen el derecho de acceder por lo menos a un mínimo de satisfactores tales como: “alimentación, vivienda, educación, vestido, comunicación entre otras. La pobreza es la negación de esos derechos y la principal responsable de las muertes maternas” (Lucio, 2011, p. 28), como se puede observar la necesidad de satisfactores, rebasa la capacidad del derecho para cubrir las diferentes carencias que en momento dado condicionan la calidad de vida y en el peor de los escenarios pueden poner en riesgo la vida, como ocurre con las mujeres que viven una emergencia obstétrica.

1.2.2 Consecuencias de la Muerte Materna

La muerte materna tiene repercusiones primeramente para la familia y un impacto también en la sociedad. Dado las consecuencias de la muerte materna en el mundo, se habla de que este tipo de sucesos tienen una repercusión negativa en los países en que ocurre, por tanto, el estudio de los factores que están involucrados en su incidencia es primordial, entre ellos: la pobreza, la desigualdad social, la alimentación, la falta de oportunidades laborales, entre otros, darán lugar a entender los elementos sociales que están ligados a la salud.

Paralelo a ello se observan las consecuencias que tiene la muerte materna, desde luego en el plano social, específicamente en el núcleo familiar que vive la pérdida y todo lo que de este acontecimiento deriva, desde desintegración familiar, abandono de estudios de los hijos mayores, cuidados inadecuados por parte de otros familiares, incluidos malos tratos, violaciones, abusos etc.

Cabe argumentar que las complicaciones que causan las defunciones y las discapacidades de las madres desencadenan consecuencias principalmente para los hijos e hijas. “Los datos indican que los lactantes que pierden a sus madres en

las primeras seis semanas de vida tienen más probabilidades de morir antes de cumplir dos años que aquellos cuyas madres sobreviven” (Álvarez, Hinojosa y Álvarez, p. 2011), aunado a lo anterior, los hijos que sobreviven a muy temprana edad se enfrentarán a la pérdida más grande de sus vidas y a tareas, tales, como el cuidado de los más pequeños, quehaceres domésticos o trabajos informales.

La ausencia repentina y permanente de la mujer en el hogar, puede desencadenar en fragmentación familiar, “en la mayoría de los estudios los huérfanos se quedaron con su padre, abuelos, o se distribuyen entre parientes; sin embargo, algunos de los hijos viven con otras personas que no tienen una relación de parentesco directo con alguno de los padres, o en total abandono, viviendo en condiciones de miseria, dependiendo de la comunidad para su supervivencia” (Ramírez citado por Lozano, Bohórquez, Zambrano, 2015, p.368).

Ante esta realidad, lo que se busca es evitar en la medida de lo posible una muerte materna no sólo por la vida misma de la madre sino por las consecuencias que viven quienes se quedan en desamparo. Las carencias sociales se manifiestan, como un elemento que caracteriza el fallecimiento de una mujer durante o después del puerperio.

1.3 LA DISCAPACIDAD MOTRIZ Y SENSORIAL

Existen estudios que señalan que las discapacidades “provocadas por la maternidad pueden perjudicar gravemente la calidad de vida, la fertilidad y la productividad de la mujer mucho después del embarazo y el parto” (Lori, 2002, p. 3).

Diversas investigaciones de la Unicef, realizados en el 2009, señalan que millones de mujeres que sobreviven a una complicación del embarazo “quedan con lesiones, infecciones, enfermedades y discapacidades relacionadas con el embarazo, que a menudo acarrearán consecuencias para toda la vida. Lo cierto es que la mayoría de estas muertes y enfermedades se pueden evitar: los estudios demuestran que aproximadamente el 80% de las muertes maternas podrían

evitarse si las mujeres tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud materna y a una atención sanitaria básica” (p.2).

Las discapacidades se pueden prevenir también de enfermedades desencadenadas por el embarazo, como por ejemplo anemia, malaria, cardiopatías, hepatitis, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual ITS (entre ellas el VIH y el SIDA) y diabetes. “La interacción entre esas enfermedades y las complicaciones puede también contribuir a generar una discapacidad, lo cual hace que este problema sea particularmente difícil de cuantificar. Pero independientemente de su origen, las complicaciones del embarazo pueden llegar a representar un serio riesgo para la salud del feto o el recién nacido y para los embarazos posteriores de la madre” (Lori, 2002, p.2).

Casi el 11% de las mujeres que dan a luz, (aproximadamente 13 millones de mujeres por año), sufren hemorragias después del parto. Se llama hemorragia a toda pérdida de más de 500 mililitros de sangre después del nacimiento (es difícil detectar la cantidad exacta sin asistencia capacitada). Si estas hemorragias no se tratan de manera rápida y eficaz, pueden causar la muerte en unas pocas horas, de ahí que las hemorragias postparto sean la primera causa de muerte materna. Las mujeres que sobreviven a éstas, pueden presentar “aguda o, en casos raros pero graves, desequilibrios hormonales permanentes provocados por la insuficiencia de las glándulas pituitarias o suprarrenales. La insuficiencia pituitaria puede conducir a la imposibilidad de amamantar, la pérdida de la menstruación, la debilidad crónica, el envejecimiento prematuro, o estados de confusión o apatía” (Lori, 2002, p.3).

La discapacidad de una madre puede tener profundas consecuencias para su familia y para la comunidad en general debido al impacto que ésta puede llegar a tener en sus responsabilidades dentro del hogar, sus ingresos y sus gastos. El costo del tratamiento médico de la madre puede cambiar los patrones de consumo del hogar y reducir los ahorros y las inversiones. La menor productividad de la

madre puede reducir los ingresos y la productividad de la familia, y obligar a los niños a ingresar al mercado laboral.

1.4 PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE POR EMERGENCIA OBSTÉTRICA A NIVEL MUNDIAL

Para acceder a una comprensión de la problemática de la emergencia obstétrica, es necesario argumentar que este padecimiento ocurre a nivel mundial y tiene efectos catastróficos, como la muerte materna, la cual involucra diversas causas que dan fundamentación a su origen.

1.4.1 Base de Datos de Muerte Maternas según la Organización de las Naciones Unidas (ONU)

Datos de la ONU, estipulan que existe una relación entre pobreza y el número de muertes maternas que ocurre en diferentes países del mundo, tal es la relación que se ha indicado cercano al año 2000 existían países con profundos rezagos socioeconómicos, donde la razón de Muertes Maternas es excesivamente alta, pues alcanzan valores por encima de las 1 500 defunciones maternas por cada cien mil nacidos vivos. “Sierra Leona (2000), Afganistán (1 900), Malawi (1 800), Angola (1 700) y Níger (1 600) se encuentran en este grupo. Niveles entre 1 000 y 1 500 se observan en otros países africanos como Tanzania (1 500), Malí (1 200), Somalia (1 100), Burkina Faso (1 000) y Burundi (1 000). En el rango entre 500 y 1000 hay tanto países africanos como algunos asiáticos: Etiopía (850), Nepal (740), India (540), Congo (510). Haití es el único país del continente americano en este rango, con una RMM de 680 por cien mil. En niveles intermedios, entre 100 y 500, se encuentran varios países entre los que están algunos de los más atrasados en América Latina, como Bolivia (420), Guatemala (240) o República Dominicana (150), así como de otras regiones como Irak (250) o Marruecos (220)” (ONU-OMS, citados por Aguirre, 2009, p. 85).

Ahora bien, se tienen datos de países donde los ingresos son más altos y la ocurrencia de muerte materna está más controlada, por ello los datos se reflejan en el siguiente cuadro:

Tabla 1. Razón de mortalidad en países de primer mundo

País	Año	Razón de Mortalidad Materna (por cada cien mil nacidos vivos)
Reino Unido	2000	11
Japón	2000	10
Alemania	2000	9
Suecia	2000	8
Australia	2000	6

Elaboración propia, 2018, con base a estudios de Aguirre, 2009, p. 85

Esta información muestra que más que ser una cifra de países con más recursos que los de América Latina, también brindan otros elementos como estatus de vida de sus habitantes lo que evidentemente se relaciona con mejores niveles de ingreso, sistemas de atención médica, educación, alimentación que tienen sus habitantes, siendo factores de tipo social que se relacionan con un nivel de salud de su población.

1.4.2 Base de datos de la Organización Mundial de la Salud OMS

Para establecer un marco común de comparaciones internacionales, se integraron las causas básicas de muerte durante el embarazo, parto y puerperio en nueve grupos. Estos grupos son clínica y epidemiológicamente relevantes. Se excluyen mutuamente e incluyen y describen todas las causas de muertes maternas

vinculadas con el embarazo. Además, simplifican la caracterización de las muertes maternas, ya sea de causas directas o indirectas¹.

Tabla 2. Complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio.

TIPO	NOMBRE/ NÚMERO DE GRUPO	CONSECUENCIAS
Muerte materna: directa	1. Embarazos que terminan en aborto	Aborto, pérdida de embarazo, embarazo ectópico y otras afecciones que llevan a la muerte materna y a un embarazo que termina en aborto.
Muerte materna: directa	2. Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio	Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio
Muerte materna: directa	3. Hemorragia obstétrica	Enfermedades obstétricas o afecciones directamente asociadas con hemorragia
Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo	4. Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo	Enfermedades o afecciones inducidas por infecciones, vinculadas al embarazo
Muerte materna: directa	5. Otras complicaciones obstétricas	Todas las demás afecciones obstétricas directas no incluidas en los grupos 1–4
Muerte materna: directa	6. Complicaciones imprevistas del manejo	Efectos adversos severos y otras complicaciones no previstas de los cuidados médicos y quirúrgicos brindados durante el embarazo, parto o puerperio
Muerte materna: indirecta	7. Complicaciones no obstétricas	Afecciones no obstétricas • Cardiopatías (incluyendo hipertensión preexistente) • Afecciones endócrinas • Afecciones gastrointestinales • Afecciones del sistema nervioso central • Afecciones respiratorias • Afecciones genitourinarias • Trastornos autoinmunes • Afección esquelética • Trastornos psiquiátricos • Neoplasias • Infecciones

¹. -Causas obstétricas indirectas: Son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el curso del embarazo y que sin estar relacionadas con éste provocan la muerte al ser agravadas por el efecto fisiológico del embarazo.

Causas obstétricas directas: son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de éstos.

Muerte materna: no especificada	Desconocida/ indeterminada	Muerte materna que ocurre durante el embarazo, parto y puerperio en la que no se conoce o no se ha determinado la causa básica
Muerte durante el embarazo, parto y puerperio	Causas coincidentes	Muerte durante el embarazo, parto y puerperio debida a causas externas

Elaboración propia con base a información de la OMS, 2012.

En una investigación que realizó la Organización Mundial de la Salud, los resultados encontrados, evidencian una relación con los datos encontrados, en los cuales 60,000 defunciones maternas en 115 países, las principales causas de morbilidad están dadas a partir de los siguientes padecimientos:

Tabla 3. Principales causas de morbilidad

ENFERMEDAD	PORCENTAJE CON EL QUE SE PRESENTA
Afecciones preexistentes durante el embarazo (diabetes, el paludismo, la infección por el VIH y la Obesidad)	28%
Hemorragia grave (especialmente durante y después del parto)	27%
Hipertensión gestacional	14%
Infecciones	11%
Parto obstruido y otras causas directas	9%
Complicaciones de abortos	8%
Coágulos sanguíneos (embolias)	3%

Elaboración propia con base a información de la OMS, 2014.

A partir de la tabla 3, podemos identificar que, entre la hemorragia grave, la hipertensión gestacional y las infecciones se dan más del 50% de los padecimientos que causan emergencia obstétrica y derivan en muerte materna, sin embargo, se puede apreciar que la diabetes, el paludismo, la infección por VIH y la obesidad, ocurren en un 28 % y son factores prevenibles antes y durante embarazo, por parte del sistema de salud desde su primer nivel de atención.

1.4.3 Base de Datos de la Organización Panamericana de la Salud OPS

Estudios recientes de la OPS y la OMS, demuestran la existencia de tres enfermedades, que durante el embarazo ocasionan emergencia obstétrica y están clasificadas de la siguiente manera:

Tabla 4. Principales enfermedades que ocasionan emergencia obstétrica

ENFERMEDAD	PORCENTAJE CON EL QUE SE PRESENTA EN LA SOCIEDAD
Hipertensión inducida por el embarazo (eclampsia)	23%
La hemorragia postparto	22%
Aborto	8%

Elaboración propia con base a los datos de la Organización Panamericana de la Salud 2011.

Las enfermedades que generan emergencias obstétricas y a su vez muerte materna, son similares en todo el mundo; dentro de las más frecuentes se citan “las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), que es imprevisible, de aparición repentina y más peligrosa cuando una mujer es anémica; las infecciones (generalmente tras el parto), que suelen ser consecuencia de una mala higiene durante el parto o de una enfermedad de transmisión sexual no tratada; la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia); los partos prolongados y las complicaciones de un aborto en condiciones de peligro (Álvarez, 2013, p.16).

Es importante señalar que en algunos casos la hemorragia obstétrica aparece como la primera causa de emergencia obstétrica y en otros tantos en segundo lugar, sin embargo, la hipertensión gestacional se manifiesta como la primera causa y está relacionado con un aumento de la presión arterial, de la cual se tendría que verificar si es prevenible, desde la atención médica de la mujer en su control prenatal.

1.5 INFORMACIÓN NACIONAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Una vez analizado el contexto internacional, resulta relevante ilustrar el contexto nacional con las principales enfermedades que dan origen a las emergencias obstétricas. No sin antes retomar la normatividad institucional, que señalan los objetivos del desarrollo del milenio.

1.5.1 Objetivos del Desarrollo del Milenio

En la siguiente tabla, se esquematizan las causas de mortalidad materna, de acuerdo a los Objetivos del Desarrollo del Milenio.

Tabla 5. Principales causas de mortalidad materna según ODM

PRINCIPALES CAUSAS	1990	2011
VIH/ sida más embarazo	N/A	0.2
Aborto	5.9	3.3
Enfermedad hipertensiva	22.5	10.5
Otras complicaciones del embarazo y parto	29.3	5.2
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	20.5	9.9
Sepsis y otras afecciones puerperales	5.6	1.3
Otras complicaciones (principalmente puerperales)	3.8	2.0
Muerte obstétrica causa no especificada	0.0	0.1
Causas obstétricas indirectas	1.2	10.4
Total	88.7	43.0

Fuente: Los Objetivos del Desarrollo del Milenio en México, retomado por la Cámara de Diputados, 2015.

Como se puede apreciar en la tabla 5, en la columna del año 2011, las principales causas de emergencia obstétrica estaban dadas a partir de la enfermedad hipertensiva, sin embargo, también sobresale la hemorragia del embarazo, parto, puerperio y el aborto. Se observa también que los problemas de salud de las mujeres, en edad reproductiva, se relacionan con el crecimiento de la población, los cambios en los estilos de vida y las distintas formas de atención médica.

Durante el 2014, en México las principales emergencias obstétricas que derivaron en muerte materna fueron:

Tabla 6. Principales causas de emergencia obstétrica que derivan en muerte materna

MOTIVOS	NÚMERO DE MUERTES
Causas obstétricas indirectas	25.3%
Enfermedad Hipertensiva del embarazo	24.9%
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	19.1%
Otras causas obstétricas directas	13.1%
Aborto	8.2%
Sepsis y otras infecciones puerperales	5.6%
VIH-SIDA más embarazo	1.4%

Elaboración propia, 2017, con base a datos del Programa de Acción Específico. Salud Materno y Perinatal 2013-2018, p. 33

De manera que la enfermedad hipertensiva del embazado, la hemorragia y el aborto, conjuntamente representan más del 50% de las principales causas de muerte materna y al mismo tiempo son las urgencias obstétricas más comunes.

Pero también se analiza que la enfermedad hipertensiva, que es prevenible está causando más del 24% de las muertes, por tanto, las acciones de prevención dentro de las instituciones de salud se deben modificar para evitar defunciones de mujeres en estado gestacional.

1.5.2 Información estatal de las principales causas de la emergencia obstétrica en el Estado de México

Para la contextualización del estudio de la emergencia obstétrica, es necesario establecer previamente un análisis internacional y nacional de las principales causas, en estos niveles y posteriormente contrastarlas a nivel estatal, de este modo se verificará si hay variación entre la información revisada.

1.5.3 Datos de emergencia obstétrica que derivaron en muerte materna según el Instituto de Salud del Estado de México

En un estudio realizado en el año 2000, se obtuvieron datos que dan cuenta de la ocurrencia de la muerte materna, esta información fue recuperada de los certificados de defunción y mostró que “casi tres cuartas partes de las muertes maternas se presentaron en mujeres no derechohabientes; el 60% del total falleció en unidades médicas, un 22% en hospitales particulares, el 14% en el hogar y un 6% en otros lugares” (Karam, M., Bustamante, P. y Campuzano, M. et al, 2007, p. 209).

En el año 2005 las principales emergencias obstétricas que culminaron en muertes maternas en el Estado de México, estaban dadas en un “72% por causas directas, siendo la principal causa la preeclampsia y la eclampsia, en un 26%, seguida por la hemorragia, en un 9.5%, y las infecciones, con un 8.1%” (Karam, Bustamante y Campuzano, et al., 2007, p. 208). Se dice que el Estado de México encabeza la lista de las nueve principales entidades de nuestro país en cuanto a mortalidad materna; “las causas más frecuentes de muerte se relacionan con hipertensión arterial, representadas como preeclampsia y eclampsia, seguidas de hemorragias obstétricas (Espinosa, 2014, p.8).

Estudios recientes han clasificado las principales enfermedades obstétricas, que culminan en muertes maternas se muestra en la tabla 7.

Tabla 7. Principales enfermedades que culminan en muertes maternas

ENFERMEDAD	CASOS PRESENTADOS	PORCENTAJE
Muertes maternas tardías	37	24.2 %
Causas obstétricas indirectas	27	18.12%
Enfermedad hipertensiva	26	17%
Aborto	17	11%
Otras complicaciones del embarazo	12	8.0%
Otras complicaciones principales puerperal	11	7.3%
Hemorragia del embarazo, parto y puerperio	10	6.7%
Coriocarcinoma	5	3.3 %
Sepsis y otras infecciones	4	2.6%
TOTAL	149	100

Elaboración propia, con base en datos del Instituto de Seguridad del Estado de México, 2013. (Mortalidad Materna Según Causa CIE 10 a 3 dígitos, 2010-2013.

A partir de esta tabla se puede observar que la enfermedad hipertensiva y los abortos, representan el 28% de las causas de muerte materna, pero también es importante argumentar que el rubro de muertes maternas tardías se presentó en un 24% de la población, existiendo una característica en este tipo de fallecimientos ya que ocurren entre los 42 días y los 365 días posteriores a la gestación.

CAPÍTULO 2

SALUD REPRODUCTIVA Y DERECHOS HUMANOS

En la actualidad es necesario argumentar que existen derechos reconocidos a nivel internacional y de manera nacional que velan por la atención de las mujeres en aspectos que están relacionados con su salud reproductiva, sin embargo aunque hay una amplitud en cuanto convenciones y reglamentaciones para cada país también existen limitantes para su aplicabilidad práctica, por lo que se torna prioritario que desde una perspectiva teórica se pueda visibilizar algunas limitantes o derechos planteados en el deber ser, que nos ayuden a comprender por qué las mujeres continúan muriendo o cursando por emergencias obstétricas principalmente en países en subdesarrollo.

2.1 SALUD Y DERECHOS HUMANOS

La atención de la salud a nivel internacional está contemplada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde en su artículo 25, detalla que todos los individuos “tienen derecho a un nivel de vida adecuado para su salud y bienestar propio y de su familia, incluyendo alimentación, ropa, vivienda y atención médica, además de los servicios sociales necesarios y el derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez, vejez u otra escasez en su vida debido a circunstancias fuera de su control” (Casas, 2000, p.24).

Es importante reconocer que la gente no se enferma de igual manera, ya que algunas veces tiene relación con sus “contextos de vida, trabajo, ambiente, sociales y políticos, así como con respecto a los factores biológicos y ambientales que están distribuidos en forma desigual en la población” (Casas, 2000, p.27).

Por lo tanto, existen contrastes entre lo que estipula la Declaración y la realidad que se vive tan sólo en América Latina y el Caribe, se evidencian disparidades en la atención médica que reciben los diferentes grupos socio-económicos, lo cual implica un problema del desarrollo humano, al respecto la Organización Panamericana de la Salud, diseñó una agenda basada en cuatro líneas de atención, para la cobertura universal de la salud en esta región, mismos que se señalan a continuación:

1. El acceso a servicios de salud integrales, de calidad, dirigidos tanto a las personas como a las comunidades, y basados en el principio de equidad en salud
2. La coordinación intersectorial para enfrentar el reto que suponen los determinantes de la salud
3. El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza.
4. El incremento del financiamiento conciliando la equidad y la eficiencia (OPS, 2017, p. 6).

A través de los indicadores, acceso a los servicios, coordinación entre los órganos involucrados, estructura y orden en el sistema de salud, así como eficiencia en el manejo de recursos, se planea conjugar la sinergia para dar cumplimiento a uno de los derechos humanos más sensibles de la población su salud.

Con relación a la salud materna, la Iniciativa Internacional sobre Mortalidad Materna y Derechos Humanos, (IIMMHR), tiene como finalidad, reducir la mortalidad materna, a partir de hacer partícipe al gobierno, “empoderar a la gente, involucrar a los ciudadanos y al gobierno en un diálogo sobre el tema, y centrarse de forma apropiada en la equidad de las mujeres” (Bissell, 2009, p.27).

La iniciativa (IIMMHR), también señala que la falta de atención en la salud materna es comparable “a violaciones de derechos humanos que hoy día son bien reconocidas, como la tortura y expresa la necesidad urgente de elevar la consideración de la muerte materna como una violación de derechos humanos reconocida internacionalmente” (Bissell, 2009, p. 28). Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), indica que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados, es decir, que son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud, sean públicos o privados, con el fin de lograr una efectiva protección de los derechos de la vida e integridad personal (Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2014, p.29).

En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, manifiesta la necesidad de que las instituciones respeten los derechos de las personas dentro del país y puntualiza, en el artículo primero, párrafo tercero que: “Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos, en los términos que establezca la ley” (Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2011).

Por lo que en el ámbito de la atención materna, es el Estado quien vigilará el cumplimiento de los servicios, sobre todo en aquellos casos en que haya existencia de discriminaciones, o malos tratos, ante esta realidad la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017), estipula que “las etapas del embarazo, parto y puerperio, constituyen un proceso fisiológico y multidimensional de las mujeres, en el que se debe proteger su vida y su salud, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y derechos humanos. Desde esta perspectiva, la maternidad además del aspecto médico, involucra las nociones de equidad y violencia de género” (p.3).

Al mismo tiempo es necesario evitar que en nuestra sociedad la atención obstétrica brindada por los integrantes de salud no incurra en prácticas y omisiones “que tienen por resultado el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación con la protección de la salud reproductiva” (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2017, p. 3).

El discurso médico manifiesta, la importancia de evitar prácticas médicas que puedan derivar en violencia hacia las mujeres, que directamente afecten sus derechos humanos, las investigaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017), precisan que existe una dominante en la práctica médica, que “se manifiesta en la patologización de los síntomas “característicos de la mujer”, lo que conduce a la medicalización y apropiación de sus procedimientos naturales y fisiológicos, reforzando la desigualdad de género” (p. 5).

Relacionado con lo anterior al hablar de que pueda existir una violencia institucional, de acuerdo con el artículo 18 de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, este tipo de violencia consiste en “actos u omisiones por parte de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno, que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diversos tipos de violencia y en este sentido puedan poner en riesgo su vida” (Gire, 2015, p.13).

2.2 POLÍTICAS INTERNACIONALES QUE GUÍAN EL ESTUDIO DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Las políticas de salud en el ámbito internacional son una importante fuente de orientación y de reflexión para la conceptualización de diversas políticas nacionales. “Estas políticas, si bien tienen distintos orígenes, tienen una característica común que es su aceptación generalizada en un determinado momento histórico del desarrollo de la teoría y práctica de la Salud Pública” (Paganini, 2007, p. 67).

Las políticas internacionales son elaboradas por expertos, que a partir de investigaciones brindan rumbo a políticas (mundiales), las cuales son aplicadas en diferentes países, sin embargo, estos instrumentos en lo que respecta a la salud dan cuenta de la necesidad de preservar la salud como el bien más valioso que tiene el ser humano.

De hecho, la Organización Panamericana de la Salud, argumenta que la salud, es un producto intersectorial y depende del desarrollo global. “Las decisiones económicas no deben perder de vista que la finalidad de la economía es el hombre y su bienestar, ya que el hombre no es sólo un medio de la economía sino su fin, su destino, su sentido, y su razón de ser” (OPS, citada por Paganini, 2007, p.68).

En este sentido para buscar el bienestar de las mujeres que sufren emergencia obstétrica se han creado, diversos instrumentos que dan cuenta de la necesidad de su atención, no solamente en lo concerniente a la búsqueda y preservación de la salud, sino también se habla de la necesidad de respetar sus decisiones y todo lo que tiene que ver con el cuerpo de la mujer.

Para que México, lograra alcanzar el Objetivo 5 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio, se tenía que obtener una razón de mortalidad materna (RMM) de 22 muertes por 100 mil nacidos vivos para 2015. Si bien, México tuvo un descenso de casi 29% entre 1990 y 2005, en años 2007 y 2008 esta disminución se estancó, sobre todo en los estados del sur (Bissell, 2009, p. 28). Por tanto, en nuestro país para que existan resultados relevantes en muerte materna, debería existir una reducción del nivel de 89 muertes que se presentaba en los años 90, pero es un reto difícil, dado el nivel en 2010, se presentaron 57 muertes maternas (Juárez, Palma y Singh, 2010, p. 3).

Han sido importantes los esfuerzos, pero no se han alcanzado los Objetivos del Milenio. Sin embargo, se han hecho acciones en beneficio de la atención de las mujeres, cabe argumentar que en el 2015 se dieron por concluidos estos objetivos mismos que dan lugar a partir del 25 de septiembre de ese mismo año (2015) a los Objetivos de Desarrollo Sustentable, y que ahora en su Objetivo 3 señala “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, donde en su apartado 3.1 indica que “para el 2030, se tiene que reducir la tasa mundial de mortalidad materna a 70 por cada 100, 000 nacidos vivos” (OMS, 2017). A continuación, se señalan los principales instrumentos que han influido en la política pública, para la atención de la salud de las mujeres en la etapa de gestación.

Tabla 8. Instrumentos Internacionales que guían el estudio de la Emergencia Obstétrica.

INSTRUMENTO- AÑO	PREMISAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979)	<p>Primer instrumento internacional, que brindó reconocimiento específico a los derechos de las mujeres.</p> <p>Artículo 12: Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.</p> <p>Se garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.</p>
Agenda o programa 21(1992)	<p>Los gobiernos nacionales, deben: proporcionar incentivos concretos para inducir a las mujeres de todas las edades a asistir a escuelas y a cursos de educación de adultos y a no abandonarlos prematuramente, incluidos los cursos de educación sanitaria y los de capacitación en materia de atención primaria de la salud, higienización de los hogares y protección de la salud materna.</p>
Declaración y plataforma de acción de Beijing, cuarta conferencia mundial sobre la mujer (1995)	<p>Representa el marco internacional, para lograr la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres y las niñas en todo el mundo.</p> <p>Premisa principal: Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación, la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación.</p> <p>La salud de la mujer incluye el bienestar emocional, social y físico; y está influenciada por factores biológicos y por el contexto social, político y económico en que vive.</p> <p>Enfatiza en que el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos”</p>
Declaración de Copenhague sobre desarrollo social (1995)	<p>Reconoce que no puede alcanzarse un desarrollo económico y social sostenible sin la plena participación de la mujer.</p> <p>Pretende aplicar una política que asegure que hombres y mujeres dispongan de protección económica y social adecuada durante el desempleo, las enfermedades, la maternidad, la crianza de los hijos, la viudez, la discapacidad y la vejez.</p> <p>Busca promover, el acceso de todas las personas a la atención primaria de la salud.</p> <p>Reducción de la mortalidad infantil y materna, el sistema de atención primaria de la salud, pone los servicios de salud reproductiva al alcance de todas las personas de la edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015.</p>
Programa de acción de la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo (1994)	<p>Busca promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer.</p> <p>Establece que la mujer ve en peligro su vida, su salud, y su bienestar porque está sobrecargada de trabajo y carece de poder e influencia.</p> <p>Metas del programa:</p> <p>Permitir antes de 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual.</p> <p>Disminuir las tasas de mortalidad materna de 1990 a la mitad antes de 2000, y otra vez a la mitad antes del 2015.</p>
Los objetivos del milenio	<p>El quinto exhorta a las naciones a mejorar la salud materna y establece metas e indicadores que sirven para marcar los avances hacia el reto amplio de una mejor salud materna.</p>
Objetivos de desarrollo sustentable (2015)	<p>Artículo 3. Señala: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, además indica que para el 2030, se tiene que reducir la tasa mundial de mortalidad materna a 70 por cada 100, 000 nacidos vivos.</p>

Elaboración propia, 2018, con base a los estudios enunciados.

2.3 LA SALUD REPRODUCTIVA Y SU IMPACTO EN LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA EN MÉXICO

El concepto de Salud Reproductiva ha evolucionado en los últimos años, al mismo tiempo que se la ha brindado libertad en su toma de decisiones, por ello no es raro que se establezca que las mujeres tienen derecho a decidir sobre su cuerpo y su sexualidad. Pero también hay una realidad que no se puede ocultar cuando se habla de esta temática y específicamente se retoma que la salud reproductiva está condicionada por factores de “tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación; de allí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de concertar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población” (Gutierrez,1996, p.6).

En este marco es importante describir los factores que están afectando la salud reproductiva, y también la relación que guardan con la emergencia obstétrica, ya que al mismo tiempo que se habla de derechos de las mujeres, surgen cuestionamientos de la forma en que se están llevando a cabo dentro de la sociedad.

2.3.1 Salud Reproductiva y Problemática Social de la Maternidad en México

Los estudios que se han realizado postulan que actualmente hay una diferencia marcada entre hombres y mujeres en lo que a la salud reproductiva se refiere, incluso se habla que las instituciones de salud, han establecido desigualdades en la atención que se les brinda a las mujeres, en este sentido México es un país profundamente desigual; “las prácticas sexuales y reproductivas de sus pobladores responden a un amplio y muy diferenciado abanico de condiciones de vida, mientras sus niveles de pobreza, lo mismo que el rezago en materia de alimentación, educación, derechos sociales, prevención y atención a la salud inciden de manera directa sobre el estado que guarda su salud sexual y reproductiva” (Lerner y Szasz, 2009, p.3).

Se habla que en nuestro contexto actual hay un adelgazamiento del Estado, que se segmenta a programas focalizados para la atención salud de la mujer, pero de uno u otro modo, contradice la existencia de un acceso universal de las mujeres a la atención médica, entonces desde la perspectiva de la salud reproductiva, podemos mencionar que “En los programas, la información se difunde casi exclusivamente a mujeres unidas y casadas, mientras el conocimiento sobre anticoncepción es menor entre las solteras (25% no ha oído hablar de ningún método, frente a 11% de las que viven en pareja)” (Lerner, Szasz, 2009, p. 5).

En este sentido la problemática de la emergencia obstétrica se empieza a complejizar desde la información que se les brinda a las mujeres y la toma de decisiones que pueda tener. De acuerdo con organismos internacionales la muerte materna en nuestro país puede ser prevenible, ya que, según datos de estos organismos, un 90 % de estas causas son padecimientos de fácil solución, en hospitales de segundo nivel de atención.

Entonces se determina, que hay una desigual atención sanitaria, derivado de un adelgazamiento de la estructura estatal, de lo que antes se conocía como el Estado de Bienestar, “en este sentido han sido sustituidos por tres acciones:

- Combate a la pobreza,
- Programas asistenciales para poblaciones focalizadas,
- Un paquete mínimo de atención” (Lerner y Szasz, 2009, p. 14).

2.3.2 Las Complicaciones del Embarazo por falta de Atención Médica

Las urgencias obstétricas y la muerte materna obedecen a complicaciones no solamente médicas, sino también con aspectos relacionados con lo social en cuestiones que tienen que ver con condiciones económicas, políticas que afectan la atención sanitaria, cabe señalar que en la actualidad existen un conjunto de factores que al enlazarse, forman una serie de condiciones que impiden prevenir riesgos durante los embarazos, limitan el acceso a servicios de salud de calidad y

traen como consecuencia la falta de atención oportuna de la complicación y por consiguiente, la muerte.

Rodríguez, Aguilar, Montero et al. (2013) señalan que, en nuestro país, existen disparidades innecesarias entre mujeres y hombres que propician una desigualdad de oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permitan estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir (p.23).

La emergencia obstétrica, se relaciona con la forma en que las mujeres responden a las señales de alarma que indican una complicación durante el embarazo, donde se fundamenta una falta servicios de salud para el cuidado y la prevención de este tipo de padecimientos, en nuestra sociedad. Las investigaciones de Freyermuth y otros autores postulan que en México hay estudios que demuestran que hay factores que se tienen que corregir en el proceso de atención del embarazo y de acuerdo a algunas recomendaciones se establece realizar intervenciones dirigidas a la atención prenatal vigilada y donde el primer nivel de atención sea el punto de ruptura y se vigile la atención médica, de tal forma que se detecten problemas principalmente como la preeclampsia y eclampsia durante el embarazo.

La Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México: puesta en marcha en 2009, “estipuló que la mortalidad materna podría ser reducida en 40% en 2012 (partiendo de cifras de 2006), si se superan los factores que condicionan las tres demoras en la atención de la emergencia obstétrica, de acuerdo con el modelo adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y consta de los siguientes elementos:

- Demora en buscar atención médica por inequidades de género al interior de la comunidad;
- Demora en tener acceso a los servicios de salud;
- Demora en recibir un tratamiento adecuado en un establecimiento resolutivo” (Coneval, 2012, p.26).

2.4 INSTRUMENTOS NACIONALES PARA LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

En México, se han estructurado diversas herramientas que favorecen la protección de la salud y que por su carácter tienen obligatoriedad en todo el territorio nacional, dando como resultado preservar el bienestar en la salud de la población mexicana.

Tabla 9. Instrumentos Nacionales que guían el estudio de la Emergencia Obstétrica.

INSTRUMENTO	PREMISAS RELACIONADAS A LA ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA
Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos	Artículo cuarto de este instrumento jurídico determina que: “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” (Cámara de Diputados, 2017:8)
Ley General de Salud	Capítulo V, denominado atención Materno- Infantil, puntualiza la importancia de la atención a las mujeres embarazada, donde postula la necesidad de brindar una atención integral y resalta que no se aborde únicamente la atención médica, por el contrario, se visibiliza la necesidad de prestar la atención desde la esfera psicológica (y social), también retoma lo trascendental de la prevención, que tienen que ver con cuestiones de salud pública y su implementación en cada espacio de nuestro país. Cabe resaltar que en este capítulo manifiesta en su artículo 61 que: “La 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” (Cámara de Diputados, 2016:20). Artículo 89. Será obligatoria la atención de las mujeres embarazadas que presenten una urgencia obstétrica, solicitada de manera directa o a través de la referencia de otra unidad médica, en términos de las disposiciones aplicables para tal efecto, en las unidades con capacidad para la atención de urgencias obstétricas, independientemente de su derechohabencia o afiliación a cualquier esquema de aseguramiento”.

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	<p>1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.</p> <p>1.2 Este instrumento, es de 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.</p>
---	--

Elaboración propia, 2018, con base a los estudios enunciados.

2.5 LA TEORÍA DE SISTEMAS UN ACERCAMIENTO A LA EXPLICACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

La Teoría General de Sistemas, fue organizada en 1954 para impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos del conocimiento (Bertalanffy, 1989:13-14). Para Bertalanffy (1989), existen metas que tienen que desarrollarse a través de la teoría de sistemas, como una tendencia general hacia la integración en las varias ciencias, naturales y sociales (p.38). Cabe puntualizar que la integración de las ciencias sociales a las naturales, conlleva principios que dan respuesta a los fenómenos de la enfermedad, tal como lo es en la emergencia obstétrica, pero desde su conceptualización social.

Según estudios de Díaz, González y Pérez (2008) para Bertalanffy “un sistema es un complejo de elementos en interacción, formalizadas entre elementos que tienen una historia común. Se han ligado en el tiempo, diferenciándose de su entorno a la vez que participan en él y con él, creando su propio contexto. Sus elementos, no sólo interactúan entre sí, sino que lo hacen con el medio en el que están insertos” (p.183).

A partir de entender la emergencia obstétrica, se puede visibilizar como se ha estudiado desde el sistema de salud, sin embargo, se requiere de un entendimiento desde la interacción de los subsistemas que lo conforman, lo cual incluye los diferentes niveles de atención, la política de salud y las instituciones.

Bajo estos postulados, las personas que sufren una emergencia obstétrica están dentro de un sistema social, comunitario y familiar, por ello, la explicación de la enfermedad debe encontrar mecanismos que den cuenta que este padecimiento se entiende desde el sistema de salud en su constante interacción con los subsistemas, con la finalidad de encontrar un enfoque integral de la problemática.

La explicación de un fenómeno, a partir de la teoría de sistemas de una u otra manera nos aproxima a entender los efectos que conlleva la enfermedad de manera conjunta y permite explorar a su vez que la emergencia obstétrica requiere de un análisis donde se comprenda cada componente del padecimiento y la relación que tiene cada subsistema en la conformación de la problemática. Cuando se habla de totalidad se puede pensar que la emergencia obstétrica se puede presentar en cualquier estrato social, sin embargo, se presenta con mayor frecuencia en ciertos sistemas sociales, lo que lo convierte en un problema que requiere diversas explicaciones y aproximaciones para su estudio de forma estructural.

Bertalanffy (1989), señala que la ciencia social explica la interacción que existe entre los sistemas y su implicación con las problemáticas sociales, es decir la emergencia obstétrica como padecimiento, tiene múltiples aproximaciones para su entendimiento, que abarca lo médico, lo social y político, lo que da cuenta que las enfermedades tienen múltiples aristas para su estudio.

Para Luchmann (1996), el entorno llegó a adquirir una relevancia por encima de todas las disposiciones teóricas. El cual, sólo se podía entender con relación al medio donde se desenvuelve el ser humano de una manera dinámica: por así decirlo, éste, “funge aquí como el canal por donde se conduce la causalidad” (p.61).

Al entender la influencia del entorno, se puede comenzar a entender su aproximación de los determinantes sociales de salud en la explicación de la emergencia obstétrica, ya que justamente (el ambiente/entorno) es uno de los elementos que tiene una influencia en el bienestar y salud de las mujeres embarazadas. Las dificultades de los sistemas no están sólo en la complejidad de los fenómenos, sino en la definición y caracterización de entidades complejas que forman parte de todo un entramado social.

Bertalanffy (1989), argumentó que los grupos humanos desde los más reducidos hasta las naciones más civilizadas son parte de un sistema creado por el hombre y se llama cultura (p.206), sin embargo, se tendría que poner atención cuando se habla de cultura, ya que, en México, hay muchas que complejizan aún más el entendimiento de los problemas sociales.

En lo que respecta al ámbito de la salud, México cuenta con un Sistema (de salud) que atiende diversas enfermedades de la población, por ello está dividido en diversos niveles de atención dependiendo de la problemática de salud, sin embargo, cuando se aborda propiamente el problema de la emergencia obstétrica y las repercusiones que ha tenido este padecimiento a nivel nacional, se habla de factores que de una u otra manera están interconectados, por ejemplo pobreza, educación, falta de atención sanitaria, entre otros.

Por tanto, cuando se habla de un aspecto económico de un país y se relaciona con el número de muertes maternas se considera una problemática que tiene una explicación sistémica, es decir influye un sistema económico, político, de salud, educativo, entre otros. Por lo anterior, no se debe perder de vista que para Bertalanffy (1989): Al hombre lo rodea un universo de símbolos. Partiendo del lenguaje, condición previa de la cultura, hasta relaciones simbólicas con sus semejantes, estatus social, leyes, ciencia, arte, moral, religión y otras innumerables cosas, la conducta humana, aparte los aspectos básicos de las

necesidades biológicas del hambre y el sexo está gobernada por entidades simbólicas (p.207).

Entonces cuando la mujer está embarazada, su familia y comunidad le brindan un significado, determinan los cuidados que se llevarán a cabo, lo cual tiene una representación y connotación de acuerdo al contexto, los cuidados, usos y costumbres, los cuales también dependen de los distintos escenarios donde ocurre, entonces se incluye cierto tipo de alimentos, acude o no a control prenatal o toma remedios caseros, todo esto va concatenado con prácticas que deben ser analizadas para entender la emergencia obstétrica.

A partir de lo anterior se puede entender la interrelación entre los aspectos sociales y otros que se asocian a lo médico, en este sentido el estudio de los factores de manera integral ayudará a la comprensión de la emergencia obstétrica desde los diversos elementos que la componen.

2.6 EXPLICACIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA, A TRAVÉS DEL MODELO ECOLÓGICO

El psicólogo Urie Bronfenbrenner, ofrece una postura teórica donde se pueden entender la interacción del individuo con su medio ambiente, en este orden de ideas se vislumbra al modelo ecológico, ya que, propone aspectos fundamentales para el entendimiento de las conductas, teniendo en cuenta las características del individuo, así como su ambiente mediato e inmediato. En este sentido Bronfenbrenner (1979) argumenta, que el ambiente ecológico “evoca la hipótesis de que el desarrollo de la persona se ve afectado profundamente por hechos que ocurren en entornos en los que ni siquiera está presente” (p. 23).

El individuo a lo largo de su vida forma parte de diferentes grupos y contextos. Esos múltiples grupos a los que pertenece (familia, escuela, trabajo, asociaciones...) permiten su inserción en un medio cada vez más amplio, lo que en su interacción diaria hace que el ser humano permea y sea permeado por distintos sistemas en distintos niveles de interacción.

Por tanto, es de suma importancia verificar el rol que juega cada ser humano dentro de la sociedad, es decir, aunque la persona puede ser afectada por el entorno, cada individuo juega un rol específico, pero este posicionamiento cambia continuamente por ello, “las llamadas transiciones ecológicas: abordan los cambios de rol o de entorno, que ocurren a lo largo de toda la vida.

Algunos ejemplos de crisis normativas, puede ser “la llegada de un nuevo hermano, la entrada en el preescolar o en la escuela, la promoción a un curso superior, graduarse, encontrar un empleo, casarse, tener un hijo, cambiar de empleo, cambiar de casa y jubilarse” (Bronfenbrenner, 1979; 26). Por tanto, no desconocemos que pasar de no estar embarazada a estarlo, conlleva una transición ecológica, que incluye modificaciones de conductas al nuevo estado las cuales son dictaminadas por las políticas de salud y de una u otra manera por la sociedad.

La ecología del desarrollo humano comprende el “estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre ser humano activo en desarrollo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona en desarrollo, en cuanto este proceso se ve afectado por las relaciones que se establecen entre estos y por los contextos más grandes en los que están incluidos los entornos” (Bronfenbrenner, citado por Gifre y Esteban; 2012, p. 81).

El entendimiento de la ecología del desarrollo propone una comprensión primeramente del entorno donde se encuentra el ser humano y según su principio establece que el primer entorno, permea a otros, luego entonces la emergencia obstétrica explicada de esta forma lleva a que establezcamos que la familia, la escuela, el vecindario, se tienen que considerar al momento de estudiar esta problemática, por ende cuando se quiere explicar un padecimiento se debe analizar el origen y su evolución a partir de los entornos que lo propician y luego contrastarlo en su impacto que tiene en el sistema más amplio como lo es la salud.

Eisenberg y Sartorius (1988), señalan que la ecología del desarrollo humano, no se limita a consideraciones sobre la enfermedad, la salud, el modo de vida y el medio ambiente, sino que examina esos temas junto con sus determinantes, en sistemas dinámicos (p.576). Para Díaz, González y Pérez (2008), el medio es concebido como aquello que ofrece significación para el sujeto. En el caso del hombre, el medio está construido básicamente, por otros seres humanos con los que establece relaciones determinantes en su desarrollo o evolución (p.182).

Bronfenbrenner expone que el ambiente ecológico cobra una relevancia fundamental para la investigación ya que existen un conjunto de estructuras seriadas, cada una de las cuales cabe dentro de la siguiente. “En el nivel más interno está el entorno inmediato que contiene a la persona en desarrollo. Puede ser la casa, la clase o, como suele suceder cuando se investiga, el laboratorio o la sala de test” (Bronfenbrenner, citado por Gifre y Esteban; 2012, p.82).

Bronfenbrenner, estipula que el ser humano está condicionado por entornos directos en los que está inserto, pero que a su vez los medios externos también tienen influencia en los individuos, es decir existe una interconexión que en un determinado momento puede influir en las conductas que puede tener el ser humano.

La interacción individuo-medio es bidireccional. El ambiente ecológico se concibe, topológicamente, como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. Estas estructuras se denominan microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.

2.6.1 Del Microsistema hasta el Macrosistema

La mujer como sujeto social, influye en la sociedad de manera determinante a través de su participación activa en los diferentes canales de decisión, pero paralelamente se ve influida por su misma realidad. En el contexto mexicano la participación femenina en las últimas décadas ha sido relevante y le ha dado la posibilidad de posicionarse con mayor legitimidad como sujeto de derechos y obligaciones, sin embargo, aún es posible, notar en su entorno obstáculos que las vulneran, discriminan y victimizan.

En el fenómeno de la emergencia obstétrica, que evidentemente resulta ser una situación exclusiva del género, es posible rescatar indicadores que nos señalan como se presenta la problemática y en qué medida se complejiza, de acuerdo a la injerencia de su ambiente.

Toda vez que, por su constitución biológica, la mujer, tiene inherente la obligación social de procrear hijos, resulta importante evaluar si las circunstancias en las que se da la gestación son las óptimas y de qué manera el ambiente social, determina las condiciones de desarrollo de las mujeres.

El estudio del ambiente social es abordado en la teoría ecológica de Bronfenbrenner, quien sugiere la existencia de sistemas interrelacionados entre sí, y que determinan el desarrollo del sujeto. A continuación, se plantea un análisis de cada uno de los niveles en el contexto de la emergencia obstétrica.

- El microsistema, hace referencia al entorno inmediato de los sujetos, en este caso de las mujeres quienes se rodean de su familia, vecindario, relaciones entre compañeros de colegio o de trabajo, (Díaz, González y Pérez, 2008; 182), aquí se aborda el patrón de actividades, roles, relaciones interpersonales que la persona experimenta en el contexto que participa.

Es decir, hablamos de los conocimientos individuales que tiene cada persona en relación a la problemática o suceso que vive, así como las actitudes, creencias y autoestima que no se generan espontáneamente, sino son resultado de una interacción dentro de la sociedad.

Hay que reconocer que en este nivel las mujeres gestantes, se encuentran ante situaciones y conductas a partir de los contextos donde se desenvuelve, es decir los demás influyen por ejemplo para la toma de decisiones y para el cuidado o no del embarazo, en ese sentido tienen injerencia los entornos más cercanos, en este sentido cabe analizar el tipo de familia de una mujer embarazada y el tipo de redes de apoyo con las que cuenta, para tener una aproximación a las acciones que realiza dentro de su embarazo.

El mesosistema, es el nivel, en el que se da la interrelación entre dos o más microsistemas. Podemos ilustrar el caso, en la relación que establecen las familias, de la mujer embarazada y su pareja (en caso de tenerla), o de su familia de origen y sus amigos, las combinaciones pueden ser variadas en relación a las redes con las que cuente la persona y los vínculos emocionales existentes.

La proximidad en las relaciones, será fundamental en la forma en que se proyecta con su realidad, así hablamos de la transmisión de creencias, valores, sentimientos y emociones que se vuelven comunes, es a través de este sistema de valores, como podemos apreciar determinadas conductas, que tienen que ver con la influencia del entorno, una mujer embarazada por ejemplo puede recibir un consejo de su madre en relación a sus cuidados, mismos que son parte de las prácticas que por generaciones ha compartido la familia y que les resultan funcionales.

En este nivel, es precisamente, a través de los lazos afectivos, con los diferentes microsistemas, que se genera la acción y que o bien facilita el proceso embarazo o se convierten en propicias prácticas nocivas, que, en un momento dado, pueden

encaminar a las mujeres a vivir una emergencia obstétrica. Por ello es importante conocer cada uno de los microsistemas con los que interactúan las mujeres e identificar en qué medida pueden influir en conductas que impliquen situaciones de riesgo durante el embarazo.

- El exosistema según Díaz, González y Pérez (2008), consiste en un contexto intangible en el que transcurre la vida (p. 182). El lugar de trabajo de los padres, la clase a la que asiste un hermano mayor, el círculo de amigos de la madre, pueden afectar lo que ocurre en el entorno de las personas; entonces es ineludible que la interacción con otros contextos como las instituciones, tienen repercusión en acciones que se llevan durante el embarazo y esto a su vez se debe sumar a la influencia que tiene la familia, las relaciones con amigos o vecinos, y que dan forma a las conductas o prácticas que lleva la mujer embarazada en su vida diaria.

Es importante que las mujeres embarazadas, mantengan interacción con otros grupos, como el vecindario, el grupo de amigos, la familia y todas las formas de acercamiento que de una u otra manera pueden beneficiar o afectar el proceso del embarazo, además tener una proximidad con el sistema de salud, para guíen el proceso de su embarazo, luego entonces la interacción entre las relaciones cercanas con la de las instituciones pueden culminar con una evolución del embarazo favorable para las mujeres embarazadas o por el contrario pueden influir en una muerte materna.

- El macrosistema: se refiere a las correspondencias, en forma y contenido, de los sistemas de menor orden (micro- meso y exo). (Bronfenbrenner, citado por Gifre y Esteban, 2012: 83). Ello, representa la interacción de los diferentes microorganismos como lo son el sistema de creencias, la religión, la organización política, social y económica de una región o país y como estas generalidades tienen impacto en el desarrollo de los individuos.

Al hablar de creencias, cada mujer que se encuentra en gestación, le da un significado distinto, a su embarazo, derivado del contexto donde se encuentre, quien también determina ciertas prácticas durante el mismo, ya sea en cuestión de alimentación, ejercicio, remedios caseros, entre otros, mismos que en la mayoría de los casos son sugeridos por la familia, las amistades o las propias instituciones, estas acciones permiten fortalecer los principios de los sistemas de salud, a partir de adecuarse para la atención de mujeres embarazadas.

Los diferentes niveles que se cursan del microsistema al macrosistema, nos explican la conformación de la sociedad, desde un nivel individual, hasta niveles superiores que dan cuenta de la organización de una localidad, comunidad o nación. En relación a la emergencia obstétrica, la política pública, para su atención está diseñada por la Secretaría de Salud, que retoma los principios de los Objetivos del Milenio, emitidos por la Organización Mundial de la Salud, es decir el macrosistema permea al exosistema, mesosistema y microsistema.

En este sentido se brindará un acercamiento al problema de la emergencia obstétrica contextualizando lo que establece la Ley General de Salud y las normas oficiales que se ha diseñado para las mujeres embarazadas de tal forma que se podrá verificar como una organización de salud brinda parámetros para seguir por todas las mujeres embarazadas en nuestro país, lo cual se verificará en el curso del embarazo que vivió cada mujer, analizando las repercusiones positivas y negativas que tiene una práctica nacional aplicado en un contexto particular.

CAPÍTULO III

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El poder abordar el estudio del proceso salud-enfermedad, conlleva que se explique los padecimientos bajo la integralidad de los elementos que la componen, en este sentido poder comprender que la emergencia obstétrica, no surge de manera espontánea, brinda la posibilidad de dimensionar todos los elementos que se interrelacionan para que esta problemática de la salud se presente en la sociedad.

En este sentido existen Organismos Internacionales, que han postulado como estudiar la enfermedad bajo una composición social a lo cual se le designó determinantes sociales de la salud, los cuales posibilitan entender qué factores potencializan que se presenten las enfermedades en contextos históricos específicos.

3.1 HACIA LA COMPRESIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El estudio de los determinantes sociales de la salud, nos lleva a entender que la salud, no solamente está compuesta por aspectos físicos, sino de otros elementos igual de importantes, a decir de Cano e Isnardo (2014), en México es imperante recuperar el sentido de la justa dimensión social e institucional entre ciudadanía, academia y gobierno de los problemas y enfermedades, particularmente de la necesidad de prevenir, atender y encauzar (p.43), las mismas, para ello las respuestas no solamente deben explicar la etiología de la enfermedad, sino se deben brindar, alternativas de solución a los problemas sociales de salud.

Entonces visibilizar los elementos que forman parte de la enfermedad y lo que ésta desencadena, es importante, para evidenciar que aspectos tienen que ver con lo físico (características y diagnóstico de la enfermedad), así como cuáles son las condiciones de pobreza y desigualdad social, que repercuten en las alternativas de solución que se le brinda a la enfermedad.

Por tanto, los determinantes sociales de la salud, representan los escenarios que condicionan la forma o modo en que una persona vive y responde a un proceso de salud enfermedad, la importancia de conocerlos y analizarlos, permitirá saber cuáles son los que predominan en el contexto de los sujetos y cómo inciden en la presencia de sus afecciones.

3.1.1 Los determinantes sociales de salud según la OMS

La OMS, reconoce la importancia de conocer el contexto donde se desenvuelven las personas, para saber cómo se manifiestan las enfermedades y la manera en que convergen estos dos elementos (enfermedad–contexto), y desde luego su relación en las afecciones de la población, por ello se ha postulado que, “en cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos. Una baja calidad de vida, falta de comida, ropa, y malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de enfermedad” (Sigerist, citado por Belinguer, 2007).

Este organismo, tiene presente que las enfermedades reflejan más que signos y síntomas, más allá de lo que se trata de forma urgente en los hospitales, ya que tiene presente que, en cada padecimiento hay aspectos sociales involucrados, esto lo podemos asimilar cuando expone que los determinantes sociales de la salud se entienden como: “Las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (OMS, 2018).

Por su parte la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) de la OMS, refiere que los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de salud que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país (CDSS, citada por Cano e Isnardo, 2014, p.44). De hecho, señala que, si se quiere

estudiar un problema de salud, se tiene que encontrar una reinterpretación de la enfermedad conjuntamente con la realidad donde se desarrolla:

“La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades)” (CDSS, 2008).

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

La conceptualización de los determinantes sociales de salud permite, encontrar las bases de los indicadores que repercuten en la salud y de esta manera identificar los elementos sociales que se relacionan con la enfermedad, donde singularmente cobran importancia diversos aspectos entre los que destacan: los económicos, culturales, medio ambiente y factores sociales, lo cual cobra gran trascendencia para que la gente viva, enferme o pueda morir.

3.2.1 Datos Sociodemográficos

Se postula que se pueden distinguir dos grandes líneas de indicadores demográficos que tienen relación con el tamaño y la composición de la población en cuanto a sexo y edad, lo cuales varían en el tiempo debido a factores de orden biológico, social, cultural, económico y político. El conocimiento de la fisonomía poblacional, constituye un elemento de gran importancia en la sociedad, en la medida que relaciona la inserción de la población en las actividades económicas y la disposición para la obtención de recursos, además de los diferentes tipos de enfermedad que se presentan en un contexto determinado, lo cual se convierte en un elemento indispensable para la toma de decisiones.

Según Rodríguez (2006), los datos sociodemográficos, parten de una visión que se concentra en los individuos y sus comportamientos agregados en un conjunto delimitado de variables demográficas respecto de las cuales se plantea la existencia de un número variable pero claramente acotado en términos sustantivos de indicadores. Estas variables son la fecundidad (y sus determinantes próximos), la mortalidad, la migración interna, la migración internacional, sus resultados demográficos inmediatos, a saber, la estructura según sexo y edad, en principio (p. 124).

Se ha postulado que los datos son registros, anotaciones, que a partir de la observación dan cuenta de las características específicas de una persona o un hecho vital:

- La persona es cada uno de los habitantes que conforman una población, en un momento dado.
- “El hecho o evento vital es un acontecimiento o suceso que ocurre en la vida de un individuo y que afecta a la población. Son hechos por lo general de naturaleza biológica, pero también desde el punto de vista social, que determinan la existencia (reproducción) y subsistencia de la población. Los más importantes son, obviamente, los nacimientos y las defunciones” (CEPAL, 2014, p.18).

Los aspectos a observar también poseen un núcleo duro de interés: las características biológicas como el sexo y la edad, pero también las educativas, sociales, étnicas, culturales.

3.2.2 Gradiente Social

Este determinante está relacionado con el estatus social y señala que, a más bajo nivel social, la vida es menor y a mayor la frecuencia de la enfermedad disminuye, es prevenible y se puede atender. El contexto socioeconómico y la posición social, ejercen una poderosa influencia en la salud de las sociedades. “La ocupación, los ingresos y la riqueza pueden determinar la posición social de las poblaciones; en

esa medida, la educación, la vivienda, el área de residencia y la privatización se han usado como importantes indicadores” (Buelvas y Agudelo, 2011, p. 323).

“Existe un gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud implica que las inequidades sanitarias afectan a todos” (OMS, 2018).

La inequidad entre clases sociales no solamente es visible en cuanto al ingreso, sino también en cuanto las instituciones de salud, la disponibilidad de equipo sanitario, los tipos de servicios, la centralidad y la accesibilidad de los mismos.

El gradiente social en la salud refleja desventajas materiales y los efectos de la inseguridad, la ansiedad y la falta de integración social dentro de la cotidianidad de las mujeres embarazadas.

3.2.3 Estrés

El estrés ha sido un tema de interés y preocupación para diversos científicos de la conducta humana, por cuanto sus efectos inciden tanto en la salud física y mental (Naranjo. 2009, p.171). También se ha argumentado que el estrés provoca en las personas “un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se lo somete a fuertes demandas” (Melgosa, citado por Naranjo, 2009, p. 173). Según la teoría psicosocial, las personas se esfuerzan continuamente y de diferente manera para afrontar cognitivamente y conductualmente las demandas tanto internas como externas de la situación valorada como estresante.

El estrés que las mujeres vivieron durante su embarazo, puede tener efectos adversos como la elevación de la presión arterial, entre otros de índole emocional que finalmente impactaran en su bienestar. Hay investigaciones que señalan que “aunque cierto nivel de tensión durante el embarazo es normal los estudios demuestran que las madres sometidas a tensión extrema y constante, tienen más

probabilidades de tener hijos prematuros” (Solís y Morales, 2012, p. 51) o tener repercusiones en la misma mujer embarazada.

Es importante señalar que durante el embarazo no es conveniente que las mujeres que se encuentren cursando por problemas de estrés, ya que ello repercute en el mismo embarazo y ello puede concluir en emergencia obstétrica², actualmente se habla que las principales fuentes de estrés en las mujeres embarazadas son las situaciones económicas y aspectos de tipo familiar, entre las que se encuentran los problemas de pareja, lo cual será comprobable dentro de la investigación.

3.2.4 Exclusión Social

Se señala que la exclusión social, se puede caracterizar por ser discriminatoria, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): La exclusión social es un proceso que surge a partir de un debilitamiento progresivo o quiebre duradero de los lazos “que unen a los sujetos con la sociedad a la que pertenecen, de tal modo que se establecen entre los que están dentro y los que están fuera de ella. Por lo tanto, la exclusión alude a procesos a través de los cuales las personas no sólo poseen menos, sino que son crecientemente incapaces de acceso a los diferentes ámbitos de la vida social” (CEPAL, citada por Duarth, 2006, p. 2).

Luego entonces, el problema de la discriminación social no es solamente un problema de desigualdad y pobreza, sino un fenómeno basado en la desintegración social. Las sociedades contemporáneas son crecientemente incapaces de integrar a todos sus miembros, particularmente en el sistema económico, donde se prevean beneficios públicos y básicos, para los individuos, “pero también ocurre en las instituciones y organizaciones formales y en las diversas redes de interacción social. La exclusión puede ser entendida como un

² . -En esta investigación se observará que se habla de emergencia obstétrica o código mater, ya que dentro del Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza significan lo mismo.

síntoma de desintegración y una amenaza contra la cohesión social” (CEPAL, citada por Duarth, 2006, p. 2).

La postura teórica de la exclusión social, está relacionada con los procesos que más se vinculan con la ciudadanía social, es decir, con aquellos derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar (trabajo, salud, educación, formación, vivienda, calidad de vida).

Jiménez (2008), postuló que el concepto de exclusión social debemos entenderlo por oposición al concepto de integración social como referente alternativo, esto es, el vocablo exclusión social implica una cierta imagen dual de la sociedad, en la que existe un sector integrado y otro excluido. Así pues, “el sector excluido se encuentra al margen de una serie de derechos laborales, educativos, culturales, etc., es decir, de una calidad de vida que se ha alcanzado y garantizado a través de los Estados de Bienestar” (p.179).

En este sentido la exclusión social, afecta a las personas con menos recursos y que viven al margen del Estado, en el contexto de la emergencia obstétrica, bastaría analizar si la política pública de salud que postula la atención de este tipo de padecimientos, incluye una atención holística desde antes del embarazo o solamente cuando está una complicación gestacional.

La exclusión social en el caso de la emergencia obstétrica está dada desde los sistemas de salud, que no ajustan sus políticas públicas, para que haya atención en los centros de salud las 24 horas, no se cuenta con un equipo médico para llevar un adecuado control prenatal cada que se acude a recibir atención médica, o existe un rechazo derivado de la falta de recursos económicos o por tener una edad distinta ya sea menor o mayor que el promedio de las mujeres embarazadas, en fin una serie de situaciones que vulneran la integridad de la persona.

3.2.5. Empleo/ Desempleo

El trabajo permite al ser humano tener ciertos derechos y prestaciones, que incluyen un salario y brindan la oportunidad de tener seguridad social, de hecho, existen escritos donde se puntualiza que “el trabajo puede considerarse una fuente de salud ya que es a partir de que los sujetos desarrollan capacidades intelectuales, sociales y físicas, que pueden tener acceso a bienes y servicios que proporcionarán bienestar y calidad de vida” (Bouda y Ficapal, citado por Galván, 2018,p. 33). Cuando lo anterior no ocurre y surge el desempleo existen problemas que ponen en crisis a la persona y a la familia.

Por otro lado, la pobreza en las sociedades modernas está asociada a la falta de oportunidades de la población en edad productiva para encontrar una ocupación adecuadamente remunerada en una economía cuya producción es cada vez más tecnificada. El desempleo está asociado con mala salud, lo que se traduce en muerte temprana, tasas más altas de suicidio y enfermedad coronaria en los que han estado desempleados por una cantidad significativa de tiempo, es decir los efectos están vinculados a consecuencias psicológicas además de las financieras.

“El desempleo no solamente afecta a quien, al carecer de trabajo, no cuenta con una fuente formal y permanente de ingresos, sino que incide directamente en varios ámbitos de su vida privada y social” (Aparicio, 2006, p. 70). Uno de los efectos del desempleo “tiene como consecuencia directa una reducción de ingresos que puede manifestarse en dificultades para mantener una dieta nutritiva y adecuada que puede impactar en la salud de los individuos” (Urbanos y González, 2013, p. 304).

Es evidente que la pérdida del empleo provocará modificaciones en la forma en que una persona concibe su vida por la repercusión económica inmediata que tiene la pérdida de ingresos, y la inseguridad para enfrentar los acontecimientos inciertos de la vida presente y futura.

En el caso de las mujeres embarazadas, se puede observar que la falta de ingresos o la baja percepción de ellos, puede influir en que se lleve una dieta inadecuada, o no se tenga los recursos para transporte, la vivienda, los satisfactores básicos y ello genere estrés y por ende tenga repercusiones dentro del embarazo.

3.2.6 Apoyo Social

El apoyo de familiares, amigos y comunidades está asociado a una mejor salud, de hecho, el apoyo social está caracterizado por las redes sociales con las que cuentan las personas como “son las redes personales, es decir la familia, los amigos, los vecinos y las redes comunitarias” (Montes de Oca, 2003).

Para Montes de Oca (2003), la evidencia ha mostrado que las redes sociales son fuente de diferentes tipos de apoyo. Mientras las redes familiares tienden a aportar apoyos materiales, instrumentales y emocionales. Las redes de amigos tienden a aportar a la persona mayor apoyo cognitivo y emocional. Las redes comunitarias por su parte aportan aspectos no materiales: apoyos afectivos y cognitivos.

En este sentido el apoyo es un recurso fundamental y primordial durante el embarazo, Canals, Esparó y Fernández (2002) refieren que el apoyo ofrecido a las gestantes en las primeras etapas del embarazo fortalece la salud de la madre y el recién nacido (citados por Juárez, 2016, p. 20). También se ha descrito que las redes de apoyo con las que cuenta una gestante influyen sobre su decisión de someterse a controles tempranos de embarazo y adopción de conductas saludables para el mismo.

En lo concerniente a la emergencia obstétrica es importante mencionar que el apoyo social es una parte fundamental, ya que habla de cierto grado de relaciones sociales y la cohesión social, es decir no siempre puede acompañar un familiar directo a las pacientes, por tanto, un vecino o vecina y/o amigos la pueden acompañar. Además, ante una complicación durante el embarazo los vecinos o

gente cercana puede apoyar, en este sentido, este apoyo social se convierte en un soporte que pueden intervenir en la complicación de un embarazo.

3.2.7 Adicciones

Las adicciones se muestran como un determinante negativo, ya que cuando las personas tienen problemas de esta naturaleza, ponen en riesgo su vida, “los individuos que se vuelcan al alcohol, las drogas y el tabaco, padecen por su uso, pero su utilización está influenciada por el escenario social más amplio (Moiso, 2007, p.182), es decir hay características dentro del mismo contexto que puede potencializar su uso y su práctica diaria.

Se han realizado estudios para analizar el efecto de las drogas y se han encontrado algunas aproximaciones que señalan que el aumento de “la oferta y el contexto social favorecedor, han permitió la difusión del consumo de numerosas sustancias tóxicas tanto de las lícitas como de las ilícitas, ello, conlleva a una incidencia creciente en nuestras consultas en los hospitales de pacientes gestantes consumidoras de sustancias” (Cosp, et al. 2009, p. 33), lo que evidentemente se convierte en un determinante negativo, que puede contribuir a la presencia de emergencias obstétricas.

Las madres con adicción a las drogas con frecuencia tienen antecedentes de atención tanto prenatal como postnatal deficiente y tienden a estar en una situación social desfavorable y ello puede derivar en un riesgo tanto para la progenitora, como para el recién nacido. El consumo excesivo de sustancias psicoactivas puede constituir una estrategia para afrontar emociones negativas como la tristeza, el abatimiento, la angustia y la frustración.

De manera que, si una mujer embarazada consume drogas, afecta evidentemente su salud y la del recién nacido, pero también afecta que en los círculos cercanos de una mujer gestante haya gente que las consuma, ello se refleja en embarazos

prematuros y elevación de la presión arterial que puede culminar en una emergencia obstétrica.

3.2.8 Alimentación

Durante cualquier etapa de la vida debe existir una alimentación saludable que incluye: verduras, frutas, cereales, leguminosas y productos de origen animal (plato del buen comer). Mantener una alimentación balanceada, durante la gestación resulta fundamental, ya no sólo para la madre, sino para la nueva vida que viene, más sería importante resaltar si todos los sectores poblacionales, tienen el acceso a los insumos que posibiliten su adecuado desarrollo.

Se ha posicionado que la alimentación de la población en el país tiene grandes problemas, ya que “la desnutrición infantil ha disminuido, pero aún existe, y la prevalencia de anemia es alta. En oposición, ha surgido una epidemia de obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, como diabetes, aterosclerosis, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer, sobre todo en la población adulta” (Sánchez, 2008, p. 17).

Se estipula que una dieta inadecuada durante el embarazo puede derivar en obesidad la cual es una enfermedad crónica y progresiva caracterizada por el consumo excesivo de grasa y aumento del peso corporal, que trae numerosas complicaciones las cuales repercuten desfavorablemente en la salud y en la esperanza de vida de éstas pacientes, del mismo modo “representa un factor de riesgo de múltiples patologías crónicas como enfermedades cardiovasculares, trastornos hipertensivos del embarazo, alteraciones hematológicas, trastornos metabólicos, diabetes gestacional, complicaciones respiratorias, digestivas, renales y osteoartritis entre otras, creando una enorme carga en la salud para la sociedad” (Quiñones, 2014, p.4).

En algunos estudios se argumenta que una mala alimentación durante el embarazo contribuye en la presencia de emergencias obstétricas, por ello es

necesario que desde el control prenatal se detecten problemas de obesidad y otros problemas que se relacionan con la alimentación, de tal manera que se puedan enviar a las pacientes a los servicios de nutrición para verificar esta problemática e intervenir en consecuencia, es decir se requiere de programas de atención alimentaria que contribuyan a disminuir las complicaciones en el embarazo, por factores que están relacionados con la alimentación.

3.2.9 Transporte

El traslado y desplazamiento de los grupos sociales ha sido una necesidad constante de todos los tiempos, sin embargo, las características de las sociedades actuales, tales, como la centralización de los servicios, el crecimiento demográfico, inadecuada planeación urbana, por mencionar algunas, generan que los servicios de transporte se vuelvan deficientes, obsoletos y no respondan a las necesidades que la realidad demanda.

En la ciudad se complejiza la forma de moverse a través de diversos transportes, por el número de habitantes y lo reducido de los espacios que existen para moverse, pero los territorios de baja densidad se han convertido en “un foco problemático en conexión con los servicios urbanos, en particular con el transporte. Un hábitat menos denso condiciona que la periferia sea servida por los transportes colectivos convencionales, masivos” (Gutiérrez, 2010, p.2).

En tanto la ciudad se expande y las desigualdades se incrementan, las redes y servicios de transporte se troncalizan, perdiendo cobertura social y territorial” (Gutiérrez, 2010, p. 2). En este sentido también se debe verificar los tipos de movilidad en la población, ya que es prioritario no solamente contar con transportes públicos eficientes, sino también en diferentes horarios y de diverso tipo.

En el caso de mujeres embarazadas, es conveniente un transporte saludable ya que significa conducir menos vehículos, caminar más y andar en bicicleta, siempre y cuando ello no afecte la salud de los pacientes, donde se vuelve prioritario en

caso de ser necesario que las comunidades cuenten con un transporte público eficiente.

Pero cabe señalar que este punto del transporte saludable se ve mermado por la lejanía de las instituciones de salud, es decir se tiene que verificar la distancia del hogar al centro de salud y la del hogar al hospital donde se atendieron las pacientes, con la finalidad de observar la movilidad y accesibilidad a las instituciones de salud, y de esta manera estructurar acciones en beneficio de las mujeres embarazadas, a partir de una regionalización que verifique cuales son las instituciones de salud más cercanas a las mujeres gestantes y con ello se pueda contribuir a una atención más eficaz, que pueda contribuir en la disminución de emergencias obstétricas.

3.2.10 Vivienda

La vivienda en México y en el mundo es uno de los principales problemas económicos y sociales de los países, sus regiones y ciudades. “En México el 75% del uso del suelo corresponde al uso de vivienda, de ahí su importancia, además, es uno de los principales activos que forman el patrimonio de las familias, en lo general se considera como un ahorro e inversión para preservar sus recursos” (Facultad de Economía UNAM, 2012).

Desgraciadamente, la mayor parte de la población no tiene acceso a financiamientos que les permitan adquirir una vivienda, lo que propicia que solo un sector minoritario de la población participe en ese mercado.

La vivienda es el espacio físico donde los seres humanos transcurren gran parte de su vida; reponen sus fuerzas y donde se dan actividades y momentos importantes que estrechan relaciones afectivas, y fortalecen el núcleo familiar. Por su influencia en la salud de las personas, “la vivienda debe brindar seguridad, ofrecer intimidad, descanso y bienestar, en función de las condiciones del medio

ambiente y de la conducta que asumen sus ocupantes” (Organización Panamericana de la Salud, 2009, p. 7).

La situación de precariedad e insalubridad de la vivienda, afecta la salud física, mental y social de las personas, especialmente de los niños y ancianos, que constituyen la población más vulnerable. No obstante, en el ámbito del hogar, se pueden controlar y evitar muchos riesgos si los miembros de la familia asumen conductas saludables.

3.2.11 Servicios de Salud

Según la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud: “Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (OMS, 2005).

Por su parte para Moiso (2007), los servicios de salud especialmente aquellos diseñados para promover y mantener la salud, para prevenir la enfermedad, y restaurar la salud y la función, contribuyen a la salud de la población (p. 180).

Para acceder a los servicios de salud se debe contar con la seguridad social, la cual incluye a los seguros sociales y a los programas públicos orientados a mejorar el bienestar de las personas dentro de los que se destacan los de atención a la salud. “Pretende cobertura universal mediante financiamiento diverso, fundamentalmente de carácter público. Las instituciones que en México brindan seguridad social, son la Secretaría de Salud, los servicios médicos estatales y municipales, los programas sociales focales, como lo han sido Solidaridad, Progresía y ahora Oportunidades” (Ramírez, 2012, p. 2).

Durante décadas se han edificado instituciones sólidas para la atención de la salud: la Secretaría de Salud, que luego descentralizó la prestación a las entidades federativas, el IMSS y el ISSSTE, además de las instituciones específicas para la atención a la salud de las Fuerzas Armadas y de los trabajadores de Petróleos Mexicanos. Sin embargo, hoy debemos admitir que esta fragmentación jurídica-institucional acusa una serie de deficiencias que lo hacen insostenible en términos financieros y operativos aún en el mediano plazo. Esta serie de limitaciones, insuficiencias y rezagos en el acceso a los servicios de salud reclaman su transformación.

3.2.12 Educación

La educación es considerada como un proceso intencional que se desarrolla a lo largo del ciclo de vida y contribuye a la formación integral de las personas, desarrolla sus capacidades, las de la familia y comunidad. “Tiene el objetivo de buscar el desarrollo humano y la socialización de las personas, se desarrolla en instituciones y en diferentes espacios de la sociedad” (Domínguez, citada por Galván, 2018, p. 27).

Las personas que se instruyen incrementan las elecciones y oportunidades disponibles, la seguridad y la satisfacción en el trabajo, mejora la alfabetización en la salud, aumenta la seguridad financiera y brinda a las personas las habilidades necesarias para identificar y resolver los problemas individuales y grupales (Moiso, 2007, p. 179).

Para León (2007), la educación presupone una visión del mundo y de la vida, una concepción de la mente, del conocimiento y de una forma de pensar; una concepción de futuro y una manera de satisfacer las necesidades humanas. Necesidad de vivir y estar seguro, de pertenecer, de conocerse y de crear y producir. Todas las herramientas, para entender el mundo, vivir, pertenecer, descubrirse y crear, las proporciona la cultura. (p.598).

La educación es un elemento que otorga parámetros para entender aspectos básicos, consiste en preparación y formación para aumentar el saber, estructurar un pensamiento, aprender de la experiencia y tener la capacidad de aprender de otros. Se ha postulado que a pesar de los avances logrados todavía prevalece desde el nacimiento, una subvaloración hacia lo femenino que tiene, entre otros efectos: El limitar a las mujeres de una nutrición y educación adecuada.

Cuando se habla de educación se estructura desde una educación formal, sin embargo durante el embarazo debe existir una educación para la salud, que sea entendible para las mujeres donde se determinen las acciones a seguir durante el embarazo en cuanto a signos de alarma, el descanso, qué hacer ante una emergencia durante su estado gestacional, ponderando que sea información entendible que las mujeres las lleven a su vida práctica y con esta acción evitar que los embarazos culminen en emergencias obstétricas.

3.2.13 Cultura

Por cultura entendemos el “conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos, grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época o grupo social” (Barrera, 2013, p. 11). Para Moiso, (2007), la cultura son productos de la historia personal y de factores sociales, políticos, geográficos y económicos (p. 180).

En este sentido abordando los usos y costumbres que se llevan a cabo durante el embarazo adquieren legitimidad para justificar las prácticas en cuanto a conductas que tiene una colectividad, mismas que pueden influir en alguna gravidez durante el embarazo y en caso contrario existen otras que podrían ser complementarias durante la gestación.

En la sociedad se tiene estructurado un modelo médico hegemónico que puntualiza una atención con medicamentos y aparatos altamente tecnificados, por

ende se descontextualiza a la mujer que vive en una sociedad y que dentro de su familia existen tradiciones milenarias que ponen en práctica durante sus embarazos, luego entonces ese choque entre la medicina moderna con la tradicional, interviene en que las mujeres consideren que la atención médica formal las desmitifica de sus prácticas comunes, por ejemplo: tomar té, acudir con la partera, entre otros, luego entonces se torna necesario conjuntar esos dos saberes y aplicarlos durante el embarazo en las mujeres que así lo deseen y poder implementar todo el conocimiento en beneficio de la mujer embarazada.

3.2.14 Género/ Violencia de Género

Para Moiso (2007), el género se refiere al orden de los roles socialmente determinados, conductas, valores de poder e influencia relativos que la sociedad adscribe a ambos sexos sobre una base diferente (p. 180). El género se refiere a los modelos construidos socialmente que pueden limitar las oportunidades en hombres y mujeres para la educación y el empleo, reforzando los riesgos a la salud.

El entendimiento de los roles socialmente determinados, que históricamente ponen a la mujer como la persona idónea para el cuidado del hogar y las labores domésticas, donde el principal proveedor económico del hogar dicta las ordenes, las constriñe a una vulnerabilidad social que puede tener repercusiones en su salud.

Por otro lado, la violencia de género es una propuesta que la Organización Mundial de la Salud, que en 1995, la definió como “todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidos las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (Expósito, 2011, p. 20).

La violencia es un problema generalizado y adopta muchas formas, puede presentarse en todos los ambientes de la vida de las personas desde la calle, el trabajo y principalmente en sus hogares. “La ejercen y la sufren tanto mujeres como varones, aunque la mayoría de la violencia, independientemente de su forma, naturaleza o consecuencias, es perpetrada por los varones. Especialmente en el caso de la violencia de género, los agresores son personas cercanas a las agredidas y se produce dentro del ámbito doméstico o bien cuando la víctima y el agresor ya no conviven, en espacios privados o públicos, no siendo raros los casos en que la agresión se da en la calle o en las proximidades de la vivienda” (Rohlfs, y Valls- Llobet, 2003, p. 263).

A partir de los años 90, se puso énfasis en que: La violencia de género constituye una violación del derecho a la identidad, puesto que refuerza y reproduce la subordinación de la mujer al varón, así como la distorsión del ser humano; del derecho al afecto, debido a que la violencia es la antítesis de toda manifestación de esa índole; del derecho a la paz y a relaciones personales enriquecedoras, ya que es una forma negativa de resolución de conflictos (CEPAL, 1996, p.14).

En el caso de las mujeres embarazadas se puede establecer que viven situaciones donde son las únicas dentro del hogar que realizan labores domésticas, no pueden disponer de los recursos que existen en el hogar, la toma de decisiones está dada por sus parejas, en donde les pueden hablar con palabras altisonantes, o incluso abusar sexualmente de ellas, esta realidad es potencialmente riesgosa, y se convierte en factor que contribuye en la presencia de complicaciones de un embarazo.

3.2.15 Ambiente Social

El ambiente social cobra relevancia cuando dentro de la sociedad o en la colonia que se habita, se tiene la tranquilidad de vivir en un lugar seguro, es decir, en un entorno confiable, que proporciona elementos para el desarrollo humano, por ello, se dice que es complejo y está en continuo cambio, existiendo ciertos elementos que son permanentes y afectan a la población que habita en ellos.

“El ambiente es diverso, es decir, está formado por grupos sociales con diferentes costumbres, creencias e ideas, pero también es desigual en el sentido de que la distribución de los bienes materiales y simbólicos no es equitativa para los distintos sectores que lo conforman. Por lo tanto, el conflicto social forma parte del ambiente, así como la posibilidad, en algunas situaciones, de arribar a consensos” (Bernardi et al.; 2015, p. 2).

Para Moiso (2007), el orden de valores y normas en una sociedad influye sobre la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones de varias maneras. La estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad y la cohesión comunitaria brindan la contención que reduce o elimina muchos riesgos potenciales para una buena salud (p.179).

El vivir en ambientes seguros, libres de violencia y delincuencia, apoya a que la gente pueda convivir en confianza, de lo contrario el temor se convierte en un elemento negativo que puede influir en la salud de las mujeres embarazadas.

La literatura determina que el ambiente de inseguridad en el que pueden interaccionar las mujeres embarazadas, se configura en una debilidad del mismo embarazo, ya que las mujeres no tienen confianza de salir a sus revisiones médicas, por la sensación de inseguridad que genera el entorno sobre ciertas problemáticas sociales, por ende, estas situaciones fuera del ámbito médico pueden evitar la atención médica oportuna y por tanto la emergencia obstétrica.

3.3 LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LALONDE

En investigaciones de Salud Pública, se le ha dado importancia al entendimiento de las causas que están involucradas en la enfermedad, de tal forma que se hace evidente su parte social, la importancia de su injerencia es retomado por Frenz (2005), para ella, los determinantes sociales de la salud "se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud. También se pueden entender como "las características sociales en que la vida se desarrolla" (p.105), lo anterior tiene influencia en la cuestión política y económica que vive cada nación o comunidad y por ende su población.

Las circunstancias en las que las personas nacen, crecen y viven tienen una influencia significativa en la salud de los individuos, por ello las investigaciones de Acero (et al) 2013, establecen que, en la década de los setenta, surgió en América Latina un interés por profundizar en la relación de la dimensión social del proceso salud-enfermedad (p.104).

El interés de la Medicina Social fue encontrar una conexión que ha hecho explícita la relación entre la estructura social de los individuos y los procesos que están relacionados con aspectos que tienen que ver con la salud de una sociedad.

Lalonde (1974) expuso, luego de un estudio epidemiológico sobre las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que existen cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva. (Citado por Villar, 2011, p. 239). Al respecto se puede señalar que los grandes núcleos para el entendimiento de la salud, están dados a partir de: el medio ambiente, los estilos de vida, la biología médica y la atención sanitaria.

No obstante, es una realidad que se le ha otorgado más peso a la atención sanitaria, donde la mayoría de los recursos se han dirigido hacia "los servicios de

atención médica, los hospitales, los centros de salud, los profesionales, el conjunto de equipos y tecnologías. Tradicionalmente es aquí donde los gobiernos invierten más recursos financieros, sin que se pueda identificar, la mayor parte de las veces, un retorno en términos de cambios en los niveles de salud de la población como un todo” (Lalonde, 1974).

A partir de identificar que la salud de una población no solamente tiene que ver con la atención médica, se empieza a abordar la parte social de la enfermedad, es decir los padecimientos tienen una explicación médica, pero no solamente eso, ya que también existen factores desde el ámbito social que tienen una relación directa con la enfermedad, en este sentido Ávila (2009), concluye que la mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Aunque en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las “causas de las causas” (p.72).

Así entonces, existen puntualizaciones centrales de las acciones que se tienen que ejecutar antes de que aparezca la enfermedad, por ejemplo, Villar (2011), establece de manera contundente que, a pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, “son las acciones de prevención las más eficaces para conseguir una vida sana y digna” (p. 239).

La precisión de esta conceptualización apunta a que se relacione de mejor manera el tratamiento de la enfermedad con relación a las causas que originan el problema de salud ya que estudiar el problema desde una conceptualización social, apoya a una comprensión integral de la situación que se problematiza.

Por su parte Ávila (2009), puntualiza que, en la complejidad, sobre la salud actúan diversos determinantes o factores, que deben ser considerados “dentro del concepto de salud. Están relacionados con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios,

económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos” (p.71).

En contraste los determinantes sociales de la salud, postulados por la OMS, se encuentran divididos en dos grandes categorías la primera denominada Determinantes Estructurales de las Inequidades en Salud y los Determinantes Intermedios de la Salud, en este sentido su análisis se da a partir del diagrama 1.

La Comisión de Determinantes Sociales de Salud, son los primeros que propusieron un marco conceptual para los determinantes de salud, incluyendo los estilos de vida, el ambiente social y físico, la biología humana y los servicios de salud (Moiso, 2007, p.176).

Los estudios de Lalonde, junto con los del Ministerio de Salud de Canadá, llegaron a puntualizar doce factores que son indispensables estudiar para un análisis completo de la realidad social, éstos son:

Tabla 10. Determinantes Sociales de la Salud, que influyen en la salud.

EL INGRESO/ ESTATUS SOCIAL	LA PRÁCTICA DE SALUD PERSONAL/ HABILIDADES PARA CUIDARSE
Redes de apoyo social	El desarrollo infantil saludable
La educación	La biología y dotación genética
El empleo	Los servicios de salud
Las condiciones de trabajo	Género (Violencia de género)
Los ambientes sociales	Cultura/prácticas culturales

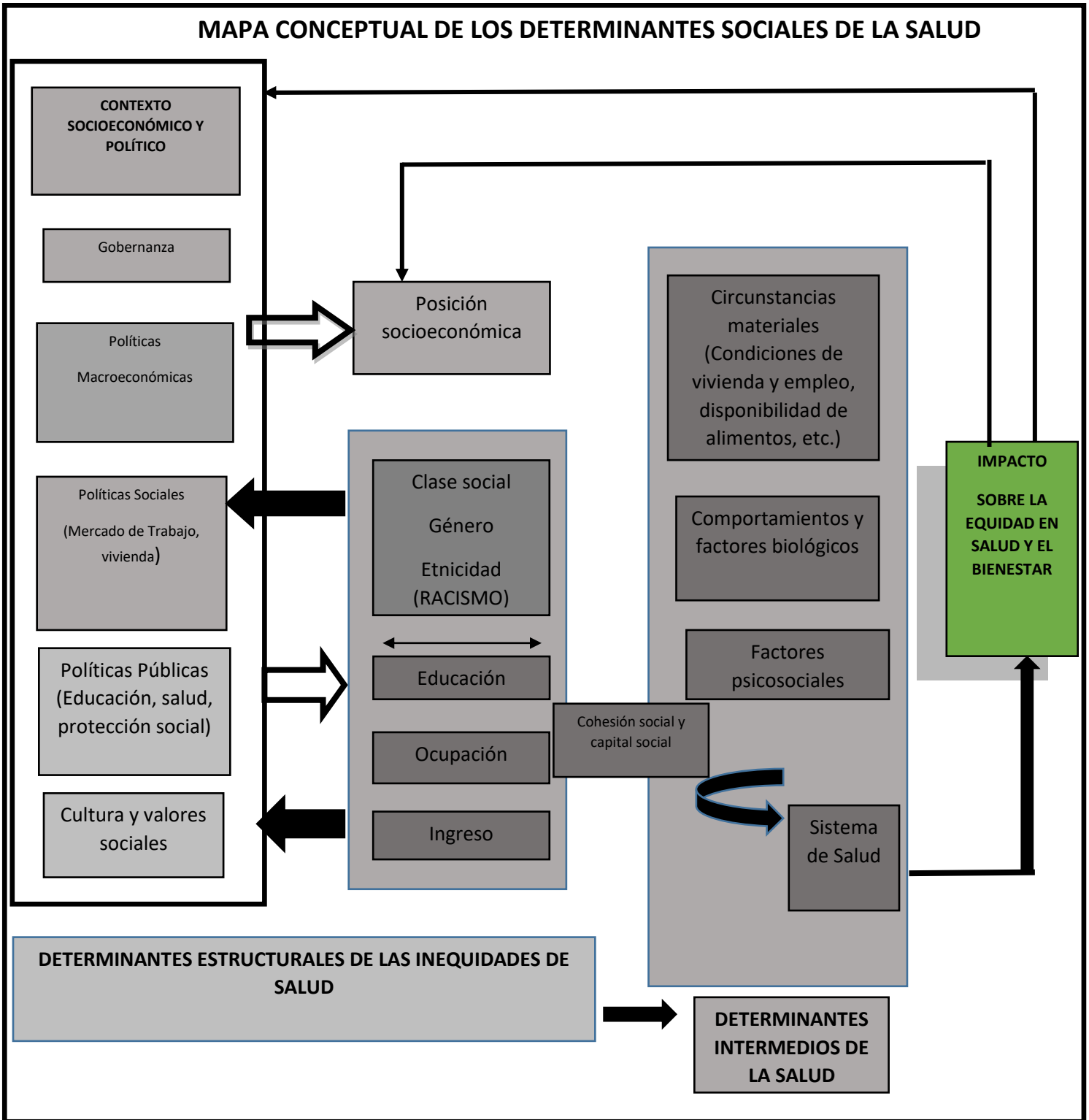
Elaboración propia, con base a lo estipulado en Public Health Agency of Canadá, 1974 en Moiso, 2007, p.176.

Cabe señalar que el estudio de los determinantes sociales de la salud está influido por la “la interdependencia social, que es un proceso que implica percepción y reflexión-acción. Es decir, tener en cuenta que las causas de inequidad en salud son complejas y degradan la dignidad de las personas que las padecen. Es necesario tomar en cuenta que el modelo dominante político y económico interactúa en el contexto social de tal forma que uno pocos se ven beneficiados,

mientras que otros que se encuentran padeciendo en la periferia” (Ventres, Dharamsi, De Wenter, y Ferrer, 2016, citada por Galván, 2018, p.17).

Para visibilizar de manera integral todos los elementos en los que la mujer embarazada está inmersa, es necesario considerar estos determinantes y estudiar la relación que tienen con la emergencia obstétrica, desde un plano social y considerando el conjunto de factores individuales y colectivos a los que están expuestas, en donde sus interacciones han demostrado estar correlacionadas con su estado de salud, en este sentido es necesario puntualizar los postulados del modelo ecológico para entender la relación entre ambiente con los determinantes sociales de salud y la ocurrencia de la emergencia obstétrica.

Diagrama 1. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud



Elaboración propia, 2018. Retomado de: De la Torre y Oyola, 2014. los determinantes sociales de salud: una propuesta de variables y marcadores/ indicadores para su medición (p.3).

CAPÍTULO 4

LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

La emergencia obstétrica constituye uno de los desafíos de salud pública más importantes de los últimos tiempos, ya que derivado de este padecimiento ocurren más de 800 muertes al día en todo el mundo, sin embargo a partir de este capítulo se pretende describir, los elementos que interaccionan para que se presente esta problemática de salud y a su vez sea motivo de estudio en la actualidad, ya que en los países en subdesarrollo hay una inversión en tecnología médica, sin embargo continúan presentando este tipo de padecimientos, entonces el análisis y las explicaciones deben complementarse desde una perspectiva social.

4.1 LA SALUD REPRODUCTIVA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), nos permite entender la salud reproductiva como un derecho inherente a hombres y mujeres, postula que la salud reproductiva brinda elementos para “que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura y gocen de plena capacidad para reproducirse o no; cuándo y cuán a menudo hacerlo, con la finalidad de que haya un acceso a los servicios y cuidados de la salud apropiados, que tengan como resultado que los embarazos sean de sobrevivencia y bienestar tanto para la madre como para el infante” (Rico, Feinholz, Del Río, 2003, p.182). De la definición anterior, resalta la idea de que, cada que se presente un embarazo, se pretende que exista una sobrevivencia tanto de la mujer gestante como del producto (recién nacido y/o nacida), en este sentido la conservación de la vida desde la postura médica, implica una inversión de recursos humanos y materiales centrados en el cuidado de la mujer.

De manera que, desde el ámbito social se tendría que analizar, qué implica, que las mujeres mueran por una emergencia obstétrica o queden con una discapacidad que va desde lo físico hasta lo cognitivo, en este sentido, los

fundamentos de la salud reproductiva permitirán un acercamiento al estudio de la atención de las mujeres desde el devenir histórico, para explicar que más allá del fin que es mantener la vida, se debe buscar preservarla en las mejores condiciones posibles, como parte de sus derechos. Al respecto en la revista panamericana de la salud (1998), se publicó que en los años sesenta, en el contexto original de las actividades de anticoncepción y planificación de la familia, hacían hincapié en el aspecto de población y los servicios mismos que estaban dirigidos casi exclusivamente a las mujeres en edad fértil.

Cabe recordar que el movimiento feminista aportó la idea de la libertad de elegir y en algunos países, ello incluyó el derecho a servicios relacionados con el aborto, de hecho, se habla de que en la región latinoamericana entre 1960 y 1970 los países vivían, la llamada explosión demográfica causada por un descenso en la mortalidad frente a unos niveles altos y estables de la fecundidad.

La situación anterior llevó a que se efectuará la “Conferencia de Población realizada en 1974 en Bucarest, la cual hacía recomendaciones centradas en la necesidad de establecer programas de planificación familiar, orientados a satisfacer una demanda de anticonceptivos entre las mujeres en edad fértil” (Corván, citado por Flórez y Soto: 2008; 7).

Entre las décadas de los setentas y ochentas, se perfilan dos cambios significativos el primero buscaba un control en la planificación familiar y el segundo aceptaba la importancia de la atención en la salud materno- infantil. En los años ochenta, se difundió el concepto de promoción de la salud y la atención de los programas, se llevó a cabo principalmente en la atención materno-infantil, cuyo objetivo “era reducir la muerte de los infantes a través de intervenciones en la salud materna-embarazo y atención materno-infantil” (Corván, citado por Flórez & Soto; 2008: 7).

A partir de los años noventa se observa la evolución en la concepción de la salud reproductiva a partir de poder conjuntar la planificación familiar y la salud materno-infantil, lo que da la posibilidad de hablar de derechos reproductivos, incluyendo la salud sexual. Los estudios de Rico, Feinholz y Del Río (2003) argumentan que el enfoque de salud reproductiva a diferencia de los conceptos de planificación familiar y salud materno-infantil, resaltan la dimensión de la sexualidad agregando a este campo las controversias sobre el cuerpo de la mujer, la identidad de género y su posicionamiento sexual como construcciones sociales (p.182).

La evolución histórica de la salud reproductiva, viene a posicionar a la mujer en la sociedad, como sujeto de derechos, misma que tiene la capacidad de decidir sobre su cuerpo, en la actualidad, la salud sexual y reproductiva se comprende en diferentes planos: “[en el plano personal].... a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer desemboca en la menopausia y el climaterio y en el hombre en la andropausia...[en el plano colectivo]... es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales”, (Flórez & Soto; 2008: 7).

En México, el Programa de Acción Salud Reproductiva³ abarca los aspectos relativos al programa de planificación familiar con un aspecto adicional de atención a la salud de la mujer durante el climaterio y pos menopausia, “dicho programa suscribe como principios rectores de las acciones en materia de planificación familiar el derecho a la información, el respecto a los derechos sexuales y reproductivos y el derecho a servicios de calidad” (Rico, Feinholz, Del Río, 2003, p. 189).

³. -En la actualidad se habla del Programa de Acción Específico (PAE) Planificación Familiar y Anticoncepción, 2013-2018, tiene como finalidad contribuir a que la población disfrute de su vida sexual y reproductiva de manera informada, libre, satisfactoria, responsable y sin riesgos, mediante el desarrollo de estrategias y líneas de acción interinstitucionales en los tres órdenes de gobierno, bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

En cuanto a los Derechos Sexuales, Campa (2014), señala que en México existen derechos fundamentales que tiene que ver con la salud reproductiva, entre los que destacan:

- Derecho a la salud sexual y de la reproducción: Como componente de la salud general, a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.
- Derecho a adoptar decisiones con respecto a la procreación: Incluidos la elección voluntaria de cónyuge, la formación de una familia y la determinación del número, el momento de nacer y el espaciamiento de los propios hijos; y el derecho de tener acceso a la información y los medios necesarios para ejercer una opción voluntaria.
- Derecho a condiciones de igualdad y equidad de hombres y mujeres: A fin de posibilitar que las personas efectúen opciones libres y con conocimiento de causa en todas las esferas de la vida, libres de discriminación por motivos de género.
- Derecho a la seguridad sexual y la reproducción: Incluido el derecho a estar libres de violencia y coacción sexual y el derecho a la vida privada (p.7).

La atención de la salud reproductiva se puede entender de manera general como el conjunto de métodos y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, con la finalidad de atender principalmente los problemas relacionados con la mujer en sus derechos sexuales y reproductivos.

4.2 LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Una de las preocupaciones más apremiantes en la actualidad es la atención de mujeres embarazadas, ya que en ese estado se pueden presentar emergencias obstétricas, mismas que desencadenan múltiples consecuencias que van desde afectaciones graves a la salud de la madre y el recién nacido, discapacidad, incluso la muerte. La emergencia obstétrica para Martínez, Guasch y Cueto (2014) “pone a prueba la calidad de la capacidad organizativa y profesional de un equipo y un hospital” (p. 25).

Es preciso designar que la urgencia o emergencia obstétrica, ha sido estudiado desde el ámbito médico y algunas apreciaciones de lo que este término significa son definidas por Ramírez y Freyermuth (2013) a partir de señalar que ésta “es un estado de salud que pone en peligro la vida de la mujer y/o al producto y que además requiere de atención médica y/o quirúrgica de manera inmediata” (p.2).

Por su parte, la guía de referencia rápida para la detención y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas de las Secretaría de Salud, la describen como un: “Estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer durante la etapa grávido- puerperal y/o el producto de la concepción que requiere de atención médica y/o quirúrgica inmediata por personal calificado, adscrito a hospitales con capacidad resolutive suficiente para atender la patología de que se trate (Secretaría de Salud, 2011, p. 2)”.

Bajo los supuestos de esta guía, la emergencia obstétrica quedaría conceptuada, como un estado de salud de la mujer cuando está embarazada, que requiere de una atención médica inmediata derivado de una complicación en su embarazo, como puede ser por diagnósticos como preeclampsia, hemorragia obstétrica, eclampsia u otro padecimiento.

A través de este recorrido podemos realizar puntualizaciones a partir de un estudio que realizan Freyermuth, Villalobos, Arguello y de la Torre (2006), donde se establece que “el control prenatal es un espacio educativo y de asesoramiento que ayuda a las mujeres embarazadas a identificar signos de riesgo y a establecer un plan de acceso a los servicios adecuados en caso de sufrir una urgencia obstétrica” (p.61).

Una vez que se han realizado las observaciones desde el campo de la medicina, es preciso destacar que existen investigaciones sociales que señalan que en muchos países las emergencias obstétricas, culminan en muertes maternas, sin embargo, también puede haber combinaciones en este proceso, por ejemplo, la

muerte del producto y no de la madre o la muerte de ambos. La magnitud de esta problemática la desentraña Fescina, De Mucio y Jarquín (2012) cuando argumentan “que la razón de mortalidad materna es un indicador de las condiciones de vida y asistencia sanitaria de una población y casi la totalidad un 99% de las mismas ocurre en países en vías de desarrollo” (p.9).

De acuerdo a lo señalado, la muerte materna, no es un hecho que se da de facto, sino que involucra una serie de factores, que en algunos casos van más allá de una atención hospitalaria óptima, si consideramos las condiciones en las que se da el embarazo, encontraremos elementos que en mayor o en menor medida que propician situaciones que vulneran la vida de las mujeres gestantes. Hablamos de una injusticia social, que tiene un impacto en el corto mediano y largo plazo del núcleo familiar que tiene que enfrentar la pérdida de un miembro clave, así bien retomar su estudio, permite considerar alternativas para responder a esta problemática.

4.3 ANTECEDENTES SOBRE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Los antecedentes más inmediatos de la atención de la emergencia obstétrica se encuentran en las metas del milenio, donde la Asamblea General de la ONU, frente a jefes de Estado de 191 países establece y reconoce que los países en desarrollo y los países con economías en transición tienen dificultades especiales para hacer frente a este problema fundamental. Por eso, se considera que, solo desplegando esfuerzos amplios y sostenidos para crear un futuro común, basado en la humanidad en toda su diversidad, se podrá lograr que la mundialización sea plenamente incluyente y equitativa.

Se postula que hoy en día, “el principal instrumento internacional para lograr la reducción de la mortalidad materna son los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (ODM); específicamente, el quinto exhorta a las naciones a mejorar la salud materna y establece metas e indicadores que sirven para marcar los avances hacia el reto amplio de una mejor salud materna” (Bissell, 2009; 24).

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que surgen de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos, en las metas del milenio se puede señalar que la quinta, busca Mejorar la Salud Materna, especificando en su inciso B, que, para reducir el número de muertes maternas, las mujeres necesitan tener acceso a una atención de la salud reproductiva de buena calidad y a intervenciones eficaces. En 2012, el 64% de las mujeres de 15-49 años que estaban casadas o en unión consensual utilizaban algún método anticonceptivo, mientras que el 12% quería detener o posponer la maternidad, pero no estaban utilizando anticonceptivos (OMS, 2012).

Los ODM, concluyeron en el 2015 y dio paso a lo que se conoce como Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que tienen vigencia de desde el año 2015 hasta el 2030, en ambos casos se habla de la importancia de disminuir la muerte materna. En lo que respecta a nuestro país se han generado diversos documentos que avalan la atención de la emergencia obstétrica, como parte de las metas del milenio, sin embargo, en orden de relevancia se ha encontrado la siguiente información:

El artículo IV de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, señala: “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 genera” (Cámara de Diputados; 2017: 8).

En este sentido se advierte la responsabilidad del país para garantizar la atención de la salud de la población y específicamente a partir de este artículo se diseñó el

eje rector de la salud en el país a través de la Ley General de Salud, la cual contempla en el Capítulo V la Atención Materno Infantil, Artículo 61, argumenta que: La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende: “La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio” (Cámara de Diputados, 2017:16).

La Norma Oficial Mexicana NOM-007SSA2-1993 (Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Posparto y del Recién Nacido) señala que, “la mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas, y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos”(Gamboa y Valdés, 2015 ;25).

Uno de los principales factores que originan o detonan la emergencia desde el punto de vista médico es la preeclampsia, que ha llevado a considerarse como una problemática de salud pública, por ello su atención es prioritaria para reducir la mortalidad materna, en todos los países, principalmente los marginados, fortaleciendo los sistemas de salud pública y mejorando el acceso de la madre a personal de salud capacitado.

Nuestra realidad indica que hoy en día se requiere “brindar mayor énfasis a los problemas de salud cuando se agravan por la falta de decisión, pobreza y costo de la atención médica, cuando no existe seguridad social de la población que ocasiona y suele dar lugar a retrasos fatales en la búsqueda de atención profesional, en particular por aspectos socioeconómicos, como nivel de educación, estado civil y culturales de la madre” (Vargas, Acosta, y Moreno, 2012; 2), de manera indirecta se empiezan a vislumbrar como se relacionan aspectos que tienen que ver con la salud y tienen relación con aspectos sociales.

Desde el ámbito internacional se han realizado esfuerzos para poder intervenir en esta problemática de salud, por ello se han elaborado diversos estudios que derivan en la Guía para la Atención de Emergencias Obstétricas avalado por la OPS, en la cual se puntualizan los principales problemas de salud que derivan en urgencia obstétrica a nivel mundial y se determina que en muchos países no se han tomado en cuenta, los factores que están involucrados en esta problemática de salud, ya que “las razones de esta situación son múltiples y van desde la existencia de nacimientos en domicilio sin una adecuada asistencia sanitaria” (Fescina, De Mucio, Ortiz y Jarquín 2012, p.9).

Las investigaciones que se han elaborado referente a la emergencia obstétrica son variadas, sin embargo, llegan a conclusiones semejantes como en la investigación de Pintado y Lastra (2014) que explican que: “El panorama de salud que predomina en México, revela que la atención que se brinda a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio está impregnado de profundas desigualdades e inequidades. Particularmente evidentes son las vinculadas a la pobreza y a la marginación, tales como la falta de acceso a los servicios de salud y la deficiente calidad de los que se les otorgan, sobre todo, las poblaciones indígenas; se suman a lo anterior las muertes maternas evitables, asociadas a la pobreza” (Pintado, Lastra y Sachse, 2014, p.13).

La investigación “cobertura de atención en el parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna”, especifica teóricamente que la “muerte materna es la que le ocurra a una mujer durante el embarazo o los 42 días postparto” (Lazcano, et al., 2013). También se argumentan los determinantes que están implícitos en la muerte materna, relacionando las implicaciones que tiene la cobertura de la atención de las unidades médicas, con la frecuencia en que se presenta este fenómeno y empieza a destacar cómo la ocurrencia de estas muertes, no solamente es médica, sino se empieza a ver reflejada en la inequidad social de la atención de la salud.

Por su parte Cordera y Murayama, concluyen que los problemas de salud de la población mexicana no sólo se producen en el ámbito de la acción del sector salud “sino que son causados por la desigual estructura económica y social que a la vez genera desigualdad en acceso de bienes y servicios, y en particular, la alimentación, la educación, el empleo y evidentemente la salud” (Cordera y Murayama, 2012, p.54).

A partir de estos argumentos se puede analizar el problema de la emergencia obstétrica, tomado en consideración los aspectos sociales y denotando la importancia de analizar el contexto social donde viven las personas que sufren este tipo de problemáticas.

Castro, estipula que “desde la mitad del Siglo XX, las ciencias sociales comenzaron a construir de manera sistemática como objetos legítimos de investigación a la salud, la enfermedad y los padecimientos” (Castro, 2011, p. 41).

En este sentido, a partir de estas investigaciones podemos establecer, la importancia de estudiar los problemas de salud desde el enfoque social, ya que se observó que los problemas de salud, no solamente se resolvían desde la óptica médica, sino tienen también una estrecha relación con los acontecimientos sociales.

Por su parte los postulados de García y Montañez (2012) argumentan que la mortalidad materna es de interés mundial, ya que las muertes por causas derivadas del embarazo, parto o posparto son prematuras e injustas, porque en numerosas ocasiones son evitables, y en otras tantas reflejan inequidades en la distribución de los bienes, servicios e información (p.651).

4.4 EXPLICACIÓN SOCIAL DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 529.000 mujeres fallecen (razón de mortalidad materna ~ 400/100.000 nacidos) en el mismo período, por causas asociadas al embarazo, parto o puerperio. La mayoría de estas muertes provienen del mundo en desarrollo, principalmente del sur de África y Asia y son evitables con cuidados médicos básicos y oportunos, asociados a sistemas de salud eficientes. La situación materno-infantil adquiere por lo tanto características de emergencia epidemiológica, con necesidad de intervenciones urgentes a nivel mundial (González, 2010, p. 411).

Es importante establecer que hay causas sociales que están relacionadas con la emergencia obstétrica, en países subdesarrollados uno de los determinantes más importantes es la pobreza. De manera que, “la mala salud de los pobres, y el gradiente social de salud dentro de los países están provocadas por una distribución desigual a nivel mundial y nacional de poder, de los ingresos, los bienes y los servicios y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población en forma inmediata” (López, Blanco y Garduño, et al.; 2011, p. 261).

Oryazún y Kusanovic (2011), estipulan que tradicionalmente, el embarazo es considerado un evento fisiológico. Sin embargo, cerca de un 20% de las embarazadas desarrollan patologías obstétricas que se asocian a mortalidad materna y perinatal. “A nivel mundial, cada año, medio millón de mujeres fallece durante el embarazo y parto debido a estas complicaciones” (p. 316). Lo que se destaca, es saber hasta qué punto existe relación entre maternidad y las variables sociales que se encuentran relacionadas con dicha problemática.

En el entendido de que hay aspectos sociales que están vinculados a la emergencia obstétrica, es necesario describirlos y relacionarlos bajo el binomio ámbito médico-social, para realizar una explicación integral del fenómeno en

estudio. Según Bleda (2005), el nivel de salud y/ o enfermedad de una población depende en gran medida del desarrollo económico, de los avances médicos y de la prestación de atención sanitaria (p.150). Por tanto, el desarrollo económico tiene una relación directa con la salud de la población, acompañado de elementos que también requieren recursos tales como la investigación médica-social.

La realidad emite que hay causas sociales asociadas a la enfermedad tal como lo señala el Informe Black, realizado en Reino Unido en 1980, en el que se concluyó que hay diferencias en el nivel de salud entre las clases sociales; “que el individuo medio de los grupos socioeconómicos superiores está más sano, y fuerte y vive más tiempo que las personas que pertenecen a grupos inferiores” (Bleda, 2005, p. 152). Luego entonces el nivel socioeconómico y los sistemas de salud, no son equitativos y son precisamente estas paridades las que hacen la diferencia entre gozar o no de salud.

La situación sanitaria se ve afectada igualmente por una combinación de factores que varían según los países y la distribución de los grupos de población dentro de ellos, es decir la ubicación territorial. El medio ambiente, el urbanismo, los equipamientos de ocio, los tipos de vivienda, las pautas laborales y los niveles generales de privaciones son diferentes en cada región (Bleda, 2005, p.154).

Según el análisis sobre muerte materna, es una injusticia social que afecta de manera directa a los hijos sobrevivientes, quienes se ven en la necesidad de asumir (sobre todas las niñas) algunas de las funciones maternas, abandonado la escuela (Ávila y Palacio, citado por Cordera y Murayama, 2012, p.27). Alvarado (2010), señala que existen algunos elementos de riesgo para las mujeres embarazadas que no tienen que ver con cuestiones médicas, mismas que se señalan a continuación:

Tabla 11. Causas que impactan la salud de las mujeres embarazadas

CAUSAS SOCIALES	CAUSAS POR FACTOR MÉDICO
Bajo nivel socioeconómico	Madre adolescente
Analfabetismo	Edad materna avanzada
Malos hábitos alimenticios	Gran multiparidad
Distancia hospital	Malos antecedentes obstétricos
Sistema sanitario: Accesibilidad y calidad de servicios de salud	Patología previa
Violencia	Talla baja
Adicciones	Obesidad
Prácticas culturales	Falta de control prenatal
Conductas de riesgo durante el embarazo	Anemia

Elaboración propia, 2018 con base en los planteamientos de Alvarado (2010), p. 10.

4.4.1 Factores sociales y culturales y su impacto en la problemática de la emergencia obstétrica

En México y otros países con altos niveles de pobreza y desigualdad, tener un hijo sigue representando riesgos para la vida de las mujeres y los recién nacidos. En el documento el Estado Mundial de la Infancia 2009, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que en todo el planeta mueren a diario casi 1,500 mujeres durante el parto (62 cada hora en promedio) (Lucio, 2011, p.12).

Asimismo, Lucio (2011) destaca que los principales factores asociados a la mortalidad materna son la pobreza, desigualdad en el acceso de oportunidades para el desarrollo (p.12). Es necesario especificar que la pobreza se ha manifestado como un factor asociado a la emergencia obstétrica, entonces antes de atender la problemática se tienen que resolver algunas situaciones que la generan. Datos de Coneval del 2012⁴, establecen que el 27.8% de las muertes

⁴. -Coneval hizo entrevistas a 1200 a familiares de pacientes que fallecieron por causas maternas.

maternas no contaban con ningún sistema de seguridad social o protección a la salud 39.2% estaban afiliados al seguro popular y 1 %, al IMSS (p.104).

Investigaciones de la UNICEF (2015), declaran que las mujeres de los países menos adelantados del mundo tienen 300 veces más posibilidades de morir durante el parto o debido a complicaciones derivadas del embarazo que las mujeres de los países desarrollados (p.1). Cabe señalar, que también existen otros factores, que tienen relevancia en la atención de las mujeres e impactan en el cuidado de su salud, por ejemplo, el estrés o la carencia de recursos económicos. En cuanto a los factores que se deben investigar de manera más profunda y son poco mencionados en la literatura, se encuentra el lugar de residencia, el estrés, la alimentación, elementos de tipo cultural, entre otros aspectos que pueden facilitar o complicar, la etapa de gestación de cualquier mujer.

En relación a las prácticas culturales, “ésta no siempre es entendida por los profesionales sanitarios, que, desde una actitud etnocéntrica, se puede manifestar prejuicios, así como discursos de incomprensión ante las diferencias culturales y sociales en las prácticas sanitarias, lo que lleva a conducir a desigualdades en la atención sanitaria. Sin embargo, no siempre se establece una relación causa-efecto entre estereotipos, prejuicio y discriminación” (Luque y Oliver, 2005:1).

En una investigación realizada en la Universidad de Cuenca (Zúñiga, Silva y Guamán, 2008, 37), los autores detallaron que las emergencias obstétricas, también tienen una influencia significativa de los siguientes factores:

- Hogar-Comunidad: cuando la madre o familia no reconoce señales de riesgo y no toma decisiones para ayuda.
- Camino-Traslado: Dificultad o imposibilidad para movilizarse por vías o medios de transporte.
- Unidad de salud: No cuenta con personal competente las 24 horas, equipos y/o insumos necesarios.

4.5 ANTECEDENTES DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GUADALUPE VICTORIA DE ATIZAPÁN DE ZARAGOZA

El Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria de Atizapán de Zaragoza fue inaugurado el 14 de septiembre del 2011, para contribuir a través de sus servicios al cumplimiento de los ODM (en la actualidad denominados Objetivos del Desarrollo Sustentable), ya que con la creación de estas instituciones se busca la disminución del número de muertes maternas que ocurren dentro del Estado de México.

Este hospital fue creado como consecuencia de un estudio realizado en 1996, que mostró las necesidades específicas que en materia de salud tiene la región norte del municipio, así como su periferia territorial (Departamento de Trabajo Social, HMIGVAZ, 2016, p. 1).

En dicha institución se otorgan servicios de Pediatría y Ginecología, además se destaca que se brinda atención desde la concepción, manejo de embarazo, embarazo de alto riesgo, clínica de infertilidad y terapia intensiva.

Sus instalaciones comprenden las “áreas de consulta externa, área médica preventiva, consultorios, especialidades de ginecológica, pediátrica, también cuenta con enfermeras con especialidad en neonatología, sin embargo, dentro de su conformación ha integrado Trabajadores Sociales con experiencia en el área de la salud”. (Departamento de Trabajo Social, HMIGVAZ, 2016, p. 1). Estos hospitales cuentan con claves internas, que permiten reconocer el manejo específico que requiere cada caso, las emergencias obstétricas, son identificadas como código mater.

4.5.1 Código Mater

El Triage Obstétrico es un protocolo de 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. (Alvarado, Arroyo, Hernández; 2012:65).

Color Rojo: 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, sepsis puerperal, tromboembolia y embarazadas poli traumatizadas (entre otros). (Alvarado, Arroyo, Hernández; 2012: 65).

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 sepsis). “Lo compone el 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” (Alvarado, Arroyo, Hernández; 2012: 67).

En investigaciones de la Secretaria de Salud, determinan que el Código Mater “es la activación de un mecanismo de llamado al personal del Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica (ERIO), para atender una emergencia y salvar la vida de la madre y el producto de la gestación” (Secretaria de Salud, 2016: 16).

Es importante señalar que, a partir de la creación de los Hospitales Maternos Infantil en el Estado de México, se hace necesaria la participación de equipos multidisciplinarios para la atención de emergencias obstétricas. La participación de Trabajo Social cuando se presentan estos padecimientos, según lo establecido en

el documento: Triare Obstétrico, Código Mater y Equipo de Respuesta Inmediata Obstétrica está dirigida a “realizar vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios; informar al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente y recabar la firma del Consentimiento informado” (Secretaría de Salud, 2016, p.37).

4.6 CONSECUENCIAS DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

La emergencia obstétrica, tiene múltiples consecuencias, tanto médicas, como sociales, por ello es importante analizarlas en esta investigación y dar cuenta de su representación en la realidad.

4.6.1 Costos Médicos de la Emergencia Obstétrica

Se ha determinado que la inversión en la atención médica está en íntima relación con la pérdida de la salud y en este caso con la presencia de la emergencia obstétrica. Es frecuente que, cuando se reflexiona sobre los altos costos generados por las atenciones médicas, sólo se incluyan los costos directos, debido a que se pueden calcular en forma objetiva.

“En esta categoría se incluyen los costos de los servicios personales, el tiempo que consumen los procesos, los materiales consumidos derivados del error, transportes urgentes, aceleraciones de procesos, controles suplementarios de calidad, entre otros” (Villanueva y Cruz, 2012:61). Los principales costos por las urgencias obstétricas, están reflejados en la siguiente tabla número 9.

Cabe resaltar que en la tabla 9 se ven los costos médicos de la emergencia obstétrica, sin embargo, también tendríamos que analizar más allá de los costos las acciones de prevención que se tendrían que realizar para evitar este tipo de complicaciones médicas.

“En los estudios realizados se reportó que los costos por utilización de un quirófano pueden ser 10 veces mayores que aquellos derivados de la utilización

de una sala de parto, lo cual, junto con los costos de los servicios personales, insumos médicos, equipamiento y hospitalización, explican los altos costos de la cesárea, más aún cuando se trata de una cesárea de emergencia o complicada” (Villanueva y Cruz; 2012, p.64).

Tabla 12. Costos económicos que tiene la emergencia obstétrica.

COSTOS	HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	CESÁREA	HISTERECTOMÍA	X DÍA ESTANCIA UTI	X DÍA ESTANCIA HOSPITALIZACIÓN	SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	X DÍA ESTANCIA UCIN
Costos Directos	5275	10159	11333	12355	2949	15834	9847
Servicios personales	4412	8260	9050	10393	2310	13035	8333
Materiales y suministros	269	576	684	614	190	858	477
Servicios Generales	234	520	628	531	176	764	409
Depreciación	360	803	971	817	273	1177	628
Costos Indirectos	2865	5005	5228	6842	1263	8150	5560
Fijos	2349	4105	4287	5610	1036	6683	4559
Variables	516	900	941	1232	227	1467	1001
Tarifa	8,140	15,164	16541	19,197	4212	23,984	15,407

Fuente: Villanueva y Cruz, citan datos de la CONAMED, 2012, 64.

También se ha documentado que la inversión para la atención de emergencia obstétrica en México arroja que entre “2003 y 2005, se observa un aumento de más de 45 % en el gasto público en todos los servicios de salud materna, de \$9,220 millones de pesos a \$13,389 millones de pesos” (Lucio, 2011, p.34).

En este sentido la pregunta que vuelve a surgir es, si es mejor atender la enfermedad que prevenirla, en la cual los equipos multidisciplinarios tendrían

tareas específicas para la atención de la emergencia obstétrica y Trabajo Social también ampliaría su campo de acción en la intervención en las distintas problemáticas de salud.

4.6.2 Costos sociales y familiares de la Emergencia Obstétrica

La emergencia obstétrica es el resultado de un sistema de salud poco accesible y culturalmente inadecuado. Es la manifestación de una larga cadena que implica diversos factores como: “poca escolaridad de las niñas, desnutrición, matrimonio precoz, falta de información, limitado acceso a métodos anticonceptivos y a la condición y situación de subordinación de las mujeres. Todos estos factores, en forma individual y colectiva, contribuyen a la vulnerable situación de las mujeres antes y durante el embarazo, parto y el postparto, incrementando los riesgos y complicaciones propias de la reproducción” (Lozano, Bohórquez y Zambrano, 2015, p.368).

Las consecuencias que ocurren por una emergencia obstétrica que culmina en muerte materna es de gran impacto para la familia y la sociedad, la o el recién nacido cuando que ha perdido a su progenitora, no reciben los cuidados necesarios para su desarrollo humano, incluso se habla de una carencia de “acceso a la educación y otros servicios, así como crecer en los márgenes de la sociedad en pobreza extrema; ocasiona que los huérfanos puedan difícilmente convertirse en miembros productivos de la sociedad como adultos” (Lozano, Bohórquez y Zambrano, 2015, p. 370).

La pobreza derivada de muertes maternas favorece el incremento de niños de la calle, que a su vez incrementa el riesgo de problemas de drogadicción, alcoholismo y vandalismo. Algunas investigaciones señalan que “el hijo mayor ante la pérdida de la madre, tiene que asumir muchas veces la responsabilidad de cuidar a sus hermanos pequeños, dejando sus estudios por trabajar, situación que contribuye al incremento de los índices de analfabetismo, que a futuro se verá

reflejado en menores oportunidades, menor productividad, acentuando las condiciones de pobreza” (Lozano, Bohórquez y Zambrano, 2015, p. 370).

Es importante señalar que las causas sociales que originan emergencia obstétrica están entrelazadas con la educación, alimentación, prácticas culturales, empleo, es decir no solamente se tiene que comprender la salud desde el punto de vista médico, sino es indispensable verificar la influencia de los determinantes sociales.

La mujer es el eje del hogar y en muchos se configura como el único o más importante sostén familiar; su discapacidad por emergencia obstétrica o la muerte “representa una pérdida económica para la familia por ser un miembro activo en la producción; genera un impacto adverso en la economía de los hogares, reflejado en la disminución de los ingresos, aumento de gastos, deudas más altas”(Lozano, Bohórquez y Zambrano, 2015, p.368), pero también genera más pobreza, desintegración familiar, que de una u otra manera impacta en la sociedad en el corto, mediano y largo plazo.

4.7 ESTUDIOS REALIZADOS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Con la finalidad de puntualizar los estudios que se han elaborado referente al tema de investigación estudiado; en la siguiente tabla que se propone se detallan los últimos estudios sobre los determinantes sociales de salud y la emergencia obstétrica, los cuales se buscaron en bases de datos de Scielo, Dialnet y Clacso, cuyo criterio fue seleccionar los elaborados entre el 2012 al 2017, es decir lo más actual con referencia al tema de investigación que se realiza.

Se puede apreciar en la tabla 13 que predomina el estudio de la muerte materna y corresponde eminentemente con lo que determinan los Objetivos del Desarrollo Sustentable, los cuales abordan la importancia de la disminución de la muerte materna.

En la tabla 14 se enlistan las **tesis realizadas en la UNAM**, referentes a los estudios sobre determinantes sociales en salud y la emergencia obstétrica, en donde aprecia una carga en el estudio de la emergencia obstétrica, desde el punto de vista de la medicina y los estudios con gran énfasis en evitar muertes maternas, pero no se vislumbra un esfuerzo por encontrar una explicación social de la problemática.

Tabla 13. Estado del arte: Estudios realizados sobre determinantes sociales de la salud y la emergencia obstétrica

PAÍS	TÍTULO	ENFOQUE	MUESTRA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Colombia (2012) Dialnet	Análisis de la mortalidad materna desde los determinantes sociales en los países de Latinoamérica y el Caribe	Cuantitativo	Revisión de 999 artículos de factores de riesgo asociados a la muerte materna	Revisión documental	Base de Excel
México 2013 SciELO	Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna	Cuantitativo	Revisión de dos fuentes de información	Revisión Documental	Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición 2006 y 2012 (ENSANUT 2006 y 2012); 2) La base de datos que monitorea las defunciones maternas de 2012 en México (hasta el 26 de diciembre de 2012) y las estimaciones de los nacidos vivos (NV) del Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el mismo año.

México 2013 Clacso	Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México)	Cualitativo	18 personas cuyos criterios de selección de la muestra fueron por conveniencia, buscando diversidad de las mujeres por edad, situación conyugal y paridad	Entrevista	1.-Censos de Población y Vivienda, 1990, 2000 y 2010. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI). 2.-Conteos de Población y Vivienda, 1995 y 2005. INEGI. 3.-Proyecciones de la población. De los municipios de México, 2010-2030. Consejo Nacional de Población (Conapo). 4.-Estadísticas Vitales. Mortalidad. INEGI/Secretaría de Salud. 5.-Egresos hospitalarios en instituciones públicas de salud. Secretaría de Salud.
México 2013 SciELO	Aspectos sociales de la muerte materna: análisis de 5 años en el Hospital General de Occidente. Jalisco, México	Cuantitativo	Estudio de la ocurrencia de 22 muertes maternas	Revisión Documental	1.- Revisión en el archivo del hospital General de Occidente para utilizar como fuente de información los certificados de defunción, la autopsia verbal, el cuestionario confidencial y el dictamen de las muertes maternas.
Perú 2016 SciELO	La investigación en morbilidad materna extrema	Cualitativo	Se indagó desde una perspectiva narrativa y crítica en siete bases de datos internacionales: SCIELO, EBSCO, MEDIC LATINA, PUBMED, INDEX, REDALYC y SCOPUS	Revisión documental	2.- Interpretación del tipo de informantes a los que se recurre para comprender la complejidad de la experiencia materna crítica, así como el enfoque de investigaciones implementadas.

Elaboración propia, 2018, con base en el análisis de los estudios citados.

Tabla 14. Estado del arte: Estudios realizados sobre Determinantes sociales de la salud y la emergencia obstétrica.

NOMBRE DEL ESTUDIO	ENFOQUE	AÑO DE PUBLICACIÓN	DÓNDE SE CONSULTÓ	HALLAZGOS
Problemas del sistema de salud en estados de México con alta incidencia de mortalidad materna	Médico	2013	SCIELO: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000200010&lang=pt	Se llegó a establecer un esfuerzo de gestión del conocimiento realizado por Cop (Comunidades de práctica) estatales donde se destaca la importancia de complementar el conocimiento tácito con la evidencia científica para enfocar la formulación de los problemas del sistema de salud hacia soluciones efectivas adecuadas a cada contexto.
Valoración de la atención de la Emergencia Obstétrica en un Hospital del tercer nivel	2014	Médico	Tesis UNAM: http://132.248.9.195/p/td2014/febrero/301013776/Index.html	Se encontró que los tiempos de atención de una paciente embarazada de riesgo durante los cambios de turno rebasaron todos los estándares aceptados internacionalmente.
Código de atención a la Emergencia Obstétrica como Herramienta para abatir la Mortalidad Materna en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza	Médico	2015	Tesis UNAM http://132.248.9.195/p/td2015/julio/405025259/Index.html	Se concluyó que existen situaciones que están presentes en el contexto de la mortalidad materna; en las cuales no únicamente es responsabilidad del personal médico; sino consecuencia tales como la cultura, la pobreza, la dificultad para el acceso a los servicios de salud, burocracia extrema que retarda la atención oportuna.
Histerectomía obstétrica de emergencia: Morbilidad y Mortalidad en pacientes del Hospital General Dr. Enrique Cabrera durante el periodo 2012 a 2015	Médico	2016	Tesis UNAM: http://132.248.9.195/p/td2016/abril/512232658/Index.html	En las recomendaciones de la investigación se postuló, Adecuar programas, en coordinación con el primer nivel de atención, para pacientes embarazadas que les permita tomar conciencia sobre su oportuna y puntual cita médica prenatal con el objetivo de identificar factores de riesgo para histerectomía obstétrica de emergencia.

Elaboración propia, 2018, con base a los estudios enunciado

CAPÍTULO 5

LOS DETERMINANTES SOCIALES QUE SE INVOLUCRAN EN LA EMERGENCIA OBSTETRICA, A PARTIR DE UN ESTUDIO EN EL HMIGVAZ

Los determinantes sociales de salud, permitirán entender el papel que juegan en la presencia de la emergencia obstétrica, de tal forma que se puedan analizar en el HMIGVAZ, y se pueda entender esta conjugación teórica en la práctica bajo la guía de preceptos metodológicos.

Ahora bien, los planteamientos metodológicos, permitieron comprender la forma en que se realizó la investigación de tal forma que nos oriente para saber cuáles son los elementos que se tomaron en consideración y bajo que diseño metodológico, además de técnicas e instrumentos sostendrán el presente estudio.

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La presente investigación está enfocada en conocer los determinantes sociales de la salud que condicionaron que una mujer viva una emergencia obstétrica y que en un momento dado vulneraron su salud y propiciaron que su vida estuviera en riesgo. Esta problemática nos lleva a evidenciar que no se le ha dado a la emergencia obstétrica, la importancia que tiene en términos de ser desencadenante de otras consecuencias, tales como daños orgánicos en las mujeres y la peor de toda la muerte materna.

Así bien, una causa es originada por otras, en este caso, nos referimos a aspectos de índole estructural, si nos remitimos a los determinantes sociales de la salud, se sabe que son aquellas condiciones en que las personas nacen, crecen y se desarrollan, de manera que representan su realidad.

Por tanto, el presente estudio se encaminó precisamente a definir qué determinantes sociales se encuentran presentes en una emergencia obstétrica, lo que nos brindara información de lo que ocurre en el contexto social de las mujeres. En función de los indicadores que se rescaten, se pudieron definir

nuevas líneas de actuación, para mitigar en lo posible la incidencia de la emergencia obstétrica y por tanto se coadyuvara en la disminución de la muerte materna.

El estudio se llevo a cabo, en el Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria, de Atizapán de Zaragoza, ubicado en el Estado de México, esto por el número de pacientes que presentan emergencia obstétrica, así como por ubicarse en una de las entidades que a nivel nacional maneja altas cifras en cuanto a muerte materna se refiere.

Cabe resaltar que el mes de febrero del año 2017, fue el seleccionado para encuestar a las mujeres que cursaron por una emergencia obstétrica, por ser el periodo donde hubo mayor registro de emergencias obstétricas.

5.2 JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Cifras del INEGI, mencionan que para el 2018, se estimaba en el país “una población femenina en edad fértil (15 a 49 años de edad) de 34.1 millones que representan el 53.4% de la población femenina total” (INEGI, 2018, p. 17), este dato nos habla de la tendencia en aumento de mujeres gestantes, paralelo a ello también existe un incremento de la emergencia obstétrica (EO), que se ha vuelto una práctica común en las unidades médicas que brindan atención a la mujer embarazada, el cual consiste en un protocolo que atiende los signos y síntomas de alarma que presentan las pacientes y que las predispone de tal modo que pueden incluso perder la vida.

Sin embargo, estos padecimientos, se han vuelto más un evento que es atendido de manera inmediata por el equipo de salud, antes que ser considerado un fenómeno recurrente y motivo de estudio, por ser un indicador de causas y consecuencias para la mujer que lo vive y para su núcleo familiar.

De manera que, se ha visto a la emergencia obstétrica como un evento aislado de la realidad que embarga a las mujeres. En los hospitales, que es donde se

identifican estos padecimientos, se cuenta con especialistas, capaces de atender las diferentes patologías, que complican el proceso de parto y que su pericia se refleja al llevar a cabo una intervención médica que pone a “salvo” a la mujer y toda vez que esta se encuentra clínicamente “bien”, (en el mejor de los casos), “concluye” la atención y el ciclo se repite una y otra vez. La información revisada lleva a que se señale, que una misma mujer que ha vivido una emergencia obstétrica regresa en su próximo embarazo en las mismas condiciones, lo cual es una evidencia clara de que se ha omitido un estudio por demás enriquecedor en términos de reducir situaciones de riesgo para la mujer gestante.

La idea de retomar la emergencia obstétrica es con la intención de estudiarla como un fenómeno que puede ser evitado, toda vez que conozcamos los determinantes sociales de la salud que la originan y desde luego con el afán de evitar consecuencias que van desde secuelas por daño orgánico que pueden condicionar la calidad de vida de las mujeres y el más terrible de los escenarios la muerte materna.

Por ello el estudio de la emergencia obstétrica, desde una perspectiva social es importante ya que se reconoce que existen aspectos sociales en las enfermedades, que en la mayoría de los casos no son atendidos, sin pensar que ello conlleva un inminente riesgo de muerte, datos de la Organización Mundial de la Salud señalan que: “Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres⁵ por causas que podrían ser prevenibles, las cuales están asociadas con el embarazo y el parto, antes de llegar a conformarse” (OMS, 2015), generalmente las cuestiones sujetas de prevención son de índole social.

Hasta muy recientemente la emergencia obstétrica ha sido considerada como un campo de estudio natural y exclusivo de las ciencias médicas y biológicas, lo que ha conducido a que, si bien se hayan logrado avances importantes en el conocimiento respectivo a este enfoque,

⁵. -Existe un contraste en los datos ya que los estudios de Campos, Hurtado, Pulido et al (2013) que señalan que “en el mundo siguen muriendo prácticamente 1000 mujeres cada día por falta de atención médica en el periodo prenatal y postnatal” (p. 1).

desafortunadamente no se cuente con un desarrollo comparable sobre sus aspectos sociales y psicológicos, (Ojeda, 1999; p. 39).

Tan es así que la mortalidad materna no es únicamente atribuible a cuestiones médico-sanitarias, sino que es también resultado de factores sociales que incrementan el riesgo de que una mujer pueda “perder la vida durante el embarazo y los eventos obstétricos derivados del mismo” (Uribe, citado por Gamboa & Valdés, 2015, p.15).

En México encontramos que la dimensión de la problemática alcanzó cifras importantes, ya que los estudios que se han realizado en los periodos que van del:

2002 al 2006, señalan que existieron 6,263 muertes de las cuales 5,257 eran evitables⁶ y aunque ha existido una disminución entre los años 2007 al 2011, ya que para este periodo se presentaron sólo 5,386 defunciones maternas, todavía existen 4,046 catalogadas como evitables (Freyermuth, y Luna; 2014, p. 51),

Es decir 75.1% de las muertes que se produjeron pudieron ser prevenibles, por tanto los datos reflejan la importancia de atender esta problemática considerando no solamente el dato estadístico, sino también al tomar en cuenta las causas sociales que están concatenadas con las muertes maternas.

La literatura nos indica que la emergencia obstétrica se relaciona de manera directa con la muerte materna y se presenta en Estados donde se acentúa la pobreza, más sobresale que en el Estado de México, pese a ser una de las entidades con mayor número de unidades médicas, tiene altos índices de mortalidad materna, por ello la importancia de conocer precisamente en esta entidad qué factores están involucrados en la emergencia obstétrica.

⁶ Las muertes evitables son aquellas defunciones que dado el nivel de desarrollo de la tecnología médica, no debieran producirse.

En el 2015 en el Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza (**HMIGVAZ**), se atendieron “5,850 pacientes ginecológicas, de las cuales **314 fueron clasificadas como código mater**, lo que representa el 5.31 % de la población que se atendió en el hospital por el área de ginecología” (Departamento de Trabajo Social del HMIGVAZ, 2016).

Así bien el presente espacio, será el centro donde serán captados los casos de aquellas mujeres que desafortunadamente vivieron un episodio de muerte materna, a razón de haber experimentado un suceso que vulneró su integridad física y emocional y donde se rescataran los elementos compartidos y no compartidos que propiciaron la EO.

Uno de los beneficios, del estudio es que, al considerar la óptica social, se dará lugar a retomar un terreno hasta cierto punto poco explotado y que precisamente al tomar en cuenta esta perspectiva permite la integralidad de acuerdo a lo que se versa el concepto de salud de la OMS. De igual modo los resultados, darán lugar a especificar nuevas líneas actuación y de investigación.

Terán (1989), especifica “que el trabajador social en el ámbito de la salud requiere “identificar los factores económicos, sociales y culturales que intervienen en la frecuencia y distribución de la enfermedad” (p.26). Para las autoras Fernández y Fuster (2012) uno de los objetivos específicos del trabajador social en el área de la salud es: “Participar en la formulación, la ejecución y la evaluación de políticas de salud, desde el punto de vista de su competencia” (p.8), entonces para lograr lo anterior es prioritaria la investigación dentro de cada campo de acción, a partir de un conocimiento fundado y teniendo como base una problemática determinada y concreta.

Por tanto, en esta investigación lo que se busca desde la intervención de Trabajo Social es lograr encontrar el grado de incidencia que tienen los determinantes sociales de la salud en los problemas obstétricos de las mujeres en el Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria de Atizapán”, a partir de la siguiente interrogante:

¿Cuál es el grado de incidencia que tienen los determinantes sociales de la salud en la presencia de la emergencia obstétrica?

5.2 HIPÓTESIS

Si en la emergencia obstétrica, se consideran todos los determinantes sociales de salud involucrados, entonces se podrá observar que factores están interaccionando con más frecuencia para que se presente esta problemática de salud.

5.4 OBJETIVO GENERAL

- ✓ Describir la emergencia obstétrica, a partir de los determinantes sociales de la salud que están involucrados en la ocurrencia de este padecimiento, en mujeres que ingresaron al servicio de urgencias del Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza durante el 2017.

5.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar dentro de la emergencia obstétrica, los determinantes sociales de salud que se presentaron dentro del microsistema de la población de estudio.
- Establecer en la emergencia obstétrica los determinantes sociales de salud que interaccionaron dentro del mesosistema y que incidieron en la presencia de este padecimiento.
- Describir dentro de la emergencia obstétrica los determinantes sociales de salud que se presentaron dentro del exosistema, de las mujeres que sufrieron la emergencia obstétrica.

5.6 METODOLOGÍA

La metodología establece el diseño y el tipo de estudio que se desarrolló y los pasos que conllevará la realización de este estudio.

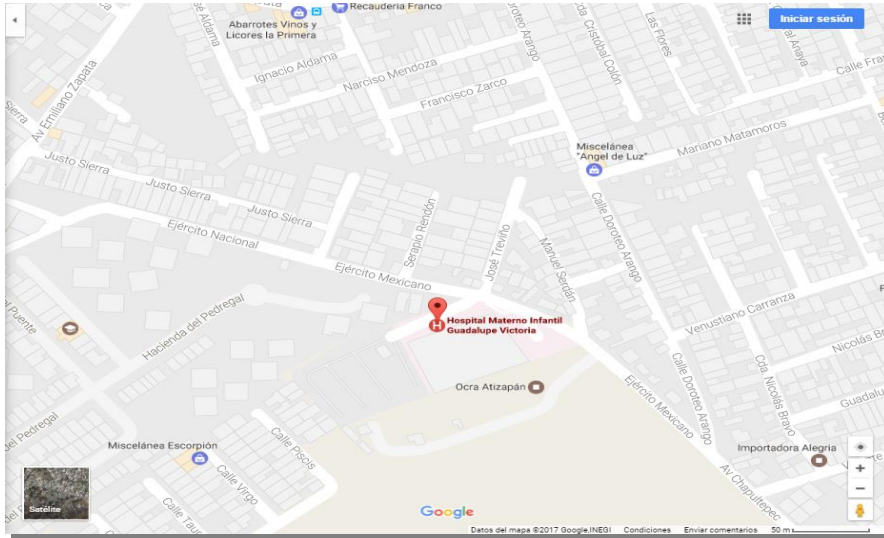
5.6.1 LUGAR DONDE SE REALIZÓ LA INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el HMIGVAZ, el cual fue inaugurado el 14 de septiembre del 2011. Este hospital fue creado como consecuencia de un estudio realizado en 1996, que mostró “las necesidades específicas que en materia de salud tiene la región norte del municipio” (Departamento de Enseñanza, ISEM, 2015; 3).

En esta zona no se ha observado un hospital similar, del sector público, que incluya estas especialidades. Se ha postulado que con este hospital se está brindando “atención también a mujeres con diabetes o hipertensión, quienes requieren cuidados específicos durante su embarazo y parto. Así también, prevención de cáncer de mama o cérvico-uterino, patologías de ovario, o cirugía general ginecológica y sus trastornos” (Departamento de Enseñanza, ISEM, 2015, p.4).

A partir de diversos estudios realizados en el año de 1996, se visibilizó la necesidad de que en Atizapán de Zaragoza requería de un hospital que diera atención de tercer nivel, “la falta de presupuesto y terrenos demoraron el proyecto por más de una década por lo que finalmente partir del 2010, es cuando finalmente se concretó con la escrituración de los terrenos donados y la elaboración del hospital” (Departamento de Enseñanza, ISEM, 2015, p.4).

Figura 1. Ubicación del Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza



Fuente: Mapa Interactivo, Atizapán, 2017.

Jurisdicción: ATIZAPÁN DE ZARAGOZA; **Localidad:** CIUDAD LÓPEZ MATEOS

Domicilio: EJERCITO MEXICANO NO. EXT. LOTE 11 NO. INT. 0, EJERCITO MEXICANO Y EMILIANO ZAPATA, COL. EX HACIENDA DEL PEDREGAL C.P. (52918)

Teléfono: (55)21645128

Correo electrónico:

hmiguadalupevictoria@hotmail.com

Tipo de Unidad: HOSPITAL ESPECIALIZADO

5.6.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de Estudio

La investigación en cuanto a su tipo es cuantitativa, respecto a su diseño es no experimental⁷ transversal, en cuanto a su división del diseño entró dentro de la categoría transaccional descriptivo, con la finalidad tratar de caracterizar lo más objetivamente una problemática social, en un periodo y tiempo determinado.

Para este estudio el diseño transeccional descriptivo tiene como objetivo determinar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. En este sentido el fenómeno de la emergencia obstétrica requiere su descripción y establecer una aproximación desde lo social para entender esta problemática de salud y los elementos que repercuten en que se continúe presentando.

⁷ -Las investigaciones no experimentales son aquellas en las cuales el investigador no tiene el control sobre la variable independiente, que es una de las características de las investigaciones experimentales y cuasiexperimentales, como tampoco conforma a los grupos del estudio.

5.6.3 SELECCIÓN DE MUESTRA

Universo de Trabajo:

- Pacientes del servicio de Ginecología.

Universo de estudio:

- Mujeres que hayan tenido una emergencia obstétrica

Muestra:

- Mujeres atendidas en el H.M.I.G.V. de A. de Z. con emergencia obstétrica durante el 2017, que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

5.6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Tabla 15. Criterios de inclusión y exclusión para elección de pacientes que participarán en la investigación.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">➤ Mujeres mexicanas➤ Que hayan tenido emergencia obstétrica en el mes de febrero del 2017	<ul style="list-style-type: none">➤ Mujeres extranjeras➤ Que hayan cursado por emergencia obstétrica en los meses de: enero, marzo, abril, mayo, junio, julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre, diciembre

Elaboración propia, 2018, con base a información obtenida del Departamento de Trabajo Social del HMIGVAZ, durante el año 2016.

Es preciso establecer que tampoco se tomó como base fundamental el diagnóstico, por el cual la paciente fue considerada como código mater, sin embargo, es pertinente aclarar que en un “68 %, la preeclampsia fue la principal causa de emergencia obstétrica” (Departamento de Trabajo Social, 2016 del

HMIGVAZ; 10) en el Hospital Materno Infantil “Guadalupe Victoria” de Atizapán de Zaragoza.

Se hizo una revisión exhaustiva de los códigos mater que ocurrieron en el año 2017 y de ahí se seleccionó una muestra no probabilística de tipo intencional o deliberado ya que según López (2004) bajo este tipo “El investigador decide según los objetivos, los elementos que integrarán la muestra, considerando aquellas unidades supuestamente típicas de la población que se desea conocer. El investigador decide qué unidades integrarán la muestra de acuerdo a su percepción” (p.73).

La interpretación más precisa para esta investigación será segmentar la totalidad de los casos de emergencia obstétrica que se presentaron en el HMIGVAZ, durante el 2017, después de un proceso de trabajo de campo dentro de la institución, se detectó que el mes febrero fue el periodo donde se presentaron más casos de emergencia obstétrica (códigos mater), por tanto se estipuló encuestar a todas las mujeres que sufrieron emergencia obstétrica en este mes, las cuales tienen un lugar de residencia multivariados entre los que destacan Atizapán, Nicolás Romero, Tlanepantla, Cuautitlán y Melchor Ocampo donde se recurrirá a encuestar a las pacientes que cursaron por emergencia obstétrica.

5.6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Tabla 16. Criterios que se utilizaron para la obtención de datos en la investigación

Técnicas	Instrumentos
<p>Revisión Documental: Lo cual se realizó de manera constante para estar contemplando los avances que hay en el tema de investigación; a partir de artículos y revistas científicas, tesis y libros.</p>	<p>Encuesta: Fue el instrumento que se aplicó directamente a la población seleccionada, a través de visita domiciliaria.</p>
<p>Observación: Esta técnica permitió un acercamiento con el fenómeno de estudio.</p>	<p>Guía de observación: Determina elementos puntuales de lo que se tuvo que analizar a partir de la observación y se relacionaba con los objetivos de la investigación, en este caso se puntualizaron cuestiones relacionadas con el hogar de las mujeres a las que se les realizó visita domiciliaria, además de la forma de relacionarse dentro de sus familias y los recursos comunitarios.</p>
<p>Visita domiciliaria: Bajo esta técnica se pudieron aplicar las encuestas contempladas para la investigación desarrollada y podremos corroborar datos que se tienen contemplados en el instrumento en el apartado de vivienda.</p>	<p>Diario de campo: Permitió la reconstrucción de situaciones y aspectos que sean relevantes dentro de la investigación.</p>
<p>Revisión de expedientes: Con la finalidad de obtener, información de fuentes secundarias acerca de las pacientes.</p>	

Elaboración propia, 2018, tomado como referencia la tesis la Intervención de Trabajo Social en el Proceso de Trasplante Hepático, 2012 y Cerda, 1991.

5.6.6 ESTRATEGIAS DE ABORDAJE

De acuerdo con la información del HMIGVAZ del 2017⁸, se presentaron 5,500 pacientes ginecológicas, de las cuales **301 fueron consideradas códigos mater**, siendo el mes de febrero donde más se presentaron emergencias obstétricas con 38 casos registrados, y aunque las pacientes en cuanto a su edad y lugar de residencia fue multivariado, es primordial tener una cosmovisión de por qué en este espacio del tiempo y bajo qué características se presentaron estos códigos mater.

De las pacientes seleccionadas se realizó un primer acercamiento a partir de los expedientes, de los cuales se obtuvo los principales datos sociodemográficos de la paciente y su familia, tales como: ingreso, integrantes del núcleo familiar, tipo de vivienda y su tenencia, entre otros.

Mediante la selección muestral por racimos, se definió la población de estudio, y se realizaron las encuestas, a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que acepten voluntariamente participar en el estudio.

5.6.7 FORMACIÓN DE LA CATEGORÍA Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La formación de categoría de análisis, proviene de la interrelación de los determinantes sociales de salud planteados por las investigaciones de la Comisión de Salud de Canadá, los Moiso y la Organización Mundial de la Salud, lo cual se muestra en la siguiente tabla:

⁸. -Se tuvo acercamiento en el hospital en el mes de febrero del 2018, para obtener esta información vía telefónica.

Tabla 17. Principales determinantes sociales de la salud y factores sociales que inciden en la problemática de la Emergencia Obstétrica

Determinantes sociales de Salud de la (Public Health Agency of Canadá) (1)	Determinantes Sociales de la Salud (MOISO)(2)	Determinantes Sociales estructurales e intermedios (3)
Ingreso y estatus social	Gradiente social	Determinantes estructurales de inequidades en la salud Posición económica Clase social / sexo
	Estrés	Factores conductuales y biológicos
	Exclusión social	Gobernanza
Empleo/ condiciones de trabajo	Condiciones de trabajo	Políticas macroeconómicas Contexto socioeconómico y político
	Empleo/ Desempleo	Políticas sociales (mercado laboral /vivienda)
Redes de apoyo social	Apoyo social	Políticas públicas (educación/ protección social)
	Adicciones	
	Alimento saludable	
	Trasporte	
	Vivienda	Ingresos
La práctica de salud personal y las habilidades para cubrirse / La biología y dotación genética/ los servicios de salud	Servicios de Salud	Determinantes Intermedios/ Sistemas de Salud
Educación	Educación	Educación Políticas públicas (educación/ protección social)
Cultura	Cultura	Circunstancias materiales (Condiciones de vida y trabajo)-Cultura y Valores sociales
Género		Género Factores conductuales y Biológicos
Ambientes sociales / físicos/ Desarrollo infantil saludable/	Ambiente social	Factores psicosociales

Elaboración propia, con base a los estudios de Public Health Agency of Canadá (1), citados por Moiso 2007, Determinantes de Salud señalados por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud de Canadá citados por Moiso, 2007 (2) y Solar e Irwin, citado por Sáenz, 2015 (3).

Como se puede apreciar, existen determinantes sociales de salud que bajo la perspectiva del modelo ecológico, impactan en la salud del individuo desde el nivel micro hasta lo macro, sin embargo es pertinente observar como en la interacción diaria del individuo, se presentan situaciones que son factores concatenantes y tienen como resultado final una emergencia obstetrica.

Para finalizar una vez analizado el cuadro anterior es preciso señalar que los determinantes sociales de salud, que se tomaron en en la presente investigación serán los siguientes: **datos sociodemográficos, gradiente social, estrés, exclusión social, apoyo social, empleo, adicciones, alimentación, transporte, vivienda, servicios de salud, educación, género (violencia de género) y cultura (usos y costumbres), además del ambiente social donde se desenvuelven las pacientes (Anexo).**

Prueba piloto

- Se realizó una prueba piloto para comprobar la funcionalidad del diseño de la encuesta, con una paciente voluntaria.
- Se realizaron las modificaciones pertinentes en alguna de las preguntas.
- Se optimizó el tiempo de aplicación de la encuesta.

5.5.8 ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Confidencialidad: Bajo este principio se buscó realizar la investigación con la mayor objetividad y en este sentido los nombres de las personas encuestadas, así como direcciones e información de las percepciones económicas, se hizo guardando este principio.

Ética: Se mantuvo la confidencialidad en cuanto nombres, direcciones e información que brindaron las pacientes, además la información vertida es tal cual lo manifestaron las personas encuestadas.

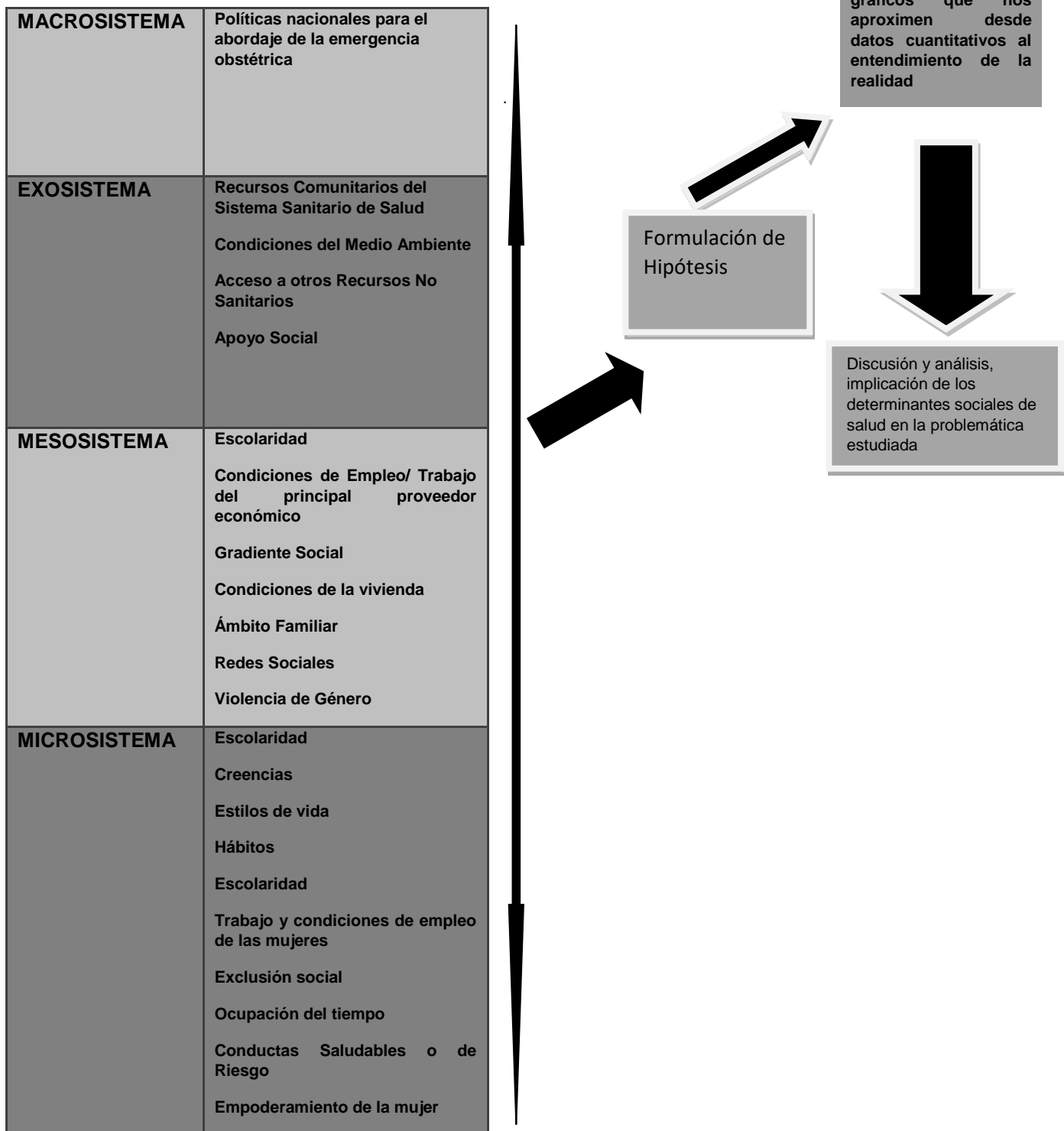
Derecho de autor: Toda la información vertida en esta investigación fue de acuerdo a este principio y todas las citas textuales se aseguran que se realizaron dándole el crédito a las personas que lo realizaron.

5.5.9 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Una vez realizadas las encuestas, se analizaron los resultados en SPSS (**Statistical Package for the Social Sciences**) y se determinaron cuáles son los principales determinantes sociales de la salud que inciden en la emergencia obstétrica.

Se describieron los datos a través de datos estadísticos compuestos por distribución de frecuencias y gráficas, lo cual dará cuenta de cómo se está presentando la problemática a partir de los determinantes sociales de la salud, los cuales se clasificaron de acuerdo al modelo ecológico, a partir de variables específicas que se presentan a continuación:

Diagrama 2. Componentes para análisis para la investigación



Elaboración, propia, 2018

La información obtenida a través de distribución de frecuencias y gráficas, permitirá tener una descripción de los determinantes que influyen en la emergencia obstétrica. En este sentido es importante aclarar que el proceso de análisis es el siguiente:

- Se aplicarán los instrumentos y se procederá a vaciar los resultados en el SPSS
- Una vez aplicadas las encuestas se analizan las respuestas y se realiza análisis de resultados.
- Se redacta y se presentan los resultados, para comprobar o determinar futuras líneas de investigación.
- Obtener los hallazgos y las conclusiones de la investigación

CAPÍTULO 6

HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados del presente estudio se realizaron siguiendo un marco lógico donde, para que exista una mayor comprensión de los resultados se decidió realizarlo siguiendo el esquema del modelo ecológico, es decir a partir del microsistema, mesosistema y exosistema.

Municipios

Es importante analizar de qué municipios procedían las mujeres que llegaron al hospital con emergencia obstétrica y considerar también este elemento dentro de los determinantes sociales de salud, a partir de la siguiente tabla:

Municipios	Frecuencia	Porcentaje
Atizapán de Zaragoza	18	47.4
Nicolás Romero	12	31.6
Cuautitlán Izcalli	4	10.5
Tlalnepantla	3	7.9
Melchor Ocampo	1	2.6
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

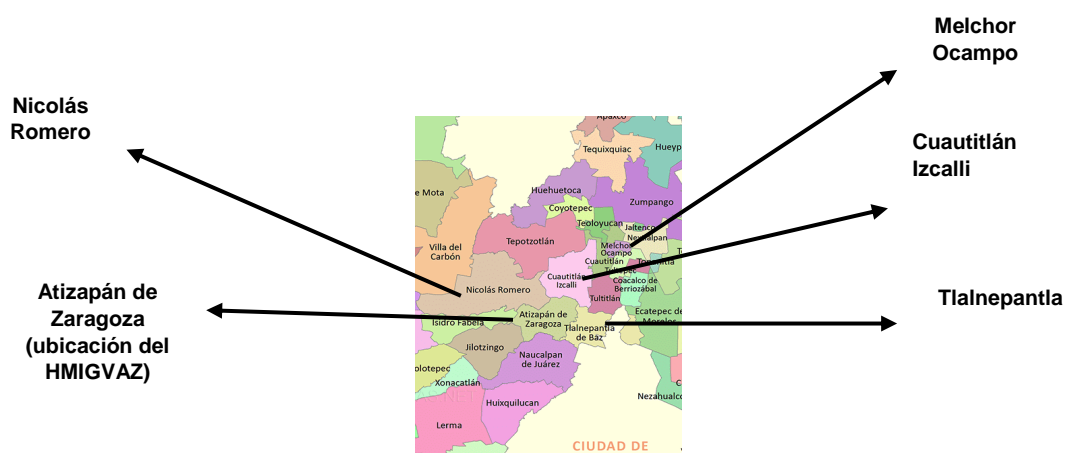
El 47.4% de las mujeres, consideradas para el estudio, pertenecen al municipio de Atizapán de Zaragoza y un 31.6% pertenecen a Nicolás Romero, esto por la facilidad de traslado de las mujeres del primer municipio y en el caso de las féminas de la otra localidad, por representar una alternativa de carácter público y de servicios especializados, para pacientes que requieren atención ginecológica

También hubo pacientes de los municipios de Cuautitlán Izcalli, Tlalnepantla y Melchor Ocampo, cabe mencionar que, por su ubicación, pudieron ser atendidas en hospitales más cercanos, como el General de Valle Ceylán en los primeros dos casos y en el Hospital José Vicente Villada en el último.

Sin embargo, en ocasiones los servicios médicos en las diferentes unidades se

encuentran saturados, lo que conlleva a que las pacientes sean derivadas a otros hospitales, previa valoración médica, o con ausencia de la misma esto porque las usuarias deciden buscar otras opciones, por los prolongados tiempos de espera. Situación que las vulnera, ya que se desconocen las condiciones clínicas y aspectos externos, como el tiempo de traslado a otras unidades.

Figura 3. Ubicación geográfica de los municipios, de donde proceden las pacientes



Elaboración propia, 2018

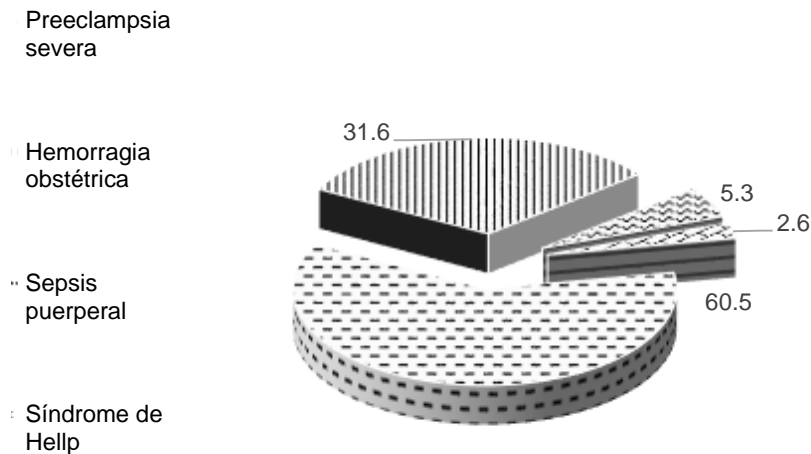
6.1 Microsistema

Este apartado se diseñó, a partir de tomar en consideración aspectos que son individuales de las mujeres encuestadas y que requieren de un análisis descriptivo que lleve a comprender cuáles son las situaciones que interfirieron para que las pacientes hayan cursado por emergencia obstétrica.

Diagnóstico por el que ingresaron las pacientes

La información obtenida a través de las encuestas sobre los principales diagnósticos por los que ingresaron las pacientes se clasificó dentro de la siguiente gráfica:

Gráfica 1. Diagnóstico por el que ingresaron las pacientes, HMIGVAZ, 2018



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

La literatura reporta que en nuestro país los principales diagnósticos por los que las mujeres pueden cursar por una emergencia obstétrica son: Enfermedad hipertensiva del embarazo, hemorragia del embarazo, parto y puerperio entre otras (Ver: López-Ocaña, et al., 2017, p.50), ahora bien en el HMIGVAZ, de las mujeres encuestadas, el 60.5% ingresó a esta institución, por preeclampsia severa, que también se relaciona con la enfermedad hipertensiva, sin embargo se postula que esta enfermedad es prevenible, a partir de atención sanitaria, pero integral, es decir no solamente médica, sino que intervengan distintas áreas y por ende trabajo social, con acciones específicas delimitadas y concretas.

Edad

Se verificó la edad y diagnóstico por el que ingresaron las pacientes al hospital, lo cual concentró en la siguiente tabla:

Tabla 19. Edad/ Diagnóstico por el que ingresaron las pacientes, HMIGVAZ, 2018

Opciones		Diagnóstico				Total	
		Preeclampsia severa	Hemorragia obstétrica	Sepsis puerperal	Síndrome de Hellp		
Edad	15	Casos	0	0	1	0	1
		Porcentaje	0.0%	0.0%	50.0%	0.0%	2.6%
	16	Casos	2	0	0	0	2
		Porcentaje	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
	17	Casos	0	1	0	0	1
		Porcentaje	0.0%	8.3%	0.0%	0.0%	2.6%
	18	Casos	1	0	0	0	1
		Porcentaje	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	19	Casos	1	1	0	0	2
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	20	Casos	1	1	0	0	2
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	22	Casos	2	0	0	0	2
		Porcentaje	8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
	23	Casos	3	0	0	0	3
		Porcentaje	13.0%	0.0%	0.0%	0.0%	7.9%
	24	Casos	0	2	0	0	2
		Porcentaje	0.0%	16.7%	0.0%	0.0%	5.3%
	25	Casos	1	1	0	0	2
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	26	Casos	1	1	0	0	2
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	27	Casos	1	0	0	0	1
		Porcentaje	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	28	Casos	3	1	1	0	5
		Porcentaje	13.0%	8.3%	50.0%	0.0%	13.2%
	29	Casos	2	1	0	0	3
		Porcentaje	8.7%	8.3%	0.0%	0.0%	7.9%
	32	Casos	1	1	0	0	2
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	33	Casos	1	1	0	1	3
		Porcentaje	4.3%	8.3%	0.0%	100.0%	7.9%
35	Casos	1	0	0	0	1	
	Porcentaje	4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	

	41		1	1	0	0	2
			4.3%	8.3%	0.0%	0.0%	5.3%
	43		1	0	0	0	1
			4.3%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
Total		Recuento	23	12	2	1	38
		Porcentaje en referencia al Diagnóstico	60.5%	31.6%	5.3%	2.6%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

La edad de las pacientes que cursaron por emergencia obstétrica es multivariada se pudo observar embarazos en la adolescencia en un 18.4% de las mujeres encuestadas y en personas mayores a 35 años en el 7.9% de la muestra, la edad de 28 años fue donde se detectaron más casos de emergencia obstétrica, lo cual representa el 13. 2% de las féminas encuestadas.

En las mujeres que cursaron embarazo en la adolescencia y en las mayores de 35 años, el principal diagnóstico por el que ingresaron fue por preeclampsia severa.

Religión

Es importante conocer la religión que profesan las mujeres ya que a partir de esta información se tiene conocimiento de las creencias de las mujeres, a través de la siguiente tabla:

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Católico	28	73.7
Testigo de Jehová	3	7.9
Ateo	2	5.3
Cristiana	5	13.2
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se pudo observar que un 76.3% de las mujeres profesan la religión católica, sin embargo, hay una presencia de otras religiones, en un 7.9% testigo de Jehová y

en 13.2 % son cristianos, lo que en conjunto suman 21.1%, pero sobresale que también hay un 5.3% que son ateos, lo que lleva a establecer que hay gente que no profesa ninguna religión.

Educación

Es importante contextualizar la formación académica de las mujeres, ya que se establece que la falta de educación se relaciona con la emergencia obstétrica, aspecto que se corroboró a través de la siguiente tabla:

Tabla 21. Último grado de estudio/Tipo de preparación adicional de las mujeres encuestadas, HMIGVAZ, 2018					
Opciones			Tipo de preparación adicional		Total
			Sí	No	
Último Grado de Estudios	Primaria	Recuento	1	6	7
		% del total	2.6%	15.8%	18.4%
	Secundaria	Recuento	2	17	19
		% del total	5.3%	44.7%	50.0%
	Medio superior-carrera técnica	Recuento	2	8	10
		% del total	5.3%	21.1%	26.3%
	Superior-Posgrado	Recuento	0	2	2
		% del total	0.0%	5.3%	5.3%
Total		Recuento	5	33	38
		% del total	13.2%	86.8%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se halló información que señala que las mujeres encuestadas en un 18.4% cuentan con educación primaria, sin embargo, en la mitad de la muestra las féminas encuestadas cuentan con educación básica.

Por otro lado, se tiene información que argumenta que más de 30% de la muestra cuenta con educación media superior y superior, lo que habla de una preparación académica de las mujeres encuestadas.

Además, se observó que en algunos casos las mujeres encuestadas cuentan con preparación adicional, lo anterior ocurrió en el 13.2% de la muestra y se desglosa a continuación:

- ✓ Una mujer tomó un curso para ser asistente educativo
- ✓ Una mujer cursó un diplomado en derechos humanos
- ✓ Una mujer se capacitó como instructora de cardio
- ✓ Una mujer tiene un curso de repostería
- ✓ Una mujer tiene un curso de papiroflexia.

Estos datos nos permiten evidenciar que hay disponibilidad y acceso a la educación, pero tendríamos que analizar si esa educación equivale a educación para la salud, o a qué tipo de información no tuvieron acceso las mujeres que las predispuso a cursar por una emergencia obstétrica.

Estado civil

Es importante saber la composición familiar de las féminas que participaron en la investigación, por este motivo se procedió realizar un análisis de su estado civil y edad a partir de la siguiente tabla:

Tabla 22. Edad/Estado Civil de las mujeres encuestadas, HMIGVAZ, 2018

Opciones		Estado Civil			Total	
		Casada	Unión libre	Soltera		
Edad	15	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0.0%	2.6%	0.0%	2.6%
	16		0	1	1	2
			0.0%	2.6%	2.6%	5.3%
	17		0	1	0	1
			0.0%	2.6%	0.0%	2.6%
	18		0	0	1	1
			0.0%	0.0%	2.6%	2.6%
	19		0	2	0	2
			0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	20		0	2	0	2
			0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	22		0	2	0	2
			0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	23		0	1	2	3
			0.0%	2.6%	5.3%	7.9%
	24		0	2	0	2
			0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	25		0	2	0	2
			0.0%	5.3%	0.0%	5.3%
	26		0	1	1	2
			0.0%	2.6%	2.6%	5.3%
	27		1	0	0	1
			2.6%	0.0%	0.0%	2.6%
	28		1	3	1	5
			2.6%	7.9%	2.6%	13.2%
	29		0	2	1	3
			0.0%	5.3%	2.6%	7.9%
32		0	1	1	2	
		0.0%	2.6%	2.6%	5.3%	
33		0	1	2	3	
		0.0%	2.6%	5.3%	7.9%	
35		0	1	0	1	
		0.0%	2.6%	0.0%	2.6%	

	41		1	1	0	2
			2.6%	2.6%	0.0%	5.3%
	43		0	1	0	1
			0.0%	2.6%	0.0%	2.6%
Total		Recuento	3	25	10	38
		% del total	7.9%	65.8%	26.3%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se pudo identificar que del 18.4% de las mujeres que cursaron por un embarazo en la adolescencia (de los 15 a los 19 años), en un 13.1% de los casos vivían en unión libre y en un 5.3% son solteras.

En las mujeres de 28 años que son las más se repiten dentro de la composición muestral en el 7.9% viven en unión libre, en el 2.6% son casadas, y en el mismo porcentaje son solteras.

En las féminas mayores de 35 años se analiza que el 5.6% viven en unión libre y en un 2.6 % de los casos son casadas.

Se observa que la composición de las familias en su gran mayoría, se configura por medio de la unión libre, y sobresale que en los casos donde las mujeres son menores de 20 años vivían, bajo esa adscripción.

Ocupación

Para contextualizar las actividades a las que se dedican las pacientes se pudo verificar que las principales actividades a las que se dedicaban las mujeres encuestadas, están clasificadas a partir de la siguiente tabla:

Tabla 23. Estado Civil/ A qué se dedicó durante su embarazo, HMIGVAZ, 2018						
Opciones			A qué se dedicó durante su embarazo			Total
			Empleado	Empleado informal	Al hogar	
Estado Civil	Casada	Recuento	0	0	3	3
		% del total	0.0%	0.0%	7.9%	7.9%
	Unión libre	Recuento	1	2	22	25
		% del total	2.6%	5.3%	57.9%	65.8%
	Soltera	Recuento	1	2	7	10
		% del total	2.6%	5.3%	18.4%	26.3%
Total		Recuento	2	4	32	38
		% del total	5.3%	10.5%	84.2%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

En la tabla 23, se observa que las mujeres que estaban casadas y representa el 7.9% de la muestra en su totalidad dedicaban al hogar.

Del 65.8% de la muestra que vivían en unión libre, se identificó que en el 7.9% de los casos trabajaban.

Ahora bien, del 26.3% de las mujeres que se encontraban solteras solamente en el 7.9% trabajan.

De las mujeres que cursaron embarazo en la adolescencia y representaba el 18.3 por ciento de la población, en el 15.7 por ciento de los casos las mujeres se dedicaron al hogar.

En relación a las mujeres mayores de 35 años y que representan el 7.9% de la muestra, se aprecia que en la totalidad se dedican al hogar.

También hay que aclarar que las mujeres que trabajaron en el 5.3 % se dedicaron a actividades formales y en el 10.5% en actividades informales.

Prestaciones que tenían en su empleo las mujeres que trabajaban

Es prioritario observar en las mujeres que trabajan las prestaciones que tenían en sus empleos y de esta forma describir en que tipo de actividades se desempeñaban a partir de la siguiente tabla:

Tabla 24. El trabajo que prestaciones le otorgaba/ Cuántas horas trabajaban las mujeres encuestadas, HMIGVAZ, 2018

Opciones			Cuántas horas trabajaba			Total
			Menos de 8 horas	Más de 8 horas	Sin hora de salida	
Prestaciones de su trabajo	De acuerdo a la ley	Recuento	2	0	0	2
		% del total	33.3%	0.0%	0.0%	33.3%
	Sin prestaciones	Recuento	1	2	1	4
		% del total	16.7%	33.3%	16.7%	66.7%
Total		Recuento	3	2	1	6
		% del total	50.0%	33.3%	16.7%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=6.

De las 6 mujeres que trabajaron, en el 66.7% de ellas no tuvieron prestaciones, por haber desarrollado actividades informales, 3 de las cuales trabajaron más de 8 horas y en un caso no tuvo hora de salida.

Solamente se identificó al 33.3% de la muestra en actividades formales en las cuales trabajaron menos de 8 horas.

En relación a los permisos que se brindaron en el trabajo, para acudir a las citas médicas, 4 mujeres que se tenían empleos informales manifestaron que nunca en el trabajo les dieron esas facilidades.

Se les preguntó también si consideraron que su trabajo ponía en riesgo su vida, de los 6 casos, en 5 consideraron que nunca se puso en riesgo su vida, solamente

una mujer señaló que, si se puso riesgo su integridad, ya que se dedicaba a venta de dulces en vía pública.

Se les preguntó a las mujeres encuestadas si durante la etapa de gestación perdieron su empleo y se obtuvieron las siguientes respuestas:

Tabla 25. A qué se dedicaba durante su embarazo /Embarazo le quitaron su empleo, HMIGVAZ, 2018					
Opciones			Embarazo le quitaron su empleo		Total
			Sí	No	
A qué se dedicaba durante el embarazo	Trabajar – Hogar		4	2	6
			66.7%	33.3%	100.0%
Total		Recuento	4	2	6
		% del total	66.7%	33.3%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=10, ya que en 32(84.2 % de la muestra total) las mujeres manifestaron que nunca trabajaron durante el embarazo.

Los datos vertidos en la tabla 25, muestran que de las 6 mujeres encuestadas que trabajan y representa el 15.8% de la muestra se aprecia que en 4 (10.5%) de ellas perdieron su empleo, en la misma cantidad, el desempleo ocurrió en dos ocasiones, lo que se configura en una problemática social de discriminación que pudo tener consecuencias en su salud, por el estrés, que genera el no tener trabajo y con ello recursos para cubrir sus necesidades básicas.

Durante su embarazo se sintió explotada física o laboralmente

Es importante describir si en algún momento del embarazo la mujer sintió una percepción de explotación, por este motivo las respuestas se compilaron en la siguiente tabla:

Tabla. 26. Durante su embarazo se sintió física o laboralmente explotada, HMIGVAZ, 2018

Opciones		Frecuencia	Porcentaje
	Diario	2	5.3
	Continuamente	1	2.6
	Esporádicamente	6	15.8
	Nunca	29	76.3
	Total	38	100.0

Elaboración propia, tomando como n=38

Al investigar si las mujeres se sentían física o laboralmente explotadas originó que encontráramos que en el 23.7% de los casos las mujeres en distinta periodicidad diario, continuamente y esporádicamente tuvieron este tipo de sentimiento, además, es necesario argumentar que 3 mujeres que trabajaban y 6 que se dedicaban al hogar experimentaron este tipo de sentimientos.

Aunque un 76.3% nunca experimentaron algún sentimiento de malestar por las actividades físicas o laborales durante su embarazo, se ha observado que los quehaceres domésticos, son actividades de gran desgaste, sin embargo, de poco reconocimiento social, económico y laboral, esta situación posiblemente en algunas mujeres potencialice que se sientan de esta manera.

Número de embarazos

Se hizo una descripción referente a la edad y al número de embarazo, de tal forma que las respuestas se pudieron aglomerar dentro de la siguiente tabla:

Tabla 27. Edad/ Número de embarazo, HMIGVAZ, 2018

Edad		Número de embarazos					Total
		1	2	3	4	5	
15	Recuento	1	0	0	0	0	1
	% del total	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
16		2	0	0	0	0	2
		5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
17		1	0	0	0	0	1
		2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
18		1	0	0	0	0	1
		2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
19		2	0	0	0	0	2
		5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
20		2	0	0	0	0	2
		5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
22		1	1	0	0	0	2
		2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
23		2	1	0	0	0	3
		5.3%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	7.9%
24		1	0	0	0	1	2
		2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	5.3%
25		1	0	1	0	0	2
		2.6%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%
26		0	2	0	0	0	2
		0.0%	5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
27		0	0	1	0	0	1
		0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	2.6%
28		0	2	2	0	1	5
		0.0%	5.3%	5.3%	0.0%	2.6%	13.2%
29		0	2	0	1	0	3
		0.0%	5.3%	0.0%	2.6%	0.0%	7.9%
32		0	1	1	0	0	2
		0.0%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%

33		0	1	0	0	2	3
		0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%	7.9%
35		0	1	0	0	0	1
		0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
41		0	1	0	1	0	2
		0.0%	2.6%	0.0%	2.6%	0.0%	5.3%
43		0	1	0	0	0	1
		0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
Total	Recuento	14	13	5	2	4	38
	% del total	36.8%	34.2%	13.2%	5.3%	10.5%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Respecto a la edad y al número de embarazo se pudo encontrar que en el 18.4% de la muestra que corresponde a adolescentes de los 15 a 19 años, el embarazo que se convirtió en emergencia obstétrica fue el primero por el que cursaban.

Ahora bien, en lo que respecta a las mujeres en una edad de 28 años y representa el 13.2% de la muestra se aprecia que en el 5.3% de los datos eran féminas en los que habían cursado por su segunda gestación y en un porcentaje similar por su tercera, sin embargo, en el 2.6% de los casos era su quinta gestación, lo que lleva a considerar que por el número de embarazos y edad, eran factores de riesgo que finalmente potencializaron la complicación de su gestación, sin embargo, nadie del equipo multidisciplinario a donde acudieron les explicó esta situación, convirtiéndose en una problemática, propia de la educación en la salud que se brinda en la actualidad en las instituciones de salud.

En las mujeres de más de 35 años el embarazo que se convirtió en emergencia obstétrica fue el segundo en el 5.3% de la muestra y en el 2.6% representaba el cuarto en su vida.

Número de hijos muertos

Es importante argumentar que existieron casos donde las mujeres perdieron hijos en más de una ocasión, por tanto, es necesario describirlo y verificarlo dentro de la realidad, para analizar su manifestación dentro de la emergencia obstétrica, a partir de la siguiente información:

Opciones		Número de hijos muertos				Total	
		0	1	2	4		
No embarazo	1	Recuento	13	1	0	0	14
		% del total	34.2%	2.6%	0.0%	0.0%	36.8%
	2	Recuento	12	1	0	0	13
		% del total	31.6%	2.6%	0.0%	0.0%	34.2%
	3	Recuento	4	1	0	0	5
		% del total	10.5%	2.6%	0.0%	0.0%	13.2%
	4	Recuento	1	1	0	0	2
		% del total	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%
	5	Recuento	0	1	2	1	4
		% del total	0.0%	2.6%	5.3%	2.6%	10.5%
Total		Recuento	30	5	2	1	38
		% del total	78.9%	13.2%	5.3%	2.6%	100.0%

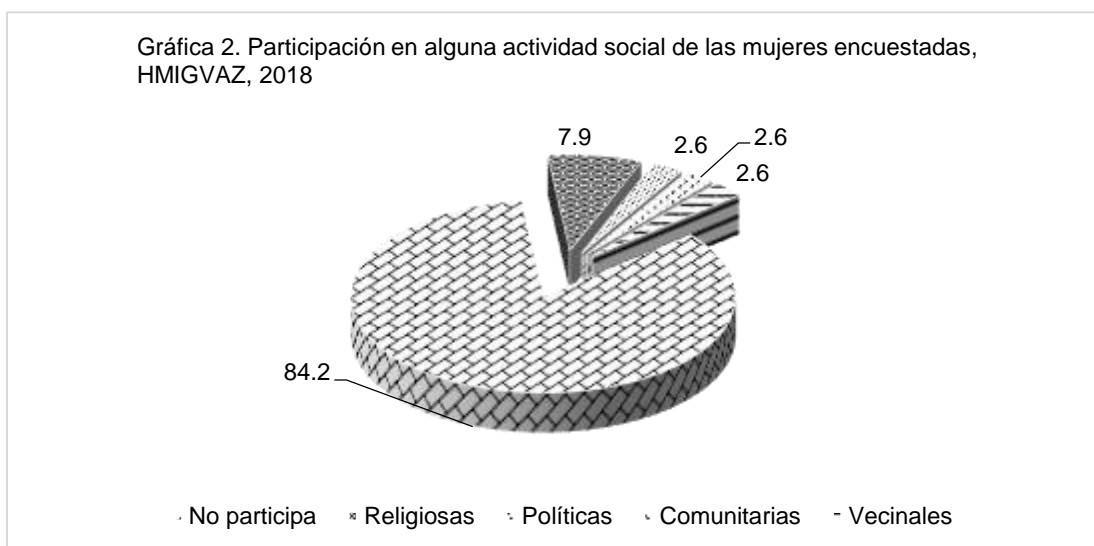
Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Con relación a los hijos muertos, el 13.2% de las féminas encuestadas, perdieron un hijo. En el 5.3% hubo dos mujeres que tuvieron 5 embarazos y perdieron dos hijos y sobresale que en el 2.6% de la muestra que corresponde a una fémina perdió 4 hijos al nacer, es decir la gestación llegaba hasta el noveno mes, pero toda vez que daba a luz sus hijos fallacieron, la información que se rescata al respecto es que la paciente tenía 41 años y en sus cuatro embarazos anteriores también cursó por emergencia obstétrica, además establece que nunca se le ha dado seguimiento y no ha sido atendida por un especialista que le explique porqué

ocurre esta situación y por tanto hay riesgo de que se vuelva a embarazar y ponga en riesgo su vida.

Participación Social

La participación de las mujeres es una cuestión importante por estudiar, ya que ello nos permite acercarnos a la comprensión de las redes de apoyo que pudieron haber tenido durante su embarazo.



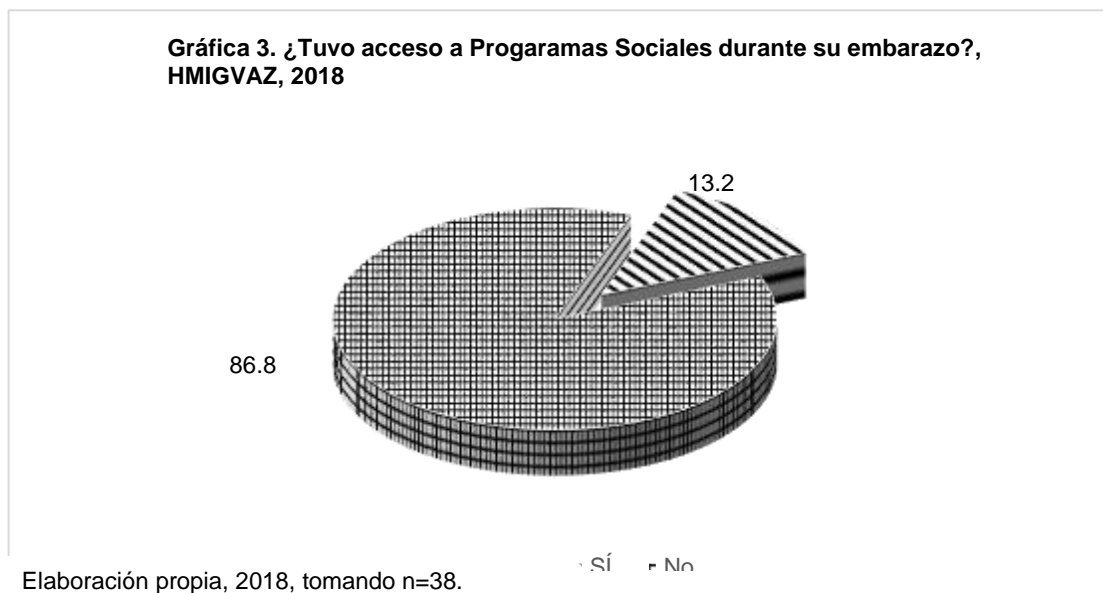
Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

Con referencia a este gráfico se pudo obtener información relevante ya que el 84.2% de las mujeres, no participó en ninguna actividad durante su embarazo y del 15.8 de las mujeres que si lo hicieron el 7.9% lo realizó en el ámbito religioso.

Solamente en cuestiones que tenían que ver con acciones de mejora comunitaria las mujeres participaron en el 2.6% de la muestra, ello es una situación compleja, ya que a partir de participar en actividades sociales se generan redes de apoyo que pueden ser benéficas durante el embarazo.

Acceso a Programas Sociales

Se les preguntó a las mujeres encuestadas el acceso que tuvieron a diversos programas sociales durante su embarazo y la información se concentró en la siguiente gráfica:



Respecto a las mujeres que pudieron acceder a programas sociales se presentó solamente en el 13.2% de la muestra, de este total en un caso (2.6%) una mujer accedió al incentivo para madres solteras, el 7.9% de las participantes en el estudio, recibieron apoyo del municipio destinado al embarazo en la adolescencia, por último, una mujer (2.6%) obtuvo una beca escolar para continuar sus estudios.

Se puede identificar pocos casos donde las mujeres recibieron apoyos de programas sociales, lo anterior muestra que la política pública, no es del conocimiento de todas las féminas o que no todas pueden acceder a ellas.

Espacios dónde se sintió excluida y lugar de exclusión

Dentro de los espacios que configuran la sociedad y se interrelacionan los individuos, en ocasiones se convierten en sitios de exclusión para cierto tipo de

población en este sentido es necesario saber si a las mujeres encuestadas las excluyeron durante su embarazo a partir de la siguiente tabla:

Tabla 29. Embarazo se sintió excluida/ Lugar donde las excluyeron, HMIGAVAZ, 2018						
Opciones			Lugar de exclusión			Total
			Trabajo o alguna institución de salud	Calle o comunidad	Otro	
Embarazo exclusión	Sí	Recuento	2	3	2	7
		% del total	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%
Total		Recuento	2	3	2	7
		% del total	28.6%	42.9%	28.6%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=7, ya que en 31 (81.8 % de la muestra total) las mujeres manifestaron que no fueron sintieron excluidas de ningún sitio.

Se observa que en dos casos (28.6%), hubo exclusión en las instituciones de salud, uno de ellos ocurrió en una paciente de 16 años y en otra de 43 años, en ambos la forma de exclusión se debió a los comentarios por la edad prematura del embarazo y la segunda por ser una persona con más de cuarenta años que cursaba por un embarazo.

En el 42.9 % de las féminas el lugar de exclusión ocurrió en la calle (o comunidad), y es debido a que no hubo consideraciones con 2 mujeres gestantes dentro del transporte público, ya que no les otorgaron asientos y en un caso en específico, la mujer recibió un comentario que la incomodó, por parte de una compañera de la escuela y fue en relación a que su embarazo fuera durante la adolescencia.

En relación a la fuente de exclusión otro, se observó este fenómeno en un 28.6% de la muestra y fue ocasionado por críticas que realizaron a pacientes adolescentes dentro de sus familias (en un caso su prima y en otro caso su tía), derivado de estar cursando por embarazos a temprana edad.

Actividades Recreativas

Las actividades que se realizan durante el embarazo se señalan en algunos estudios disminuye los niveles de estrés o ansiedad en las gestantes, siendo una acción benéfica para la mujer en cualquier etapa de su embarazo.

Ante esta situación no solamente las actividades son importantes, también lo es el descanso que se tiene durante la etapa de gestación, esta información se puso de manifestó en la siguiente tabla:

Opciones			Descanso durante el embarazo					Total
			Más de 8 horas	6 a 7 horas	4 a 5 horas	Menos de 4 horas	No descansaba	
Actividades Recreativas	Tejido o pintura	Recuento	2	1	0	0	0	3
		% del total	5.3%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	7.9%
	Cocina, repostaría	Recuento	0	1	0	0	0	1
		% del total	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	Ninguno	Recuento	10	5	8	8	3	34
		% del total	26.3%	13.2%	21.1%	21.1%	7.9%	89.5%
Total		Recuento	12	7	8	8	3	38
		% del total	31.6%	18.4%	21.1%	21.1%	7.9%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se pudo apreciar que en el 89.5% de la muestra las mujeres no realizaron ningún tipo de actividades recreativas, sin embargo, se presentó un hecho que se puede destacar y es en relación a que las mujeres que descansaban más de 8 horas o entre 6 y 7, son las que realizaron actividades durante su embarazo, en las que tenían descansos de menos de 4 horas o simplemente no descansaron no se aprecia hayan realizado algún tipo de actividad.

Las principales actividades a las que se dedicó el 7.9% de la población fueron en referencia a tejido o pintura.

También se pudo observar que más del 20% de las mujeres tuvieron menos de 4 horas de descanso durante su embarazo y en el 7.9% no tuvieron ningún espacio del día para descansar, lo cual revela factores que pueden afectar el proceso evolutivo del embarazo.

Tiempo que destinaba a ver televisión/ Durante su embarazo realizó ejercicio

Tabla 31. Tiempo destinado a ver televisión / Durante el embarazo realizó ejercicio, HMIGVAZ, 2018						
Opciones			Durante el embarazo realizó ejercicio			Total
			Nunca	Tres veces a la semana	Diario	
Tiempo ver televisión	Menos de 1 hora	Recuento	16	0	2	18
		% del total	42.1%	0.0%	5.3%	47.4%
	2 a 3 horas	Recuento	10	1	1	12
		% del total	26.3%	2.6%	2.6%	31.6%
	4 a 5 horas	Recuento	3	0	0	3
		% del total	7.9%	0.0%	0.0%	7.9%
	Más de 5 horas	Recuento	4	0	1	5
		% del total	10.5%	0.0%	2.6%	13.2%
Total		Recuento	33	1	4	38
		% del total	86.8%	2.6%	10.5%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

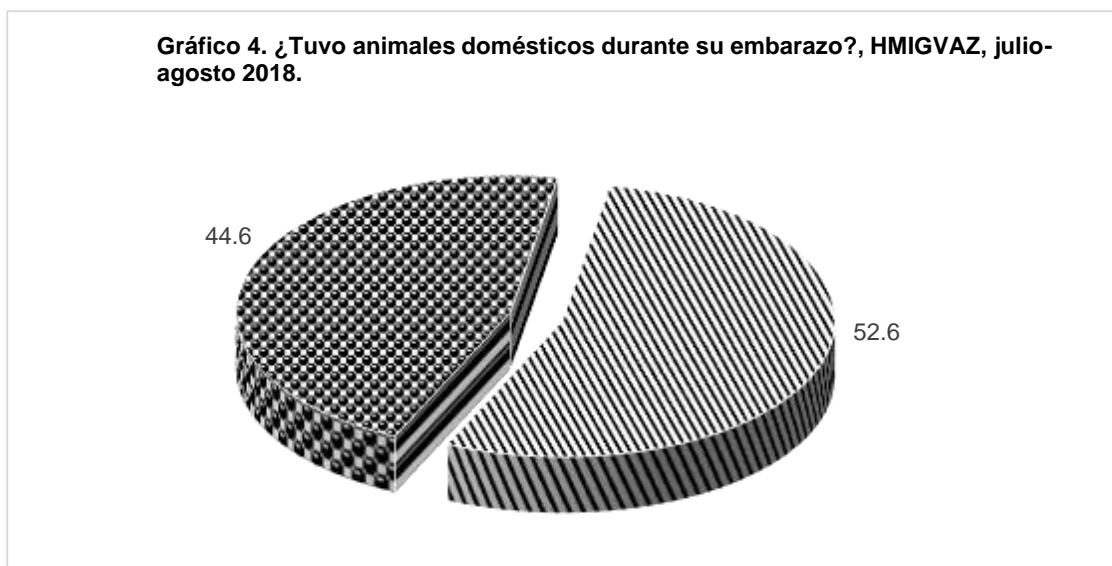
Se pudo contrastar un fenómeno interesante entre la cuestión de ver televisión y realizar ejercicio, ya que, si se examina, las personas que veían menos de una hora la televisión fueron las que en el 5.3% de la muestra realizaron ejercicio diariamente. También se pudo indagar que en 5.3% de las féminas encuestadas que vieron televisión en el intervalo que va de 2 a 3 horas realizaron ejercicio de manera frecuentemente, de las que veían más de 5 horas televisión solamente una persona encuestada realizó ejercicio diariamente.

El ejercicio moderado, es necesario durante el embarazo, salvo algunas prescripciones médicas, aunque en el caso de las mujeres encuestadas se les

preguntó si el no realizarlo fue por indicación médica e indicaron que no, por lo que probablemente los tiempos no son administrados adecuadamente y se destinan espacios a ver televisión o incluso a tecnologías de la comunicación como celulares, tabletas, computadoras, entre otros, luego entonces se tendrían que tomar medidas en este tipo de situaciones que no benefician la evolución propia del embarazo.

Animales domésticos que tuvo durante su embarazo

Las generalizaciones acerca de ciertas enfermedades que pueden producir ciertos animales, son necesarios considerarlas dentro de la investigación, de esta circunstancia se obtuvo la siguiente información:



Elaboración propia, 2018, tomando como n= 38

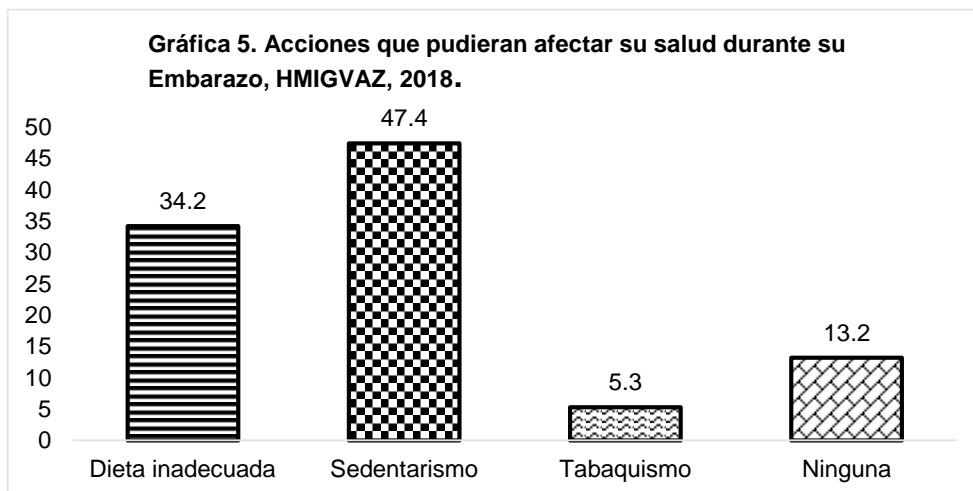
Según la revisión literaria a nivel mundial ciertos tipos de animales pueden producir toxoplasmosis que es una infección “producida por el parásito protozoario intracelular toxoplasma gondii; esta enfermedad se encuentra en los seres humanos a nivel mundial y en muchas especies de animales y de aves. El gato es el hospedero final del parásito. Esta infección es prevalente en los países tropicales y subtropicales” (Maguiña, Soto, Egoavil y Breña; 2004, p. 18). Se dice

que esta infección puede ser la causante de abortos espontáneos, entre otras complicaciones para la madre y el recién nacido.

La información obtenida en las mujeres encuestadas revela en más de un 52.6% de los casos, no tuvieron animales domésticos dentro de sus hogares, es decir en 20 casos no tuvieron cercanía con perros y/o gatos, pero en el 44.7% restante, si lo hubo, habiendo que considerar que en 10 casos tuvieron contacto con perros y en 8 con perros y gatos las féminas participantes en este estudio.

Acciones que pudieran afectar su salud durante el embarazo

Se preguntó a las mujeres seleccionadas para este estudio que acciones pudieron afectar su salud, agrupando sus respuestas en la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando como n= 38

Las mujeres encuestadas expresaron que lo que pudo afectar su salud en un 34.2% fue el llevar una dieta inadecuada, en un 47.4% consideraron que las acciones que pusieron en riesgo su salud, fue el sedentarismo, por la poca o nula actividad física que hicieron.

Cabe señalar que, aunque es un porcentaje menor se identificó que un 5.3% de las mujeres encuestadas consumieron tabaco durante su embarazo.

La configuración de educación para la salud, es prioritaria, ya que estos factores son prevenibles y al identificarlos se pueden realizar orientaciones que puedan contribuir a revertirlos y evitar complicaciones durante el embarazo.

Problemas de salud que se presentaron durante el embarazo

Se les preguntó a las féminas encuestadas cuáles habían sido los problemas de salud que presentaron en su embarazo y se hizo un cruce con los diagnósticos por los que ingresaron al hospital obteniendo la siguiente información:

Tabla 32. Diagnóstico/Problemas que se presentaron durante el embarazo, HMIGVAZ, 2018								
Opciones			Problemas que se presentaron en el embarazo				Total	
			Dolores y malestares	Problemas del sueño y descanso	Sobrepeso	Ninguno		
Diagnóstico	Preeclampsia severa	Recuento	11	4	2	6	23	
		% del total	28.9%	10.5%	5.3%	15.8%	60.5%	
	Hemorragia obstétrica	Recuento	6	2	2	2	12	
		% del total	15.8%	5.3%	5.3%	5.3%	31.6%	
	Sepsis puerperal	Recuento	1	1	0	0	2	
		% del total	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%	
	Síndrome de Hellp	Recuento	0	0	1	0	1	
		% del total	0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	2.6%	
	Total		Recuento	18	7	5	8	38
			% del total	47.4%	18.4%	13.2%	21.1%	100 %

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se puede analizar a través de la tabla que los dolores y malestares generales se presentaron como el principal problema según las mujeres encuestadas tanto en la preeclampsia, como en la hemorragia obstétrica representado el 44.7% de la muestra.

En la sepsis puerperal los principales problemas fueron los dolores-malestares y sobrepeso con el 2.6% de la muestra para cada síntoma.

Sobresale que la paciente que tuvo como diagnóstico Síndrome de Hellp, tuvo como principal problema durante el embarazo obesidad.

Ahora bien, en el 15.8% de las mujeres que ingresaron por preeclampsia severa manifestaron no haber presentado ningún malestar durante el embarazo, lo cual lleva a considerar otros factores sociales que pudieron haber incidido para que se presentara esta problemática de salud.

Controles Prenatales que llevó durante su embarazo

Una de las acciones que se han implementado para disminuir los riesgos propios del embarazo son los controles prenatales y dentro de las mujeres encuestadas se pudo encontrar la siguiente información:

Tabla 33. Edad/Cuántos controles prenatales llevó durante su embarazo, HMIGVAZ, 2018							
Opciones			Cuántos controles prenatales llevó durante su embarazo				Total
			Uno mensual	De cuatro a seis o más	De dos a tres	Ninguno	
Edad	15	Recuento	0	1	0	0	1
		% del total	0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	2.6%
	16		0	1	1	0	2
			0.0%	2.6%	2.6%	0.0%	5.3%
	17		1	0	0	0	1
			2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	18		1	0	0	0	1
			2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
	19		0	1	0	1	2
			0.0%	2.6%	0.0%	2.6%	5.3%
	20		2	0	0	0	2
			5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%
	22		2	0	0	0	2
			5.3%	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%

23		1	0	2	0	3
		2.6%	0.0%	5.3%	0.0%	7.9%
24		0	1	1	0	2
		0.0%	2.6%	2.6%	0.0%	5.3%
25		1	0	1	0	2
		2.6%	0.0%	2.6%	0.0%	5.3%
26		1	1	0	0	2
		2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%
27		0	0	1	0	1
		0.0%	0.0%	2.6%	0.0%	2.6%
28		4	1	0	0	5
		10.5%	2.6%	0.0%	0.0%	13.2 %
29		0	0	2	1	3
		0.0%	0.0%	5.3%	2.6%	7.9%
32		1	0	1	0	2
		2.6%	0.0%	2.6%	0.0%	5.3%
33		1	2	0	0	3
		2.6%	5.3%	0.0%	0.0%	7.9%
35		1	0	0	0	1
		2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
41		1	0	1	0	2
		2.6%	0.0%	2.6%	0.0%	5.3%
43		1	0	0	0	1
		2.6%	0.0%	0.0%	0.0%	2.6%
Total	Recuento	18	8	10	2	38
	% del total	47.4%	21.1%	26.3%	5.3%	100.0 %

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Según la información de la tabla 33, las pacientes que cursaron por embarazo en la adolescencia y representa el 18.4% de la muestra, llevaron un control prenatal mensual en el 5.3 % de las féminas, en el 7.9% de 4 a 6, en el 2.6 % de 2 a 3 y en un 2.6 % no llevaron ningún control prenatal.

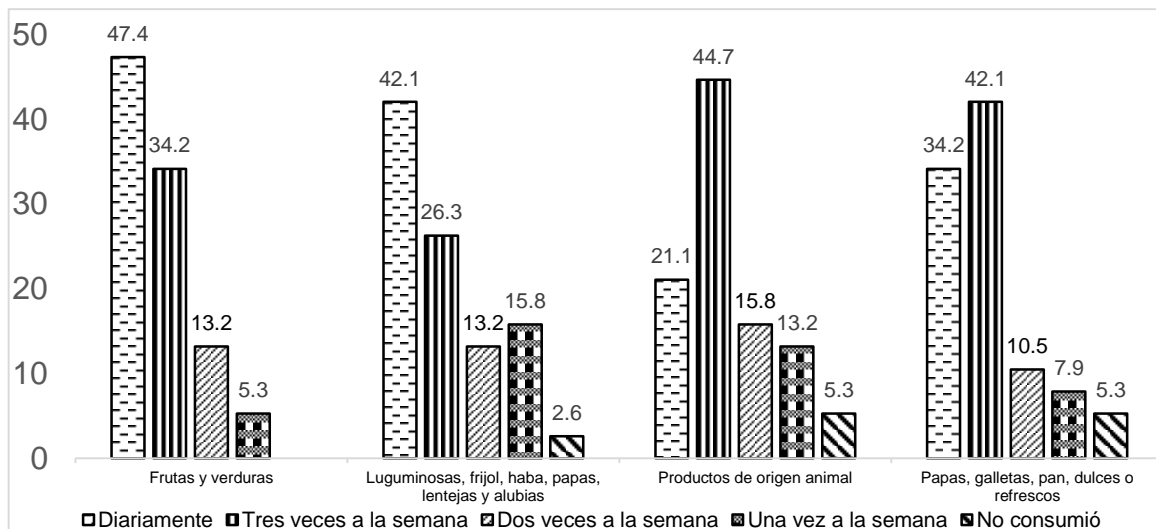
En mujeres mayores de 35 años y que corresponde al el 5.3% de la muestra se aprecia que llevaron un control prenatal mensual.

En el 5.3% de las mujeres que no llevaron control prenatal, corresponde a féminas de 19 y 29 años, respectivamente.

Consumo de alimentos

En relación a la alimentación de las embarazadas, es importante el consumo de antioxidantes “incluidos principalmente en el grupo de frutas y verduras, el consumo de pescado debe ser al menos una vez por semana, también los cereales integrales y leguminosas por ser fuente de proteína y fibra, se deben consumir con moderación productos de origen animal por sus altos contenidos en grasa, además de promover el consumo de carnes blancas y aves, consumir lácteos bajos en grasa, restringir el consumo de azúcares refinados y alimentos con elevados consumo de sodio, realizar de tres a cinco tiempos de alimentación, implementar el consumo de colaciones y enfatizar en buenas prácticas de higiene al momento de preparar alimentos”. (Espinoza y Estrada; 2015:10).

Gráfica 6. Tipos de alimentos y frecuencia con los que lo consumieron las mujeres embarazadas, HMIGVAZ, 2018



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

En esta gráfica resalta que los alimentos denominados basura, fueron consumidos por las mujeres en un 34.2% diariamente, en 42.1% tres veces por semana y dos veces a la semana se presentó en el 10.5% de la muestra, por tanto, el 86.8%, del

total de las encuestadas incluían en su dieta este tipo de productos de manera recurrente.

El consumo frecuente de estos productos es un factor de riesgo para las mujeres embarazadas, por la cantidad de carbohidratos que a su vez generan obesidad, situación que estuvo presente en gran parte de la muestra, además de desencadenar otras complicaciones tales como elevación de glucosa, presión arterial alta, que anteceden la emergencia obstétrica.

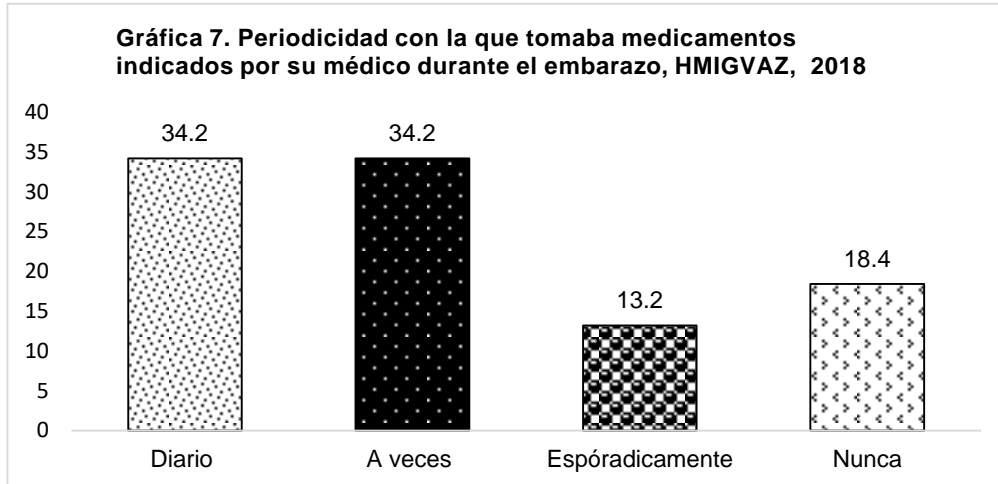
En cuanto a las mujeres que consumieron frutas y verduras diariamente, estas lo hicieron en 47.4% de los casos, en un porcentaje del 18.5% el consumo fue en un intervalo de dos a una vez por semana, sin embargo, dentro del plato del buen comer se considera que estos alimentos se deben consumir diariamente.

En cuanto a los productos de origen animal (aves, pescados, carnes rojas y blancas, leche, embutidos queso y yogurt) se ubicó que fueron consumidos diariamente en el 21.1% de los casos, en 44.7%, tres veces a la semana, se rescata que el 5.3% no consumían productos de origen animal.

Del consumo de leguminosas se obtuvo, que 42.1% de las mujeres consumieron estos alimentos diariamente, en cuanto a quienes lo hicieron dos veces o una a la semana el porcentaje equivale al 29%.

Periodicidad con la que tomaba medicamentos indicados por su médico durante su embarazo

Respecto al apego a tratamiento se pudo identificar la forma en que las mujeres de la muestra llevaron el consumo de medicamentos durante su gestación e identificar los que nunca los consumieron, a partir de la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Las pacientes en 34.2% de los casos tomaron el medicamento de acuerdo a las indicaciones del médico, en un 47.4% las encuestadas, sólo lo hicieron algunas veces y esporádicamente. Mientras que un 18.4% de las pacientes nunca consumieron el medicamento enviado por el médico tratante, esta ausencia de apego al tratamiento es uno de los indicadores que pudieron coadyuvar a la presencia de la emergencia obstétrica.

De la higiene durante el embarazo, las mujeres manifestaron que su baño fue diario en un 94.7%, por lo que se observa la práctica de hábitos higiénicos en las encuestadas.

Respecto al cambio de ropa interior, el 89.5 % de los casos lo hizo diariamente y en un 10.5 % de los casos lo realizaron tres veces a la semana.

Durante el embarazo qué tipo de acciones alternativas realizó durante su embarazo

Los tratamientos médicos, pueden suponer alternativas para la salud de las pacientes, sin embargo, no se pueden sesgar a tratamientos únicamente médicos, ya que la gente cree en otras alternativas médicas y eso supone el análisis de la siguiente tabla:

Tabla 34. Qué actividades adicionales al tratamiento médico realizaron las mujeres, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Ingesta de hierbas medicinales	19	50.0
Masajista	5	13.2
Acudió con una partera	3	7.9
Una manda	2	5.3
Acudió con algún curandero	2	5.3
Nada	7	18.4
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Dentro de las tradiciones milenarias podemos considerar el imaginario colectivo de las pacientes que por consejos familiares adoptan tratamientos alternativos mientras se encuentran embarazadas, en este sentido el 50% de las mujeres encuestadas, realizó la ingesta de hierbas medicinales, específicamente lo que consumieron fueron téis, de diversos tipos como: anís, manzanilla y hierbabuena, que de acuerdo con la literatura no están contraindicados con el embarazo

El alternar la medicina tradicional, con los cuidados de medicina convencional, suponen para algunas mujeres un tratamiento integral, más sabemos que en los hospitales no se sugiere esta alternativa, incluso pueden demeritar su uso, que en algunos casos puede ser útil, dadas las contraindicaciones de una gran parte de medicamentos alópatas.

A qué le atribuye la emergencia obstétrica

Es importante identificar dentro de las mujeres encuestadas lo que opinan desde su experiencia para que haya ocurrido la emergencia obstétrica de esta manera se pudo encontrar dispuestas respuestas en la siguiente tabla:

Tabla 35. A qué le atribuye la emergencia obstétrica, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Un enojo	6	15.8
Un castigo divino	2	5.3
Un mal de ojo	3	7.9
Lo desconoce	18	47.4
Otro	9	23.7
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Un 47.4% las pacientes desconocen, porqué ocurrió la emergencia obstétrica, pero una de las respuestas que brindó una mujer, indica que antes de pasar por esta problemática de salud “fue correteada por un perro”, una más mencionó que como se le hacía tarde para llegar a su consulta “corrió de su hogar al hospital y de ahí se agravó su embazo”.

Ahora bien, dentro de las opciones otras, de un total 23.7% de la muestra, se detectó que en el 18.2% de las mujeres, describieron que cuando ingresaron al hospital, vieron a muchas personas a su alrededor, situación que la describen como “muchas personas con batas blancas”, que les ponían medicamentos y aparatos, por tanto, pensaron que iban a morir por el número de profesionales que las rodearon, cabe destacar que nunca les indicaron qué ocurría ni que tenían, incluso manifestaron sentir miedo y angustia por toda la experiencia que veían.

Se debe comentar que las pacientes señalaron que estuvieron conscientes todo el tiempo, pero que nunca dimensionaron su gravedad, “porque nadie se tomó la molestia de informarme” “sentía más miedo y angustia que dolor”, ante esta realidad se debe reflexionar acerca de la forma en que se prestan los servicios médicos, mismos que omiten aspectos elementales como mantener informada a la paciente, además de que son generadores de emociones negativas para la misma.

Ahora bien, también se aprecia que en un 15.8% de las féminas que participaron en el estudio expresaron que antes de la emergencia obstétrica tuvieron un enojo.

En lo que respecta a que la emergencia obstétrica es atribuible a un castigo divino y mal de ojo, un porcentaje del 13.2 % consideró que ese fue el detonante, por lo que se puede argumentar, que, de acuerdo a la cosmovisión de la realidad de las mujeres, se generan explicaciones de sus enfermedades, a partir de sus creencias. Así bien históricamente se ha caracterizado al “ojeo” o “mal de ojo” como una enfermedad folk que se presenta bajo los síntomas de una jaqueca, somnolencia, dificultad para abrir los ojos, molestia hacia la luz y falta de fuerza.

La constitución de las creencias milenarias, con las prácticas de la medicina a partir de un proceso de interculturalidad, nos darán las herramientas para intervenir en este tipo de situaciones, siempre bajo la premisa de un trato digno y bajo el respeto de sus usos y costumbres.

Durante el embarazo que conductas de riesgo llegó a tener

Dentro de la investigación se obtuvo información que señala las principales conductas que tuvieron las mujeres embarazadas durante su embarazo a partir de la siguiente tabla:

Tabla 36. Durante su embarazo tuvo conductas de riesgo, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Excesiva actividad doméstica (quehaceres)	9	23.7
Excesiva actividad laboral (horas extras)	3	7.9
Excesiva actividad física	4	10.5
Omisión de algún alimento (desayuno, comida o cena)	20	52.6
Automedicación	1	2.6
Ninguno	1	2.6
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38

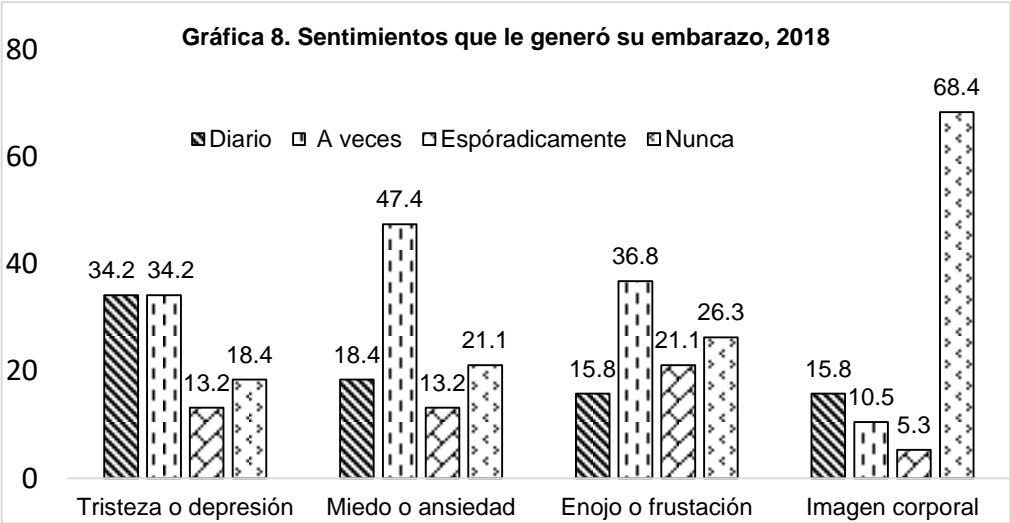
Se puede apreciar en la tabla 35, que en más de la mitad de las mujeres encuestadas (52.6%), manifestaron que durante el embarazo omitieron algún

alimento a lo largo del día, sin embargo, también en un 23.7% de la muestra consideran que hubo una excesiva actividad doméstica, esto por ser las principales responsables de realizar los quehaceres al interior del hogar.

Históricamente, se ha visibilizado a las actividades domésticas como una cuestión sin mayor riesgo, lo cual evita que se dimensionen las implicaciones que tiene en el estado de salud de una paciente, por ende, se debe abordar con las mujeres (sus parejas o familiares), todos los riesgos del embarazo y ver entre sus redes de apoyo, lo que se puede hacer para evitar realizarlos.

Sentimientos que les generó su embarazo

Es importante manifestar los sentimientos que experimentaron las mujeres durante el embarazo, ya que a través de esa información se puede observar las problemáticas que ocurrieron a lo largo de su gestación:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Un 68.4 % de la población encuestada señaló que derivado del embarazo curso por sentimientos de tristeza y depresión, en cuanto a su periodicidad estas emociones fueron diarias y algunas veces.

Respecto al miedo y ansiedad en 18.4%, de las mujeres estuvo presente de manera diaria y en 47.4% fue a veces o en ocasiones, situación que llama la atención, ya que tampoco se observa que algún profesional haya intervenido en esta situación para evitarlo durante el periodo de gestación de las mujeres.

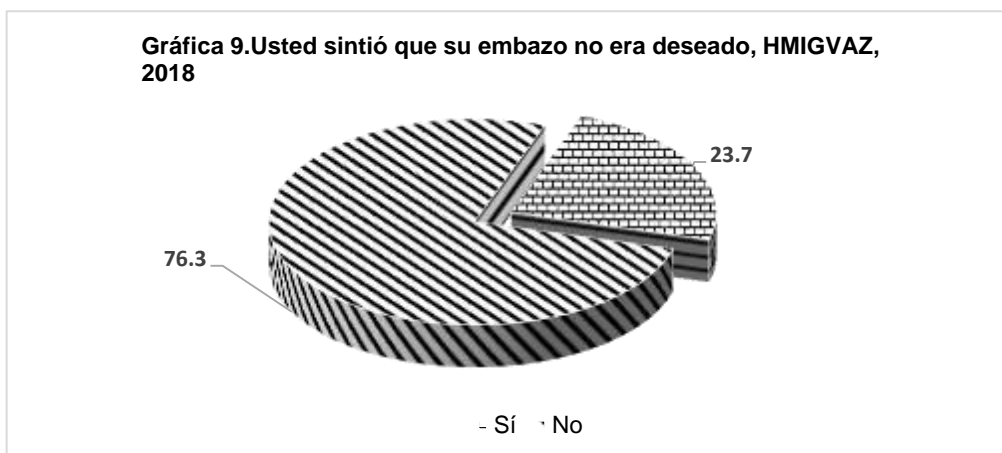
En cuanto al enojo o frustración se pudo observar su incidencia, aunque con distinta periodicidad, en por lo menos 73.7% de los casos, pero sobresale que en un 15.8% las mujeres diariamente vivieron con este tipo de sentimiento.

En referencia a sentimientos negativos hacia su imagen corporal se aprecia que el 15.8 % de las mujeres los experimentó.

Si recordamos que en la definición de salud se señala la importancia del bienestar físico, psicológico y social de los individuos, entonces podremos entender que lo que les ocurrió durante el embarazo, representa necesidades de atención potenciales que deben ser atendidas para evitar complicaciones propias de un embarazo. Esto como parte de la atención integral que se les debe proporcionar dentro de las instituciones de salud.

Usted sintió que su embarazo no era deseado

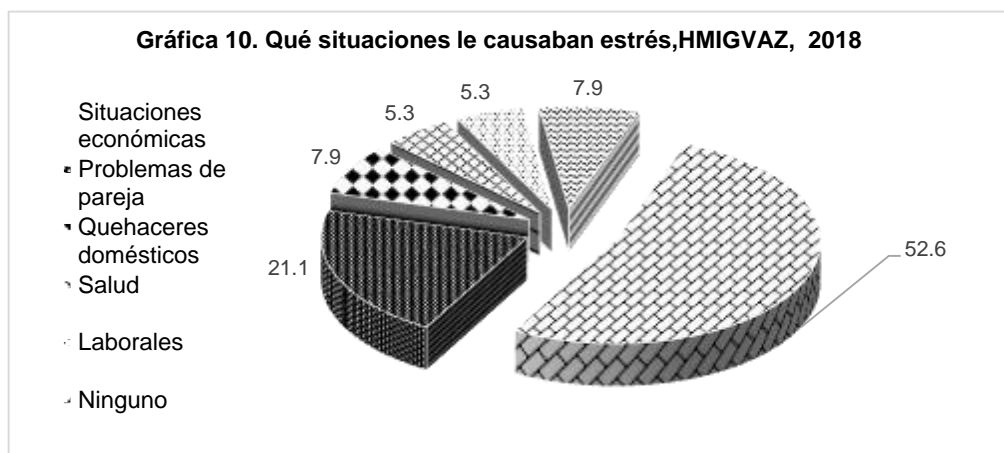
La configuración del embarazo genera muchas situaciones dentro de las mujeres, en este sentido el conocer si su embarazo era deseado es importante saberlo para dimensionar algunas situaciones que pudieron afectar la gestación, dicha información se manifiesta en la siguiente gráfica:



Se encontró que en el 23.7% de las mujeres encuestadas, su embarazo no fue deseado, sin embargo esta situación ocurrió en 8 mujeres que en cuanto a su estado civil eran solteras y una mujer de 43 años que estableció que por su configuración social ya no tenía deseos, ni ganas para tener otro hijo, en esta respuesta se puede argumentar la concatenación de aspectos de índole social, ya que este grupo de mujeres quedaron expuestas a la crítica y juicio social.

Que situaciones le causaban estrés

La emergencia obstétrica es sin duda, un indicador de salud que refleja disparidades sociales y económicas entre grupos de población, regiones y países, traducidos en la falta de equidad existente en la cobertura y calidad de servicios de salud, pero aunado a lo anterior también las situaciones de estrés producto de condicionantes sociales, cobra relevancia, ya que afectan la evolución propia del embarazo.



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se puede apreciar que las situaciones que causaban estrés en las mujeres encuestadas, principalmente era sobre cuestiones económicas con un equivalente al 52.6% de la muestra.

La segunda causa que generó estrés a las féminas encuestadas son los problemas de pareja que estuvieron presentes en un 21.1% de la muestra, cabe señalar que ese tipo de situaciones se visibilizan de manera directa en el estado de salud de las mujeres y en el cuidado que se le brinda al embarazo.

Durante embarazos que acciones realizó y la periodicidad con las que las hizo

Es indispensable conocer en la información de las mujeres encuestadas las distintas acciones que realizaron durante su embarazo, en este sentido las respuestas obtenidas se conglomeraron en la siguiente tabla:

Tabla 37. Durante el embarazo realizó alguna de las siguientes acciones / Periodicidad con las que realizó dichas acciones					
Opciones			Periodicidad con las que en el embarazo realizó alguna de las siguientes acciones		Total
			A veces	Esporádica mente	
Qué acciones realizó	Tomó medicamentos no indicados por su médico	Recuento	4	3	7
		% del total	40.0%	30.0%	70.0%
	Fumaba	Recuento	0	2	2
		% del total	0.0%	20.0%	20.0%
	Consumía alcohol	Recuento	1	0	1
		% del total	10.0%	0.0%	10.0%
Total		Recuento	5	5	10
		% del total	50.0%	50.0%	100.0 %

Elaboración propia, 2018, tomando como n=10, ya que en 28 casos (73.7 % de la muestra total) las mujeres manifestaron que no realizaron ninguna de las acciones indicadas en la tabla.

El uso de medicamentos no indicados por el médico durante el embarazo es una circunstancia frecuente, lo cual requiere de un correcto conocimiento tanto de las propiedades del fármaco, como de sus indicaciones, así como también de las características de las personas a las que se les prescribe y, las etapas de

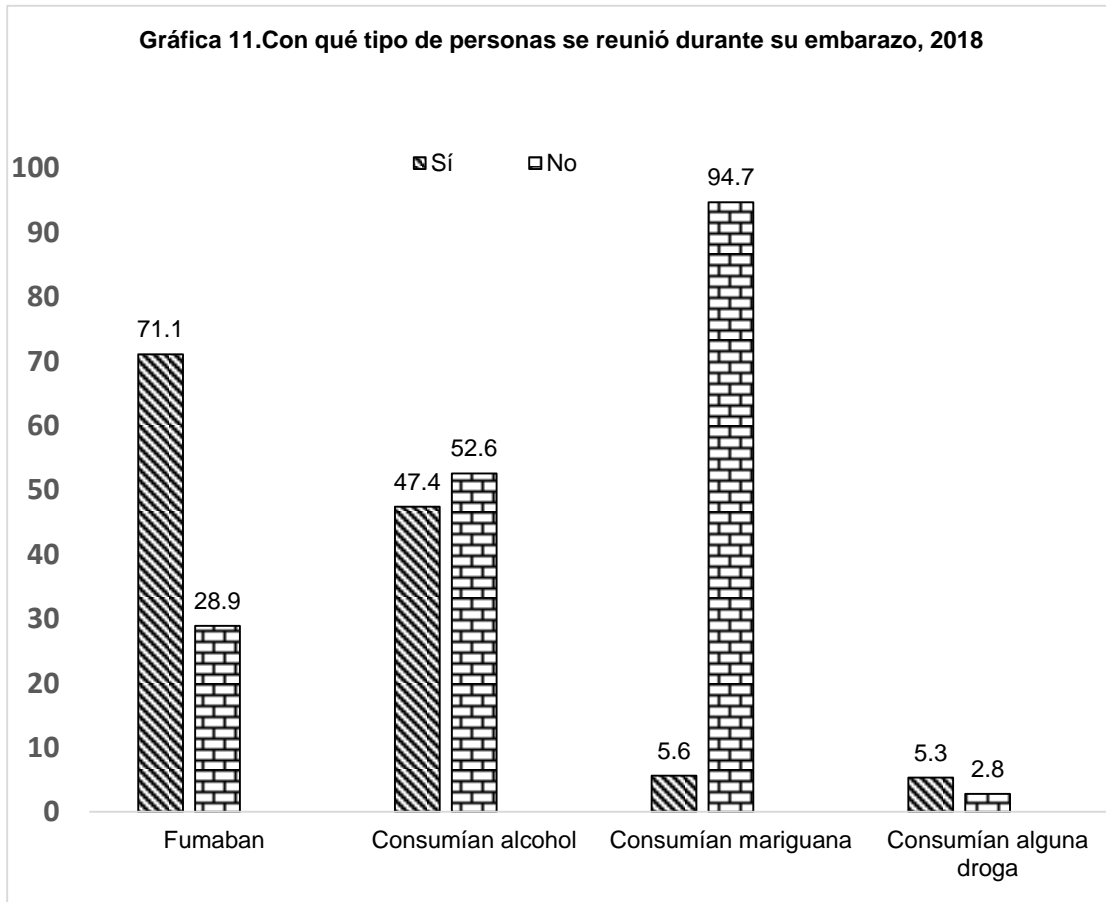
gestación y de lactancia, cuyas particularidades diferenciales requieren de unas consideraciones especiales, “ya que si se comete algún error de administración, puede tener graves consecuencias tanto para la madre como para el feto o el lactante”(Vera, 2015; 60), en este aspecto el 70% de las féminas realizaron esta acción y fue según las respuestas obtenidas con una frecuencia de a veces y esporádicamente, este hecho constituye un potencial riesgo para las mujeres durante la gestación.

Respecto al hecho de fumar se confirma que en el 5.3% de la muestra las mujeres fumaron. Además, se presentó el caso de una mujer encuestada que consumía alcohol en la opción a veces.

La información anterior lleva a indicar que no solamente son los controles prenatales o el estar acudiendo al médico lo que puede prevenir la presencia de emergencias obstétricas, ya que algunas pacientes realizan conductas de riesgo que pueden incidir en la complicación de su embarazo, sin embargo, no están siendo identificadas por parte del equipo de salud donde las atendieron.

Se reunía con personas que tuvieran conductas de riesgo durante su embarazo

Con base a esta pregunta se pudo identificar factores de riesgo, pero ahora con en relación a las personas con las que se juntaban las féminas encuestadas encontrando la siguiente información:



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

Las investigaciones de Aguirre (2007) postulan que los efectos del tabaco durante el embarazo “son varios, siendo los más importantes el desprendimiento de placenta, placenta previa, embarazo ectópico, aborto espontáneo y parto prematuro” (p.173).

Se aprecia que en un 71 % las mujeres encuestadas tuvieron contacto con gente que fumaba.

Ahora bien, también es necesario destacar que un 47.4% de las mujeres encuestadas se reunieron con personas que consumían alcohol.

En el 5.3% de la muestra, hubo mujeres que tuvieron contacto con personas que consumían marihuana, el mismo porcentaje fue respecto al acercamiento con personas que consumían drogas, (PVC “piedra”).

Cabe señalar, que a partir de revisar en las historias clínicas de las pacientes no se identificó plasmada esta información, la cual es de suma importancia durante el embarazo, como parte de un control prenatal integral.

En su vida sexual ha utilizado métodos anticonceptivos / por consejo de quien los utilizó

La decisión de utilizar métodos anticonceptivos es únicamente de las mujeres en este sentido es prioritario analizar cuántas personas de la muestra lo realizaron y quién de sus redes de apoyo las aconsejó utilizarlos.

Tabla 38. Vida sexual utilizó métodos anticonceptivos/ Por consejo de quién los utilizó							
Utilizó métodos anticonceptivos		Por consejo de quién utilizó métodos anticonceptivos					Total
		Pareja	Familiares	Amigos	Por decisión personal	No utilizó	
Sí	Recuento	5	4	18	3	0	30
	% del total	13.2%	10.5%	47.3%	7.9%	0.0%	78.9%
No	Recuento	0	0	0	0	8	8
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	21.1%	21.1%
Total	Recuento	5	4	18	3	8	38
	% del total	13.2%	10.5%	47.3%	7.9%	21.1%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

La mayoría de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos, por consejos generalmente de amigos en 47.3% de la muestra, sin embargo, sobresale que no es por consejo u orientación de familiares, ya que los datos en este sentido indican que solamente en el 10.5 % recibieron pláticas para su uso por parte de sus familiares directos como mamás o papás.

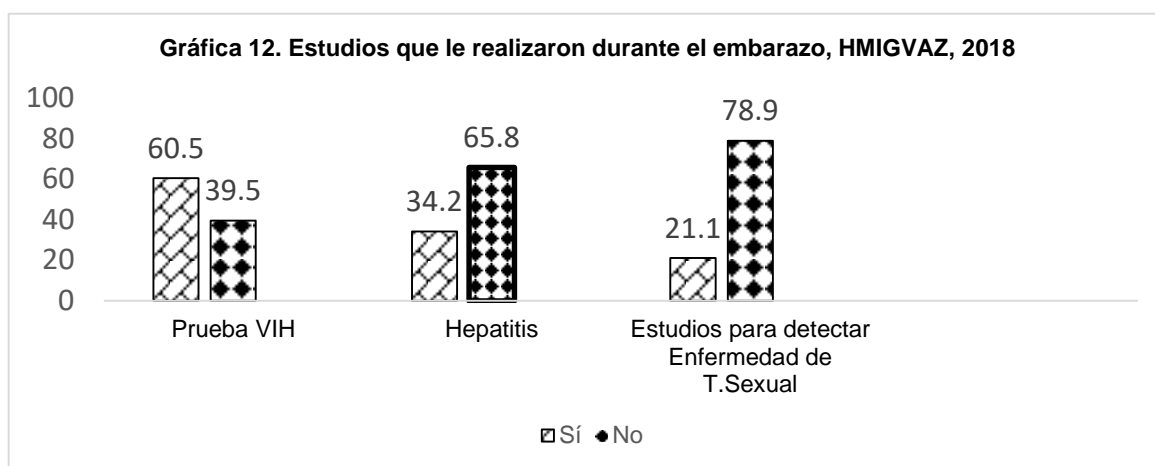
La situación anterior pone un foco de alerta ya que la educación para la salud, debe ser la herramienta que aproxime a la intervención en situaciones que están ocurriendo en la sociedad, uno de esas confusiones es la creencia de que las escuelas son las únicas que deben abordar la situación de la utilización de métodos anticonceptivos, cuando lo que se debe hacer es un trabajo en conjunto

con los familiares, para evitar embarazos en la adolescencia o enfermedades de transmisión sexual.

En relación a los métodos anticonceptivos que utilizaron las mujeres durante su vida sexual en un 52.6 % de los casos hicieron uso del condón, en un 15.8 % de pastillas y en 13.2 % de óvulos.

Estudios que le realizaron durante su embarazo

La realización de diversos estudios contribuye en la evolución del embarazo, el no hacerlos puede condicionar el tipo de atención médica que recibieron las mujeres encuestadas, por este motivo cobra relevancia la gráfica que se presenta a continuación:



Elaboración propia, 2018 tomando n=38

En lo que se refiere a los estudios de detección de VIH, fue la prueba que más se realizó a las mujeres encuestadas en el 60.5% de los casos.

Ahora el estudio de hepatitis se realizó solamente al 34.2% de las pacientes, en lo referente a pruebas para la detección de otras enfermedades de transmisión sexual solamente al 21.1% de las mujeres se les realizaron estos estudios.

Existen riesgos al no realizar todas estas pruebas, ya que también son factores que pueden complicar un embarazo y los estudios no se realizaron al 100% de las féminas encuestadas.

Por ejemplo, cuando una mujer tiene un diagnóstico de VIH, durante el embarazo se trata de manera diferente a uno que es normal, se le brinda medicamento y atención especial, por ello el no hacer a todas las mujeres este tipo de estudios condiciona el saber su estado real de salud y por ende la atención que se tiene que llevar a cabo durante su embarazo.

Durante su embarazo cuánto tiempo dedicó a las actividades domésticas

Es importante señalar cuánto tiempo las mujeres dedicaron a las labores domésticas y en este sentido dependiendo las horas que se dedican a las acciones del hogar se analizaran los factores de riesgo en los que viven las mujeres encuestadas

Tabla 39. Durante su embarazo cuánto tiempo dedicó a las actividades domésticas, HMIGVAZ, 2018			
Opciones		Frecuencia	Porcentaje
	Menos de 3 horas	17	44.7
	De 4 a 5 horas	12	31.6
	De 6 a 7 horas	8	21.1
	Más de 8 horas	1	2.6
	Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018 tomando n=38

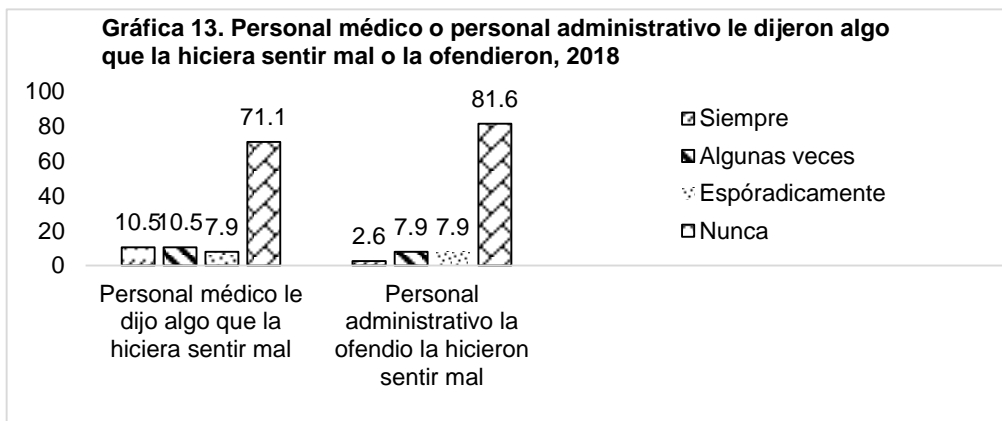
Las horas que les dedicaron las mujeres a las labores domésticas en la población encuestada, señalan que en un 55.3% realizaron actividades domésticas diariamente en un intervalo de 4 a 8 horas.

Es necesario argumentar que específicamente en el 21.1% de la muestra, las mujeres dedicaron más de 8 horas, a la realización de actividades domésticas, lo que se potencializa como un factor de riesgo en una parte de la población encuestada.

Ahora bien, en el 2.6% de la muestra le dedicaron más de 8 horas a este tipo de actividades y ello pudo contribuir para que la paciente, tuviera complicaciones en su estado de salud durante su gestación.

Personal médico o administrativo de cualquier institución donde se haya atendido le dijo algo que la hiciera sentir mal

La identificación de acciones negativas que hayan vivido durante su atención médica las mujeres encuestadas, es prioritario analizarlo y trabajarlo desde las instancias que lo están generando, para hablar de una verdadera educación en salud, bajo ese orden de ideas se deben ubicar si las pacientes vivieron algún acontecimiento que las haya hecho sentir mal en su atención recibida durante el embarazo, ante lo cual se localizó la siguiente información:



Elaboración propia, 2018 tomando n=38

Se localizaron 11 casos donde el personal médico realizó comentarios a las mujeres encuestadas que las hizo sentir mal, siendo la opción siempre y algunas veces, sucesos que ocurrieron al 21% de la muestra; además también esporádicamente se presentaron este tipo de casos en el 7.9% de las féminas encuestadas.

Referente a la opción siempre y algunas veces se presentó en 4 pacientes adolescentes, a las cuales les hicieron comentarios con referencia a que eran demasiados jóvenes para estar embarazadas y la misma situación se presentó en mujeres que tenían más de 40 años y en este caso fue a la inversa el personal médico indicó a las mujeres que ya eran “grandes” de edad para estar embarazadas.

Lo anterior se explica a partir de estereotipos es decir lo que pertenece a las mujeres según su edad, siendo el embarazo adolescente y en mujeres adultas algo que está fuera del rango de lo cotidiano y lo normal, de manera que, es criticado por la sociedad.

Ahora bien, en el 18.4% de la muestra las mujeres fueron ofendidas por personal administrativo continuamente, algunas veces y esporádicamente, siendo el motivo no llevar documentos o sobre trámites que tenían que realizar en el hospital antes de pasar a consulta, sobresale que esta situación se presentó también en algunos casos donde a las pacientes también los médicos ya les habían hecho comentarios negativos, en este sentido el fenómeno se repitió en pacientes adolescentes de 15, 16, 17 y una de 18 y en 3 en pacientes 2 de 41 y una de 43 años.

La parte ética de la intervención establece que la despersonalización entre persona y profesional, sería conveniente ya que se evitan prejuicios y se procedería a una participación del personal eficiente y de calidad, donde la persona podría mencionar lo que le está ocurriendo y se podrían crear líneas de intervención multidisciplinarias.

El modelo médico hegemónico, privilegia la atención médica, y no considera que los comentarios que realizan, pueden afectar a las mujeres que los escuchan, por ello deben respetar a las mujeres y sobre todo contextualizar por qué se están dando embarazos a edades extremas en cuanto a su inicio y término.

Respecto a los profesionales de salud que participa en este tipo de instituciones se deben despejar los prejuicios que atentan contra las mujeres y sus derechos humanos y en cierta medida puede afectar la atención, lo cual se traduce en complicaciones dentro del estado de salud de las mujeres embarazadas.

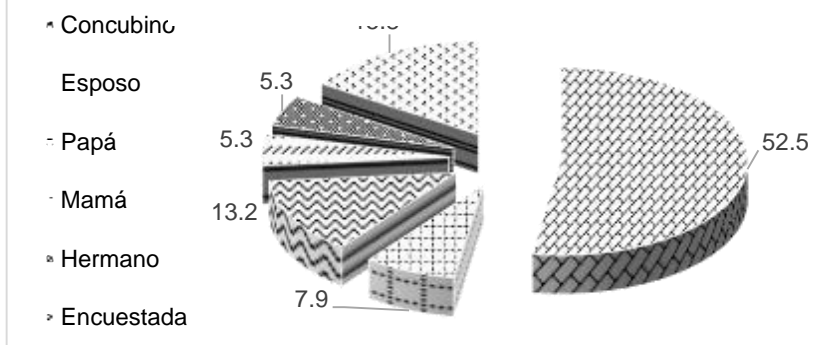
6.2 Mesosistema

En este apartado se centró en describir las situaciones que durante el embarazo se presentaron dentro del núcleo familiar y pudieron haber tenido influencia en la presencia de la emergencia obstétrica.

Quién es el principal proveedor económico del hogar

Es importante señalar cuáles son los principales proveedores económicos del hogar, porque de esta situación se desprenden posteriormente la toma de decisiones al interior del núcleo familiar, la información recolectada respecto a esta pregunta se plasmó en la siguiente gráfica:

Gráfica 14. Quién es el principal proveedor económico del hogar, HMIGVAZ, 2018



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Es importante aclarar que en el caso de las mujeres que se encontraban en unión libre (20 personas), el principal proveedor económico fue su concubino en el 52.5% de la muestra, en el caso de las 3 mujeres casadas fue su esposo, sin embargo, hubo 5 casos (13.2%) que aunque las mujeres señalaron tener concubino, especificaron que el principal proveedor económico del hogar era su padre, esto se explica en parte porque la composición familiar se configura en familias extensas, con roles tradicionales que observan al patriarca como el principal proveedor económico del hogar.

Se aprecia que el principal proveedor económicos en los hogares que están en unión libre o casadas es el esposo o concubino, entonces se presupone que la división sexual del trabajo asigna a los hombres el rol de proveedores y a las mujeres el rol de cuidadoras y encargadas del hogar, “con base en su capacidad biológica y exclusiva de las mujeres para embarazarse y tener hijos (as). Esto se traduce en el argumento de que son ellas quienes cuentan con los atributos necesarios para encargarse del trabajo de cuidado y las actividades domésticas,

no porque sea así, sino porque así se ha ido construyendo en las diferentes sociedades” (Galindo, García y Gutiérrez, 2015, p. 12).

En cuanto a las madres solteras en 2 casos (5.6% de las féminas encuestadas) eran sostenidas económicamente por sus madres, en igual cantidad por hermanos y en seis casos que equivale al 15.8 % de la muestra, las principales proveedoras económicas del hogar eran las mismas mujeres encuestadas.

A cuánto ascienden los ingresos familiares/ ingresos familiares totales con otras captaciones económicas

Es primordial conocer los ingresos familiares para de esta forma tener información concreta que nos oriente para saber si las mujeres pudieron haber tenido su atención hospitalaria en instituciones de tipo privado u otro tipo de atención, con base en la siguiente información:

Tabla 40. Ingreso del principal proveedor económico/ Ingresos familiares agregando otras captaciones económicas, HMIGVAZ, 2018						
Opciones			Ingresos familiares agregando otras captaciones económicas			Total
			Más de 20,000 pesos	Entre 5,000 y 10,000 pesos	Menos de 5,000 pesos	
Ingreso del principal proveedor económico	Más de 20,000 pesos	Recuento	1	1	1	3
		% del total	2.6%	2.6%	2.6%	7.9%
	Entre 5,000 y 10,000 pesos	Recuento	0	10	2	12
		% del total	0.0%	26.3%	5.3%	31.6%
	Menos de 5,000 pesos	Recuento	3	1	19	23
		% del total	7.9%	2.6%	50.0%	60.5%
Total		Recuento	4	12	22	38
		% del total	10.5%	31.6%	57.9%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Los ingresos de menos de 5,000 mil son los que obtiene las familias del 50% de la población encuestada.

En un 31.6 % de la muestra, los ingresos oscilaron entre 5, 000 y 10,000 pesos, es decir la población en estudio, en un escenario de emergencia obstétrica, difícilmente pueden acceder a servicios de atención medica privada, por estar fuera de su poder adquisitivo. El siguiente caso atendido en el HMIGVAZ, ilustra esta situación, se trata de una paciente que ingresa con diagnóstico de preeclampsia y estuvo dos días dentro de la Unidad de Terapia Intensiva, por lo cual se generó un costo aproximado por atención hospitalaria de \$15,200 pesos (Ver anexo 3).

En el Estado de México, los Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México brindan excepción de pago a toda mujer que requiera atención ginecológica, específicamente para embarazadas, pero, estas medidas sólo resuelven el problema en parte ya que sus familiares o cuidadores, tienen que invertir en traslados- transporte, comidas, lo cual representa un gasto significativo cuando las estancias de las pacientes en los hospitales son prolongadas.

Un cuestionamiento más en referencia a los ingresos familiares, nos permitió saber si había otras fuentes de ingreso dentro del núcleo familiar y las respuestas señalan que en un 86.8% de los hogares no cuentan con ingresos adicionales, pero el 13.2% de las mujeres encuestadas, argumentó que sus familias obtienen recursos adicionales porque otros miembros del hogar que trabajan o por medio de negocio familiar, además también se identificó un caso donde el papá de una paciente rentaba una vivienda.

En una comparación de los datos obtenidos, se puede observar que, al sumar otras fuentes de ingreso, en un sólo caso, este paso de menos de 5, 000 a más de 20, 000 pesos, (la familia contaba con un negocio familiar-venta de frutas y verduras), pero en la mayor parte de la población no se percibe un cambio sustantivo, independientemente de que más miembros de la familia trabajen o se obtengan rentas.

Del total del ingreso cuánto gastó en alimentación

Uno de los gastos básicos de cualquier familia es la alimentación, por este motivo se identificó el gasto mensual que realizan cada familia de las féminas encuestadas en este rubro.

Tabla 41. Del total del ingreso cuánto gastó en alimentación, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
2,000 pesos	1	2.6
1,500 pesos	5	13.2
1000 pesos	9	23.7
900 pesos	1	2.6
800 pesos	10	26.3
600 pesos	3	7.9
500 pesos	9	23.7
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

El ingreso semanal destinado a gastos de alimentación en un 57.9% de la muestra, oscila entre 500 a 800 pesos, esta información coincide, con el mismo porcentaje de los principales proveedores económicos, quienes obtienen menos de 5, 000 pesos mensuales. Solamente el 36.9 % de los casos gastaron entre 1000 y 1500 pesos de manera semanal.

Si se analizan las variables se puede interpretar que un 26.3% de la muestra gasta aproximadamente 3,200 pesos mensuales en alimentación, mientras que un 23.7% alrededor de \$ 4,000 en ese mismo rubro.

En las familias cuyos ingresos son menores a \$5,000 pesos, se detectó que en 11 casos gastan un promedio de \$ 650 pesos semanales, que multiplicados por 4 semanas dan un total de \$2,600 pesos mensuales, es decir, las personas gastaron más del 52% de sus ingresos mensuales en alimentación, lo que nos deja ver que ante los recursos limitados de los que se disponen difícilmente se tendrá una alimentación variada y saludable.

Gastos en salud

Uno de los rubros básicos dentro de cualquier sociedad es la disposición de seguridad social y ante su ausencia, surgen gastos en salud. Cabe señalar que dentro de la realidad donde se realizó la investigación se puede afirmar que más de un 95% de la muestra no cuentan con esta prestación, por este motivo es imprescindible saber si dentro de sus núcleos familiares las féminas que se encuestaron tuvieron gastos en este ámbito:

Tabla 42. Del total del ingreso cuánto gastó en salud, HMIGVAZ, julio-agosto 2018.		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1500	1	2.6
1000	2	5.3
500	2	5.3
400	1	2.6
300	1	2.6
200	4	10.5
100	4	10.5
Nada	23	60.5
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se pudo observar que un 60.5% de la población no hace uso del ingreso familiar para aspectos de salud. Lo anterior no significa que el cuidado de la salud, no sea importante, ya que se reconoce su importancia sobre todo en las pacientes gestantes, sin embargo, el poder adquisitivo de los hogares no posibilita que se destine un ingreso específico a esta necesidad y cuando es ineludible requerir atención médica, se pueden generar gastos que comprometan sus bienes o les obliguen a contraer deudas.

En un 2.6% de la muestra, una mujer encuestada determinó que gastó 1500 pesos semanales, derivado de que un familiar tiene daño renal y en dos casos gastaron 4000 pesos mensuales, ya que dentro de sus núcleos familiares en un caso un

familiar cursa por un problema de diabetes y en otro un hijo de una fémina tiene problemas de asma.

Sin embargo, dentro de las respuestas no se observan datos que den cuenta de una inversión de las mujeres encuestadas para su embarazo.

El sistema mexicano de salud presenta un desempeño inadecuado. Cerca de 50% de las personas no cuenta con cobertura de seguridad social y el gasto de bolsillo representa más de la mitad del gasto total en salud y, por lo mismo, un alto porcentaje de los hogares mexicanos corre el riesgo de incurrir en gastos catastróficos y empobrecerse para acceder a la atención médica que requieren y, además, se está desaprovechando la posibilidad de llevar un control adecuado de las enfermedades (Lusting, 2007, p.7).

Del ingreso familiar cuánto gastó en transporte

Respecto a los costos del transporte, se observa que hay variaciones en la inversión que hacen cada semana en los gastos referentes a este rubro y se analizan esquemáticamente en la siguiente tabla:

Tabla 43. A cuánto ascienden los ingresos familiares /Del total del ingreso cuánto destina al transporte, HMIGVAZ, 2018

Opciones			Del total del ingreso cuanto aporte a transporte						Total
			1500	1000	500	400	300	Nada	
A cuánto ascienden los ingresos familiares	Más de 20,000 pesos	Recuento	0	1	1	0	0	2	4
		% del total	0.0%	2.6%	2.6%	0.0%	0.0%	5.3%	10.5%
	Entre 5,000 y 10,000 pesos	Recuento	2	1	3	2	4	0	12
		% del total	5.3%	2.6%	7.9%	5.3%	10.5%	0.0%	31.6%
	Menos de 5,000 pesos	Recuento	1	2	5	3	9	2	22
		% del total	2.6%	5.3%	13.2%	7.9%	23.7%	5.3%	57.9%
Total		Recuento	3	4	9	5	13	4	38
		% del total	7.9%	10.5%	23.7%	13.2%	34.2%	10.5%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Es importante subrayar que el 42.1% de la población encuestada gasta entre 500 a 1500 pesos semanalmente en este rubro, contrario al 34.2% quienes destinan 300 pesos para este rubro.

También se observa que en el 7.9% de la muestra, invierten aproximadamente 6,000 pesos del ingreso en ese rubro, pero cabe la aclaración que los hogares que tienen ingresos de más de \$ 20,000 no son lo que más gastan en transporte.

Ahora es pertinente señalar que las personas que tenían hijos en edad escolar decían que no tenían gastos escolares porque iban a escuelas públicas, pero si los contemplaron en el rubro de gasto de transporte por su desplazamiento a las instituciones educativas.

Sobre el cuestionamiento, que hace referencia de los ingresos que se asignaron al pago de deudas, se pudo constatar que 84.2% de la muestra no destinó nada hacia este rubro, pero un 2.6% de los casos destina semanalmente \$1500 pesos

para el pago de una deuda que tiene una mujer con el banco y que de una u otra manera generó estrés en su persona.

En otro caso una persona paga \$300 pesos mensuales para abono por aparatos electrodomésticos que obtuvieron en una tienda de conveniencia y en menor medida un 10.5% de las encuestadas, pagan \$100 pesos por concepto de celulares y préstamos familiares.

De sus ingresos cuanto destina al ahorro

Se pudo observar si hay una relación entre los ingresos y ahorros a partir de la siguiente tabla:

Tabla 44. Del total del ingreso cuánto destina al ahorro, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
1000	3	7.9
500	1	2.6
300	1	2.6
200	2	5.3
100	5	13.2
Nada	26	68.4
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

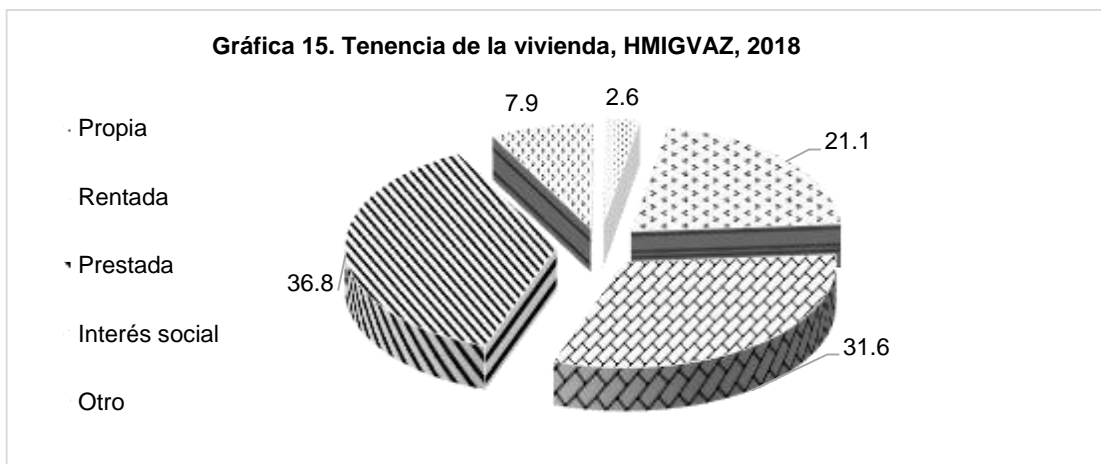
Se pudo corroborar que en un porcentaje de 68.4%, de los casos, las mujeres encuestadas y sus familias no realizaron una inversión en lo referente al ahorro y los que lograron un ahorro de \$1000 pesos, fueron personas que tenían un ingreso mensual de más de \$20,000 pesos. En un porcentaje de 2.6% de la muestra ahorro \$ 500 pesos y corresponde a las personas que tienen percepciones económicas que oscilan entre 5,000 y 10, 000 pesos mensuales.

Es necesario establecer que las personas cuyo ingreso se encuentra en el rubro de menos de \$5,000 pesos mensuales, no destinan nada de su ingreso para ahorro, debido a que sus ingresos son limitados que solamente les permite poder cubrir con sus necesidades básicas.

Tenencia de la vivienda

Es necesario recordar que la vivienda es el espacio físico que forma parte de los satisfactores de las necesidades básicas que todo individuo debe tener. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos Humanos señala “que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure la salud y el bienestar, y esto incluye la vivienda” (Declaración de los Derechos Humanos, citada por Sevilla, Almanzar y Valadez, 2014, p.82). Además, la vivienda es el área donde se puede descansar, dormir, comer, tener actividades recreativas y realizar las funciones sociales en familia.

La vivienda brinda seguridad a las personas que las poseen, se considera un patrimonio para las familias por este motivo se les preguntó a las mujeres encuestadas sobre la tenencia y se obtuvo la siguiente información:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

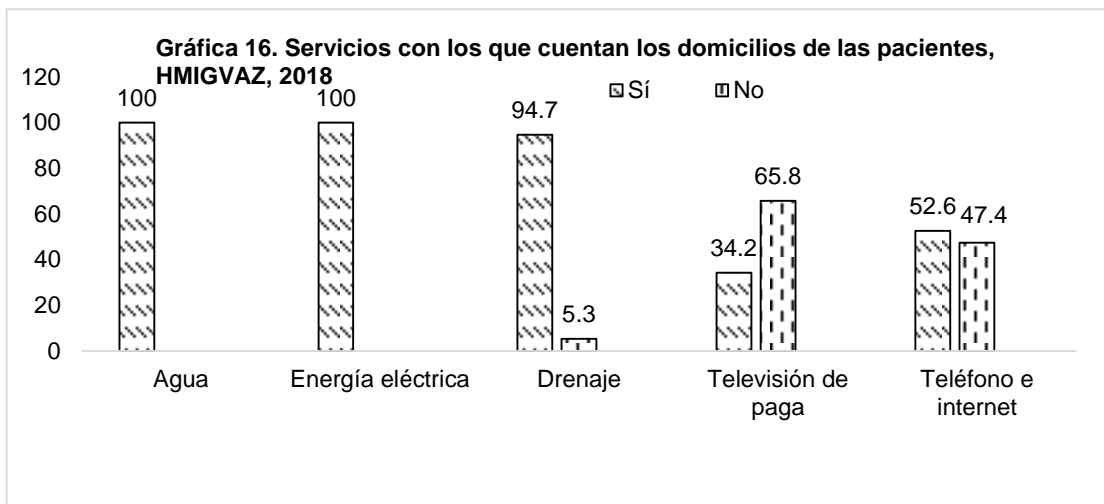
Sobresale que la mayoría de las mujeres encuestadas, concretamente 68.4% de la muestra, viven en casas prestadas o rentadas, es decir no son las dueñas del lugar donde habitan.

Solamente el 21.1% de las encuestadas señalaron que el lugar donde habitan es de su propiedad. Dentro de las respuestas también salió opción otro lo que equivale al 2.6% de la muestra, ya que en un caso expone la persona encuestada que su casa la están pagando actualmente a un familiar, sin embargo, el tiempo de pago es a 15 años, destinando la cantidad de \$1200 mensuales.

Es muy probable que las condiciones de pobreza de las áreas donde muchas veces se encuentran las viviendas tengan efectos sobre el estado de ánimo de los habitantes, como depresión o ansiedad, y generen un comportamiento disfuncional.

Servicios con los que cuenta la vivienda

Es necesario conocer los servicios con los que cuentan los domicilios de las mujeres encuestadas, ya que es una forma de poder conocer el acceso aspectos relacionados con el bienestar de las familias, a partir de la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Los servicios básicos con los que cuentan las viviendas en el 100% de los casos, son agua y luz, solamente en dos casos no hay drenaje, de modo que éste es sustituido por fosas sépticas.

Las viviendas de las mujeres en estudio cuentan con las condiciones mínimas de alojamiento, salvo algunos casos en donde el no contar con drenaje no les impide

adecuar sus condiciones a las mejores posibles. Es de reconocer que lo que mencionan los autores, nos evoca a un estado ideal, pero de acuerdo a los indicadores que señala, nos permite emularlos.

En lo que respecta a televisión de paga se identificó que el servicio estaba presente en 13 hogares y teléfono e internet en 20, sobresale que éste último servicio está instalado en familias cuyos ingresos mensuales en 3 familias es de más de \$20, 000 pesos; en 10 casos la percepción económica está entre \$ 5,000 y 10,000 pesos, aunque también hay 7 casos donde los ingresos son de menos de \$ 5,000 pesos y cuentan con este servicio.

Con qué frecuencia limpiaba su casa

La limpieza del domicilio contribuye al desarrollo del embarazo, al estar en un ambiente limpio, así como evitar ciertas enfermedades gastrointestinales y respiratorias.

Se analiza que en un 81.6% de la muestra realizaban limpieza de manera diaria de sus domicilios.

Tabla 45. Con qué frecuencia limpiaba su casa, HMIGVAZ, 2018		
Con qué frecuencia limpiaba casa	Frecuencia	Porcentaje
Diario	31	81.6
Tres veces a la semana	3	7.9
Dos veces a la semana	3	7.9
Una vez a la semana	1	2.6
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

En un 18.4 %de la muestra especifica datos variables, llegando a establecer que en un caso solamente realizaban labores domésticas una vez a la semana, pero de manera general eran lugares asépticos donde vivían las pacientes durante su embarazo.

Personas que habitan la vivienda

Se verificó a través del instrumento aplicado a las mujeres encuestadas las personas que habitan la vivienda para identificar si existían casos de hacinamiento dentro de las viviendas y encontramos la siguiente información:

Tabla 46. Personas que habitan la vivienda/Cuántas personas habitan la vivienda, HMIGVAZ, 2018								
Opciones			Cuántas personas habitan la vivienda				Total	
			Más de 7	De 5 a 6	De 3 a 4	De 1 a 2		
Personas que habitan la vivienda	De 2 a 4	Recuento	1	0	2	15	18	
		% del total	2.6%	0.0%	5.3%	39.5%	47.4%	
	De 5 a 6	Recuento						
		% del total						
	De 7 a 8	Recuento						
		% del total						
	Más de 10	Recuento						
		% del total						
	Total		Recuento	8	1	10	19	38
			% del total	21.1%	2.6%	26.3%	50.0%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Respecto al número de personas que habitan la vivienda se observa que en un 10.5% de los casos, las familias se componen de entre 7 o más de 10 habitantes, también se apreció que, en la mitad de los casos, las personas viven únicamente en 3 habitaciones, lo que nos aproxima a decir que existe un problema de hacinamiento.

Hay que comentar también, que, derivado las condiciones de espacio, no existe un respeto a la privacidad de los miembros del hogar, lo que puede derivar en conflictos en el interior de los hogares por el número de habitantes que conviven en él, esto desde luego tiene injerencia en la salud física, mental y emocional de

las mujeres quienes por sus limitados ingresos en ocasiones se ven en la necesidad de compartir la vivienda con sus familias de origen.

En caso de algún problema lo platicaba con su pareja⁹/ cómo califica la comunicación con su pareja

La dinámica dentro de las familias puede caracterizar las problemáticas al interior de su núcleo, por ello las situaciones que ocurren dentro de las parejas y su comunicación son fundamentales en ese sentido se debe comenzar describiendo la siguiente tabla:

Tabla 47. Problemas con sus parejas lo platicaba con su pareja/ Cómo califica la comunicación de su pareja, HMIGVAZ, 2018

Opciones			Cómo califica la comunicación con su pareja				Total
			Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Problema lo platica con su pareja	Siempre	Recuento	3	7	3	1	14
		% del total	10.3%	24.1%	10.3%	3.4%	48.3%
	Casi siempre	Recuento	0	3	1	0	4
		% del total	0.0%	10.3%	3.4%	0.0%	13.8%
	Algunas veces	Recuento	0	4	4	1	9
		% del total	0.0%	13.8%	13.8%	3.4%	31.0%
	Nunca	Recuento	0	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	6.9%
Total		Recuento	3	14	8	4	29
		% del total	10.3%	48.3%	27.6%	13.8%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

⁹. Se tomó como el 100 % a 29 pacientes, pero cabe señalar que dentro de la muestra existieron 10 mujeres solteras, sin embargo, en un caso una mujer vivió en unión libre y posteriormente se separó y fue tomada como parte de la muestra que de las que sí tuvieron pareja.

En relación a esta pregunta se puede argumentar que cuando existió una problemática de pareja solamente en más de la mitad de la muestra (61.1%), lo platicaban las mujeres encuestadas con sus concubinos o esposos.

Ahora bien, la opción algunas veces y nunca se repitió en 37.9 % de la muestra, lo que habla de un problema por la falta de comunicación entre las parejas.

Tradicionalmente se ha considerado a la comunicación como un proceso simbólico y transaccional, es decir, un trayecto en donde la conducta verbal y la no verbal funcionan como símbolos creados, los cuales permiten compartir significados, interactuar, al mismo tiempo que profundizar en el conocimiento propio y de otras personas

En nuestra realidad, la falta de comunicación es uno de los principales problemas con los que se puede encontrar cualquier pareja y que incluso puede llegar a desgastar la relación, en el caso de las mujeres que cursaron por la emergencia obstétrica, impide el poder hablar de los cambios o síntomas del embarazo, así como de los problemas que surgen dentro de la misma etapa de gestación.

Cualquier relación humana puede tener conflictos. Pero este aumenta en las interacciones de mayor cercanía e intimidad como es el caso de la pareja, ahora también es necesario señalar que con la mala comunicación provienen problemáticas como lo son la violencia de género.

Ahora bien, un 48.3%, de las mujeres mencionó que la comunicación con su parejas es buena lo que equivale a 14 casos, sin embargo, la contraparte indica que en el 41.6% de la muestra indica que en relación a este aspecto con sus parejas se encuentra en los intervalos que van de regular a mala, lo que objetivamente indica que hay una relación conflictiva, lo que puede afectar el estado de salud del embarazo.

También una vez sistematizada las respuestas de las féminas encuestadas se pudo identificar que el 57.68% de las mujeres entrevistadas, nunca festejaron con

sus parejas aniversarios o fechas especiales, lo que deja entrever situaciones de de cotidianidad en la relación, sin fomentar espacios de convivencia de la pareja, en este sentido este tipo de conductas también están influenciadas por factores de tipo económico y de la misma dinámica familiar.

Su pareja respetaba sus opiniones, sus cosas o su tiempo

Los estudios de Casique (2010), llega a la conclusión de que la violencia contra las mujeres por parte de la pareja se manifiesta a través de 4 formas fundamentales de violencia: la violencia emocional: que se refiere a todo tipo de violencia verbal o conductual acción u omisión-ejercida con el fin de intimidar; controlar o desvalorizar a la mujer, la violencia física: toda acción que cause daño a la integridad física de la mujer, la violencia sexual: todo acto u omisión que amenaza o daña la integridad y la libertad sexual de la mujer y la violencia económica: toda acción orientada a controlar el acceso a ingresos o recursos económicos de la mujer (p.40).

Tabla 48. Pareja respecto sus opiniones, cosas o tiempo, HMIGVAZ, 2018					
Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Siempre	15	39.5	51.7	51.7
	Casi siempre	7	18.4	24.1	75.9
	Algunas veces	5	13.2	17.2	93.1
	Nunca	2	5.3	6.9	100.0
	Total	29	76.3	100.0	
Perdidos	No aplica	9	23.7		
Total		38	100.0		

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

Si se realiza un análisis de las respuestas se obtiene que en el 24.1% de la muestra sus parejas algunas veces y nunca respetaron a las mujeres encuestadas en sus opiniones, cosas o tiempo y en la opción casi siempre solamente ocurrió en el 24.1% de los casos; cabe mencionar que los datos evidencian que, aunque a

más del 50% de las mujeres les respetaron estos derechos individuales, no ocurrió de esta manera en la totalidad de las féminas encuestadas.

Lo que evidencia una situación a señalar y que tiene relación con la violencia de género, en sus diversas manifestaciones.

Su pareja estuvo al pendiente de su salud/ su pareja estuvo al pendiente del embarazo

Tabla 49. Pareja estuvo al pendiente de su embarazo/ Pareja estuvo al pendiente de su salud							
Opciones			Pareja pendiente de su salud				Total
			Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	
Pareja al pendiente del embarazo	Siempre	Recuento	14	3	0	0	17
		% del total	47.6%	10.34%	0.0%	0.0%	57.94%
	Casi siempre	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	3.4%	0.0%	0.0%	0.0%	3.4%
	Algunas veces	Recuento	1	0	4	1	6
		% del total	3.4%	0.0%	13.79%	3.4%	20.5 %
	Nunca	Recuento	1	0	1	3	5
		% del total	3.4%	0.0%	3.4%	10.34%	17.14%
Total		Recuento	17	3	5	4	29
		% del total	57.8 %	10.34%	17.19 %	13.74%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

Los resultados arrojan que, durante el embarazo y en referencia al estado de salud general, las parejas de las pacientes siempre estuvieron al pendiente en más del 57% de los casos

Se aprecia un fenómeno interesante ya que cuando las pacientes estuvieron embarazadas sus parejas estuvieron al pendiente algunas veces en el 20.5% de la muestra, pero se debe señalar que cuando no estaban embarazadas solamente estuvieron al pendiente de su salud de manera general el 17.19% las parejas de las féminas encuestadas.

En relación a la opción nunca en el 13.74% de las féminas encuestadas manifestaron un desinterés por parte de sus parejas en saber acerca del su estado de salud en general, sin embargo, cuando estuvieron embarazadas el porcentaje aumentó al 17.14 % de la muestra.

Lo anterior indica que cuando la mujer estuvo embarazada en algunos casos generó un interés en sus parejas, aunque de manera esporádica referente a su estado gestacional, y por otro lado se detectó que hubo casos en los que nunca estuvieron al pendiente de la salud general y cuando estuvieron embarazadas aumentó este desinterés.

Dentro de los estudios de género se concluye que la “concepción de la salud de las mujeres y los hombres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, fisiológicos, anatómicos, etc.) y factores culturales, sociales, laborales y medioambientales que condicionan de forma distinta la salud y los riesgos de la enfermedad” (Haumi, Fuentes, Aguirre y Ramírez, 2013, p.92).

La reproducción humana es vista como un acontecimiento natural, sin embargo, también es cierto que puede haber complicaciones pocas veces consideradas, ya que la mujer históricamente se posiciona en su papel de reproducción inherente a su fisonomía.

Las mujeres utilizan en mayor proporción los servicios de salud que los hombres, “se debe primordialmente a las necesidades derivadas de su papel biológico en la reproducción, por su más alta morbilidad y mayor longevidad” (Haumi, Fuentes, Aguirre y Ramírez; 2013:92), incluso el acompañamiento de las mujeres embarazadas cumple ese criterio, al ser las mamás de las pacientes las que las acompañen en su gran mayoría a las consultas médicas.

Tuvo discusiones con su pareja durante el embarazo

Es importante conocer si las pacientes durante su embarazo tuvieron situaciones de estrés, derivadas de discusiones con sus parejas, ante esta situación se les

preguntó si hubo discusiones con sus parejas y la frecuencia en que se dieron, la información se conglomeró en la siguiente tabla:

Tabla 50. Embarazo tuvo discusiones con su pareja/Frecuencia de las discusiones, HMIGVAZ, 2018								
Opciones			Frecuencia de las discusiones de su pareja					Total
			Diario	Continuamente	A veces	Esporádica mente	Ninguno	
Embarazo tuvo discusiones con su pareja	Sí	Recuento	3	6	11	3	0	23
		% del total	10.7%	21.4%	39.3%	10.7%	0.0%	82.1%
	No	Recuento	0	0	0	0	5	5
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	17.9%	17.9%
Total		Recuento	3	6	11	3	5	28
		% del total	10.7%	21.4%	39.3%	10.7%	17.9%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

Se encontró que más del 80% de las mujeres encuestadas tuvieron problemas con su pareja, sin embargo, sobresale que en un 10.7% fueron de manera diaria.

También hay que observar que en el 21.4% de la muestra las discusiones fueron continuamente.

Solamente en el 17.9% de las féminas encuestadas se localizó que no tuvieron problemas con sus parejas.

Lo que nos aproxima a pensar que las mujeres vivieron momentos de estrés derivados de esta situación y que pudieron tener repercusiones en el proceso del embarazo.

Durante su embarazo recibió críticas por parte de su pareja/ durante su embarazo recibió descalificaciones por parte de su pareja

Es prioritario describir dentro de la dinámica familiar y de pareja las acciones negativas que pueden afectar la relación y el estado de salud de las mujeres en este sentido parte de la violencia psicológica esta contemplada en descalificar y

criticar a las féminas, por ello se decidió conocer esa información y puntualizarla en la siguiente tabla:

Tabla 51. Embarazo recibió crítica de su parejas/Embarazo recibió descalificaciones, HMIGVAZ, 2018									
Opciones			Embarazo recibió descalificaciones					Total	
			Diario	Continuamente	A veces	Esporádica mente	Nunca		
Embarazo recibió críticas	Diario		1	1	0	0	1	3	
			3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	3.4%	10.3%	
	Continuamente		0	1	1	0	1	3	
			0.0%	3.4%	3.4%	0.0%	3.4%	10.3%	
	A veces		1	0	4	0	1	6	
			3.4%	0.0%	13.8%	0.0%	3.4%	20.7%	
	Esporádicamente		0	0	0	2	0	2	
			0.0%	0.0%	0.0%	6.9%	0.0%	6.9%	
	Nunca		0	0	2	2	11	15	
			0.0%	0.0%	6.9%	6.9%	37.9%	51.7%	
	Total		Recuento	2	2	7	4	14	29
			% del total	6.9%	6.9%	24.1%	13.8%	48.3%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

La información de esta tabla indica que las mujeres recibieron descalificaciones en el 6.9% de la muestra de manera diaria y en el 24.1% algunas veces.

Sin embargo, en cuanto a las críticas el 10.3% de las féminas las recibieron de manera diaria y en el mismo porcentaje de manera frecuente.

Aunque la realidad establece que más de la mitad de la muestra no recibió críticas, por lo menos más del 40% si las recibieron en diferentes intervalos de periodicidad.

Ahora sobresale que más del 50% de las mujeres recibieron descalificaciones por parte de sus parejas, con distinta periodicidad, lo que definitivamente, nos habla de una violencia psicológica hacia las féminas encuestadas.

Periodicidad con la que recibieron malas palabras por parte de su pareja / recibió empujones por parte de su pareja

La violencia de género se tiene que identificar dentro de la emergencia obstétrica, lo cual posibilita encontrar determinantes sociales que pueden incidir en la presencia de este padecimiento y se puede analizar a partir de la siguiente tabla:

Tabla 52. Embarazo recibió malas palabras/ Embarazo recibió empujones, HMIGVAZ, 2018								
Opciones			Embarazo recibió empujones				Total	
			Continuamente	A veces	Esporádica mente	Nunca		
Embarazo recibió malas palabras	Diario	Recuento	1	1	0	0	2	
		% del total	3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	6.9%	
	Continuamente		1	1	0	0	2	
			3.4%	3.4%	0.0%	0.0%	6.9%	
	A veces		0	2	0	2	4	
			0.0%	6.9%	0.0%	6.9%	13.8 %	
	Esporádica mente		0	0	1	2	3	
			0.0%	0.0%	3.4%	6.9%	10.3 %	
	Nunca		0	0	1	17	18	
			0.0%	0.0%	3.4%	58.6%	62.1 %	
	Total		Recuento	2	4	2	21	29
			% del total	6.9%	13.8 %	6.9%	72.4%	100.0 %

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

La información recolectada posibilita ver que en el 6.9% de las mujeres recibieron empujones por parte de sus parejas de manera diaria y en el mismo porcentaje de manera continua lo que representa más del 12% de las féminas encuestadas.

En cuanto la utilización de malas palabras se ubicó que más del 12% de las parejas las utilizaban con las mujeres de las encuestas.

Ahora bien, también se obtuvo dentro de esta pregunta que a más del 13% de las mujeres encuestadas algunas veces les hablaron con malas palabras y fueron víctimas de empujones, lo cual pone una alerta sobre la violencia de género de las mujeres que participaron en la investigación, sin embargo, de acuerdo a las respuestas las féminas vivían la violencia como algo cotidiano dentro de su realidad.

Durante su embarazo su pareja le condicionó el dinero

La violencia género es uno de los problemas por los que atraviesan las mujeres, en este sentido el condicionamiento del dinero es una de las expresiones, de la violencia económica, para saber si este problema se presentó en las mujeres de estudio, se les preguntó a las féminas encuestadas si sus parejas les condicionaron el dinero y las respuestas se agruparon en la siguiente tabla:

Tabla 53. Durante su embarazo su pareja le condicionó el dinero, HMIGVAZ, 2018				
Opciones	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Continuamente	1	2.6	2.6	2.6
A veces	2	5.3	5.3	7.9
Esporádicamente	3	7.9	7.9	15.8
Nunca	23	60.5	60.5	76.3
No aplica	9	23.7	23.7	100.0
Total	38	100.0	100.0	

Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

Las mujeres encuestadas señalaron que en el 60.5% de los casos su pareja no lo les restringía el dinero, pero en 5 casos se observó que, si hubo una condicionante

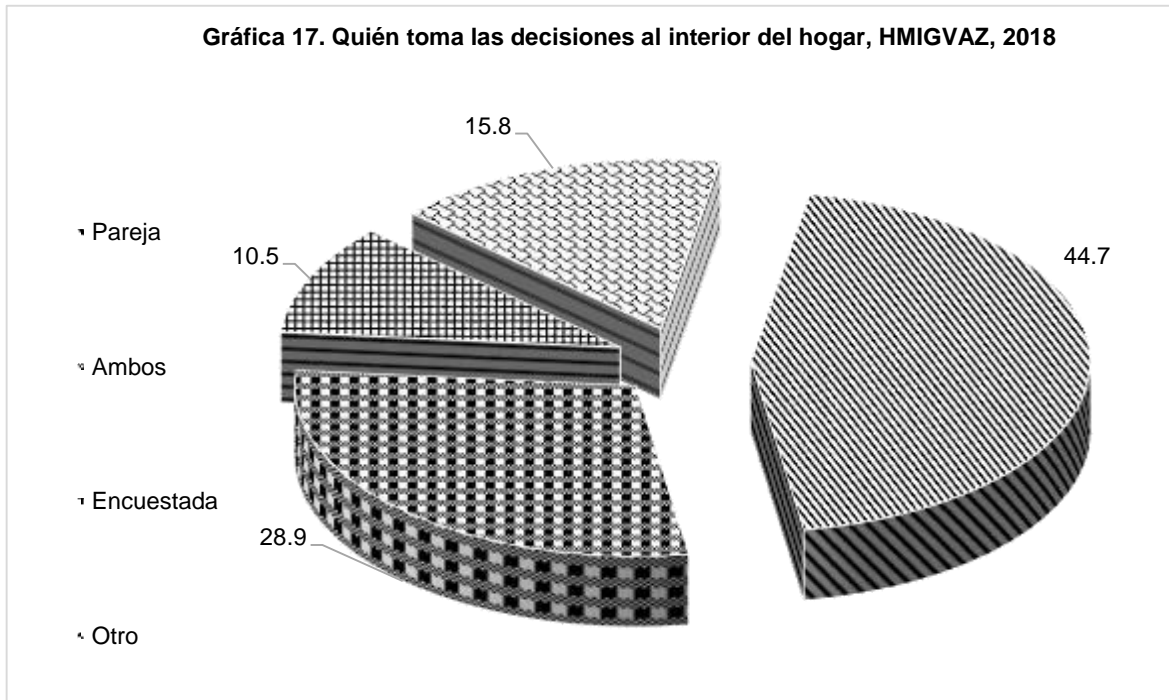
de tipo económico, lo que equivale al 13.2% de la muestra y en un caso fue continuamente la presencia de esta problemática, lo que también puede tener injerencia en que las pacientes no tengan los recursos para acudir al médico cada que lo requieran.

Se aprecia que existieron casos donde hubo violencia económica, pero las mujeres encuestadas lo viven como algo que está dentro de su cotidianidad, una violencia invisible que se vive al interior del hogar y a vez se exacerba durante el embarazo. En esa parte de violencia existieron elementos que interaccionaron dentro del proceso de gestación y se pueden encontrar respuestas del por qué las mujeres presentaron depresión durante su embarazo.

En lo conducente a la pregunta si su pareja la obligaba y golpeaba para tener relaciones sexuales, se encontró que hubo un caso en el que sí ocurrió tal situación y aunque solamente representa el 2.6% de la población se torna una situación preocupante, ya que este tipo de problemáticas se configuran dentro de los determinantes sociales de salud y evidentemente complican y condicionan la parte social de la enfermedad, además el que una mujer haya sido obligada a tener relaciones sexuales es una violación y pocas veces se ubica como una causa que puede predisponer la emergencia obstétrica.

Quién toma las decisiones al interior del hogar

Dentro de las mujeres encuestadas se les preguntó dentro de su hogar quien toma decisiones y se encontró la información plasmada en la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=29.

Las mujeres encuestadas vivieron diversas situaciones y en lo que tiene que ver con la toma de decisiones al interior del hogar en el 44.7% de los casos y equivale a 17 casos, la tomaron las parejas de las mujeres encuestadas.

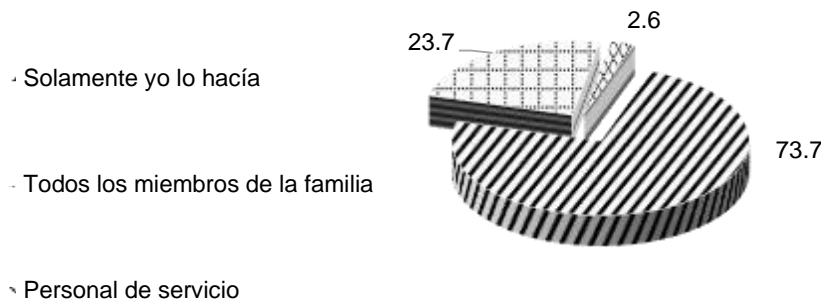
Además, en el 10.5% de los casos las decisiones al interior del hogar tomadas por las mujeres encuestadas ocurrieron únicamente en casos en que son solteras.

Es prioritario hacer notar que las mujeres deben participar en la toma de decisiones dentro del hogar, porque al ser en la mayoría de los casos las parejas de las pacientes, se torna complicado que ellas, en las cuestiones que tienen que ver con el embarazo, hagan lo que consideren pertinente, entonces es una condicionante y principalmente un limitante para la propia mujer embarazada.

Quién participó en los quehaceres del hogar durante su embarazo

El saber esta información permite aproximarnos al conocimiento de las redes de apoyo con las que contaron durante el embarazo, por ello es importante esta información a partir de la siguiente gráfica:

Gráfica 18. Quién participó en los quehaceres del hogar durante su embarazo, HMIGVAZ, 2018



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

En la realización de las actividades del hogar respecto a la participación de todos los miembros de la familia se encontró que en el 73.7% de los casos solamente las mujeres encuestadas realizaban los quehaceres domésticos, sin embargo, en donde participaron todos los miembros del hogar solamente fue en el 23.7% de la muestra que equivale a 9 casos, además en un caso lo realizó personal de servicio, contratado por la propia familia.

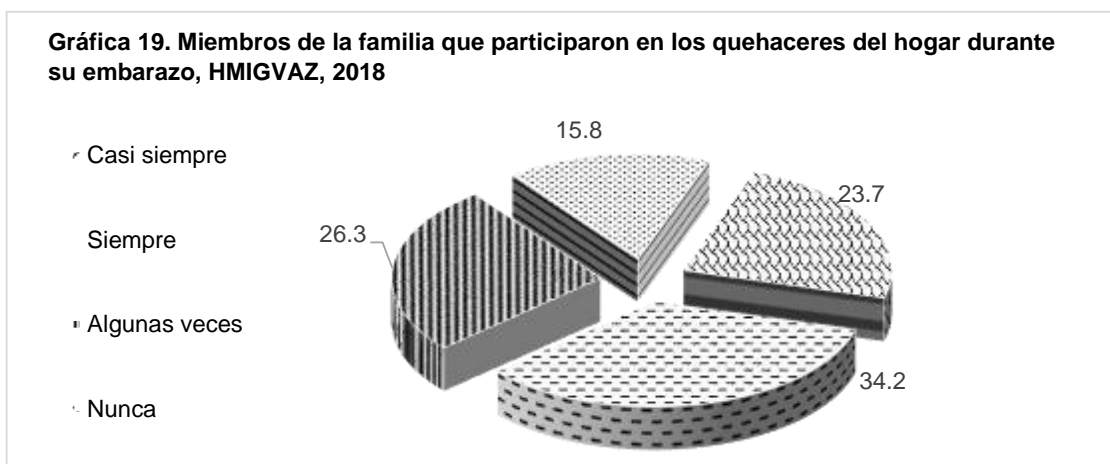
En el contexto actual los condicionamientos de género concentran a las mujeres en ocupaciones inestables, carentes de seguridad social y movilidad ascendente, de bajo prestigio y remuneración o en ocasiones sin remuneración.

Cabe mencionar que 4 personas que laboraban durante el embarazo también eran las responsables de realizar solas los quehaceres domésticos y respecto a su estado civil eran madres solteras, en otros dos casos también de mujeres solteras que trabajaron durante el embarazo fueron ayudadas por miembros de su familia en la realización de labores domésticas.

Lo que es coincidente con un estilo de sociedad androcéntrica donde los hombres son proveedores económicos y las mujeres se dedican al hogar, sin embargo, las mujeres cuentan en la actualidad con una serie de derechos, donde también son proveedoras, pero continúa existiendo una carga doméstica absoluta hacia ellas.

Miembros de las familias que participaron en los quehaceres del hogar

Las labores domésticas son actividades que requieren esfuerzo físico, por esta situación es importante saber quién de los miembros de sus familias las apoyó durante su embarazo, para de esta manera conocer factores de riesgo en la evolución del embarazo, dicha información se concentra en la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

La información señala que en un 57.9% de los casos, miembros de la familia apoyaron en los quehaceres del hogar, lo que de una u otra manera se contrapone con los con la pregunta anterior ¿quién participó en los quehaceres del hogar?, ya que fue una pregunta dirigida con opciones concretas, donde arrojó que solamente los miembros del hogar participaron en el 23.7% de la muestra, en este sentido se entiende el aumento porque las mujeres consideran como parte de los quehaceres domésticos el que sus familiares (principalmente sus hijos y mamás) las hayan apoyado con mandados o trayendo la despensa.

También hay que señalar que las mujeres dentro de la realidad que vivieron durante su embarazo, argumentaron que en 16 casos que representa más del 40% de la muestra, solamente algunas veces o nunca recibieron apoyo por parte de sus familiares para realizar actividades domésticas.

Históricamente se les confiere a las mujeres por su misma naturaleza que ellas son las responsables de realizar las actividades domésticas y como el propio embarazo se considera una actividad de reproducción propio de la mujer, donde no se aprecia un riesgo por esta condición, en muchos casos las mujeres gestantes son las únicas que realizan actividades domésticas.

Cómo califica la comunicación familiar

La comunicación familiar es fundamental dentro de la familia, porque a través de ella se manifiestan límites y se ponen reglas con los cuales se conducen sus integrantes, por este motivo es importante saber características de la comunicación dentro de las familias de las pacientes encuestadas a partir de la siguiente tabla:

Tabla 54. Cómo califica la comunicación familiar, HMIGVAZ, julio-agosto, 2018.		
Opciones de comunicación familiar	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	4	10.5
Buena	26	68.4
Regular	5	13.2
Mala	3	7.9
Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

Se tuvo un acercamiento donde se conoció cómo era la comunicación familiar con las familias de origen de las mujeres encuestadas, identificándose en el 68.4% de los casos que la comunicación fue considerada buena, sin embargo, en el 21.1% de los casos, la información arroja que se encuentra en rubro de regular a mala y se presentó en 8 casos.

Es imprescindible, “considerar que la comunicación en la vida familiar, conduce a valorar las funciones importantes que la misma desempeña: “informativas, regulativas, afectivas y el vínculo que las mismas establecen. Investigaciones desarrolladas en este orden lo manifiestan” (Álvarez, citado por Gamboa; 2012, p.47).

En los estudios de Gamboa, queda evidenciada “la necesidad comunicativa entre los miembros de la familia durante el desarrollo de las actividades hogareñas de manera conjunta, en las que se manifiestan y expresan necesidades, motivos, valores, intereses, carencias, intenciones, entre otros” (Gamboa; 2012:47)

Evidentemente la comunicación conduce no solamente a una buena relación dentro del núcleo familiar, ya que también incluye las redes de apoyo, las relaciones de alianza, por si existiera una complicación en este caso durante el embarazo, sin embargo, en la investigación se encontró que en un porcentaje considerable del más del 20% de la muestra refleja que no hay una comunicación abierta y de alianza.

Cómo se resuelven los problemas con pareja y familia

La forma de resolver los problemas es muy importante ya que de ello depende también la dinámica familiar y la toma de decisiones al interior del núcleo familiar, luego entonces cobra relevancia la siguiente tabla:

Tabla 55. Cómo resuelve los problemas con su familia, HMIGVAZ, 2018			
Opciones de resolución		Frecuencia	Porcentaje
	Se habla de los problemas	22	57.9
	Acepta las propuestas de sus familiares	13	34.2
	Se negocia para llegar a acuerdos	2	5.3
	No se habla de los problemas	1	2.6
	Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38.

A través de la tabla 55, se aprecia que en un 57.9% se habla de los problemas dentro de la familia, pero también se aprecia que en el 34.2% acepta las propuestas de los familiares, en este sentido se observa que en la mayoría de los casos tiene que ver con pacientes que respecto a su estado civil son solteras.

También es importante dimensionar que en el 2.6% de la muestra no habla de los problemas, es decir nunca se solucionan, se dejan pasar y con el tiempo ello acumula más tensión al interior de la familia que muchas veces se puede representar con el ciclo de la violencia.

Cómo se resuelven los problemas con sus hijos

Para conocer los límites al interior del hogar se les preguntó a las mujeres encuestadas como era la relación con sus hijos y se pudo obtener la siguiente información:

Tabla 56. Cómo se resuelven los problemas con sus hijos, HMIGVAZ, 2018					
Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Se habla de los problemas	12	31.6	63.2	63.2
	Acepta lo que dicen sus hijos	2	5.3	10.5	73.7
	Se negocia para llegar a acuerdos	4	10.5	21.1	94.7
	No se habla de ellos	1	2.6	5.3	100.0
	Total	19	50.0	100.0	
Perdidos	No aplica	19	50.0		
Total		38	100.0		

Elaboración propia, 2018, tomando como n=19.

Se aprecia que, del total de la muestra, la mitad de mujeres en el momento de la encuesta, era su primer hijo y estaban cursando el primer año de vida, por ello no nos pudieron contestar la pregunta, además también existió el caso de una fémina no tenía hijos ya que había tenido 4 partos y a su vez defunciones de éstos.

Lo significativo de la tabla es que en el 63.2% de los casos se habla de los problemas para resolverlos, sin embargo, en el 10.5% se acepta lo que dicen sus hijos, lo cual se traduce en una falta de límites al interior del hogar, y que posteriormente puede tener repercusiones negativas dentro del hogar.

Personas que las apoyaron material o moralmente / Personas que la apoyaron durante su embarazo ante un problema grave

Es importante saber con qué redes de apoyo contaron las pacientes, en este sentido se torna importante conocer para la selección muestral quiénes de sus familiares o conocidos fueron importantes durante el embarazo:

Tabla 57. Personas que las apoyaron material o moralmente/Personas que la apoyaron ante un problema grave, HMIGVAZ, 2018							
Opciones			Apoyo ante un problema grave				Total
			Esposo/concubino	Mamá /papá	Hermano /hermanas	Amigos/vecinos	
Apoyo material o moral	Esposo/concubino	Recuento	20	1	1	0	22
		% del total	52.6%	2.6%	2.6%	0.0%	57.9%
	Mamá/papá	Recuento	1	13	0	0	14
		% del total	2.6%	34.2%	0.0%	0.0%	36.8%
	Amigos/vecinos	Recuento	0	0	0	2	2
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	5.3%	5.3%
Total		Recuento	21	14	1	2	38
		% del total	55.3%	36.8%	2.6%	5.3%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando como n=38

A través de la tabla 57, se puede verificar que el esposo o concubino ante un problema grave esta presente en el 57.9% de los casos, sin embargo, el porcentaje disminuye cuando se trata de un apoyo material o moral, ya que en ese sentido solamente el 55.3% de las mujeres encuestadas, consideran que sus parejas las pudieran apoyar en una situación de esa naturaleza.

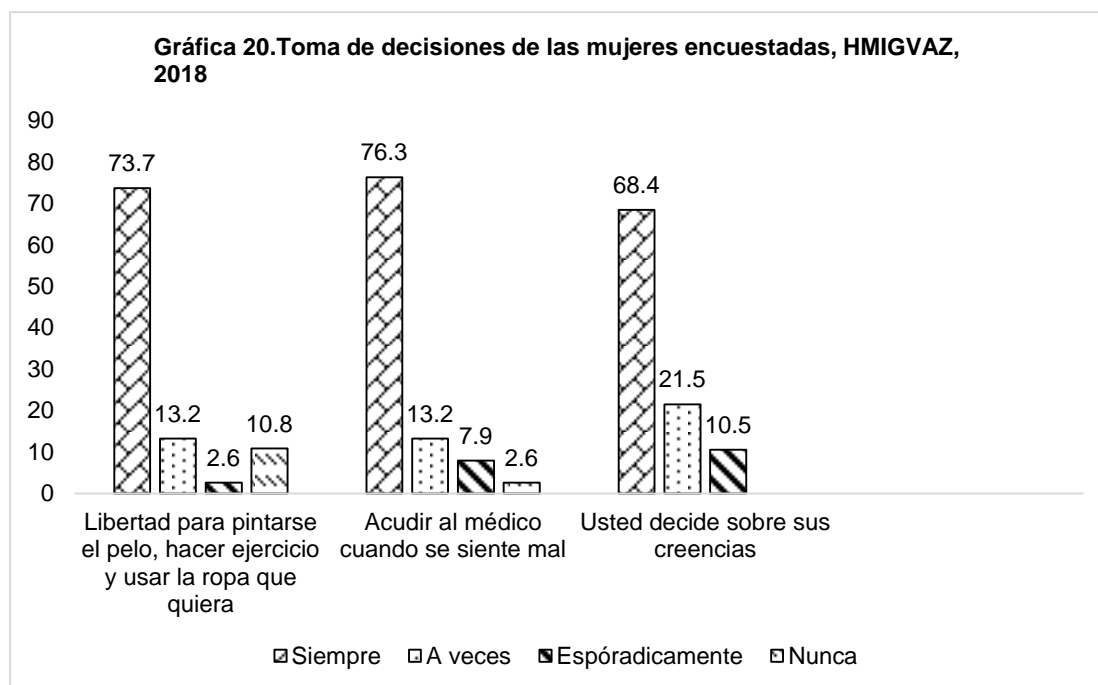
El mamá o papá como apoyos se comportaron de la misma manera en el 36.8% de la muestra, es decir los ven como un apoyo ante un problema material o moral y ante un acontecimiento grave.

En el 5.3% de la muestra antes de cualquier familiar en caso de un problema grave o material las féminas encuestadas postularon que sus amistades son sus

principales apoyos, lo que se pudiera traducir en una potencial falta de redes al interior del núcleo familiar.

Toma de decisiones de las mujeres encuestadas

La toma de decisiones se manifiesta como libertades de las mujeres para decidir sobre diversos aspectos que tienen que ver con su vida en este sentido la información con base a diferentes opciones se agrupó en la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

Respecto a la toma de decisiones se aprecia que en el 73.7% de los casos las mujeres encuestadas, pueden decidir acerca de pintarse el pelo, realizar ejercicio y usar la ropa que decidan, ahora bien, en el 10.5% de la muestra no pudieron realizar tales cosas, lo que se configura en restricciones hacia la capacidad de decisión de las féminas encuestadas.

El espacio material y simbólico asignado culturalmente a lo femenino y a lo masculino da lugar a las diferencias de género. Esto en principio no tendría por qué atentar contra los derechos de las personas, el problema aparece cuando los roles asignados a un género son considerados por encima del otro constituyendo

las desigualdades de género. Estas se consolidan como discriminación de género cuando se establecen prácticas que subordinan un género al otro, y en consecuencia se respetan de diferente manera los intereses y derechos de hombres y mujeres.

A lo largo de las siguientes gráficas veremos el comportamiento de las parejas al respecto, “la violencia ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por la cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psíquica, moral o social de otra persona; en la familia, la violencia intrafamiliar es considerada como una de las más solapadas, altamente frecuente e identificado cuando los casos son extremos.” (Diago, Salabarría y Torriente, 2009, p.4).

En referencia al hecho de que las mujeres encuestadas acudan al médico cada que se sienten mal, las opciones esporádicamente y nunca fueron las respuestas que se brindaron en el 10.5% de la muestra, entonces ante una emergencia obstétrica o síntomas de la misma se tiene que mostrar una autorización, en este caso de la pareja para acudir a recibir atención con un especialista.

Se presenta un comportamiento similar en lo que tiene que ver con las creencias religiosas de las pacientes, ya que se encontró que en un 68.4% pueden decidir de manera libre, sin embargo, en un 10.5% de las féminas, no tuvieron posibilidad de hacerlo, lo que hasta cierta medida restringe sus libertades en la toma de decisiones sobre aspectos que son de tipo persona.

A qué se dedicaba durante su embarazo y la participación en la economía

A través de esta tabla se tuvo una aproximación al conocimiento que emiten las propias mujeres con referencia a dedicarse a labores domésticas y saber cómo consideraban su participación en la economía del hogar, dicha información se concentró en la siguiente tabla:

Tabla 58.A qué se dedicaba durante su embarazo/Participación en la economía del hogar, HMIGVAZ, 2018									
Opciones			Participación en la economía del hogar					Total	
			Hasta un 25 %	Hasta un 50 %	Hasta un 75 %	100 %	Nunca		
A qué se dedicó durante el embarazo	Empleado	Recuento	0	1	0	1	0	2	
		% del total	0.0%	2.6%	0.0%	2.6	0.0%	5.3%	
	Empleado informal	Recuento	1	0	0	2	1	4	
		% del total	2.6%	0.0%	0.0%	5.3	2.6%	10.5%	
	Al hogar	Recuento	3	1	1	0	27	32	
		% del total	7.9%	2.6%	2.6%	0.0	71.1%	84.2%	
	Total		Recuento	4	2	1	3	28	38
			% del total	10.5%	5.3%	2.6%	7.9	73.7%	100.0%

Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

En 28 casos que equivale al 73.7% de las mujeres que se dedican al hogar reportaron que no participan en la economía del hogar, independientemente de haber realizado labores domésticas, lo que nos habla de una desvalorización hacia este tipo de actividades.

El 5.3% las mujeres encuestadas, señalaron que aun cuando trabajaron durante su embarazo su participación en la economía era de un 25 y hasta un 50%, solamente en el 7.8 % de las mujeres que laboran indicaron que participaban en el 100 % de la economía familiar.

Se aprecia que los rasgos del principal proveedor económico, son masculinos y aun cuando las mujeres trabajaban y aportaban o se dedicaban exclusivamente al hogar, argumentaron que no tenían gran aporte a la economía familiar.

Tiene limitaciones en el uso de los bienes que tiene su familia

Respecto al uso de bienes se les preguntó a las mujeres encuestadas si han tenido limitaciones para usarlos encontrando las siguientes respuestas:

Tabla 59. Tuvo limitaciones en el uso de los diversos bienes que tiene su familia, HMIGVAZ, julio-agosto 2018			
Opciones		Frecuencia	Porcentaje
	Siempre	8	21.1
	A veces	7	18.4
	Esporádicamente	1	2.6
	Nunca	22	57.9
Total		38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

Se destaca que en más del 57.9% de la población estudiada nunca tuvo acceso al uso de los bienes materiales de la familia.

Solamente la opción siempre ocurrió en el 21.1% de la población, además en la misma cantidad se observan las opciones a veces y esporádicamente.

De tal manera que se puede señalar que existe una limitada accesibilidad de las mujeres a los bienes materiales, lo que también condiciona la movilidad, el desplazamiento y la utilización de los recursos familiares en favor del embarazo.

Miembros del hogar le realizaron críticas hacia su persona

Es importante señalar si las mujeres por parte de sus familiares recibieron críticas, en este sentido la información se concentró en la siguiente tabla:

Tabla 60. Durante su embarazo recibió crítica hacia su persona por parte de sus familiares, HMIGVAZ, 2018			
Opciones		Frecuencia	Porcentaje
	Diariamente	1	2.6
	Continuamente	1	2.6
	A veces	10	26.3
	Esporádicamente	8	21.1
	Nunca	18	47.4
	Total	38	100.0

Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

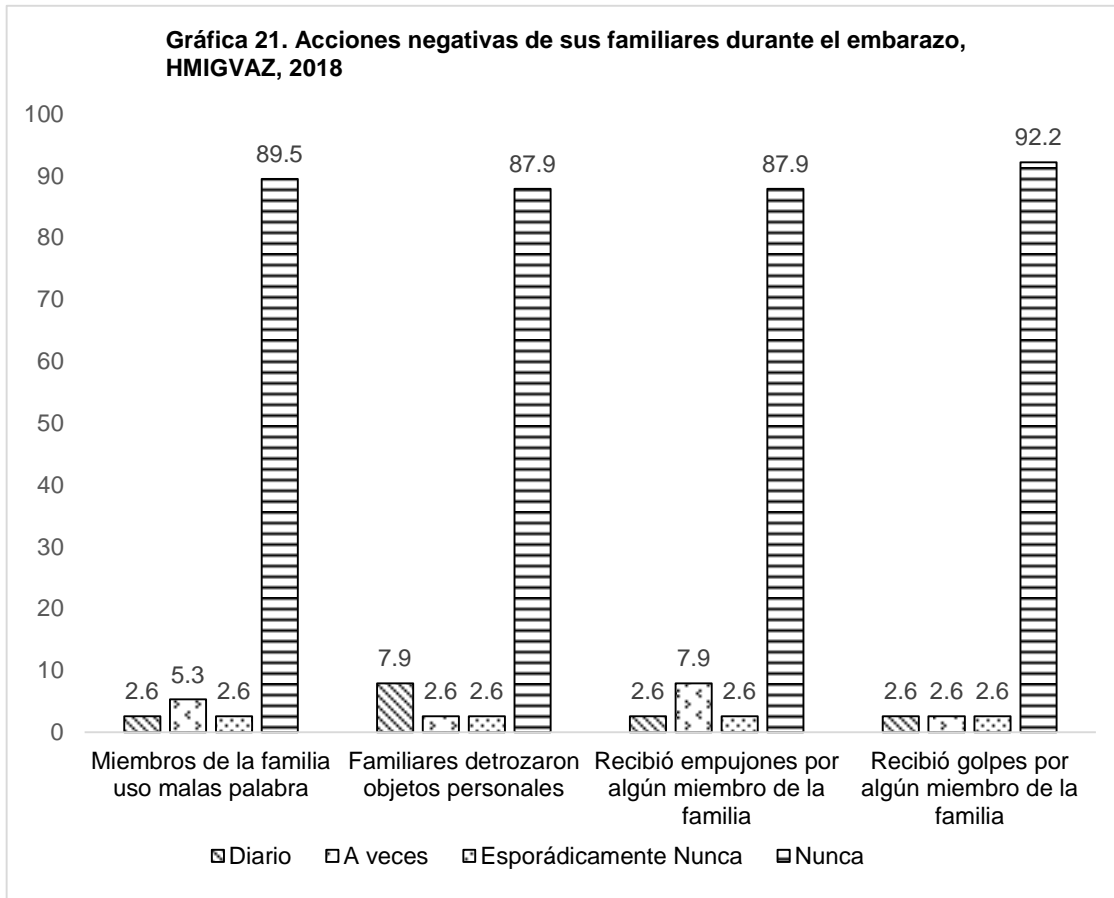
Respecto a las mujeres encuestadas que recibieron críticas de sus familiares diariamente y constantemente ambas se caracterizan por ser pacientes que tuvieron un embarazo en la adolescencia a los 15 y 16 años respectivamente y representan el 5.3% de la muestra.

La categoría a veces se presentó 10 veces y equivale al 26.3% de las féminas encuestadas, de ese total se observó críticas hacia 3 mujeres que se embarazaron en dos casos a los 41 y 43 años respectivamente, el motivo de tales comentarios negativos fue derivado de la edad en la que cursaron su embarazo.

Se apreció que en 52.3% de las mujeres encuestadas que equivale a más de la mitad de la muestra, recibieron críticas de familiares cercanos, lo indica una posible violencia psicológica hacia las pacientes.

Acciones negativas de sus familias durante su embarazo

La interacción familiar puede tener repercusiones dentro del embarazo en este sentido se deben investigar bajo qué circunstancias las mujeres tuvieron acciones que pudieron afectar su embarazo, a partir de la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

En lo referente a las acciones negativas que sufrieron las féminas por parte de sus familiares, se encontró que en el 13.1% de las mujeres, recibieron empujones de algún miembro de su familia, en el mismo porcentaje los familiares de las pacientes encuestadas destrozaron objetos personales; los casos en que detectó esta problemática corresponden a mujeres encuestadas adolescentes y la situación de violencia provino de sus familiares cercanos como lo son sus padres.

En lo referente al uso de malas palabras en su contra, se ubicó esta conducta de manera frecuente en el 7.9% de la muestra.

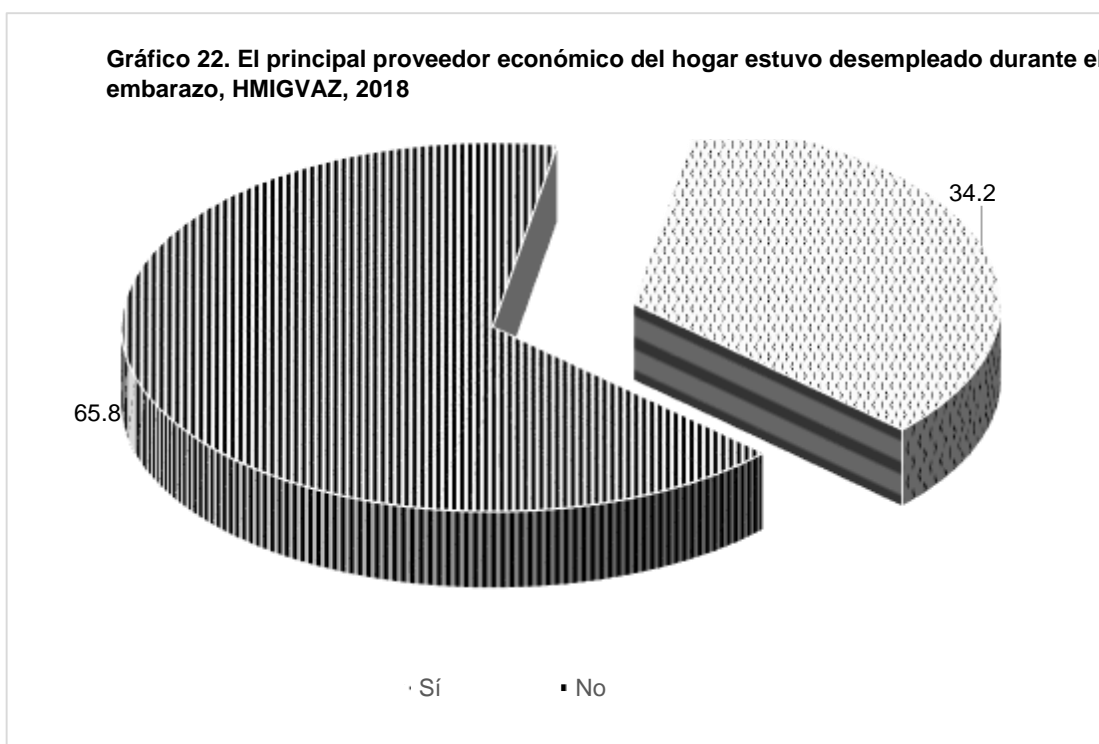
También en un porcentaje menor del 2.6% los miembros de las familias utilizaron malas palabras hacia las mujeres encuestadas de manera frecuente.

Aunque pareciera que las mujeres encuestadas, no sufren violencia por el número de casos y las frecuencias de los resultados en las cuatro problemáticas

presentadas tienen datos que indican que las mujeres dentro del núcleo familiar viven situaciones de diversos tipos de violencia.

El principal proveedor económico estuvo desempleado durante el embarazo

Es prioritario conocer si las y los principales proveedores económicos del hogar, durante la etapa del embarazo estuvieron desempleados, ya que de esta forma se pueden identificar problemáticas sociales que pueden afectar la salud de las pacientes a partir de la siguiente gráfica:



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

En el 34.2% de la población estudiada, el principal proveedor económico se quedó desempleado y de este total, que equivale a 13 personas de la muestra, 4 (10.5%) eran madres solteras.

La condición de desempleo de las mujeres encuestadas y sus familiares propicia que estas no puedan acceder a una seguridad social y beneficiarse de las prestaciones que brinda un empleo formal, en el caso de las madres solteras, esta

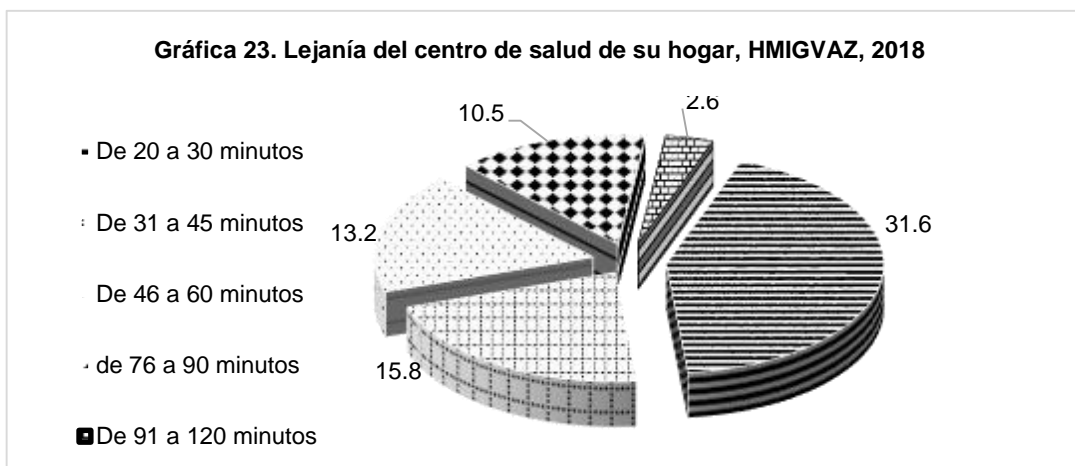
situación las predispone a riesgos tales como, una alimentación inadecuada, estrés e insuficiente atención médica.

6.3 Exosistema

En la última parte de los resultados, se señalan los factores que desde un nivel comunitario pudieran afectar la evolución del embarazo, hasta llegar a complicarlo.

Tiempo que realizaron las pacientes de su hogar al HMIGVAZ

Uno de los indicadores para evaluar los riesgos de la emergencia obstétrica es el tiempo de traslado en este sentido se obtuvo la siguiente información:



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

En el presente estudio, las mujeres encuestadas en el 31.6% de los casos, tardaron 30 minutos para llegar al hospital, de acuerdo a los resultados fue el mínimo de tiempo destinado al traslado, pero, hay que tener en cuenta que las condiciones de cada mujer son distintas al presentarse una emergencia obstétrica, y ese tiempo que tardaron, puede ser suficientes para recibir atención médica o puede ser demasiado en relación a la gravedad, es decir el tiempo puede ser un factor determinante, dependiendo cada caso y diagnóstico de las mujeres.

Por otro lado, en el 26.3% de los casos, el tiempo promedio fue de entre 60 a 75 minutos, también se detectó en el 10.5% de la muestra que hicieron un tiempo que va de 76 a 90 minutos. Sobresale un dato que equivale al 2.6%, y corresponde a una fémina que realizó un trayecto para llegar al hospital de entre 91 a 120 minutos, es decir entre una hora y media y dos horas y aunque se podría considerar que son pocos estos casos, se observa un riesgo latente por la distancia que realizaron para llegar al hospital, ya que pudo haber culminado con una muerte materna.

Tiempo de traslado al centro de salud para el control prenatal

Es importante vislumbrar información que nos ayude a comprender el tiempo que realizan las pacientes de su hogar a la institución primaria de salud, a partir de los siguientes datos:

Tabla 61. Lejanía Centro de Salud al Hogar, HMIGVAZ, 2018					
Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Menos de 30 minutos	8	21.1	22.2	22.2
	Más de 30 minutos	18	47.4	50.0	72.2
	Más de 1 hora	10	26.3	27.8	100.0
	Total	36	94.7	100.0	
Perdidos	No aplica	2	5.3		
Total		38	100.0		

Elaboración propia, n=36¹⁰.

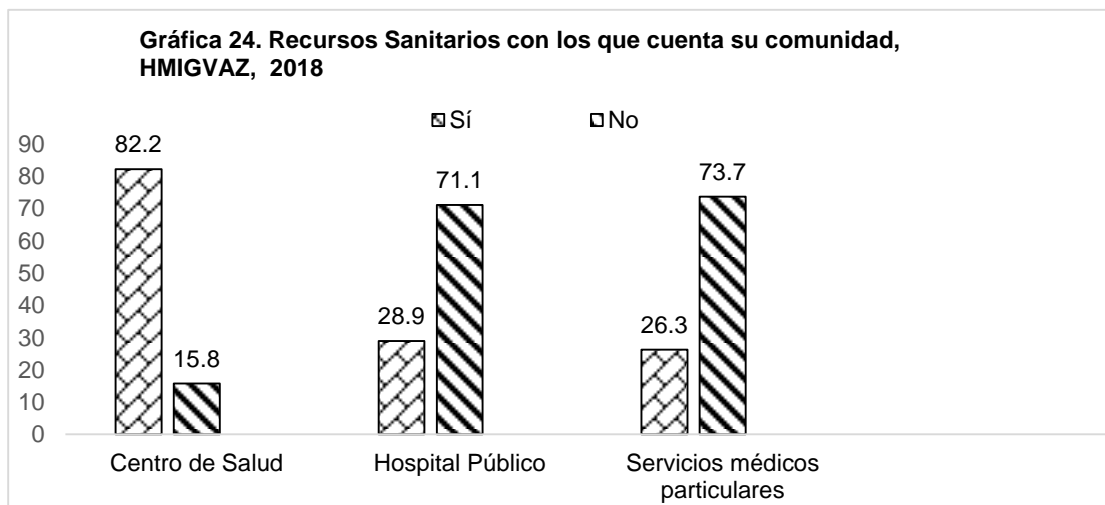
En relación al tiempo que invirtieron las mujeres para trasladarse de su domicilio al centro de salud, para su control prenatal, en el 50% de los casos, fue de más de 30 minutos.

¹⁰ Se tomará en todo lo que tenga que ver con control prenatal o durante el embarazo a 36 casos, ya que 2 mujeres encuestadas no llevaron control prenatal.

En contraste con esta información hubo un 26.3% de la muestra, que acudió a consultas de control prenatal, pero tardaron más de una hora, en llegar a su institución de salud. Los dos casos que no llevaron control prenatal, estaban bajo esta condición, (es decir de a ver acudido a sus consultas hubiesen tardado el mismo tiempo que quienes lo hicieron).

Recursos sanitarios con los que cuenta la comunidad

La comunidad es parte fundamental en el desarrollo del ser humano y es un factor positivo o negativo, dentro del estudio de la emergencia obstétrica, ya que involucra el espacio físico y social en el que se desarrollan las mujeres y a través del cual le son transmitidas, convicciones, pensamientos, creencias, valores, así como infraestructura sanitaria y de seguridad que facilitan su convivencia con el entorno.



Elaboración propia, 2018, tomando n=38.

Las mujeres encuestadas perciben como el principal recurso, de seguridad social para la atención de las emergencias, al centro de salud en un 84.2% de los casos.

Un porcentaje amplio 73.7%, no identificaron a los servicios médicos particulares dentro de su comunidad, esto tiene relación con los ingresos de cada familia y que posiblemente no observen dentro de su comunidad más servicios que a los que pueden acceder.

Las pacientes en su mayoría cuando no tienen seguridad social, buscan ser atendidas en centros de salud, los cuales posteriormente las refieren a hospitales de segundo nivel de atención para continuar con su atención médica.

Instituciones a las que acudieron las pacientes para su control prenatal

Es fundamental conocer las instituciones a las que acudieron las pacientes a su control prenatal, para de esta manera identificar primeramente si llevaron control prenatal y para saber a qué nivel de atención correspondía, a partir de la siguiente tabla:

Tabla 62. A qué instituciones acudió para llevar su control prenatal, HMIGVAZ, 2018					
Opciones		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centro de salud	27	71.1	75.0	75.0
	Hospital público	5	13.2	13.9	88.9
	Servicios médicos particulares	3	7.9	8.3	97.2
	Servicios de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE o ISSEMYM)	1	2.6	2.8	100.0
	Total	36	94.7	100.0	
Perdidos	Ninguno	2	5.3		
Total		38	100.0		

Elaboración propia, tomado como n=36.

Las instituciones a las que las pacientes acudieron con mayor frecuencia para su control prenatal en un 75% fueron los centros de salud. Las pacientes en su mayoría aun cuando no tienen seguridad social, son atendidas en centros de salud, los cuales posteriormente las refieren a hospitales de segundo nivel de atención para continuar con su atención médica.

También se observó que un 8.3% de la población acudió a servicios médicos particulares, de los cuales en un sólo caso asistió a una clínica de maternidad particular, en 2 casos más se hizo uso de los consultorios médicos del Dr. Simi, en relación a este último servicio, en la actualidad representan una opción para la

población que no cuenta con seguridad social, ya que su presencia viene a solventar carencias del mismo sistema de salud, al ofrecer consulta médica y medicamentos a bajo costo, sin embargo es importante señalar que la consulta es proporcionada por un médico general y no por un especialista, lo que posteriormente tiene injerencia sobre los diagnósticos y tratamientos médicos.

Una de las mujeres de la muestra, contaba con seguridad social y acudía al IMSS a su control prenatal, pero debido a la presencia súbita de la emergencia obstétrica, se presentó en el HMIGVAZ, lo anterior es respaldado, por el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, el cual indica, que cualquier mujer embarazada que presente una emergencia obstétrica aun sin seguridad social, puede ser atendida en el IMSS, ISSSTE, Secretaría de Marina y otras instituciones de salud, según se presente la emergencia.

Por otro lado, un 5.3% de la población en estudio, no recibió ningún tipo de control prenatal, lo cual complejiza identificar signos de alarma o saber si existen complicaciones durante el embarazo, ello pone un foco de alarma ya que pone en peligro la vida de la mujer gestante.

Lo anterior coincide con la investigación realizada por Cáceres (2009) donde hace referencia a datos de la OMS que muestran que “sólo el 63% de las embarazadas en África, 65% en Asia y 73% en Latinoamérica, asisten por lo menos a una consulta de control prenatal o en ocasiones a ninguna” (p.167). Entre los factores asociados a la poca adherencia al control prenatal se encuentran los bajos ingresos económicos, la ausencia de una pareja o el poco o nulo apoyo de la misma (en caso de tenerla), además las barreras financieras, no contar con seguro de salud y maltrato físico.

Medios de Transporte utilizados para acceder a las instituciones de salud durante su embarazo

El medio de transporte se puede convertir en un factor determinante que finalmente influya en el que una paciente acuda a recibir atención médica en caso de un

malestar durante el embarazo, en este sentido se pudo obtener la siguiente información:

Gráfico.

Elaboración propia, tomando n=36.

El transporte¹¹ en el que se desplazaron las mujeres para llegar a las instituciones de salud durante el embarazo, en el 47.2% de la muestra fue en el pesero o combi.

Como se puede apreciar el 60.5% de la población en estudio, se desplazó en transporte público, Otro tanto de los casos, que corresponde al 21.1%, por la cercanía de su domicilio al hospital (menos de 30 minutos), llegaron por su propio pie.

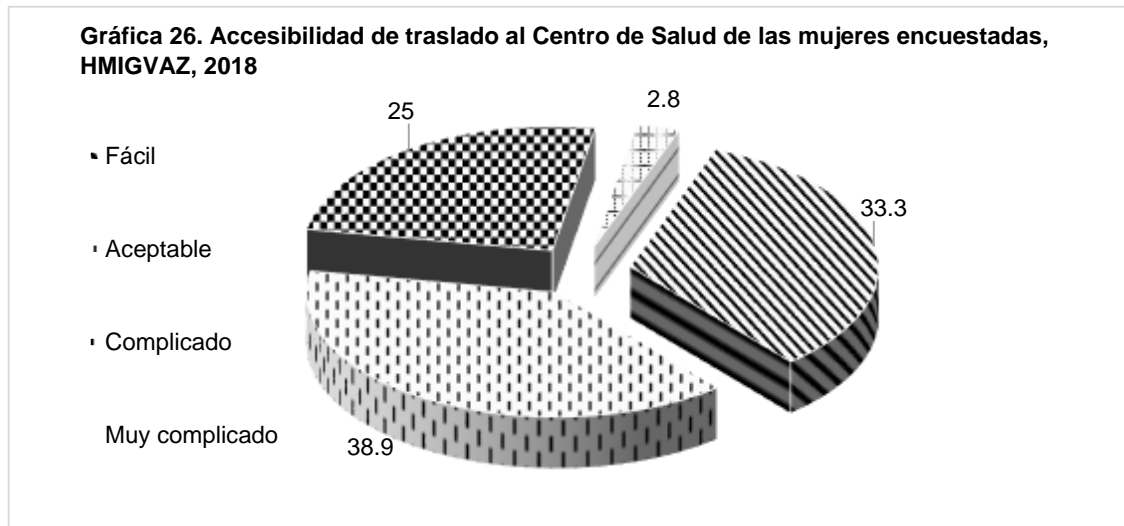
Accesibilidad al centro de salud

Algunos estudios¹², establecen que uno de los elementos que propician un embarazo sin control, es la distancia y la accesibilidad a la clínica de salud y de hecho no es considerado como un indicador clave, en ninguno de los instrumentos que conforman el expediente clínico, (notas médicas o en el estudio socioeconómico), sin embargo, la realidad lo señala, como un aspecto que incide

¹¹. El transporte es un instrumento prioritario para recibir atención médica oportuna y de calidad es una prioridad que debe superar las circunstancias sociales, laborales, económicas, geográficas o culturales de la población. (Secretaría de Salud, 2012, p.3).

¹². -Los estudios de Verde et al. (2012). señalan que los factores que pueden contribuir o influir para que una paciente pueda o no llevar una adherencia al tratamiento es la distancia del hogar de las pacientes a las instituciones de salud.

en la falta de control prenatal o en el abandono del tratamiento médico, por tal motivo la información otorgada por las féminas encuestadas se conjuntó en el siguiente gráfico:



Elaboración propia, tomando n=36.

Es prioritario valorar la percepción de las mujeres, respecto a la accesibilidad que tuvieron para llegar al centro de salud donde se atendieron, en este sentido el 72.2% de la muestra consideró las opciones fácil y aceptable.

Cabe puntualizar que en el 25% de las mujeres encuestadas lo consideran complicado y un 2.8% de las mujeres lo consideró muy complicado, lo que evidentemente se puede reflejar en no acudir a sus citas médicas, y ello se traduce en un riesgo durante el embarazo.

Medios de transporte con los que cuenta su comunidad/ Municipio de donde proceden las mujeres encuestadas

Una más de las condiciones de demora en la atención médica que se presenta en el sistema de salud mexicano, se vincula a la dificultad de traslado, Elu, (2004), nos habla de dos variables “obtener un medio de transporte para movilizarse y encontrar la atención médica que requiere” (p.48), entonces se considera al

trasporte como un elemento primordial de desplazamiento que utilizan las mujeres ante una emergencia obstétrica durante el embarazo.

Tabla 63. Municipio/ Medios de transporte que hay en su comunidad, HMIGVAZ, 2018							
Opciones			Transporte que existe en su comunidad				Total
			Autobús	Microbus o peseras	Taxi	Todos	
Atizapán de Zaragoza	Recuento		3	3	0	12	18
	% del total		7.9%	7.9%	0.0%	31.6%	47.4%
Nicolás Romero	Recuento		1	3	1	7	12
	% del total		2.6%	7.9%	2.6%	18.4%	31.6%
Cuautitlán Izcalli	Recuento		0	0	0	4	4
	% del total		0.0%	0.0%	0.0%	10.5%	10.5%
Tlalnepantla	Recuento		0	1	0	2	3
	% del total		0.0%	2.6%	0.0%	5.3%	7.9%
Melchor Ocampo	Recuento		0	0	0	1	1
	% del total		0.0%	0.0%	0.0%	2.6%	2.6%
Total		Recuento	4	7	1	26	38
		% del total	10.5%	18.4%	2.6%	68.4%	100.0%

Elaboración propia, tomando n=36.

Las comunidades, que las pacientes habitan cuentan con medios de transporte tales como: autobús, microbús, peseras y taxi, en el 68.4% de los casos, sin embargo, no todas las mujeres encuestadas cuentan con este tipo de servicio dentro de sus comunidades.

El 28.9% de las féminas encuestadas solamente identificaron un medio de transporte, dentro de su entorno, lo que puede condicionar el desplazamiento de las mujeres, para poder llegar a las instituciones médicas y recibir atención oportuna, en este sentido las condiciones de infraestructura y acceso, son elementos que influyen en la existencia de transporte dentro de los diferentes municipios de donde proceden las encuestadas.

Con relación a la ubicación de los municipios y el transporte público existente en ellos, se puede rescatar que, en el Municipio de Nicolás Romero, 13.1 % de la muestra identificaron únicamente un medio de transporte, lo mismo ocurre en Atizapán de Zaragoza donde en el 15.8% de las mujeres encuestadas identificaron únicamente un medio de transporte.

Es innegable la importancia del transporte, sobre todo en los casos en que la urgencia de movilidad es determinante para recibir atención médica, sin embargo, las zonas urbanas, semiurbanas y rurales se encuentran condicionadas de tener este servicio por las vías de acceso e infraestructura disponible.

Características de los Centros de Salud y/o Clínica donde se atendieron las pacientes

Uno de los elementos a considerar es las características con las que cuentan las instituciones de salud, de tal forma que en ocasiones son el factor determinante para acudir a ellas, en este sentido tenemos que observar cómo las consideran las mujeres encuestadas, a partir de la siguiente información:

Tabla 64. Condiciones físicas de su Centro de Salud/ Condiciones higiénicas de su Centro de Salud, HMIGVAZ, 2018

Opciones			Condiciones higiénicas de su Centro de Salud				Total
			Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas	
Condiciones físicas de su Centro de Salud	Muy buenas	Recuento	1	0	0	0	1
		% del total	2.8%	0.0%	0.0%	0.0%	2.8%
	Buenas	Recuento	0	18	4	0	22
		% del total	0.0%	50.0%	11.1%	0.0%	61.1%
	Regulares	Recuento	0	4	5	2	11
		% del total	0.0%	11.1%	13.9%	5.6%	30.6%
	Malas	Recuento	0	1	0	1	2
		% del total	0.0%	2.8%	0.0%	2.8%	5.6%
Total		Recuento	1	23	9	3	36
		% del total	2.8%	63.9%	25.0%	8.3%	100.0%

Elaboración propia, tomando n=36.

Las mujeres encuestadas determinan que más del 63% las condiciones higiénicas del Centro de Salud y/o Clínica donde se atendieron son buenas, sin embargo, la percepción en cuanto a las condiciones físicas disminuye ya que solamente en el 61% las consideraron como buenas.

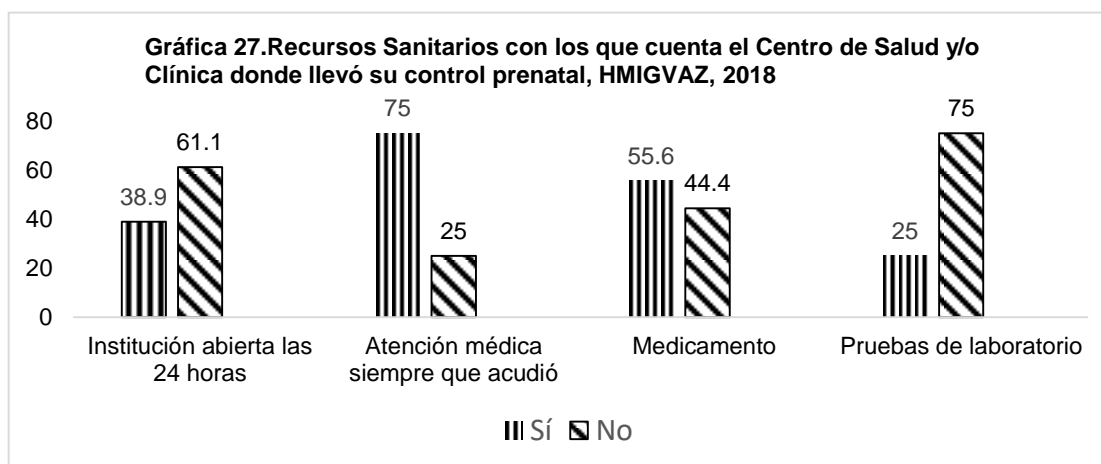
Pero la realidad, también suscribe, que en el 36.2%, de las mujeres encuestadas, consideran de regulares a malas las condiciones físicas y en un 33% las condiciones de higiene de las instituciones de salud, lo que en ningún momento contribuye a que las usuarias de estos servicios acudan a ellos, luego entonces es necesario, cambiar la percepción que la gente tiene respecto a estas instituciones, en relación a la calidad en la atención y la limpieza de las mismas, además de un mantenimiento constante, ya que de no cumplir con esos estándares, se puede propiciar la desconfianza y el descredito por parte de los usuarios.

Gómez et al (2011), considera que es urgente fortalecer la oferta de los servicios en las zonas más marginadas del país para ampliar el acceso regular y de calidad a la población en general y particularmente a los más pobres. “El reto mayor del

actual sistema mexicano de salud es buscar alternativas para fortalecer su integración” (p.230), de tal manera que haya calidad en sus instalaciones y equipos necesarios para garantizar calidad en la atención de la población usuaria.

Recursos con los que cuenta el Centro de Salud y/o Clínica donde se llevó su control prenatal

Los factores a considerar son los recursos con los que cuentan las instituciones donde se atienden las pacientes, de esta manera se genera una oferta para que acudan en caso de urgencia, por ello es importante analizar la información de la siguiente gráfica:



Elaboración propia, tomando n=36.

En lo que concierne a la atención médica las 24 horas, en un 61.1% de los casos, las pacientes no tuvieron este servicio disponible, pues como se sabe el 90% de los centros de salud cuentan con horarios de 7 a 15 horas y únicamente de lunes a viernes.

También hay que destacar que un 25% nunca recibió atención médica, cuando acudió a alguna institución de salud. Al respecto, hay que considerar la importancia de la suma de esfuerzos, que coadyuvan en la calidad de la atención en salud materna, lo cual implica entre otros aspectos,

La accesibilidad, es decir accesibilidad geográfica, económica y organizacional para utilizar en forma óptima y oportuna los servicios de atención obstétrica. Asimismo, implica ofrecer una atención médica a cualquier hora que las pacientes la requieran, además debe buscar que haya personal médico capacitado que las atienda, siempre con el respeto a los derechos de las mujeres, con perspectiva de género y con un enfoque intercultural, lo cual incrementará el uso de los servicios y la satisfacción de las usuarias (Lazcano, et al. 2013, p. 20).

Con el propósito de evaluar el apego y funcionalidad del tratamiento, se cuestionó a las pacientes respecto al surtido del medicamento que les fue prescrito, en un porcentaje equivalente al 44.4 %de los casos, no recibieron en la institución, el medicamento indicado por el médico, situación que desde luego impactó en su económica ya que, ante el desabasto de medicamentos, fue necesario hacer la compra de los mismos.

En lo que se refiere al servicio de estudios de laboratorio, las encuestadas manifestaron en el 75 %de los casos, que no se les brindó dicho servicio, este hecho contradice la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, que señala en su artículo 5.2.1.13 que se deben facilitar a la mujer embarazada, toda una serie de pruebas de laboratorio, que permitan el seguimiento oportuno de la paciente durante sus consultas prenatales, con el fin de prevenir complicaciones antes o durante el parto.

Por tanto, se estipula como una actividad sustantiva del Centro de Salud o Clínica, que se lleven a cabo controles prenatales adecuados y periódicos a las pacientes, así como mantener un monitoreo de aquellos casos que a consideración del médico lo requieran, apoyados en pruebas de laboratorio que tienen que realizar las instituciones de atención primaria.

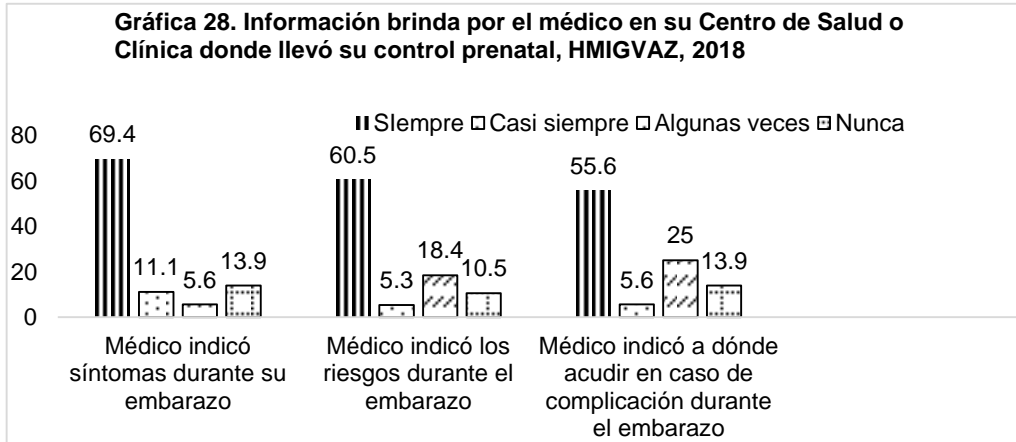
Otra de las demoras en la atención materna, que considera el sistema de salud mexicano, es con relación “al retraso en la obtención de atención una vez que la mujer ha llegado al servicio médico, es decir la mujer llega a la consulta, pero no

es atendida correctamente, recibe vigilancia deficiente o los trámites administrativos entorpecen la atención. Esta demora está relacionada, sobre todo, con la calidad del servicio otorgado” (Secretaría de Salud, 2012, p. 14).

Respecto al tiempo, que las pacientes esperaron para recibir atención en su centro de salud o clínica donde llevaron su control prenatal, este fue de hasta dos horas, según lo indica el 47.4 % de la muestra. En una proporción menor, del 7.9 % las mujeres encuestadas hicieron antesala de hasta 3 horas para tener atención médica, hay que tener en cuenta que aunado a la demanda de los servicios y la saturación de los mismos, los procesos administrativos para recibir consulta son tardados, lo que en algún momento puede ser contraproducente para la atención inmediata de alguna paciente embarazada que lo requiera.

Información brindada por el médico en su Centro de Salud o Clínica donde se atendió su parto

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, específicamente en su artículo 5.2.1.18, establece que, “en la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata” (Diario Oficial de la Federación, 2016, p. 69).



Elaboración propia, tomando n=36.

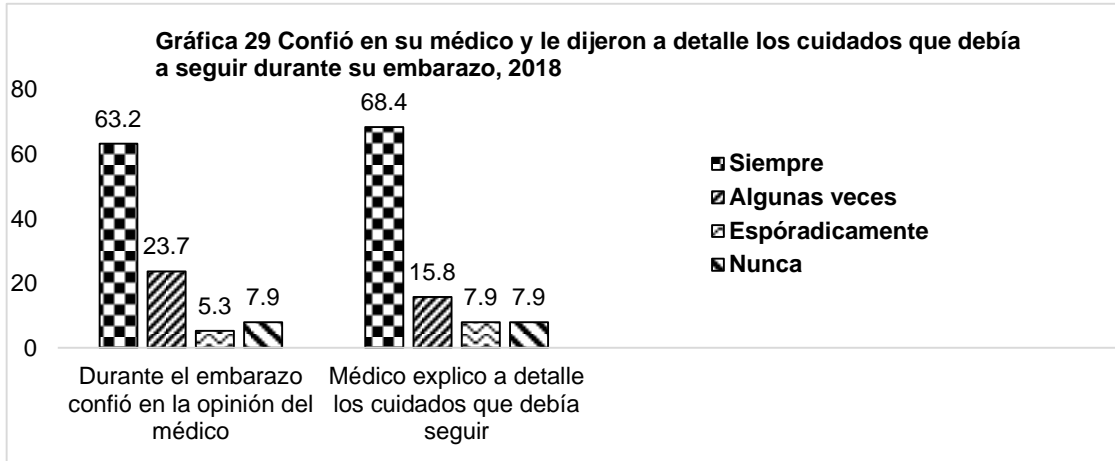
De la información brindada por el médico a las mujeres encuestadas, en un 69.4% se les informó de los síntomas de riesgo durante su embarazo y en un 55.6% se les indicó a dónde acudir en caso de presentar algún signo de alarma, sin embargo, no todas las mujeres conocían esta información.

En relación a la gráfica se observa que al 25% de las féminas encuestadas, algunas veces se les indicó los síntomas que se presentan cuando hay un embarazo de alto riesgo, por otro lado, al 13.9% no se los dijeron, entonces se puede establecer que 5 personas de la muestra desconocían esta información.

Ante esta ausencia de información, se debe retomar la responsabilidad de todos los miembros del equipo de salud, en su papel de educadores, pues es precisamente este compromiso, el que puede propiciar en las mujeres, mayor atención en los signos y síntomas, que viven durante su embarazo.

Confío en lo que indicó su médico

Para corroborar información se les preguntó a las mujeres encuestadas si tenían confianza del personal médico que les atendió durante su embarazo obteniendo la siguiente información:



Elaboración propia, tomando n=36.

Se identificó que en el 36.9% de la muestra la población en las opciones algunas veces, esporádicamente y nunca confiaron en lo que indicó su médico durante el embarazo, ello evidentemente también pudo complicar el apego al tratamiento médico de las mujeres encuestadas.

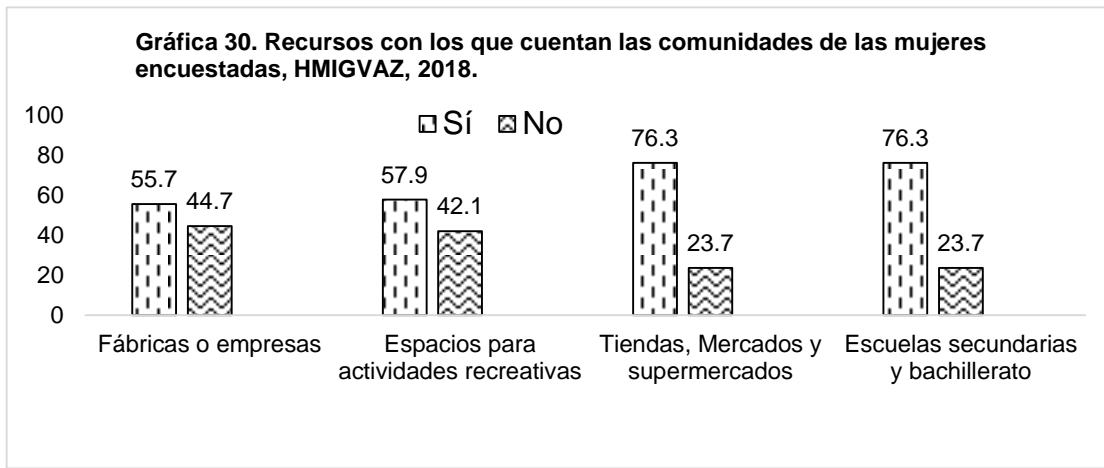
Con referencia así el médico le explicó a detalle los cuidados que debía seguir, en 31.6% algunas veces, esporádicamente y nunca, le explicaron los cuidados que debía seguir, ello complica la evolución del embarazo y por tanto se debería reconfigurar la función del control prenatal, para que efectivamente sea un instrumento de educación para la salud que modifique la realidad que están viviendo las mujeres que están o estarán gestando un nuevo ser.

Elementos con los que cuenta su comunidad

Es imprescindible reconocer los recursos comunitarios a los que tienen acceso las mujeres encuestadas, ya que son parte de su bienestar social y se convierten en medios para alcanzar un nivel de vida.

Los determinantes sociales de la salud, comprenden el estudio de la comunidad, que nos remite al contexto de interacción de los sujetos, en el caso que nos ocupa, es imprescindible conocer con qué recursos cuentan las mujeres encuestadas dentro de su comunidad, para tener un panorama general, de las

condiciones en las que viven las personas y de esta manera se podrán identificar las fortalezas y debilidades comunitarias.



Elaboración propia, tomando n=38.

Según la información recogida en las encuestas se aprecia que un 76.3 %de la muestra, manifestaron que, en sus comunidades, hay tiendas, mercados y supermercados; 76.3% señalaron la existencia de escuelas secundarias y bachilleratos, por otro lado, en un 55.7% las mujeres mencionaron que sus comunidades cuentan con fábricas o empresas.

En relación a los espacios destinados para actividades recreativas, un 57.9% indicó que existen en sus comunidades.

Uno de los datos relevantes, lo expresó el porcentaje de 44.7% de las personas encuestadas, quienes señalaron la ausencia de fábricas o empresas. Por ello se presupone que los principales proveedores económicos tengan que salir de sus comunidades de origen a buscar trabajos a otras localidades, para obtener sus ingresos económicos, este desplazamiento se vincula de una u otra manera, con el grado de desarrollo de las comunidades.

En 42.1%de las respuestas no se identificaron espacios para realizar actividades deportivas, lo que de alguna manera limita la actividad física, antes, durante y después del embarazo.

Medios de información a los que tiene acceso en su comunidad

El acceso a medios de información durante el embarazo es fundamental ya que se convierten en mecanismos de trasmisión de conocimiento que son necesarios para que la gente esté informada acerca de diversos temas, especialmente durante la etapa de gestación, por ello el saber si existen recursos de esta naturaleza en la comunidad es importante y se conjunto en la siguiente tabla:

Tabla 65. Medios de información a los que tienen acceso en la comunidad, HMIGVAZ, 2018			
Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
	Biblioteca	24	63.2
	Internet	9	23.7
	Grupos de ayuda	1	2.6
	Otros	1	2.6
	Ninguno	3	7.9
	Total	38	100.0

Elaboración propia, tomando n=38.

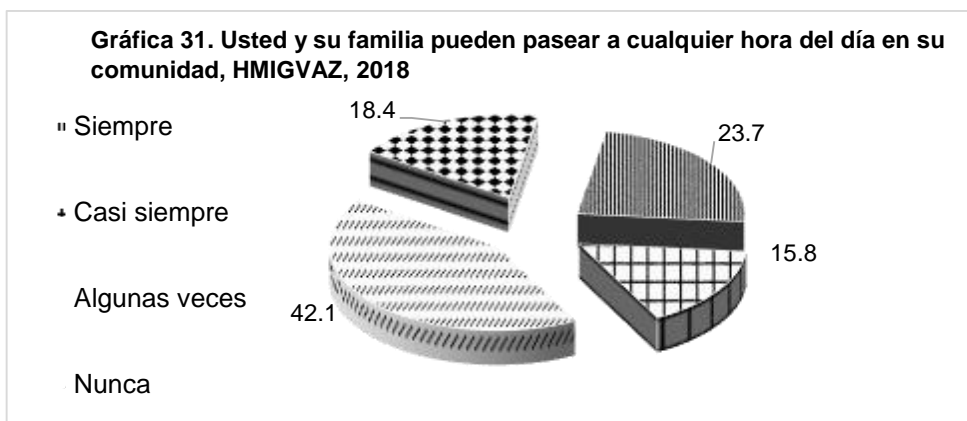
Se aprecia que el 63.2% de las mujeres encuestadas identificaron que dentro de sus localidades hay bibliotecas, por otro lado, el 23.7% expreso la existencia de internet.

La importancia de los medios de información estriba, en tener fuentes de consulta a la mano es decir información referente a su embarazo, para la aclaración de dudas que pudieron haber tenido y que evidentemente pueden fungir como complemento a las consultas médicas.

Lo anterior no quiere decir que la existencia de medios de información, dentro de las comunidades es sinónimo de que las personas hagan uso de los mismas, ya que del total de mujeres que tienen acceso a bibliotecas dentro de sus comunidades, solamente un 7.9%, acudió a buscar información a la biblioteca referente a los riesgos del embarazo y de ahí la principal herramienta que utilizaron fue internet.

Entorno de la comunidad

Las mujeres encuestadas viven en espacios configurados con ciertas problemáticas sociales que de una u otra forma impactan en su vida diaria, este entorno genera una percepción de inseguridad que afecta el proceso de interacción diaria y puede generar procesos de estrés que les impide realizar ciertas actividades dentro de la comunidad



Elaboración propia, tomando n=38.

La información de esta gráfica es interesante porque señala que el que 39.5 % de las encuestadas aseveraron que pueden pasear con su familia o incluso solas, sin ninguna dificultad siempre y casi siempre, caso contrario se observa con el 18.4%, quienes indicaron que no tiene esa seguridad de desplazamiento dentro de su comunidad, por lo tanto, el salir de su domicilio es una actividad que se realiza cada vez menos.

Un porcentaje de más del 42% de la muestra, indicó que sólo algunas veces es posible considerar el entorno seguro, para pasear tranquilamente.

Cómo califica a la seguridad dentro de su comunidad

Es importante saber como las mujeres encuestadas evalúan la seguridad dentro de sus comunidades, a partir de la siguiente tabla:

Tabla 66. Cómo califica la seguridad de su comunidad, HMIGVAZ, 2018		
Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	3	7.9
Buena	12	31.6
Regular	18	47.4
Mala	5	13.2
Total	38	100.0

Elaboración propia, tomando n=38.

Dentro de las respuestas obtenidas de las mujeres encuestadas se pudo analizar que el 47.4% de las féminas encuestadas consideran que la seguridad de los lugares donde habitan es regular, y sobresale que el 13.2 % la consideran mala, lo que evidentemente habla de problemáticas sentidas y vividas por las mujeres.

Si analizamos la información podemos observar que más del 60% las féminas encuestadas establecen que la seguridad comunitaria es de regular a mala, lo que evidencia una problemática social, que viven las mujeres localmente, pero también esta problemática se extiende a nivel estatal y nacional.

Protección ciudadana y familiares víctimas de delincuencia

Es importante que los resultados se puedan analizar de manera detallada, en este sentido se verificará si hay una ruta de evidencia entre la protección ciudadana y los familiares de las mujeres encuestadas que fueron víctimas de delitos, a partir de la siguiente tabla:

Tabla 67. Patrullas realiza recorrido durante su comunidad/ Familias víctimas de delincuencia, HMIGVAZ, 2018

Opciones			Familia víctima de delincuencia				Total
			Ninguno	1 a 2	3 a 4	Más de 5	
Patrulla realiza recorridos	Siempre	Recuento	5	2	1	0	8
		% del total	13.2%	5.3%	2.6%	0.0%	21.1%
	Casi siempre	Recuento	5	2	0	0	7
		% del total	13.2%	5.3%	0.0%	0.0%	18.4%
	Algunas veces	Recuento	4	4	3	1	12
		% del total	10.5%	10.5%	7.9%	2.6%	31.6%
	Nunca	Recuento	3	4	3	1	11
		% del total	7.9%	10.5%	7.9%	2.6%	28.9%
Total		Recuento	17	12	7	2	38
		% del total	44.7%	31.6%	18.4%	5.3%	100.0%

Elaboración propia, tomando n=38.

A partir del análisis de la tabla 67, podemos encontrar que en un 44.7% los familiares o las mismas mujeres encuestadas nunca fueron víctimas de la delincuencia, existiendo según la información recolectada recorridos frecuentes en sus comunidades en el 21.1% de los casos.

Pero la información también posiciona que en un 55.5% de las féminas tuvieron por lo menos un familiar que fue víctima de algún delito, este dato se puede relacionar con el hecho de que el 60.5% de la población encuestada señaló que algunas veces y nunca en los lugares donde habitan las pacientes realizaban las patrullas recorridos.

En el caso de las mujeres que sufrieron emergencia obstétrica, el nivel de inseguridad dentro de su entorno inmediato, puede estar relacionado con la generación de estrés, preocupación y alteraciones en su estado emocional,

aunado a la incertidumbre de que ella o sus familiares puedan vivir situaciones de peligro.

Cómo califica el nivel de delincuencia dentro de su comunidad

Es importante conocer el grado que existe de delincuencia en los municipios que habitan las encuestadas a partir de la siguiente tabla:

Tabla 68. Municipio/ Cómo Califica el nivel de delincuencia, HMIGVAZ, 2018							
Opciones			Cómo califica un nivel de delincuencia				Total
			Bajo	Medio	Alto	Extremo	
Municipios	Atizapán de Zaragoza	Recuento	3	7	7	1	18
		% del total	7.9%	18.4%	18.4%	2.6%	47.4%
	Nicolás Romero			3	3	3	12
				7.9%	7.9%	7.9%	31.6%
	Cuautitlán Izcalli			2	0	0	4
				5.3%	0.0%	0.0%	10.5%
	Tlalnepantla			3	0	0	3
				7.9%	0.0%	0.0%	7.9%
	Melchor Ocampo		0	1	0	0	1
			0.0%	2.6%	0.0%	0.0%	2.6%
Total		Recuento	8	16	10	4	38
		% del total	21.1%	42.1%	26.3%	10.5%	100.0%

Elaboración propia, tomando n=38.

Al evaluar la seguridad, dentro de las comunidades donde viven mujeres encuestadas, se identificó que en el 42.1% en los 5 municipios señalan que los lugares donde habitan el nivel de delincuencia se encuentran en nivel medio.

Pero es prioritario destacar que en Atizapán de Zaragoza un 18.4% y Nicolás Romero un 7.9%, consideran que nivel de delincuencia es alto, cabe resaltar que

en este último municipio según un 7.9 % de las mujeres lo consideraron como el más extremo en cuanto a nivel de delincuencia se refiere.

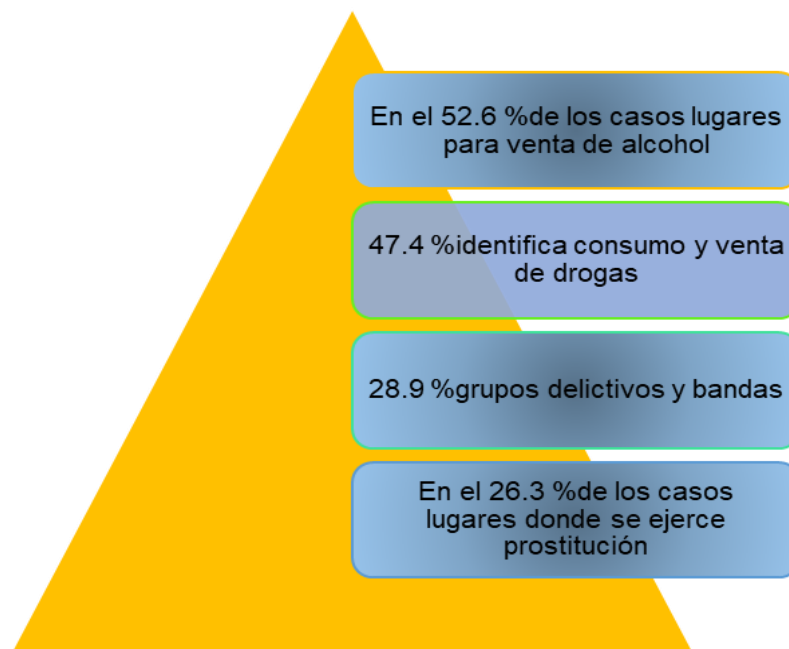
Las aproximaciones que podemos otorgar a partir de los datos, es que hay un problema de inseguridad en los lugares que habitan las mujeres encuestadas, por tanto, es normal cierto nivel de desconfianza en su comunidad y al hecho de desplazarse en sus comunidades de forma segura.

La percepción de inseguridad es un problema público que vulnera la calidad de vida de las personas, y el caso de los mexicanos no es la excepción. En México, más de la mitad (66.1%) de las personas se sienten inseguras en la entidad en la que habitan, y esto ha repercutido en que las personas dejen de realizar actividades cotidianas que inciden en limitar el esparcimiento social, e inhiben la posibilidad de generar cohesión social, y en algunos casos genera otros problemas públicos de mayor envergadura” (Jasso, 2013, p.28).

Clasificación de los problemas de inseguridad

A través de la investigación se identificaron dentro de la comunidad, una serie de problemas que interfieren en el desarrollo de las actividades diarias de las mujeres, para fines del estudio son establecidos en el siguiente orden.

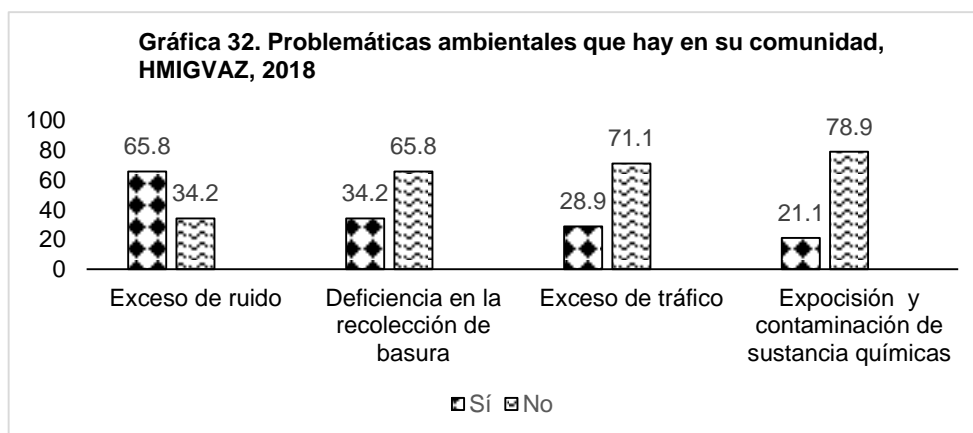
Figura 3. Principales problemáticas sociales que identifican las pacientes en su comunidad



Se rescata que, en todas las respuestas otorgadas por las mujeres encuestadas se identificó por lo menos un problema social en su comunidad, lo que coincide con la percepción de seguridad que tienen de su entorno. Basta decir que las condiciones de incertidumbre que rodean a las mujeres gestantes las vulnera tanto en su integridad física y emocional, así como las de sus seres queridos, además de sus bienes y patrimonio.

Problemáticas ambientales que existen en la comunidad

Los problemas dentro de las comunidades tienen diversas connotaciones y son de diversa índole, por ello saber cuáles son las situaciones ambientales cobran un significado dentro de los determinantes sociales de salud



Elaboración propia, tomando n=38.

De acuerdo a los resultados las principales problemáticas identificadas según las mujeres encuestadas son las que tienen que ver con el exceso de ruido donde fue identificado en el 65.8 % de la muestra; cabe argumentar que este tipo de contaminación tienen repercusiones en el sistema nervioso y en el ciclo del sueño¹³.

¹³ . - Ver Sevilla, Almanzar, y Valadez (2014). La vivienda y su impacto en la salud. Revista Comunicaciones Libres (p.84), Consultado en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_4/PDF/VIVIENDA.pdf, el día 12-10-2018.

Sobre esta problemática se tiene información de la Organización Mundial de la Salud, que postula que algunas situaciones que tienen relación con el exceso de ruido, pueden generar modificaciones en la tensión arterial y ello evidentemente pudo haber repercutido en la salud de las mujeres embarazadas.

De acuerdo a la trascendencia otro de los problemas señalados por las féminas en un 34.2% fue con referencia a la deficiencia del sistema de recolección de basura.

6.4 ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Microsistema

El principal diagnóstico por el que ingresaron las pacientes en más del 60% fue la preeclampsia severa, en ese sentido se ha indicado que los desafíos en el manejo de esta enfermedad, se encuentra en parte en la optimización de los sistemas de salud ya que “en la gran mayoría de las poblaciones marginadas, el acceso a los servicios de salud es limitado, por una serie de factores: retraso en la toma de decisiones para buscar asistencia médica y por desconocimiento de dónde acudir” (Vargas, Acosta y Moreno, 2012, p. 472).

Luego entonces se tendría que argumentar que la preeclampsia es una enfermedad prevenible, pero, existen factores, que determinan su incidencia como la distancia del domicilio al hospital, la edad de las mujeres, estilos de vida, la falta de trabajo coordinado de los diferentes niveles de atención médica, para el diagnóstico y manejo oportuno del padecimiento, elementos que se tienen que estudiar para conocer en qué medida originan la emergencia obstétrica.

De acuerdo a lo que indica la OMS, “la mayoría de las muertes relacionadas con la preeclampsia y la eclampsia podrían evitarse si las mujeres recibieran asistencia oportuna y efectiva, administrada de acuerdo con estándares basados en las pruebas científicas”. (OMS, Informe 2013, p. 1).

En relación a la edad de las pacientes se observa que el 18.4 % de los embarazos se cursaron en la adolescencia y el 7.9 en personas mayores de 35 años, lo cual por la edad las convierte en factores de riesgo.

Sin querer generalizar la población en estudio se ha localizado literatura que señala que un factor de riesgo para las mujeres durante el embarazo es la edad, de hecho, se argumenta que:

El embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, se asocia a un mayor riesgo materno y perinatal. El embarazo en menores de 20 años o embarazo adolescente, además del mayor riesgo biológico que implica, genera una situación de riesgo social para el recién nacido y la madre, siendo un importante problema de salud pública en la mayoría de los países, especialmente para aquellos en desarrollo. El embarazo en mujeres de 35 o más años se asocia con un aumento del riesgo de presentar una serie de patologías propias de la gestación y una mayor frecuencia de patologías maternas crónicas, que traen como consecuencia una mayor probabilidad de muerte materna y perinatal, (Donoso, Carvajal, Vera y Poblete; 2014, p.168).

Luego entonces los embarazos en la adolescencia y en mujeres que tengan más de 35 años debe ser tratados por especialistas, que conociendo la información trabajen con este tipo de población durante todo el embarazo, pero un elemento que podría apoyar de manera más importante para la disminución de la emergencia obstétrica sería la prevención del embarazo en este tipo de población.

Respecto a la educación se rompe con paradigmas que se generalizan a nivel mundial y nacional, ya que se relaciona a la emergencia obstétrica con la falta de educación, sin embargo, en la población de estudio se observa que más del 30% de las mujeres tenían estudios por arriba de la media nacional, ya que contaban con educación media superior y superior.

Pese a la información anterior en algunas investigaciones se pondera que “La falta de educación, alimentación adecuada, soporte social y asistencia sanitaria se asocian fuertemente con la emergencia obstétrica y por ende con la mortalidad materna, siendo un indicador de inequidad entre los ricos y los pobres. Así mismo, la mortalidad materna, evidencia las desigualdades de género, tanto en el acceso a la educación, la nutrición y la asistencia sanitaria (Fescina, De Mucio, Ortiz y Jarquín; 2012;9).

De manera que, tendríamos que analizar si la educación es un factor decisivo, para evitar complicaciones en el embarazo, o lo que alcanza a reflejar es que hay que, partir de una educación para la salud, que potencie que no ocurran este tipo de padecimientos.

En relación al estado civil un 65.8 % de las mujeres encuestadas, se encontraban en unión libre, hecho que marca una realidad dentro de los contextos actuales, al respecto algunos estudios señalan que, en la década de los noventa se observa un cambio al revertirse la tendencia de matrimonios civiles y de tipo religioso y aumentar el número de uniones libres. Se pueden encontrar como posibles razones:

El aumento de la pobreza vinculada con los cambios económicos ocurridos durante los años ochenta y noventa; la ausencia de campañas masivas de matrimonios civiles organizadas por el Estado y la presencia de posibles cambios culturales entre las nuevas generaciones que se asociaron con un proceso lento pero sostenido de *desinstitucionalización de las uniones*. Esta tendencia continúa tanto en las áreas rurales como urbanas del país, al mismo tiempo que desciende el índice de legalización de las uniones libres que deja entrever cambios en la naturaleza social de este tipo de unión (Ojeda, 2013, p.30).

En la actualidad se está presentando dentro de los contextos donde se realizó la investigación, una disolución voluntaria de uniones, (si es que hubo unión), esto permite observar un hecho recurrente, en relación al número de mujeres solteras, que arrojó el estudio, 26.3 %, ello porque las mujeres toman la decisión de ser madres, sin pareja, con todo lo que ello implica, una responsabilidad global y permanente, en cada etapa del desarrollo de sus hijos.

Se observó que 15.8% de las mujeres encuestadas durante su embarazo laboraban en un 10.5 en actividades informarles y 5.3 en actividades formarles, lo que nos habla de una realidad que viven las mujeres en etapa de gestación, en este sentido, para Gutiérrez (citada por Bolaños y Guerrero, 2011; 176) dice que la

cultura androcéntrica está presente en cada interacción cultural, a pesar de que la mujer ha hecho algunos avances, ha logrado insertarse al campo laboral, pero la cultura machista está presente en cada hogar y en cada espacio institucional” (Bolaños y Guerrero; 2011, p.176).

Montaño y Calderón, citados por (Galindo, García y Gutiérrez, 2015), argumentan que existe una discriminación basada en la división sexual del trabajo, pues el trabajo de cuidado o acciones que tienen que ver con labores domésticas, ya sea remunerado o no, tienen menor valor social y económico por estar ligado a las mujeres (p.15).

Al analizar el tipo de trabajo al que se dedicaban las mujeres encuestadas y las prestaciones que tenían por desarrollar estas actividades, encontramos que el 10.5% se dedicaban a actividades informales, por tanto, no tenían prestaciones y en el 5.3% de las féminas que realizaban actividades formales, solamente tenían derecho a salir a consultas médicas, acontecimiento que devela que no tuvieron acceso a todos los derechos consagrados en la constitución.

Dentro de la realidad actual se ha postulado que, en la práctica, muchas mujeres no acceden a las licencias de maternidad y siguen dándose muchos casos de despido o no renovación de contrato por motivos de embarazo, contraviniendo las normas nacionales e internacionales en la materia. Las estancias infantiles son insuficientes para dar cabida a las niñas y niños, lo que limita enormemente las posibilidades de las mujeres de reintegrarse o integrarse al trabajo, dado que sobre ellas sigue recayendo casi la totalidad del cuidado de los hijos e hijas (Gire, 2012, p. 161).

Por otro lado se pudo apreciar que el 21.1% de la muestra perdió por lo menos un hijo en algún embarazo de su vida, lo que es un riesgo para la salud de las mujeres y se pudo identificar un fenómeno interesante en el 2.6 %, de la muestra que equivale a una mujer, la cual perdió 4 hijos, al nacer, es decir su embarazo llegaba hasta el nacimiento, pero toda vez que daba a luz sus hijos fallacieron, la

información que se rescata al respecto, es que la paciente tenía 41 años y en sus cuatro embarazos anteriores también cursó por emergencia obstétrica, además señaló que nunca se le ha dado seguimiento después de sus embarazos y no ha sido atendida por un especialista que le explique su situación, entonces si esta fémina llegará a una quinta gesta hay riesgos de que fallezca y nadie se la orientado para explicarle los riesgos que puede haber de cursar por un nuevo embarazo.

Respecto a la participación social, se pudo analizar que en relación a este rubro en el 84.2% de las féminas encuestadas, no participaban en ninguna actividad lo que complejiza la generación de redes de apoyo, en este sentido Alfaro (2009) argumenta que la falta de participación social ocasiona que las “personas queden fuera de un proceso de formación de identidades, la cual determina las oportunidades y limitaciones que tendrá cada persona para desarrollarse plenamente: el acceso a los recursos, su capacidad para la toma de decisiones, sus posibilidades de crear y de proponer formas eficientes de hacer las cosas” (Alfaro, citada por Chávez, Rocha y Zaragoza, 2009, p.13).

La participación social es necesaria y benéfica, en el desarrollo de un embarazo y durante la vida de la mujer, ya que se crean espacios donde se pueden tomar decisiones para la resolución de problemas familiares y sociales, sin embargo, la mayor parte de la población en estudio estuvo exenta de esta oportunidad

La información de la investigación determina que en el 18.2% las mujeres encuestadas fueron excluidas de distintos lugares, sin embargo, se aprecia que son en las mujeres que cursaron un embarazo en la adolescencia y en personas mayores de 35 años, donde más se percibe este tipo de acciones que consiste en un rechazo social generado a partir de la sociedad y en sus círculos familiares cercanos, pero que repercute de manera negativa en el desarrollo de estas féminas.

Se detectó a partir del estudio que el 85.8 % de las mujeres encuestadas, no realizaron ninguna actividad física durante su embarazo, acción que se debe detectar en sus controles prenatales, ya que estas actividades durante el embarazo generarían un control de los niveles de estrés y sería positivo para el embarazo, pero desde la óptica médica no cobra mayor relevancia, sin embargo, desde la posición social serían acciones que no tienen un costo y bajo una supervisión médica podrían controlar la ocurrencia de emergencias obstétricas.

Las mujeres encuestadas argumentaron que lo que pudo haber afectado su embarazo en más de un 70 % fue el haber llevado una dieta inadecuada y el sedentarismo, a partir de las respuestas se aprecia que ellas son conscientes de esta realidad, por tanto son elementos que se deben retomar en busca de una prevención en futuras pacientes y de esta manera evitar complicaciones durante el embarazo, sin embargo, en la revisión de expedientes clínicos revisados en trabajo de campo, esa información no se describe en notas clínicas, ni en el estudio socioeconómico y son factores a considerar de gran trascendencia.

Ahora bien, dentro de los resultados que se obtuvieron durante la investigación se aprecia que en el 65.8 % de las mujeres encuestadas llevaron por lo menos 6 controles prenatales e independientemente de este hecho cursaron por una emergencia obstétrica, de hecho La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, promueve que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación, desde luego en los casos que ameriten un mayor cuidado no existe un límite de consultas.

Fescina, De Mucio, Ortiz y Jarquín (2012), argumentan que los elementos que configuran una emergencia obstétrica tienen relación directa con la “asistencia sanitaria” (p.9), y se considera como elemento central el control prenatal, sin embargo, entonces se tendría que analizar los elementos que están considerando las instituciones de salud dentro de sus controles prenatales, ya que al acudir las mujeres a sus revisiones médicas puede ser un espacio de educación y asesoría

para evitar las complicaciones del embarazo y los resultados dentro de esta investigación muestran otra realidad.

En relación a las diversas alternativas que implementaron las mujeres en su embarazo, se aprecia que un 50 % de las mujeres consumieron hierbas medicinales, lo que de una u otra manera está relacionado con una combinación de la cultura milenaria y la medicina moderna, acciones que pudieran ser una opción para los tratamientos médicos actuales, de hecho, hay cierta información que determina que es importante la consideración de la medicina tradicional para atenuar algunos síntomas propios del embarazo.

Las mujeres tienen una serie de preceptos e ideas de lo que originó la emergencia obstétrica, bajo ese orden de ideas se postula que un 47.4% de la población desconoce por qué ocurrió la emergencia y un 23.7% brindó la opción otro de ese total un 18.2% de las féminas postularon ellas piensan que lo que pudo haber complicado aún más su estado de salud, fue el estrés que vivieron en relación a la activación del código mater por la emergencia obstétrica con la que llegaron al hospital, donde manifiestan que una serie de profesionales que intervinieron las invadieron con preguntas y les pusieron mangueras y aparatos, sin que les explicaran el motivo, de estas acciones, ello se liga con la perpetuación del modelo médico hegemónico, Illich, citado por Carmés, (2004), establecen que “los médicos se apoderan del lenguaje, la persona enferma queda privada de palabras significativas para expresar su angustia, que aumenta más aún con la mistificación lingüística. Antes de que el lenguaje referente al cuerpo fuera dominado por la jerga científica, el repertorio del habla común era excepcionalmente rico en este campo” (p.35).

También se puede destacar que el principal sentimiento que causó el embarazo a la población en estudio fue tristeza y depresión en más del 60% de las mujeres, de ese total un 30% de las féminas lo vivieron de manera diaria.

En el esquema actual de la medicina moderna no se identificó la problemática anterior como una acción prioritaria a considerar dentro del tratamiento médico, para que un profesional de la salud desde el ámbito de la psicología pudiera intervenir, este hecho también puede incidir para que una paciente lleve a cabo su tratamiento médico, o siga las indicaciones que le brindaron durante su control prenatal, o simplemente no lo realice, de hecho en el 47.4% de la muestra se aprecia que las pacientes de manera esporádica o algunas veces tomaron los medicamentos de acuerdo a las indicaciones del médico, no quiere decir que sea una regla, que por la tristeza o la depresión no lo hayan llevado su tratamiento médico pero definitivamente puede influir.

Una pregunta que es prioritaria cuando una paciente llegue a cualquier institución de salud, tendría que ser si el embarazo fue deseado, ya que los datos infieren que en el 23.7% de las respuestas analizadas en torno a esta pregunta estipulan que el embarazo no fue deseado, lo que de una u otra forma puede condicionar el cuidado que le dan las mujeres al propio embarazo, las respuestas que dieron de esta situación se deben considerar ya que en 6 casos fueron féminas que cursaban embarazo en la adolescencia las que brindaron estas respuestas, lo que evidentemente dentro del estudio socioeconómico debe ser captado por Trabajo Social, pero desde un primer nivel de atención, donde se pueda ir trabajando y orientando a las féminas a partir de un equipo multidisciplinario en este tipo de situaciones y que no se convierta en un factor negativo dentro del proceso de la gestación.

Se pudo observar que en el 73.7% de las mujeres encuestadas hubo 2 preocupaciones que les causaban estrés, las cuales están configuradas a partir de situaciones económicas y problemas de pareja, cabe señalar, que se observó que estas problemáticas se presentaron en más de la mitad de la población, lo cual puede ser un potencial factor de riesgo durante el embarazo y por ende puede tener implicaciones para la presencia de la emergencia obstétrica, sin embargo, en la historia clínica o en el estudio socioeconómico de algunos casos revisados no

se identificó esta situación, para dar seguimiento a partir de un plan de intervención.

Respecto a la pregunta de con qué tipo de gente se reunió durante su embarazo se pudo visibilizar, que las pacientes señalaron que interactuaban con dos tipos de personas en más del 70% fumaban y en más del 40% consumían alcohol, lo que evidentemente son factores de riesgo que pueden afectar el embarazo y están presentes en las mismas pacientes, ya que identificó que en un 5.3 % mujeres que fumaban y en un 2.6% consumían alcohol, cabe señalar que este tipo de riesgos no fueron identificados durante el control prenatal y las féminas encuestadas establecieron desconocer los riesgos que estas acciones pudieron haber tenido durante su embarazo.

Se apreció en el 23.7% de la muestra que las mujeres les dedicaron más de 6 horas, a la realización de actividades domésticas, lo cual complejiza el reposo durante el embarazo, cabe señalar que en muchos de los resultados las principales encargadas de realizar labores en sus hogares eran las propias féminas, lo cual se auspicia en un modelo androcéntrico, que les impone como tarea principal la realización de este tipo de actividades, sin embargo puede ser que por esta situación se estén generando complicaciones durante el embarazo, lo cual tendría que ser detectado desde su control prenatal y abordado por un equipo multidisciplinario.

De manera general se puede encontrar que en el contexto actual los condicionamientos de género concentran a las mujeres en ocupaciones inestables, carentes de seguridad social y movilidad ascendente, de bajo prestigio y remuneración o en ocasiones sin remuneración.

Mesosistema

En este apartado se puede apreciar que el principal proveedor económico del hogar en el 7.9% estuvo a cargo de las mujeres que se encontraban solteras, pero en un del 50% de las encuestadas era su concubino, quien se hacía cargo de los gastos.

Por tanto, se aprecia que el principal proveedor económicos en los hogares que están en unión libre o casadas es el esposo o concubino, entonces se presupone que la división sexual del trabajo asigna a los hombres el rol de proveedores y a las mujeres el rol de cuidadoras y encargadas del hogar, “con base en su capacidad biológica y exclusiva de las mujeres para embarazarse y tener hijos (as). Esto se traduce en el argumento de que son ellas quienes cuentan con los atributos necesarios para encargarse del trabajo de cuidado y las actividades domésticas, no porque sea así, sino porque así se ha ido construyendo en las diferentes sociedades” (Galindo, García y Gutiérrez, 2015; 12).

Respecto a los ingresos familiares, la información estipula que los ingresos mensuales en más del 60% de la población son de alrededor de 5;000 pesos, lo que nos da una idea de los bienes y servicios a las que pueden acceder las mujeres y sus familias, dando como argumento que los principales gastos generados al interior del núcleo familiar son para los rubros de alimentación y el transporte, lo que evita que la población pueda invertir en salud privada, y también le imposibilita tener un sistema de ahorro.

Palomar y Valdés (2004), explican el problema de la pobreza en el país y establecen que en “México, así como en la mayoría de los países del mundo, la pobreza es una realidad innegable. Se estima que más de 20 millones de mexicanos viven en pobreza extrema” (p.225), la pobreza es considerada un problema estructural, pero que evidentemente repercute en la calidad de vida de

las personas, en las mujeres gestantes es preocupante el hecho de que no cuenten con la satisfacción de necesidades básicas por la ausencia de recursos.

En relación a la vivienda se detectó que en el 68.4% de los casos la vivienda está rentada o prestada lo que de una u otra manera configura el conocer el acceso a propiedades de las mujeres y sus familias, sin perder de vista que en un 10.5% de la muestra, se localizó que vivían más de 10 familiares por vivienda, lo que abre la posibilidad de analizar problemas de hacinamiento y por ende la configuración de otro tipo de problemáticas sociales, por no tener espacios donde la familia se desenvuelva adecuadamente.

De hecho, se habla del concepto de vivienda higiénica donde en su construcción se toman “aspectos como asoleamiento, microclima, temperatura, ventilación, calidad del aire interior, iluminación, ruido, además de la higiene del individuo y las instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias indispensables para un estilo de vida saludable” (Sevilla, Almanzar y Valadez, 2014; 83), considerando también como necesario el número de habitaciones y número de personas por dormitorio.

Ahora bien, también se observó que respecto a los servicios que tienen los domicilios, en el 18.4% de las familias que obtienen menos de 5, 000 pesos contaban con acceso a teléfono e internet, lo cual también estima las necesidades que consideran prioritarias la población.

Dentro la investigación debemos señalar que la realidad evidencia que no existe un presupuesto destinado a la atención médica, sin embargo si se pueden pagar servicios extraordinarios en el hogar tales como internet, de lo cual podemos argumentar que generalmente la gente antepone que el Estado debe proveer de servicios médicos, incluso señalan que cuentan con seguro popular, servicio que respalda su necesidad de salud, este pensamiento los lleva a la frustración y al enojo cuando las instituciones no cubren sus expectativas.

Actualmente según información obtenida en trabajo de campo en el HMIGVAZ, postulan que no existen insumos suficientes para las pacientes ginecológicas, por lo que en la mayoría de los casos los familiares deben comprar equipos quirúrgicos, medicamentos, e insumos que se requieran en la atención de sus pacientes, así como hacer el pago de estudios de laboratorio y ultrasonidos, habiendo quejas de los familiares por esta situación, lo que nos remite a pensar que ante un embarazo no existen ahorros para cualquier eventualidad que se pudiera presentar durante la atención médica.

Respecto a la dinámica familiar de las mujeres que tuvieron pareja durante el embarazo se encontró que en el 37% algunas veces o nunca platicaban de los problemas que existían al interior del núcleo familiar, lo que de una u otra manera condiciona la comunicación dentro de las familias.

La relación de pareja, entendida como una experiencia intersubjetiva y subjetiva, integra elementos de intercambio, “de conocimiento mutuo y de cercanía emocional y erótica. No obstante, la relación puede verse afectada por conflictos que emergen ante diversas situaciones y que generan inestabilidad y crisis, al desatar cambios emocionales, cognitivos y comportamentales en sus miembros” (Izasa, 2011, p.237).

En concreto, el conflicto en la pareja aparece “cuando en los dos miembros existen motivaciones de carácter opuesto o se presentan malos entendidos, que pueden causar insatisfacción, frustración, debilitamiento y hasta pérdida de la pareja. El conflicto de pareja pone de manifiesto la diferencia de intereses, deseos y valores de quienes participan en ella” (Izasa, 2011, p.237).

Hay que señalar que en más del 35% de las mujeres encuestadas, sus parejas respetan casi siempre y algunas veces las decisiones sobre opiniones cosas, o tiempo, lo que habla de una condicionante a las libertades que tienen las mujeres y que decir del 6.9 % de la población a quien nunca se le respecto estos derechos, lo cual pone de manifiesto una problemática de violencia de género.

Sobre el hecho de estar al pendiente las parejas de las mujeres encuestadas sobre su estado de salud en general en más del 31% solamente estuvieron algunas veces o definitivamente nunca y en 38% sobre esos mismos rubros se encontraron este tipo de comportamientos en la etapa del embarazo, lo que lleva a pensar y dimensionar que se observa al embarazo como un proceso biológico de la mujer, el cual no conlleva ninguna complicación.

Se puede observar procesos de violencia psicológica hacia las mujeres ya que en el 51% recibió descalificaciones con distinta periodicidad y en un 49% críticas de sus parejas durante el embarazo, lo cual no fue identificado en las instituciones de salud, para brindar intervención a partir de grupos multidisciplinarios.

Respecto a la violencia psicológica y física se observó que el 38% de las mujeres recibieron palabras altisonantes por parte de sus parejas y un 27.6% recibieron empujones, lo cual está vinculado con riesgos que merman y afectan la calidad de vida de las personas.

Al 26.3 % de las féminas les condicionaron el dinero durante su etapa de gestación, lo que repercute en que las mujeres tengan la posibilidad de desplazamiento ante una emergencia durante el embarazo, lo que también puede afectar el tipo de alimentación que llevaron durante el embarazo, en este sentido se aprecia que las mujeres encuestadas consumieron los alimentos denominados basura, en un 34.2% diariamente y en el 42.1% tres veces a la semana , por tanto en el 76.3% del total de las encuestadas, incluían en su dieta este tipo de productos de manera recurrente.

Cabe mencionar que este tipo de alimentos son altos en carbohidratos y no benefician durante el embarazo.

En el 44.7% de la muestra los que toman las decisiones al interior del hogar son las parejas de las pacientes, cabe señalar que existió un 10.5% de la muestra donde las que tomaron las decisiones dentro del núcleo familiar fueron las mujeres

solteras, en este sentido si se analiza podremos puntualizar que un porcentaje amplio de féminas se vieron limitadas en cuanto a su toma de decisiones.

En un 73.7 % de las respuestas captadas en las encuestas refleja que las mujeres fueron las que realizaron solas las actividades del hogar, lo que conlleva a que se postule que las actividades domésticas se realizaron en su mayoría sin apoyo de los integrantes del hogar, lo cual se convierte en un factor de riesgo dentro del proceso de gestación.

El 21 % de las mujeres postula que la comunicación al interior del núcleo familiar es de regular a mala, esta situación vulnera que se puedan hablar dentro del hogar de situaciones que tienen que ver con síntomas o complicaciones del embarazo.

Se aprecian otras limitaciones dentro de las relaciones de pareja, en este sentido se observa que en el 27% las mujeres no tienen total libertad de para pintarse el pelo, hacer ejercicio o usar la ropa que quieran; por otro lado en un 24% no puede acudir al médico cada que lo requiera o se sienta mal, ahora bien se determinó que un 31% no puede decir abiertamente sobre sus creencias, lo que supone que están supeditadas a lo que digan sus parejas o familiares, siendo derechos intrínsecamente individuales, que al no ejercerlos vulneran sus derechos y puede tener un efecto negativo en el embarazo.

Dentro de las mujeres encuestadas se observan otro tipo de situaciones que limita la toma de decisiones, en este sentido se analiza que un 73.7% que se dedican al hogar establecen no participar en la economía familiar, lo que se traduce en que el trabajo doméstico se observe como un trabajo de segunda, y desvalorizado, hasta por las mismas mujeres que las realizan.

Otro problema que se identificó es que las mujeres en un más del 42% expresan que no pueden disponer de los bienes de la familia, lo cual también condiciona la

toma de decisiones que las mujeres tienen dentro de su hogar y es parte de una violencia económica.

Se identificó que en un 50% las mujeres recibieron críticas por miembros de la familia que no fueron propiamente sus parejas, lo que hace que se perpetuó una violencia hacia las mujeres, sin embargo, se pudo observar que estas situaciones se presentan sobre todo en mujeres que cursan embarazos en la adolescencia y en mujeres mayores de 35 años.

Exosistema

Dentro del exosistema se pudo estudiar que en el 26.3% de la muestra las mujeres realizaron entre 60 a 75 minutos para llegar al hospital, lo que en caso de una hemorragia obstétrica puede haber derivado en una muerte materna.

Ahora también se tiene información de que las mujeres en un 27.8% de la muestra tardaban más de una hora, para llegar a los centros de salud lo que también complica que las mujeres puedan acudir a sus revisiones durante el embarazo.

Investigaciones oficiales, para explicar el desafío de la muerte materna, identifican que una de las condiciones para que las mujeres, reciban servicios de salud, es el “retraso en la llegada al lugar de atención, es decir, la mujer sabe que está enferma, o percibe riesgo y quiere consultar a un médico, pero no puede por la dificultad en el acceso a los servicios o por el tiempo de traslado que implica llegar al lugar donde se proporciona la atención” (Secretaría de Salud, 2012, p.14).

Un 82.2% de las mujeres dentro de sus comunidades ubicaron al Centro de Salud como el lugar que existía dentro de su comunidad para recibir atención médica, cabe resaltar que un 73.7% de las mujeres no detectaron dentro de sus lugares donde viven servicios médicos particulares, lo que configura preguntarnos el motivo de por qué no las ubican, si es porqué no existen o es debido a que la población no puede acceder a ellos.

Las mujeres encuestadas en el 71.1% acudieron a su control prenatal al centro de salud y en un 13.2 % lo llevaron en hospital público, lo que conduce a decir que un 84.3% de las féminas, llevaron su atención médica en estas instituciones y solamente en el 7.9 % acudieron a médico particular, cabe señalar que esto también coincide con el nivel de ingresos que tienen los hogares a las que pertenecen las personas encuestadas.

Se pudo ubicar como limitantes de los centros de salud que en un 61.1 % no tienen servicio las 24 horas y solamente al 55.6 % de las féminas se les brindó medicamento para el embarazo, además en un 75% de los centros de salud no tienen pruebas de laboratorio, todos esos elementos pueden convertirse en factores que afecten la evolución propia del embarazo, estos resultados postulan acciones que deberían implementarse a partir de políticas públicas, que aunque están categorizados en las normas oficiales mexicanas, no se señalan como obligatorias, ya que no se están aplicando con todas las mujeres encuestadas.

Además, debemos señalar que existen deficiencias en los centros de salud, ya que el 30 % de las instituciones en cuanto a su estructura física es de regular a malas, la gente indicó que las bancas estaban maltratadas, el mobiliario médico sin mantenimiento, el baño sin agua, lo cual repercute en la imagen institucional y que la persona acuda o no, a este tipo de instituciones.

Respecto a la información brindada por el médico solamente en el 55.6 % indicó a que instituciones acudir en caso de complicaciones durante el embarazo, pero existe una gran limitante ya que no toda la población la conoce, ello también deberá ser tarea de la educación para la salud y su implementación en la orientación de las féminas que cursen por un embarazo.

En el programa Arranque Parejo en la Vida¹⁴ se postula como ejes centrales:

- ✓ Informar a la embarazada acerca de posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, explicar las emergencias obstétricas y las reacciones apropiadas ante la presencia de signos de alarma.
- ✓ Asegurar un acceso a la atención calificada del parto.
- ✓ • Referencia a atención obstétrica de emergencia, garantizar el acceso fácil a consejería y consultas las 24 horas del día en caso de dudas o emergencias, proveer de instrucciones verbales y escritas, incluyendo números de teléfono. (Arranque parejo en la vida, citado por Freyermuth y Sesia, 2009, p.83).

La identificación de elementos estructurales para esta investigación argumenta en sus resultados que más del 50% de las encuestadas se desplazaron en transporte público hacia las instituciones de salud durante su embarazo y un 25% en automóvil que son las que cotidianamente pueden tener acceso a este tipo de bienes, cabe señalar que en un 28.9 % de la muestra ubican solamente un medio de transporte en sus comunidades, lo que se configura en una problemática social durante el embarazo en casos donde hubiera existido una emergencia durante la noche.

Se pudo ubicar como limitantes de las comunidades que un 44.7 % no cuenta con empresas, en el 42.1 % no ubican espacios para actividades recreativas y en el 23.7% no cuentan con escuelas secundarias y bachilleratos, lo que tiene relación con los gastos que hacen las familias en el rubro de transporte, ya que tienen que acudir a otros municipios a laborar o sus hijos a la escuela.

Dentro de los recursos que se localizan dentro de la comunidad se ubicó que en el 63.2 % cuentan con bibliotecas, las cuales fueron ocupadas por el 7.9% de la población y lo que ocuparon de estas instituciones fue internet, lo que también

¹⁴.- Documento presentado por Arranque Parejo en la Vida y Population Council en el Diálogo de Expertos en Salud Materna y Perinatal, México D.F., 4 y 5 de abril del 2005.

indica una falta de utilización de recursos comunitarios para obtener conocimientos, sin que ello conlleve un gasto.

La percepción de la seguridad lleva a que las mujeres postulen en el 42.1 % solamente algunas veces puede pasear por su comunidad y en el 18.4% nunca pueden salir.

Al respecto se identifica que cuando una persona o un grupo de personas se sienten inseguros, “se repliegan en sus casas o trabajos. Se disminuye significativamente, la posibilidad de convivencia ciudadana y de generar cohesión social, asimismo limita la vigilancia informal de las personas que circulan en las calles y esto a su vez genera oportunidad para quienes delinquen, es decir, la percepción de inseguridad puede generar otros problemas, por lo que debe abordarse como un problema público” (Jasso, 2013; p.16-17).

Algunos estudios argumentan que estimular y acelerar la decadencia de los barrios y hacer que los individuos se retiren física y psicológicamente de la vida comunitaria. Esto debilita los procesos informales de control social que inhibe la delincuencia y el desorden y se produce una disminución de la vida organizativa y la capacidad de movilización de un barrio. También puede contribuir al deterioro de las condiciones de producción local” (Skogan, citado por Jasso, 2013, p.16)

La seguridad en la comunidad en el 47.4 % de la muestra la consideran regular y en el 13.2% es mala, eso es coincide con el 55.3% de la muestra ya sean las mujeres o sus familiares hayan sido víctimas de delincuencia.

Ahora bien, la percepción de inseguridad puede concebirse como “una percepción, en cuanto a que la persona se sitúa frente a las circunstancias y emite un juicio sobre las posibilidades de ser víctima de un delito, basado en sus conocimientos y sus actividades cotidianas, así como en lo que refieren los medios de comunicación, o lo que se discute en las conversaciones con otros interlocutores”

(Jasso, 2013;16). En este sentido esa percepción puede evitar que la gente salga, o deje de realizar actividades y cuando están embarazadas, las condiciones de inseguridad pueden inhibir sus actividades físicas, de recreación, convivencia familiar o incluso puede limitar el acceso a servicios de salud.

El nivel de delincuencia principalmente en Atizapán de Zaragoza y Nicolás Romero de donde provienen la mayoría de las pacientes en un 37% de la muestra lo consideran de Alto a Extremo.

Las principales problemáticas en los lugares que habitan las mujeres encuestadas con más del 50% son lugares para venta de alcohol y 47.4 % consumo de drogas, cabe señalar que a nivel nacional la principal problemática, es la venta de drogas.

La principal problemática ambiental que se identificó en las comunidades es el exceso de ruido en donde coincidieron el 65.8 % de las mujeres como principal situación que se presenta en los lugares que habitan, los datos de la Organización Mundial de la Salud, señala como principales riesgos de este tipo de contaminación en la salud las siguientes:

- “Interferencias con el comportamiento social (agresividad, protesta e impotencia)
- Disminución en el rendimiento laboral y escolar
- Alteración del sueño y con ello dificultades en el rendimiento diurno y alteración a la respuesta inmune
- Efectos cardiovasculares.
- Respuestas hormonales y consecuencias al metabolismo
- Alteración a la tensión arterial.
- Cambios de conducta en los niños o personas sensibles” (Berglund, citado por Medina y González, 2015, p. 131)

CONCLUSIONES

La presente investigación, tuvo por objeto conocer el impacto de los determinantes sociales en la salud en las mujeres embarazadas, específicamente de aquellas que atravesaron por una emergencia obstétrica, para ello fue necesario reconocer que las enfermedades tienen intrínsecamente una connotación social, que las interrelaciona directamente, con los sistemas de salud, la alimentación, la falta de educación, el entorno social, entre otros.

De manera que, sabemos que la emergencia obstétrica, representan un hecho originado por aspectos de índole estructural y que por tanto no sólo comprende una cuestión médica, sino también social, si tomamos en cuenta el impacto que tiene ya sea una discapacidad física o intelectual de las mujeres o la misma muerte materna, primeramente, en su núcleo familiar e ineludiblemente en la sociedad.

La forma de analizar la realidad de las mujeres que cursaron por emergencia obstétrica fue bajo el modelo ecológico, mismo que permitió observar cómo la interacción con los diferentes medios donde se desenvuelven los sujetos de estudio, tiene relación con la emergencia obstétrica.

Los problemas de salud en muchas ocasiones son vistas como aspectos que se resuelven con tecnología médica, sin embargo, en el ámbito de la emergencia obstétrica, se ha visto que aun cuando las mujeres llevaron su control prenatal la emergencia obstétrica estuvo presente. Esto nos habla de que el cuidado de salud reproductiva no comprende únicamente un seguimiento médico durante la gestación, sino también debe tomar en cuenta indicadores sociales que propicien su comprensión integral.

Se puede analizar que dentro de las instituciones de salud sigue imperando un modelo médico hegemónico, donde queda despersonalizado el ser humano, en el contexto de la emergencia obstétrica, y queda de manifiesto que lo que se busca en las unidades médicas es disminuir las condiciones de riesgo, que propicia el evento de urgencia, a través del uso de la tecnología médica, así como de los

mejores especialistas, todo ello a costa de un beneficio inmediato, más no siempre duradero.

Es decir, se busca evitar a toda costa una muerte materna, más los efectos secundarios de las prácticas médicas, quedan lejos de ser significativos en términos estadísticos y son ignorados deliberadamente.

Lo tangible, está basado en indicadores nacionales e internacionales que establecen que la muerte materna por emergencias obstétricas es injusta y en muchas ocasiones se vincula a la pobreza, falta de educación, asistencia sanitaria entre otros.

Sin embargo, se han modificado algunos estándares, ya que en la población objeto de investigación, se encontraron casos de mujeres que tenían estudios superiores o de educación media superior, lo que nos indica que no basta cierto nivel educativo, ya que ello no es un indicador que las excluya, pero si es necesario que las mujeres embarazadas cuenten con educación para la salud, donde se enfatice en la importancia de la orientación y la prevención antes, durante y después del embarazo.

En cuanto al control prenatal, se sabe que es importante durante el embarazo, pero lo que se observa es que tampoco es suficiente ya que aunque la mayoría de las mujeres encuestadas acudió a los centros de salud para recibir atención médica, hubo complicaciones en el embarazo, lo que indica que los controles prenatales se deben configurar, para convertirse en espacios de educación donde se identifiquen los factores de riesgo y se potencien las fortalezas de cada mujer para beneficiar la gestación.

También es importante destacar que en la actualidad continúan existiendo problemáticas que se siguen reproduciendo dentro de la sociedad, en ese sentido son consideradas las mujeres que tuvieron embarazos en la adolescencia y en las mayores 35 años, quienes enfrentan mayores factores de riesgo mismos que se perpetúan a partir de una serie de preceptos dentro de las comunidades donde

viven, cabe señalar que aunado a la emergencia obstétrica las mujeres fueron víctimas de exclusión dentro de los contextos, lo que se convierte en factores negativos dentro del embarazo.

Otra de las cuestiones a considerar es lo concerniente a las instituciones de salud donde las mujeres llevaron su control prenatal, mismas que tienen carencias en cuanto atención médica e insumos para favorecer el servicio, luego entonces hablamos de un determinante social que complejiza la atención de las mujeres.

Dentro de la gama de los determinantes sociales de salud se observó que hay una variedad que están incidiendo en las emergencias obstétricas.

Se pudo identificar que los principales gastos de los hogares están identificados en dos rubros, alimentación y transporte, lo que de una u otra manera impide que la gente pueda invertir en el ámbito de la salud, en caso de una emergencia médica.

Respecto a la cuestión emocional, podemos ver que más de un 50 % de la población, cursó por problemas de tristeza y depresión, lo cual fue un dato que no es rescatado por ningún miembro del equipo de salud y resulta interesante en términos de cómo afecta el estado de ánimo en las pacientes.

En cuanto a la violencia de género se refiere, podemos rescatar que prevalece un sistema patriarcal, en donde sometimiento de las mujeres continúa siendo evidente, al mostrar escenarios en donde las mujeres vivieron en entornos donde eran las principales encargadas de realizar labores domésticas, mientras que la toma de decisiones está a cargo de los principales proveedores económicos, en este caso principalmente un varón. En cuanto a los tratos un porcentaje alto de ellas manifestó haber sido tratadas con palabras altisonantes.

Es importante desatacar que las mujeres encuestadas han sido víctimas de una violencia económica por el control del dinero y de los bienes materiales.

Otro indicador de violencia de género lo podemos ver por la deficiente comunicación de las parejas, además las mujeres vivieron violencia física o psicológica, lo cual pondera la importancia de analizar este tipo de factores, para ser tratado como parte de un tratamiento integral que coadyuve en la disminución de la emergencia obstétrica.

Por otro lado, el contexto médico, también es un espacio generador de violencia, por parte del personal que integra las unidades, lo que permite entender la trama compleja que viven las mujeres en su vida diaria y observamos como permea, lo individual y lo general a través de las instituciones, en la vida de las mujeres y como ello repercute en el cuidado y tratamiento de su embarazo.

La violencia que vive cada mujer se refleja en sus actividades, actitudes y la forma como enfrenta la vida, es por ello que desde las instituciones se deben buscar mecanismos para revertir este fenómeno, además de contribuir para modificar esta realidad dentro de la sociedad y en cada caso que presente este tipo de problemáticas. Por tanto, cobra sentido que, desde Trabajo Social, se puedan implementar programas centrados en la violencia institucional y de género, a partir de realizar investigaciones donde se plasme la importancia de atacar estas problemáticas sociales, así como sus beneficios.

Es menester investigar que las mujeres también se sienten inseguras dentro de los entornos donde viven, pues un gran porcentaje tiene desconfianza del espacio comunitario donde se desarrolla, lo que habla de una situación ligado a factores sociales que pueden repercutir en la salud de las mujeres.

Ahora bien, si nos preguntáramos dónde queda la parte del macrosistema inmiscuido en la emergencia obstétrica, de una u otra forma lo contrarrestamos a lo largo de la investigación con el análisis de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, donde se identificaron algunas carencias detectadas como la no identificación de depresión durante el embarazo, que implica analizar la dinámica

familiar, de pareja, entre otros elementos que rodean a las mujeres embarazadas; la falta de aplicación de todos los estudios de laboratorio y gabinete para en mujeres gestantes.

También un elemento a considerar dentro de la norma anterior y que se identificó dentro de la investigación, fue la distancia que recorren las mujeres para obtener atención médica, lo cual constituye un factor de gran riesgo para la emergencia obstétrica y por ende muerte materna, por ello la importancia de regionalizar zonas de difícil acceso y proponer acciones de atención rápida de urgencias, a través de teléfonos de líneas maternas, donde haya un equipo de respuesta inmediata.

También como una mejora se podría buscar que los lugares donde se atiendan las mujeres durante su control prenatal cuenten con nutriólogos que diseñen un plan alimenticio propicio para cada mujer embarazada, lo cual requiere realizar labor de investigación para entender el contexto social y realizar intervenciones centradas en la realidad, además de implementar espacios diseñados para la actividad física de este tipo de población, ya que en ocasiones el tiempo de espera para pasar a una revisión es de 3 horas, y las mujeres embarazadas podrían aprovechar ese tiempo en realizar ejercicio.

Es pertinente mencionar que fue un reto de manera personal realizar la investigación ya que aunque no sea creíble, continúa existiendo una división en lo que respecta a los hombres y mujeres en todos los ámbitos, lo anterior lo menciono porque para obtener información de las mujeres encuestadas, existieron algunas dificultades, derivado de que a las mujeres les costó trabajo expresar lo que vivieron previo a la emergencia obstétrica principalmente en aspectos de violencia de género y la utilización de métodos anticonceptivos, y pensé que si esta investigación hubiera sido realizado por una mujer, se hubiera generado más confianza y por ende comunicación con las féminas que brindaron la información.

El Trabajo Social en salud se ocupa de estudiar los factores sociales que están interrelacionados con la enfermedad para dar una explicación integral de la enfermedad.

Por último, es necesario que, se observe que trabajo social forma parte del equipo multidisciplinario que interviene ante una emergencia obstétrica, pese a ello, la forma participación se ciñe solamente a tres acciones:

- Realizar vinculación con los familiares de las pacientes y con otros hospitales o servicios.
- Informa al familiar responsable sobre el estado de salud de la paciente.
- Consentimiento informado¹⁵.

Cuando se analiza la información anterior, validamos que no solamente se realizan esas acciones, ya que también desde un punto de vista crítico tendríamos que verificar dónde queda la investigación de factores sociales que inciden en la enfermedad, la importancia de la educación social, la identificación de los recursos sociales existentes que coadyuven en la atención integral del paciente y la inclusión familiar, donde es prioritario reflexionar y analizar desde dónde y para qué se interviene, tomando en cuenta la compleja trama de problemas sociales y la fundamentación de un diagnóstico social que posibilite acercarnos a encontrar líneas de acción que den respuesta a este tipo de problemas sociales.

Por último, la hipótesis del trabajo fue describir, si en la emergencia obstétrica, se consideran todos los determinantes sociales de salud involucrados, entonces se podrá observar que factores están interaccionando con más frecuencia para que se presente esta problemática de salud.

En este sentido, fue importante considerar que de una u otra manera todos los determinantes de salud intervinieron en la emergencia obstétrica, pero principalmente, la violencia de género, el entorno, los recursos comunitarios y la alimentación jugaron un papel decisivo, no para afirmar que por ello se presentó la emergencia obstétrica, pero si son predisponentes para que ocurra, ello lleva a que se consideren líneas de acción por trabajar desde las ciencias sociales, para

¹⁵. - Ver Secretaría de Salud. (2016). Glosario. Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento técnico (págs. 16-17). México: Secretaría de Salud-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

contribuir de manera integral a la verdadera disminución de esta problemática de salud.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Dentro del Trabajo Social es fundamental retomar los resultados propios de la investigación, para de esta manera identificar acciones prácticas donde Trabajo Social, puedan intervenir en la prevención de padecimientos médicos como lo es la emergencia obstétrica.

Se hace indispensable describir, que la complejidad de las problemáticas sociales actuales da cuenta de la necesidad de profundizar el conocimiento y la discusión acerca de las prácticas donde interviene la disciplina del Trabajo Social. “Es decir, sobresale la importancia de reflexionar y analizar críticamente lo que se hace tanta en la intervención con la finalidad de revisar y observar desde dónde y para qué se interviene en lo social” (Carballeda, 2010; 48).

Históricamente se posiciona al trabajo social en la participación de equipos multidisciplinarios, y en lo referente a esta investigación debe contribuir a cumplir con las metas internacionales entre los que destacan los Objetivos del Desarrollo Sostenible donde se reduzca la presencia de la emergencia obstétrica a partir de las siguientes acciones:

1. Es indispensable que las mujeres desde el primer nivel de atención lleven un control prenatal, donde en los centros de salud cuenten con trabajadores sociales que puedan realizar diagnósticos sociales y se identifiquen dentro de las comunidades las mujeres gestantes en embarazos específicos que se presentan en la adolescencia y en mayores de 35 años.

No se debe dejar de lado que las principales muertes maternas a nivel internacional ocurren en la adolescencia y en mujeres de más de 40 años.

2. Una vez identificadas estas mujeres se llevará en conjunto con las enfermeras de campo, visitas domiciliarias donde se verificará aspectos médicos y sociales conducentes de la gestación y se identificarán aspectos de riesgo durante el embarazo.

En recorridos de campo también se señalarán factores de riesgo que puedan condicionar la evolución propia del embarazo, en este sentido se ubicarán las vías de acceso al centro de salud y hospitales de la zona, niveles de delincuencia y principales problemas de las comunidades, servicios extradomiciliarios, medios de transporte, entre otros.

En este punto es necesario también abordar e identificar aspectos de violencia de género que puedan afectar el embarazo, es necesario luego entonces analizar que esta problemática, es recurrente dentro de las mujeres embarazadas y es un factor que contribuye en la complicación propia de la gestación.

En este sentido se trabajará con las redes de apoyo de la familia de tal forma que puedan contribuir durante el embarazo y si es necesario se trabajará con la familia a partir del acompañamiento de una psicóloga, donde de acuerdo a las problemáticas se propiciara su empoderamiento.

3. Se identificará con una nutrióloga, aspectos concernientes con la alimentación de las pacientes que puedan poner en riesgo la salud de las mujeres.

En caso de que las mujeres no lleven una alimentación adecuada, se torna indispensable promover con apoyo de diversos programas sociales, una alimentación balanceada para las mujeres, además de tomar en cuenta los recursos de cada familia.

4. A partir del tercer mes de gestación se verificará a las pacientes que continúan o dejaron de acudir a su control prenatal. En caso de inasistencia a sus consultas médicas el área de Trabajo Social, realizará visitas domiciliarias, en las cuales se aplicará estudio socioeconómico, para identificar los determinantes sociales que están influyendo para que la paciente abandone su tratamiento.

5. En caso de pacientes que cursen por embarazos de alto riesgo el trabajador social, verificará su ingreso en hospitales de segundo y tercer nivel, además de que informará en estas instituciones a partir de un informe de trabajo social que especifique los aspectos sociales que puedan influir en el embarazo.

También se orientará a las mujeres a partir de equipos multidisciplinarios sobre los riesgos del embarazo y a partir de los centros de salud se realizarán seguimientos una vez que la mujer haya sido dada de alta, para brindar una continuidad de las pacientes y evitar futuras complicaciones en los embarazos posteriores.

6. Se verificarán a partir de la implementación de esta propuesta los resultados en la disminución de la ocurrencia de la emergencia obstétrica.

Dentro del ámbito de trabajo social es importante analizar los factores sociales que se relacionan con la emergencia obstétrica.

El trabajo social, tiene retos por realizar dentro de la sociedad, uno de ellos es localizar los problemas sociales dentro de la sociedad, lo que conlleva que se identifiquen todos los factores involucrados en las diversas situaciones que se presentan dentro de la sociedad.

Referencias:

Acero, M. et al. (2013). Determinantes Sociales de la Salud; Postura oficial y perspectivas críticas. (SciELO, Ed.) Salud Pública, 31, 104-110. Recuperado el 06 de 10 de 2017, de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31s1/v31s1a12.pdf>

Aguirre, A. (2009). La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. Revista Papeles de Población, vol. 15, núm. 61, (pp.75-99) México: Universidad Autónoma del Estado de México Toluca.

Aguilera N. (2010). Diez puntos para entender el gasto en salud en México, elaborado por México evalúa, Centro de análisis en políticas públicas 2010.

Aguirre, V. (2007). Tabaquismo durante el embarazo: Efectos de la Salud Respiratoria Infantil. Revista Chilena de Enfermedades Hospitalarias, Vol.23. Chile: Universidad de Santiago de Chile.

Alvarado, J. (2010). Factores de riesgo perinatales. En Alvarado, J. Tesis: Factores Asociados a Mortalidad Perinatal en Mujeres Atendidas en el Centro de Salud de Camoapa, 2005 – 2008 (pp. 8-14). Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Alvarado, R., Arroyo, M., & Hernández, C. (2012) Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. Enfermería Universitaria, 9(2) (pp.61-76). Obtenido de <http://revistas.unam.mx/index.php/reu/article/download/35808/32565>

Álvarez, M., Hinojosa, M. del C., y Álvarez, S. et al. (2011). Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 49(23). Recuperado 11 de 08 de 2016, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032011000300010

Álvarez, M. (2013). Morbilidad materna extremadamente grave. Generalidades. En Águila, S. Álvarez, M., Breto, A. et al., Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Un reto actual para la reducción de la muerte materna (pp. 13-23). La Habana: Molinos Trade S.A.

Aparicio, A. et al. (2006). Efectos psicosociales del desempleo. Revista de Investigación Social (pp.67-80). México: Facultad de Economía- UNAM.

Ávila, M. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes Sociales de Salud. Recuperado el 23 de 09 de 2017, de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>

Barbieri, Teresita de (1992), Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica, pp. 147-178, Revista Interamericana de Sociología, VI (2-3), Recuperado el 11 de 01 de 2019, de http://estudios.sernam.cl/img/uploads/barbieri_sobre_categoria_genero.pdf

Barrera, R. (15 de 02 de 2013). El concepto de la Cultura: definiciones, debates y usos sociales. Recuperado el 15 de 03 de 2018, de <http://www.claseshistoria.com/revista/2013/articulos/barrera-concepto-cultura.pdf>

Belinguer, G. (enero-marzo de 2007). Determinantes Sociales de las Enfermedades. Recuperado el 15 de 03 de 2018, de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662007000100003&lng=es&nrm=iso

Bleda, J. (2005). Determinantes Sociales de la Salud y la Enfermedad. Barataria (7) (pp.149-160). Recuperado el 11-07-2017 de <http://www.redalyc.org/pdf/3221/32212>

Bernardi, C. et al. (2015). El ambiente social y natural. En Bernardi, C. et al. Indagar el ambiente social y natural en el nivel inicial (pp.12-20). Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

Bertalanffy, L.V. (1989). Teoría General de Sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica.

Berrueta, A. et al. (2012). Manejo del Triage Obstétrico y Código Mater en el Estado de México. Recuperado el 01 de 02 de 2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/3587/358733492007.pdf>

Bissell, S. (2009). La Mortalidad Materna en el Ámbito Internacional: Estrategias para la Renovación de un Movimiento. En Freyermuth, G. & Sesia, P. La Muerte Materna. Acciones y estrategias hacia una Mortalidad Segura. pp. 23-31. México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Bolaños, V. y Guerrero, G. (2011). Informalidad, tendencia del mercado laboral que afecta en mayor grado a la población femenina. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Vol. 12, Número 1 (pp.170-180). Colombia: Universidad de Nariño.

Bonilla, Gloria (2010). Teoría feminista, ilustración y modernidad: Notas para un debate pp. 191-214, Cuadernos de literatura del Caribe e Hispanoamérica, Colombia: Universidad de Cartagena

Bourque, C. (1996). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México: PUEG-UNAM/ Miguel Ángel Porrúa

Briones, Jesús y Díaz de León, Manuel (2013). Mortalidad Materna. En Campos, Carlos, Hurtado, Mauricio, Pulido, Abraham, Guerrero, Antonio y Briones, Jesús. Muerte Materna en México (pp.2-11). México, Editorial Alfil.

Buelvas, A. y Agudelo, A (2011). Gradiente Social, envejecimiento y diagnóstico tardío del cáncer oral. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 29 (3), pp. 322-328. Colombia: Universidad de Antioquia.

Cáceres, F. de M. (2009). El control prenatal: Una reflexión urgente. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 60, Número 2 (pp. 165-170). Colombia: Universidad de Antioquia.

Cacique, I. (2010). Factores de empoderamiento y protección de las mujeres contra la violencia. Revista Mexicana de Sociología. Vol. 72, Núm.1 (pp. 37-49) México: UNAM.

Cámara de Diputados. (2015). Mortalidad Materna en México. Marco conceptual, derecho comparado, Políticas Públicas, tratados internacionales, estadísticas y opiniones especializadas. Recuperado el 14 de 11 de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

Cámara de Diputados. (2016). Ley General de Salud. Recuperado el 23 de 10 de 2017, de <http://www.cofepriis.gob.mx/MJ/Documents/Leyes/lgs.pdf>

Cámara de Diputados. (2017). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 20 de 10 de 2017, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_150917.pdf

Cámara de Diputados (2018). Ley General de acceso a una vida. Recuperado el 23 de 01 de 2019, de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

Campa, M. (2014), Educación sexual en salud reproductiva, Revista Médico Social (pp.1-7). México: Facultad de Medicina UNAM.

Cano, L. y Isnardo, P. La Dimensión social de las enfermedades neuropsiquiátricas. En Cano, L. Medina, E. Corona, T. (Coordinadores) (2014). Enfermedades neurológicas y psiquiátricas y sus determinantes sociales: Experiencias de Trabajo Social en el campo de investigación e intervención colaborativa (pp.43-56). México: UNAM-ENTS- Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez.

Carballeda, J. (2010). Lo intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. Revista de Trabajo Social UNAM, Número 1 (pp. 46-59). México: ENTS-UNAM.

Casas, J. (2000). Los retos de la bioética en América Latina: Equidad, Salud y Derechos Humanos. En J. Arboleda, D. Callaban, J. Casas, E. al., & F. Lolas (Ed.), Bioética y Cuidado de la Salud. Equidad, Calidad, Derechos (págs. 19-33). Chile: Programa Regional de Bioética-División de Salud y Desarrollo Humano-Organización Panamericana de la Salud- Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 2017 de 11 de 15, de <http://www.bioetica.org/cuadernos/bibliografia/casas.pdf#page=19>

Castro, R. (2011). Teoría Social y Salud. En Castro, R. Los determinantes sociales de la salud-enfermedad. Tres aproximaciones al tema para epidemiológica sociocultural reflexiva (pp. 42-53). México: Lugar Editorial.

Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (2015). Medición de la pobreza Multidimensional y Gasto en Ramo 33. México: Cámara de Diputados LXIII, Legislatura. Consultado en: <http://www.cefp.gob.mx/publicaciones/presentaciones/2018/pbr/Mexico.pdf>, el día

CEPAL. (1996). Violencia de Género: Un Problema de Derechos Humanos. Recuperado el 15 de 03 de 2018, de <https://www.cepal.org/mujer/noticias/paginas/3/27403/violenciadegenero.pdf>

CEPAL (2014). Los datos demográficos. Alcances, limitaciones y métodos de evaluación. En CEPAL. Demografía e información demográfica (pp. 15-26). Chile: ONU-CEPAL.

Cerda, H. (1991). Capítulo 7: Medios, Instrumentos, Técnicas y Métodos en la Recolección de Datos e Información. En Cerda, H. Los Elementos de la Investigación (pp. 235-339). Bogotá: El Búho.

Chávez, L., Rocha, H., Zaragoza J. Participación Comunitaria de las mujeres: El papel de las agentes y agentas municipales con perspectiva de género. Veracruz: Fondo de Fomento para la transversalidad de la perspectiva de género 2009.

Chávez, J. y Padilla, M. (2013). Administración pública y política de salud. En Chávez, J. Muerte materna, un problema de la política de salud (pp. 161-180). México: Instituto de estudios superiores en Administración Pública- Miguel Ángel Porrúa.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2014). Marco conceptual: la salud materna, un derecho humano de las mujeres. En: Informe de Mujeres 2013.Salud materna y violencia obstétrica. La situación de los derechos humanos de las mujeres en el Distrito Federal Volumen II (págs. 24-30). Distrito Federal: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2017). Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema de Salud. Recuperado el 12 de 10 de 2017, de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

Comisión de Determinantes Sociales de Salud. (28 de 08 de 2008). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe Final de Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud. (OMS, Editor) Recuperado el 03 de 16 de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

CONEVAL. (2012). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2014. (CONEVAL, Editor) Recuperado el 28 de 09 de 2017, de <https://books.google.com.mx/books?id=ip1FDAAAQBAJ&pg=PA104&lpg=PA104&dq=CONEVAL+MUERTES+MATERNAS+POR+POBREZA+CONEVAL&source=bl&ots=lxVN21yf->

CONEVAL. (2012). Evaluación Estratégica sobre Mortalidad Materna 2010. Características sociodemográficas que obstaculizan a las mujeres embarazadas su acceso afectivo a instituciones de salud, Recuperado el 25 de 06 de 2017, de https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Mortalidad%20materna%202010/INFORME_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

CONEVAL (2017). Coneval informa la evolución de la pobreza. México: Coneval.

Cops, R. et al. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. Revista de investigación en Ciencias de la Salud vol. 7 (2). España: Facultad de Ciencias Médicas.

Cordera, R., & Murayama, C. (2012). Los determinantes sociales de la salud en México: Una agenda para el desarrollo y la equidad. En: Cordera, R. y Murayama, C. Los Determinantes Sociales de la Salud en México (pp.13-57). México: UNAM-FCE.

De la Torre, M. y Oyola, A. (2014). Los determinantes sociales de la salud: una propuesta de variables y marcadores/indicadores para su medición. Revista Peruana de epidemiología. Vol.18. No. 1 (pp. 1-6). Lima: Sociedad Peruana de Epidemiología.

Departamento de Enseñanza del HMIGVAZ (2017). Carpeta Directiva 2015. Atizapán de Zaragoza, México, México: HMIGVAZ.

Departamento de Estadística del HMIGVAZ (2017). Informe de actividades 2016. Atizapán de Zaragoza, México: HMIGVAZ.

Departamento de Registros Hospitalarios del HMIGVAZ (2017). Bitácora de Códigos Mater 2017. ISEM: HMIGVAZ.

Departamento de Trabajo Social, HMIGVAZ (2016). Informe de Actividades 2015-2016. Atizapán de Zaragoza, ISEM: HMIGVAZ.

Diago, D., Salabarría, M., Torriente, N. (2009). La violencia doméstica. Su impacto en la Salud Reproductiva. Revista Habana de Ciencias Médicas Vol.8, Número 3 (pp.3-10). Habana: Instituto Superior de las Ciencias Médicas de la Habana.

Diario Oficial de la Federación (2016). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida. Consultado en: http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/1589/1/NOM007_Embarazo-DOF-070416.pdf, el día 06-10-2018.

Díaz, C., González, A., y Pérez, M. (2008). Módulo 7. En Díaz, C., González, A. & Pérez, M. Manuales docentes de Trabajo Social (pp. 179-195). España: Universidad de las Palmas Gran Canaria.

Donoso, E., Carvajal, J., Vera, C. Poblete, J. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, No. 142 (pp.168-174). Chile: Universidad Católica de Chile.

Duart, D. (2016). Exclusión, poder y relaciones sociales. Recuperado el 02-02-2017, de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/mad/14/duhart.pdf>

Eisenberg, L. y Sartorius, N. (1988). La ecología humana en el repertorio del desarrollo sanitario, (Foro Mundial de la Salud, Editor). Recuperado el 29 de 09 de 2017, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/52392/1/WHF-1988-9-n4-p576-580-spa.pdf>

Elu, M. del C. (2004). Mortalidad materna: Una tragedia evitable. *Revista Perinatol Reprod Hum*. Vol. 18, Núm. 1, México: Instituto Nacional de Perinatología.

Espinosa, A. (2014). Incidencia y prevalencia muerte materna. En Espinosa, A. Tesis: Histerectomía obstétrica de emergencia: Prevalencia, morbilidad y mortalidad materna en pacientes atendidas en el hospital de ginecología y obstetricia IMIEM, durante el periodo de 2010 a febrero 2013 (pp. 7-13). Toluca: UAEM.

Espinoza, I. y Estrada, C. (2015). Consumo de Antioxidantes en Embarazadas que acuden al Hospital de Ginecología y Obstetricia del Instituto Materno Infantil del Estado de México de enero a marzo de 2014. En: Espinoza, I. Y Estrada, C. Alimentación en el Embarazo (pp.11-16). México: UAEM.

Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Revista Mente y Cerebro* No. 48 (pp. 20-25). México: Universidad Vecruzana.

Fernández, M. y Fuster, R. (2012). Protocolo de intervención en trabajo social Hospitalario. Recuperado el 10 de 06 de 2018, de http://www.san.gva.es/documents/156344/484152/Protocolos_intervencion_TS_centros_hospitalarios.pdf

Fescina, R. De Mucio, B. Ortiz, El., Jarquín, D. Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas. En: Introducción (pp.9-13). Uruguay: Organización Panamericana de la Salud- Centro Latinoamericano de Perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva.

Frenz, P. (2005). Desafíos en la salud pública de la reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2) (pp.103-110). Recuperado 08 de 04 del 2018, de www.revistas.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/

Freyermuth, G., Villalobos, I., Arguello, H., & De la Torre, C. (2006). Urgencia Obstétrica y saber popular en Tenejapa, Chiapas. *Reproducción Humana*, 20(4) (pp.60-68). Recuperado el 06 de 04 del 2018, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-

Freyermuth, G. & Luna, M. Muerte materna y muertes evitables en exceso (2014). Propuesta metodológica para evaluar la política pública en salud. Recuperado 03 de 03 del 2017, de http://www.inegi.org.mx/rde/rde_13/doctos/rde_13_art4.pdf

Freyermuth, G. y Sesia P. 2009. La Muerte Materna. Acciones y Estrategias hacia una maternidad segura. En: Freyermuth, G. y Sesia, P. Presentación (pp.11-20). México: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Facultad de Economía de la UNAM. (2012). Vivienda. Recuperado el 13 de 03 de 2018, de <http://economia.unam.mx/cedrus/investigacion/propuestas-politica/vivienda.html>

Fernández, R. (2004). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). Programa de Acción de la CIPD, CIPD+5 y Metas de Desarrollo del Milenio. Recuperado 22 de 02 de 2016, de https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/8/14378/r_fernandez.pdf

Fescina, R., De Mucio, B. Ortiz, E. Jarquin, D. (2012). Guía para la atención de las principales emergencias obstétricas. Recuperado el 23 de 10 de 2017, de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=salud-de-mujer-reproductiva-materna-y-perinatal&alias=279-guias-para-la-atencion-de-las-principales-emergencias-obstetricas-1&Itemid=219&lang=es

Flórez, C., & Soto, V. (2008). El estado de la salud sexual y reproductiva en América latina y el Caribe: Una visión global. New York: Banco Interamericano de Desarrollo.

Galindo, L., García, G. y Rivera, P. 2015. El trabajo de cuidado en los hogares: ¿Un trabajo sólo de mujeres? Cuadernos de Trabajo 59. México: Instituto Nacional de las Mujeres.

Gallego, A. (2011). Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. No.35 (pp. 326-340) Revista de la Universidad Católica del Norte. Colombia: Universidad Católica del Norte.

Galván, M. (2018) Ensayo Crítico La diabetes mellitus tipo dos, un análisis desde los determinantes sociales de la salud. En: Domínguez, E. (2018). Determinantes estructurales (p.26-30). México: ENTS-UNAM.

Gamboa, C., y Valdés, S. (2016). Mortalidad Materna en México. (Cámara de Diputados) Recuperado el 02 de 04 de 2017, de <http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf>

García, J. y Montañez, M. (2012). Signos y síntomas de la alarma obstétrica. Acerca del conocimiento que tienen las mujeres. Recuperado el 07 de 07 de 2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2012/im126l.pdf>

Gifre, M., & Esteban, M. (2012). Consideraciones Educativas de la Perspectiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner. Contextos Educativos (pp.79-92). Recuperado el 2017 de 07 de 2017, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3972894.pdf>

Gómez, Y. (2015). Nivel de Conocimiento sobre las principales emergencias obstétricas; Hemorragia durante el parto- postparto y trastornos hipertensivos del embarazo en internos de obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal. Enero-Junio 2015. Lima: Universidad Nacional de Mayor San Marcos.

Gómez, O. et al. (2011). Sistema de Salud en México. Revista de Salud Pública Núm. 53 (pp.20-31). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública

González, S. (2009). Violencia contra mujeres, derechos y ciudadanía en contextos rurales e indígenas de México. Revista de Ciencias Sociales (50) (pp.165-185). México: Universidad Autónoma del Estado de México.

González, J. et al. (2012). Identificación de factores de riesgo de embarazo en población adolescente escolar urbana y rural colombiana. *Revista de Salud Pública* 14 (3) (pp. 402-414). Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

González, R. (2010). Salud Materno-Infantil en las Américas. *Revista Chilena de Obstetricia Ginecológica*, 75(6) (pp. 411-421). Recuperado el 23 de 09 de 2017, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262010000600011

Grupo de Información en Reproducción Elegida (2012). 5. Vida laboral y Reproductiva. México: GIRE.

Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.-GIRE (2015). Violencia Obstétrica. Un enfoque de Derechos Humanos. Recuperado el 12 de 10 de 2017, de <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>

Gutiérrez, A. (2010). Movilidad, transporte y acceso: una renovación aplicada al reordenamiento territorial. *Revista de Geografía y Ciencias Sociales* 331 (86). España: Universidad de Barcelona.

Gutiérrez, D. (1996). II Definición y Concepto de Salud Reproductiva. En Gutiérrez, D. *Salud Reproductiva: concepto e importancia* (pp. 5-7). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., Ramírez de Roche, O. (2013). Expectativas y Experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un Estudio de Satisfacción con la Atención Médica. En: Capítulo 2 la trayectoria de pacientes/acompañantes, a través del sistema de salud mexicano: un enfoque cualitativo (pp. 81-116). México: Facultad de Medicina: UNAM.

Hernández, R., et al. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana

Hernández, M. (2013). Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública* 55. (pP.1-10). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

INEGI. 2015. Información por entidad en el estado de México, consultado en: http://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mex/territorio/div_municipal.aspx?tema=me&e=15, el día 18-10-2018

INEGI (2018). Mujeres y hombres en México, consultado en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/mujeresyhombres.aspx>, el día 10-02-2019

Inmujeres. (2015). Nupcialidad, Hogares y Viviendas. *Estadísticas Inmujeres* (pp. 59-63). México: Inmujeres.

Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. (2011). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Recuperado el 13 de 10 de 2017, de <https://www.juridicas.unam.mx/legislacion/ordenamiento/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos#10536>

Instituto de Salud del Estado de México. (2013). Mortalidad Materna según Causa CIE 10 a 3 Dígitos, 2010-2013. (ISEM, Editor) Recuperado el 15 de 11 de 2017, de http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/estadisticas/defmat/Mort_Mater%20x%20Causa_CIE-10_10-13.pdf

Izasa, L. (2011). Causas y Estrategias de Solución de Conflictos en las Relaciones de Pareja Formadas por Estudiantes Universitarios. *Psicogente* Vol.14, no.26 (pp.336-3519). Colombia: Universidad Simón Bolívar.

Jasso, C. (2013). Percepción de la Inseguridad en México. *Revista de Opinión Pública*, julio-diciembre 2013 (pp. 13-29). México: CIDE.

Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e impresión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. En: Jiménez, M. *Aproximación teórica de la exclusión social* (pp.173-186). España: Universidad Granada.

Juárez, I. (2016). Antecedentes. En Juárez, I. Tesis: Apoyo Social en Pacientes Embarazadas en una Unidad de Medicina Familiar (pp.10-20). UNAM-Facultad de Medicina.

Jiménez, R. (2012) Aspectos biopsicosociales asociados al embarazo adolescente. Recuperado el 06 de 01 de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3595/359533179019.pdf>

Juárez, F., Palma, J., y Singh, S. (06 de 2010). Barrera para la Maternidad Segura en México. (Instituto Guttmacher) Recuperado el 03 de 11 de 2017, de https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/maternidad-segura-mexico_0.pdf

Karam, M., Bustamante, P., Campuzano, M., & Camarena, A. (2007). Aspectos sociales de la mortalidad materna. Estudio de caso en el Estado de México. *Medicina Social para todos*, 2(4), (pp.205-211). Recuperado el 01 de 12 de 2017, de <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/2.19.pdf>

Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa: Health and Welfare Canadá.

Lamas, M. (2016). Género. En Hortensia Moreno y Eva Alcántara (Coordinadoras). *Conceptos clave en los estudios de género* (pp.155-170), México: PUEG-UNAM.

Lazcano, E. et al. 2013. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la Mortalidad Materna. Vol.55 (pp. 14-20).Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

León, A. (2007). Qué es la educación. Recuperado el 06-08-2017, de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603903.pdf>

Lerner, S., & Szasz, I. (2009). *Salud Reproductiva y Condiciones de Vida en México*. México: El Colegio de México, A.C. Y AFLUENTES S.C.

López, J., Blanco, M., & Garduño, J. (2011). Los determinantes sociales de la salud y la acción política: una perspectiva desde la academia. En Eibenschutz, C. Tamez, S., & González, R., ¿Determinación Social o Determinantes Sociales de la Salud? (pp. 253-273). México: UAM.

López, R. (2004). El muestreo. Recuperado el 03 de 02 de 2019, de <http://www.estadistica.mat.uson.mx/Material/elmuestreo.pdf>

Lori, A. (2002). Un sufrimiento oculto: Discapacidades causadas por el embarazo y parto en los países menos desarrollados. Recuperado el 3 de 11 de 2017, de http://www.prb.org/pdf/HiddenSuffering_Sp.pdf

Lozano, L., Bohórquez, Z., y Zambrano, G. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna.18 (2), 364-372. Colombia: Universidad y Salud.

Lucas, J. (2002). XI. El negativo de los Derechos Humanos: La exclusión. En: Estébanez, P., Basteiro, S. y Dorado, M. et al. *Exclusión social y salud. Balance y Perspectivas* (pp. 221-232). España: Icaria editorial.

Lucio, A. (2011). Panorama en México de la Mortalidad Materna. En Lucio, A. Monografía para obtener el título de Especialidad en Ginecología y Obstetricia (pp. 7-31), México: Universidad de Colima.

Luchmann, N. (1996). El sistema como diferencia. En L. Niklas, Introducción a la teoría de sistemas (pp. 60-75). México: Anthropos Editorial del Hombre- Universidad Iberoamericana.

Luis, P. (2004). Población muestra y muestreo. Revista Digital Vol. 9 (pp.69-73), Recuperado el 27- de 01 de 2019, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1815-02762004000100012&script=sci_arttext

Luque, M., & Oliver, M. (2005). Diferencias Culturales en la Percepción y Vivencia del Parto. (SCIELO, Editor) Recuperado el 05 de 11 de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296200500010000

Lusting, N. Salud y Desarrollo económico. El caso de México. Consultado en: <http://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/383/580>, el día 08-10-2018.

Maguiña, C., Soto, L., Egoavil, M., Breña, P. Enfermedades de Mascotas en Humanos. Revisión actualizada. Revista Peruana Médica. Vol. 17 número 1 (pp.17-20). Perú: Hospital Nacional Cayetano Heredia.

Martínez, O., Guasch, E., & Cueto, I. (2014). Organización Sanitaria en Emergencia Obstétrica. En Martínez, O, Guasch, E. & Cueto, I. (Compiladores), Manual Práctico de Emergencias Obstétricas (pp. 23-49). Madrid: Inyecmedia.

Martínez, I. Villezca, P. (2005). La alimentación en México. Un estudio a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares y de las Hojas de Balance Alimenticio de la FAO. Ciencia UANL. Vol. 8, No. 2 (pp.200-208). Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Mata, F. et al. (2010). Prescripción del ejercicio físico durante el embarazo. Revista Andaluza de Medicina del Deporte, vol.3, número 2 (pp.68-75). España: Universidad de Córdoba

Mapa Atizapán (2017). Mapa de Atizapán de Zaragoza. Recuperado el 12 de 05 de 2017 de

Medina, J y Zúñiga, R. (2012). La Intervención de Trabajo Social en el Proceso de Trasplante Hepático. México: UNAM-ENTS.

Moiso, A. (2007). Determinantes sociales de salud. En: Barragán, L., Moiso, A., Mestorino, M. de los Á., Alfredo, O. En Fundamentos de Salud Pública (pp. 161-180). Argentina: Universidad Nacional de la Plata.

Monje, A. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. En Monje, A. Presupuestos epistemológicos. Guía didáctica (pp. 11-20). Colombia: Universidad Surcolombiana.

Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teórico-conceptuales. Recuperado el 16 de 03 de 2018, de <https://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf>

Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. Revista educación, 33(2) (pp.171-190). Recuperado el 2018 de 03 de 17, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>

López-Ocaña, L. et al. 2017. Causas de emergencia obstétrica y Equipo de Respuesta Inmediata en un hospital de segundo nivel. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. No. 55, Vol.1 (pp.48-51). México: IMSS.

Ojeda, N. (1999). Propuesta teórica y metodológica para estudiar la Determinación Social. En Ojeda, N, Género, familia y conceptualización (p.p. 21-67). Tijuana: Colegio de la Frontera Norte.

Ojeda, N. (2013). Cambios y continuidades de la unión libre en Tijuana, México: el caso de las jóvenes de Tijuana. Consultado en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-76532013000200008, el día 12-10-2018.

OMS. (2005). Salud Reproductiva. Recuperado el 23 de 09 de 2017, de http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/

OMS. (2005). ¿Qué es un sistema de salud?. Recuperado el 17 de 03 de 2018 de <http://www.who.int/features/qa/28/es/>

OMS. (2007). Mortalidad materna. Recuperado el 02 de 11 de 2017, de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/

OMS (2012). Objetivos del Desarrollo del Milenio. Recuperado el 28 de 03 de 2018 de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs))

OMS (2013), Informe: Recomendaciones de la OMS, para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia, consecuencias y medidas. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/119742/WHO_RHR_14.17_spa.pdf?sequence=1, el día 28-10-18

OMS. (2014). Organismos de las Naciones Unidas informan del firme avance en los esfuerzos por salvar vidas maternas. Recuperado el 13 de 11 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/maternal-mortality/es/>

OMS. (2015). ¿Por qué siguen muriendo tantas mujeres durante el embarazo y el parto? Recuperado el 15 de 05 de 2017, de <http://www.who.int/features/qa/12/es/>

OMS. (2017). Temas de Salud: Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado el 29 de 11 de 2017, de <http://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>

OMS. (2016). Mortalidad materna. Recuperado el 02 de 11 de 2017, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es>

OMS. (2018). Conceptos clave. Recuperado el 18 de 03 de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/

OMS. (2018). Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 16 de 03 de 2018, de http://www.who.int/social_determinants/es/

ONU. (1994). Informe de la Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo. New York: ONU.

ONU- MUJERES. (1995). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración de la Política y Documentos de Resultados de Beijing + 5. NEW YORK: ONU.

ONU. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer. Recuperado el 12 de 10 de 2017, de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

ONU. (1995). Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Recuperado el 13 de 10 de 2017, de <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf>

ONU. (1995). Declaración Copenhague Sobre Desarrollo Social. Dinamarca: ONU.

ONU. (2002). Capítulo 6: Protección y Fomento de la Salud Humana. (ONU, Editor) Recuperado el 12 de 10 de 2017, de <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/agenda21spchapter6.htm>

ONU. (2007). Conferencias sobre Población. Recuperado el 12 de 15 de 2017, de http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/conf_pop.html

Ordaz, K., Rangel, R. y Hernández C. (2010). Factores de Riesgo Asociados con la Mortalidad Materna, en el estado de Morelos, México. *Ginecol Obstet* Número 78, Vol. 7 (pp. 357-364). México: Nieto editores.

Organización Panamericana de la Salud. (2009). *Hacia una Vivienda Saludable. Guía para el facilitador.* Recuperado el 15 de 03 de 2018, de <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/vivisal.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). La OPS actualizará sus manuales sobre el manejo de las emergencias obstétricas. Recuperado el 15 de 11 de 2017, de http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=338:la-ops-actualizara-sus-manuales-sobre-el-manejo-de-las-emergencias-obstetricas&Itemid=354&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. 2017. *Salud en las Américas. Resumen: panorama regional y perfiles de país.* Washington: OPS.

Oryazún, E., y Kusanovic, P. (04 de 2011). Urgencias en Obstetricia. *Revistas Médicas Clínicas*, 22(3) (pp.316-331). Recuperado el 23 de 09 de 2017, de https://ac.els-cdn.com/S0716864011704321/1-s2.0-S0716864011704321-main.pdf?_tid=0c2bc2e2-a652-11e7-97c0-0000aacb361&acdnat=1506

Ortner, B. y Whitehead, H. (2003), Indagaciones acerca de los significados sexuales. En Lamas (compiladora). *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 141-144). México PUEG/Porrúa.

Paganini, J. (2007). Políticas de Salud Internacional. En: Barragán, L., Moiso, A., Mestorino, M. de los Á., Alfredo, O. En *Fundamentos de Salud Pública* (pp. 67-76). Argentina: Universidad Nacional de la Plata.

Palomar, C, (2004). Malas madres. La construcción social de la maternidad. *Revista debate feminista* año 15, volumen 30 (pp.12-34). México: PUEG-UNAM.

Palomar, C, (2007). La maternidad ejercida por varones en debate feminista. *Revista Debate Feminista*, Año 18, volumen 35 (pp. 195-226), México: PUEG-UNAM.

Palomar, J. y Valdés, L. (2004). Pobreza y locus de control. *Revista Interamerican Journal of Psychology*. Vol.38, Núm.2. México: Universidad Iberoamericana.

Programa de Promoción de Formalización en América Latina y el Caribe. (2014). *El empleo informal en México: situación actual, políticas y desafíos.* Lima: Organización Internacional del Trabajo.

Pintado, A., Lastra, Z., & Sachse, M. (enero-abril de 2014). Atención materna durante el embarazo, parto y puerperio en unidades de primer nivel en Oaxaca, 11 (1) (pp.13-20). México: Medicina Social.

Quiñonez, D. (2014). Tesis: Complicaciones médicas en embarazadas con sobrepeso y Obesidad. Emergencia Obstétrica Hospital Central de Maracay julio-octubre del 2014 (pp. 4-15). Venezuela: Universidad de Carabobo.

Ramírez, B. (2012). Una visión crítica de la Seguridad Social en México: En dónde estamos y hacia dónde vamos. Recuperado el 12 de 03 de 2018, de http://archivos.diputados.gob.mx/Comisiones/Ordinarias/Seguridad_Social/Taller_seguridad_social/2_1_2_primer_dia/2_1_2_4.pdf

Ramírez, G., & Freyermuth, G. (2013). Emergencias obstétricas en México: designación de concepto y uso. Recuperado el 25 de 02 de 2017, de <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63398>

Rico, B., Feinholz, D., & Del Río, A. (2003). Salud Reproductiva; Construcción del Concepto y de las Políticas a través del Tiempo. En: Bronfman, M. & Denman, C. Salud Reproductiva. Temas y Debates (Pp. 181-200). Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Rivera, G. (diciembre de 2015). Los Objetivos del Desarrollo en México. Sobre los procesos demográficos en México (9), 89-93. Recuperado de 25 de 04 de 2018, de <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/pdf/numero9/riveraconde.pdf>

Rodríguez, E., Aguilar, P., Montero, L., & et al. (2013). Demoras en la atención de complicaciones maternas asociadas a fallecimientos en municipios del sur de Yucatán 23 (1) (pp.23-32). México: Biomed.

Rodríguez, J. (2006). Indicadores demográficos y encuestas de hogares: Un primer aporte. Recuperado el 16 de 03 de 2018, de <https://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/8.pdf>

Rodríguez, R. (2016). El quinteto de la muerte para ellas. Recuperado el 01 de 02 de 2017, de http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/03/9/el-quinteto-de-la-muerte-para-ellascielo.br/pdf/r/lae/v15n3/es_v15n3a22.pdf

Rohlfs, I. y Valls-Llobet, C. Actuar contra la violencia de género un reto para la Salud Pública. 17 (4) (pp. 260-265). Barcelona: Gaceta Sanitaria.

Sánchez, A. (06 de 2008). Dieta Saludable. Recuperado el 16 de 03 de 2018, de https://profeco.gob.mx/revista/publicaciones/adelantos_08/1621%20COMER%20BIEN%20OKMM.pdf

Secretaría de Salud. (2016). Glosario. Triage obstétrico, código mater y equipo de respuesta inmediata obstétrica. Lineamiento técnico (pp. 16-17). México: Secretaría de Salud-Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

Secretaría de Salud (2011). Guía de Referencia Rápida. Detención y tratamiento de las Emergencias Obstétricas. Recuperado el 24 de 09 de 2017, de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GRR_Emergencias_obstetricas.pdf

Secretaría de Salud (2012). Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud. Capítulo 1 la muerte materna un problema de salud pública (pp.8-14). México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud (2017). Programa de Acción Específica. Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Recuperado 13 de 08 de 2017, de http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf

Sevilla, R. Almanzar, A. y Valadez, R. (2014). La vivienda y su impacto en la salud. Revista Comunicaciones Libres (pp.80-85), Consultado en: https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/65_4/PDF/VIVIENDA.pdf

Solís y Morales (2012). Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Horiz 12 (2) (pp.49-52). México: Universidad Autónoma del Estado de México.

Soni, C. et al. (2015). Morbilidad y mortalidad materna y factores de riesgo asociados con una urgencia obstétrica Revista Gineco Obstet 83 (pp.96-103). Recuperado el 10-02-2017 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152d.pdf>

Secretaría de Salud (2016). Información relevante de muertes maternas. Recuperado el 01 de 02 de 2017, de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/176908/MMAT_2016_SE51.pdf

Terán, M. (1989). Perfil profesional del trabajador social en el área de la salud. Revista de Trabajo Social, México: ENTS-UNAM.

UNICEF. (2010). Convención sobre la eliminación de todas las formas discriminación contra la mujer (CEDAW). Recuperado el 24 de 10 de 2017, de https://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf

UNICEF. (2015). Cada año mueren más de medio millón de mujeres y niñas por complicaciones del embarazo o el parto en los países en desarrollo Recuperado el 23 de 09 de 2017, de <https://www.unicef.es/prensa/cada-ano-mueren-mas-de-medio-millon-de-mujeres-y-ninas-por-complicaciones-del-embarazo-o-el>

Urbanos, R. y González B. (2013). Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles. Estudios de Economía Aplicada 31 (2) (pp. 303-326). España: Asociación Internacional de Economía Aplicada Valladolid.

Vargas, V., Acosta, G. Moreno, M. (2012). La preeclampsia un problema de salud pública mundial. Revista Chilena de Obstetricia- Ginecológica. Vol. 77 número 6 (pp. 471-476). Consultado en: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/DOCUMENTOS029.pdf>, el día 12-10-2018.

Vera, O. (2015). Uso de fármacos en el embarazo. Revista Médica la Paz, Vol. 21, Número 2 (pp.60-70). Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés.

Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. 28(4) (pp. 237-241). Recuperado el 23 de 09 de 2017, de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>

Villanueva, L., y Cruz, L. (2012). Los costos de la mala calidad de la atención obstétrica. Revista CONAMED, 17(2), 60-66. México: CONAMED.

Zúñiga, D., Silva, J., & Guamán, D. (2008). Mortalidad Materna. En Zúñiga, D., Silva, J. y Guamán, D. Tesis: Evaluación de los servicios de cuidados obstétricos y neonatales de emergencia del Hospital Moreno Vázquez del Cantón Gualaceo 2008 (pp. 35-50). Cuenca: Universidad de Cuenca.

ANEXO 1

Tabla 71. Operacionalización de ¿las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Macrosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD		VARIABLE	INDICADORES/ OBSERVACIONES
MACROSISTEMA	DETERMINANTES ESTRUCTURALES	Ley General de Salud y la NOM	Aplicación de la Ley General de Salud en el caso de la emergencia obstétrica
			Aplicación NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA
			Calidad en la atención hospitalaria
			Acceso a los servicios de salud de las mujeres
			Atención médica Estudios de laboratorio y gabinete
			Trato digno para las pacientes

Elaboración propia, 2018, con base a la Ley General de Salud y la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

Tabla 72. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Exosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD		VARIABLE	FACETAS INCORPORADAS DE LA VARIABLE	INDICADOR	
EXOSISTEMA	DETERMINANTES INTERMEDIOS (COMUNIDAD)	RECURSOS COMUNITARIOS DEL SISTEMA SANITARIO DE SALUD	COBERTURA DE LOS SERVICIOS	RECURSOS SANITARIOS DISPONIBLES	¿Con que recursos sanitarios cuenta su comunidad? a) Hospital b) Centro de Salud c) Servicios médicos particulares d) Otros: _____
				UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	¿De los siguientes servicios de salud a cuáles acude con mayor frecuencia? a) Hospital b) Centro de Salud c) Servicios médicos particulares d) Otros: _____ e) No llevó control prenatal
			ACCESIBILIDAD GEOGRÁFICA	UBICACIÓN Y TIEMPO DEL CENTRO DE SALUD	¿Qué tan lejos se encuentra el centro de salud de su domicilio? a) Menos de 30 min b) Más de 30 min c) Más de una hora d) Mas de dos horas e) No aplica
				DISPONIBILIDAD DE TRANSPORTE HACIA EL CENTRO DE SALUD	¿En qué transporte se desplazó con mayor frecuencia para acudir a su centro de salud o clínica durante su embarazo? a) Automóvil b) Pesero o combi c) Autobús d) Otro: _____ e) No aplica
				CONDICIONES DEL DESPLAZAMIENTO HACIA EL CENTRO DE SALUD	¿Cómo considera que es el desplazamiento de su domicilio a su centro de salud? a) Fácil b) Aceptable c) Complicado d) Muy Complicado e) No aplica
			CALIDAD DE LOS C.S. SER. INS.	CONDICIONES Y CARACTERÍSTICAS DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS DE SALUD	¿Cómo calificaría las condiciones físicas de su centro de salud? a) Muy buenas b) Buenas c) Regulares

				<p>d) Malas e) No aplica ¿Cómo calificaría las condiciones de higiene de su centro de salud o clínica donde se atendió? a) Muy buenas b) Buenas c) Regulares d) Malas</p>
				<p>HORARIOS Y DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS Seleccione los recursos con los que cuenta el centro de salud o clínica donde se atendió: a) Atención las 24 horas b) Atención médica siempre que acudió c) Medicamento suficiente d) Pruebas de Laboratorio e) Todas las anteriores f) Otro: _____ g) No aplica</p>
				<p>TIEMPO DE ESPERA ¿Cuánto tiempo esperaba para recibir su consulta en el centro de salud? a) No más de 30 minutos b) Hasta 1 hora c) Hasta 2 horas d) Otro: _____ g) No aplica</p>
				<p>INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN ¿En sus citas, su médico le informó de los síntomas de riesgo durante el embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca g) No aplica ¿Su médico le indicó a dónde acudir si tuviera una complicación durante su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca g) No aplica</p>
				<p>DISPONIBILIDAD Y CONSUMO DE MEDICAMENTOS ¿En su centro de salud le brindaron los medicamentos recetados por su médico para el cuidado de su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>

				<p>g) No aplica</p> <p>¿Cómo califica los servicios que recibió del centro de salud?</p> <p>a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) No aplica</p>
		CONDICIONES DEL MEDIO AMBIENTE	ENTORNO DE LA COMUNIDAD	<p>RECursos DE LA COMUNIDAD</p> <p>Selecciones los recursos con los que cuenta su comunidad:</p> <p>a) Fábricas o Empresas b) Espacios para realizar actividades recreativas c) Tiendas, mercados y supermercados d) Escuelas secundarias y bachillerato</p>
				<p>TRASPORTE (METRO, ETC)</p> <p>Selecciones el transporte disponible en su comunidad:</p> <p>a) Autobús b) Microbuses o peseras c) Metrobus d) Metro</p>
			SEGURIDAD Y PROTECCIÓN	<p>LIBERTAD Y MOVILIDAD</p> <p>¿Usted familia y su puede salir de su domicilio y pasear por su comunidad a cualquier hora del día sin riesgo?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
				<p>SEGURIDAD FISICA</p> <p>¿Usted se siente segura dentro de su comunidad?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p> <p>¿Cómo califica la seguridad dentro de su comunidad?</p> <p>a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala</p>
				<p>PROTECCION CIUDADANA</p> <p>¿Qué tan seguido pasan las patrullas de protección ciudadana en su comunidad?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
				<p>DELINCUENCIA: ASALTOS, ETC</p> <p>¿Cómo califica el nivel de delincuencia en su comunidad?</p> <p>a) Bajo</p>

					<p>b) Medio c) Alto d) Extremo</p> <p>¿Tiene familiares o conocidos que hayan sido víctimas de la delincuencia en su comunidad? a) Ninguno b) 1 a 2 c) 3 a 4 d) Más de 5</p>
		ACCESO A OTROS RECURSOS NO SANITARIOS		BANDAS	<p>Seleccione los problemas de seguridad que identifica en su comunidad:</p> <p>a) Lugares de venta de alcohol b) Grupos delictivos o Bandas c) Lugares donde se ejerce la prostitución d) Consumo y venta de drogas</p>
				PROSTITUCIÓN	
				ADICCIONES EN LA COMUNIDAD	
			AMBIENTE FISICO	CONTAMINACIÓN (EXPOSICIÓN A QUÍMICOS Y FÍSICOS)	<p>Seleccione los problemas ambientales que hay en su comunidad:</p> <p>a) Exceso de ruido b) Deficiente recolección de basura c) Exceso de tráfico d) Exposición y contaminación con sustancias químicas</p>
				RUIDO	¿Principal problemática identificada en su comunidad?
				BASURA	¿Principal problemática identificada en su comunidad?
				TRÁFICO	
			PARTICIPACIÓN COMUNIDADES SOCIALES	COMUNIDADES RELIGIOSAS	<p>¿Participa en algún tipo de comunidades sociales?</p> <p>a) Vecinales b) Religiosas c) Comunitarias d) Políticas</p>
				AMISTADES	<p>¿Qué tan seguido se reunía con sus amigas durante su embarazo?</p> <p>a) Una vez a la semana b) Una vez al mes c) Una vez cada seis meses d) Nunca</p>
			I N F.	ACCESO A BIBLIOTECA	<p>En su comunidad tiene acceso a:</p> <p>a) Biblioteca</p>

				ACCESO A INTERNET	b) Internet c) Cursos y seminarios d) Otros: _____	
				ACCESO A CURSOS, SEMINARIOS, ETC.		
		PARTICIPACION EN RECREO Y OCIO		CLASES DE ZUMBA, PILATES, YOGA, NATACIÓN, ETC.	¿Durante su embarazo realizó alguna de las siguientes actividades? a) Tejido, pintura b) Cocina, repostería c) Zumba, Pilates o Yoga d) Natación	
				HABILIDADES NUEVAS: TEJIDO, COCINA, PINTURA, ETC.		
					¿Con que periodicidad realizó dichas actividades? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana	
				TIEMPO LIBRE EXCLUSIVO PARA DESCANSO	¿Cuánto tiempo le dedicaba diariamente a su descanso? a) más de 8 horas b) 6 a 7 h oras c) 4 a 5 horas d) meno de 4 horas	
				TIEMPO USADO PARA VER TELEVISIÓN	¿Cuánto tiempo le dedicaba diariamente a ver la televisión? a) menos de 1 hora b) 2 a 3 horas c) 4 a 5 horas d) más de 5 horas	
	EXCLUSIÓN SOCIAL	RECHAZO POR SU DE CONDICIÓN EMBARAZO		TRABAJO	¿Durante su embarazo en algún lugar se sintió excluida o rechazada por su estado?, ¿Qué tipo de lugar fue? a) Trabajo o alguna Institución de Salud b) Calle o en su comunidad c) Hogar d) Otro: _____	
						INSTITUCIONES DE SALUD: HOSPITAL, ETC.
						TRASPORTE
						CALLE DEL VECINDARIO
						HOGAR
			MADRES SOLTERAS	¿Durante su embarazo usted o algún miembro de su familia recibió		

					apoyo de algún programa social?, ¿Cuál?
				ADULTOS MAYORES	a) Madres solteras
				OTRO	b) Adultos mayores
					c) Desempleo
					d) Otro: _____

Elaboración propia, 2018, tomando como referencia estudios Gómez, O., Sesma, S. Becerril, V. et al. 2011, Moiso, A. 2007.

Tabla 73. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Mesosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD		VARIABLE	FACETAS INCORPORADAS DE LA VARIABLE	INDICADOR
MESOSISTEMA	DETERMINANTES FAMILIARES	ESCOLARIDAD	NIVEL EDUCATIVO	¿Cuál es su último grado escolar?
			PRIMARIA, SECUNDARIA, PREPARATORIA, LICENCIATURA, ETC.	
			OTRA PREPARACION EDUCATIVA	
			OFICIO	
			IDIOMAS	¿Tiene alguna preparación adicional?
	CONDICIONES DE EMPLEO/ TRABAJO	ACTIVIDAD LABORAL	COMPUTACIÓN	
			PROFESIONAL, EMPLEADO, INFORMAL, DESEMPLEADO, ACTIVIDADES DOMÉSTICAS.	¿Cuál es la actividad laboral a la que se dedica? a) Profesional b) Empleado c) Empleado informal d) Desempleado e) Hogar
			PRESTACIONES LABORALES¹⁶	¿Qué prestaciones le brinda su empleo? a) Mayores a la ley b) De acuerdo a la ley c) Menores a la ley d) Sin prestaciones
			HORARIO DE TRABAJO	¿Cuántas horas trabaja? a) menos de 8 horas b) 8 horas c) más de 8 horas d) Sin hora de salida

¹⁶.- En caso de trabajar de lo contrario aplicará la opción no aplica.

				CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL, PERSONAL Y FAMILIAR	¿Cuenta con permisos por parte de su trabajo para asistir a eventos escolares de sus hijos? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
				RIESGOS LABORALES	¿Considera que las condiciones laborales ponen en riesgo su vida? a) Nunca b) Algunas veces c) Casi siempre d) Siempre
			INGRESO	NIVEL DE INGRESOS PERSONAL	¿A cuánto asciende el ingreso mensual del principal proveedor económico del hogar? a) Más de 20,000 pesos b) Entre 10,000 y 20,000 pesos c) Entre 5,000 y 10,000 pesos d) Menos de 5,000 pesos
				OTRAS FUENTES DE INGRESO	¿Cuenta con otras fuentes de ingreso cómo: a) Otros miembros de la familia que laboran b) Renta familiar c) Negocio familiar d) Otro: _____
				NIVEL DE INGRESO FAMILIAR	¿A cuánto asciende el ingreso mensual familiar? a) Más de 20,000 pesos b) Entre 10,000 y 20,000 pesos c) Entre 5,000 y 10,000 pesos d) Menos de 5,000 pesos
				DESEMPLEO	TIEMPO DE ESTAR DESEMPLEADA
			INTENTOS DE EMPLEARSE		¿Cuántos intentos realizó para emplearse? a) uno b) dos c) tres d) más de cuatro veces
			COMO BUSCA TRABAJO		¿Qué vías utilizó para buscar empleo? a) Periódico b) Internet c) Recomendación de un conocido d) Otro: _____

	GRADIENTE SOCIAL	USO DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LA FAMILIA	CUÁNTO OCUPA PARA ALIMENTACIÓN	Del total ingreso familiar cuanto calcula gaste en los siguientes rubros: a) Alimentación _____ b) Salud _____ c) Transporte _____ d) Deudas _____ e) Ahorro _____ f) Otro _____
			CUÁNTO OCUPA PARA SALUD	
			CUÁNTO OCUPA PARA TRANSPORTE	
			CUÁNTO OCUPA PARA DEUDAS	
			CUÁNTO OCUPA PARA AHORRO	
			CUÁNTO OCUPA PARA OTROS	
	CONDICIONES DE LA VIVIENDA	TIPO DE VIVIENDA	VIVIENDA PROPIA, FAMILIA, RENTA	La casa en la que vive es: a) Propia b) Rentada c) Prestada d) de los suegros
			INFRAESTRUCTURA DE LA VIVIENDA	¿Tipo de material con el que está construida su vivienda? a) Concreto y ladrillo b) Madera c) Lámina d) Otro: _____
			SERVICIOS DE LA VIVIENDA	¿Con qué servicios cuenta su vivienda? a) Agua y Luz b) Drenaje c) Televisión de paga d) Teléfono e Internet
		HACINAMIENTO	NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN LA VIVIENDA	¿Cuántas personas habitan su vivienda? a) De 2 a 4 b) De 5 a 6 c) De 7 a 8 d) Más de 10
			NÚMERO DE HABITACIONES CON LAS QUE CUENTA LA VIVIENDA	¿Con cuántas habitaciones cuenta su vivienda? a) más de 7 b) de 5 a 6 c) de 3 a 4 d) de 1 a 2
			PRESENCIA DE ANIMALES DOMESTICOS: PERRO, GATO, AVES DE	¿Qué animales domésticos tuvo en su casa, durante su embarazo? a) Ninguno

				CORRA, VACAS, CERDOS	b) Perros y/o gatos c) Aves de corral d) Vacas y/o cerdos
				CONDICIONES DE HIGIENE Y ORGANIZACIÓN	¿Durante su embarazo cada cuando limpiaba su casa? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana
			SERVICIOS PÚBLICOS	ALUMBRADO PÚBLICO	¿Con qué servicios cuenta su calle? a) Alumbrado público b) Drenaje c) Pavimentación y banquetas d) Recolección de basura
		DRENAJE			
		PAVIMENTACIÓN, BANQUETAS			
		TRANSPORTE			
		RECOLECCION DE BASURA			
		AMBITO FAMILIAR	DINÁMICA RELACIÓN DE PAREJA	COMUNICACIÓN¹⁷	¿Cuándo existe un problema lo platica con su pareja? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca ¿Cómo califica la comunicación con su pareja? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala
				APOYO Y PARTICIPACIÓN DE LA PAREJA	¿Su pareja participa en los quehaceres del hogar? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
				RESPECTO	¿Considera que su pareja respeta su persona, sus opiniones, sus cosas, su tiempo, etc.? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
				AFECTO (CARIÑO Y ATENCIÓN)	¿Su pareja está pendiente de lo que ocurre con tu salud?

¹⁷ . - En caso de tener pareja, de lo contrario la opción será no aplica

				<p>a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p> <p>¿Festejan aniversarios o fechas especiales? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
		DINÁMICA RELACIÓN FAMILIAR	TIPO DE FAMILIA	Familiograma
			COMUNICACIÓN	<p>¿Cómo califica la comunicación familiar? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala</p>
			PARTICIPACIÓN	<p>¿Los miembros de su familia participan en los quehaceres del hogar? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
			RESPECTO	<p>¿Considera que su familia respeta su persona, sus opiniones, sus cosas, su tiempo, etc.? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
			APOYO Y AFECTO (CARIÑO Y ATENCIÓN)	<p>¿Su familia estuvo al pendiente durante su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca</p>
		RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS	CONFLICTOS CON LA PAREJA	<p>¿Cómo se resuelven los problemas con su pareja? a) Se habla de los problemas b) Acepta las decisiones de su pareja c) Se discute sin llegar a acuerdos d) No se habla de ellos</p>
			CONFLICTOS CON LA FAMILIA	<p>¿Cómo se resuelven los problemas con su familia? a) Se habla de los problemas b) Acepta las decisiones de los otros</p>

					<p>c) Se discute sin llegar a acuerdos</p> <p>d) No se habla de ellos</p>
				CONFLICTOS CON LOS HIJOS	<p>¿De qué manera se resuelven los problemas con sus hijos?</p> <p>a) Se habla de los problemas</p> <p>b) Acepta las propuestas de los hijos</p> <p>c) Se discute sin llegar a acuerdos</p> <p>d) No se habla de ellos</p>
				CONFLICTOS CON LA COMUNIDAD	<p>¿Cuándo ha tenido un problema con sus vecinos, éstos cómo se han resuelto?</p> <p>a) Se habla de los problemas</p> <p>b) Acepta las propuestas del vecino</p> <p>c) Se discute sin llegar a acuerdos</p> <p>d) No se habla de ellos</p>
		REDES SOCIALES	RECIBIR AYUDA	PERSONAS QUE LA HAN APOYADO EN EL PASADO	<p>¿Quiénes son las principales personas que le han apoyado a lo largo de su embarazo?</p> <p>a) Esposo / Concubino</p> <p>b) Mamá / Papá</p> <p>c) Hermanos/ Hermanas</p> <p>d) Amigos/ Vecinos</p> <p>e) Otro: _____</p> <p>¿Qué tipo de apoyo recibiste?</p> <p>a) Económico</p> <p>b) Acompañamiento</p> <p>c) Cuidado</p> <p>d) Otro: _____</p>
				PERSONAS QUE LA APOYAN ACTUALMENTE	<p>¿En la actualidad quién la apoya y ayuda?</p> <p>a) Esposo / Concubino</p> <p>b) Mamá / Papá</p> <p>c) Hermanos/ Hermanas</p> <p>d) Amigos/ Vecinos</p> <p>e) Otro: _____</p>
				PERSONAS QUE LA PODRÍAN APOYAR	<p>¿Quién podría ayudarla ante un grave problema?</p> <p>a) Esposo / Concubino</p> <p>b) Mamá / Papá</p> <p>c) Hermanos/ Hermanas</p> <p>d) Amigos/ Vecinos</p> <p>e) Otro: _____</p>

Elaboración propia, 2018, tomando como referencia los estudios de Moiso, A. 2007 y Gallego, A., 2011

Tabla 74. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Microsistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD			VARIABLE	FACETAS INCORPORADAS DE LA VARIABLE	INDICADOR	
MICROSISTEMA	DETERMINANTES INDIVIDUALES	ESTILOS DE VIDA HABITOS DE VIDA, CONDUCTAS SALUDABLES O DE RIESGO	ANTES DEL EMBARAZO	DIETA INADECUADA	Antes de su embarazo realizó conductas de riesgo como: a) Dieta inadecuada b) Sedentarismo c) Tabaquismo d) Alcoholismo e) Uso de alguna droga f) Comportamientos sexuales de riesgo	
				SEDENTARISMO		
				TABAQUISMO		
				ALCOHOLISMO		
				USO DE DROGAS		
				COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO		
				DOLOR Y MALESTARES		Antes de su embarazo su salud presento: a) Dolores y malestares b) Problemas del sueño y falta de descanso c) Sobrepeso d) Padecimiento de alguna enfermedad: _____
				INSOMNIO O FALTA DE DESCANSO		
			SOBREPESO			
			PADECIMIENTO DE ALGUNA ENFERMEDAD			
CUIDADO PRENATAL	CONTROL MEDICO	¿Cuántos controles prenatales se realizó durante su embarazo? a) Uno mensual b) De cuatro a seis c) De uno a tres d) Ninguno				
	NUTRICIÓN, CUIDADO ALIMENTICIO (DIETA SALUDABLE)	¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió frutas y verduras? a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía ¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió productos de origen animal (aves, pescados, carnes rojas y blancas, leche y derivados, embutidos, quesos y yogurt)? a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana				

				<p>e) No consumía</p> <p>¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió leguminosas, frijol, haba, papas, lentejas, alubias, chícharos y garbanzo?</p> <p>a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía</p> <p>¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió alimentos como papás, galletas, pan o dulces, refrescos?</p> <p>a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía</p>
			<p>PRACTICAS CULTURALES DURANTE EL EMBARAZO</p>	<p>EJERCICIO</p> <p>¿Durante su embarazo, con que periodicidad realizó ejercicio?</p> <p>a) Nunca b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Diario</p>
				<p>MEDICACIÓN CONTROLADA</p> <p>¿Durante su embarazo, con que periodicidad se tomaba sus medicamentos indicados por su médico?</p> <p>a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
				<p>HIGIENE PERSONAL</p> <p>¿Durante su embarazo, con que periodicidad se bañaba?</p> <p>a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana</p> <p>¿Durante su embarazo, son que periodicidad se cambia su ropa interior?</p> <p>a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana</p>

			USOS Y COSTRUMBRES (PRACTICAS DE LA ABUELA)	Durante su embarazo busco otro tipo de atención como: a) Ingesta de hierbas medicinales (té) b) Masajista c) Acudí con una partera d) Una manda e) Acudí con algún curandero f) Otro: _____
			CREENCIAS MAGICAS (MITOS Y TABÚES)	¿A qué le atribuye que haya cursado por emergencia obstétrica? a) Un enojo b) Un castigo divino c) Un mal de ojo d)Otro: _____
		CONDUCTAS DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO	EXCESIVA ACTIVIDAD DOMESTICA	Durante su embarazo realizó alguna conducta de riesgo como: a) Excesiva actividad domestica (quehaceres) b) Excesiva actividad laboral (horas extras) c) Excesiva actividad física d) Omisión de algún alimento (desayuno, comida o cena) e) Automedicación f) Otro:
			EXCESIVA ACTIVIDAD LABORAL	
			EXCESIVA ACTIVIDAD FISICA	
			OMISION DE ALGUN ALIMENTO (DESAYUNO, COMIDA, CENA)	
			AUTOMEDICACIÓN	
		CONTROL DE EMOCIONES DURANTE EL EMBARAZO	SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, MELANCOLIA, DEPRESIÓN	¿Durante su embarazo, con que periodicidad generaba sentimientos de tristeza o depresión? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SENTIMIENTOS DE MIEDO, PREOCUPACIÓN, ANGUSTIA, ANSIEDAD	¿Durante su embarazo, con que periodicidad generaba sentimientos de miedo o ansiedad? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SENTIMIENTOS DE ENOJO, FRUSTRACIÓN, RABIA	¿Durante su embarazo, con que periodicidad generaba sentimientos de enojo o frustración? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SENTIMIENTOS HACIA SU PERSONA	¿Durante su embarazo, con que periodicidad generaba sentimientos

				(IMAGEN CORPORAL Y APARIENCIA)	negativos hacia su imagen corporal? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
				SENTIMIENTO HACIA SU EMBARZO	¿Durante su embarazo, con que periodicidad generaba sentimientos negativos hacia su embarazo? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SITUACIONES QUE LE GENERARON ESTRÉS DURANTE EL EMBARZO	SITUACIONES ECONÓMICAS	¿Durante su embarazo que situaciones le generaban estrés? a) Situaciones económicas b) Problemas familiares y/o pareja c) Quehaceres domésticos d) Salud e) Laborales f) Otros: _____
				PROBLEMAS FAMILIARES	
				PROBLEMAS CON LA RELACIÓN DE PAREJA	
				ACTIVIDADES DIARIAS, COMO QUEHACERES DOMESTICOS	
				SALUD	
				LABORALES	
			OTROS		
			ADICCIONES DURANTE EL EMBARZO	AUTOMEDICACIÓN	Durante su embarazo: a) Tomo medicamentos no indicados por su medico b) Fumaba c) Consumía alcohol d) Consumió marihuana o alguna droga
				TABAQUISMO	
				ALCOHOLISMO	
				USO DE DROGAS	

Elaboración propia, 2018, tomando como referencia estudios de Freyermuth, Villalobos, Arguello, de la Torre (2006) y Jiménez (2012),

Tabla 75. Operacionalización de las variables correspondientes al empoderamiento de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD		VARIABLE	FACETAS INCORPORADAS DE LA VARIABLE	INDICADOR
EMPODERAMIENTO DE LA MUJER	CONTROL DEL PROPIO CUERPO Y VIDA	SALUD REPRODUCTIVA	USO DE ANTICONCEPTIVOS (CONTROL NATAL)	¿Usted ha utilizado regularmente alguno de los siguientes métodos de control natal? a) Condón b) Pastillas c) Óvulos d) Otro: _____ ¿Alguien le recomendó el uso de algún método anticonceptivo? a) Pareja b) Familiares c) Amigos d) Personal sanitario
			ATENCIÓN GINECOLOGICA	¿Usted asiste periódicamente a atenderse y realizarse los siguientes estudios? a) Atención ginecológica b) Mastografía c) Papanicolaou d) Otro: _____
			USO DE CONDÓN (PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES VENEREAS)	¿Usted y su pareja han convenido utilizar condón, para prevenir embarazos o enfermedades? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			ACOSO	De las siguientes problemáticas, usted ha pasado por alguna de ellas: a) Acoso b) Enfermedad venérea c) Aborto d) Abuso sexual, violación
			ENFERMEDAD VENEREA	
			ABORTOS	
		ABUSO SEXUAL, VIOLACIÓN		
		TOMA DE DECISIONES	SOBRE SU CUERPO	¿Usted decide aspectos como pintarse el pelo, hacer ejercicio, usar la ropa que quiere, etc. sin pedir autorización? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente

				d) Nunca
			SOBRE SU SALUD	¿Usted acude al médico cuando se siente mal sin depender de lo que le diga su pareja o familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SOBRE SU VIDA	¿Usted toma decisiones en diversos aspectos de su vida sin pedir autorización a su pareja o familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SOBRE SUS CREENCIAS	¿Usted decide sobre sus creencias religiosas sin pedir autorización a su pareja o familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
			SOBRE LAS DECISIONES FAMILIARES	¿Las decisiones que usted toma sobre diversas situaciones que ocurren en su familia son respetadas y tomadas en cuenta por los integrantes de su familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
	CONTROL DE LOS RECURSOS FINANCIEROS	CONTROL DEL DINERO	PARTICIPACIÓN ECONÓMICA EN EL HOGAR	¿Cuál es su participación en la economía de la familia? a) hasta un 25% b) hasta un 50% c) hasta un 75% d) 100%
MANEJO LOS RECURSOS ECONOMICOS DEL HOGAR			¿Usted tiene decisión sobre el uso de los recursos económicos de la familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	
PATRIMONIO DE LA FAMILIA: BIENES			¿Usted tiene acceso al patrimonio de la familia?	

			RAICES, AUTOMOVIL, AHORRO	a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	
			DIVERSION Y ESPARCIMIENTO (CINE, VACACIONES)	¿Usted tiene decisión sobre las diversiones y esparcimientos de la familia? a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	
	VIOLENCIA Y MALTRATO DURANTE EL EMBARAZO	VIOLENCIA DE PAREJA		FRECUENCIA DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA	¿Durante su embarazo qué tan frecuente fueron las discusiones con su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente
				MALTRATOS EMOCIONALES (MALAS PALABRAS, GRITOS, INSULTOS, ETC)	¿Durante su embarazo qué tan frecuente recibió críticas, por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente ¿Durante su embarazo qué tan frecuente recibió descalificaciones por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente ¿Durante su embarazo qué tan frecuente recibió malas palabras por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente
			MALTRATOS FÍSICOS (DESTRUCCIÓN DE PERTENENCIAS PERSONALES, EMPUJONES, GOLPES)	¿Durante su embarazo con qué frecuencia su pareja destrozó algunos objetos personales? a) Diario b) Continuamente c) A veces	

				<p>d) Esporádicamente</p> <p>¿Durante su embarazo conque frecuencia recibió empujones por parte de su pareja?</p> <p>a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p> <p>Durante su embarazo conque frecuencia recibió golpes por parte de su pareja?</p> <p>a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p>
			VIOLENCIA ECONÓMICA (USO DEL DINERO, RESTRICCIÓN DEL DINERO)	<p>¿Durante su embarazo su pareja le restringió y le condicionó el dinero?</p> <p>a) Siempre b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p>
			PRACTICAS SEXUALES NO CONSENSUADAS (FORZADAS Y OBLIGADAS)	<p>¿Durante su embarazo su pareja la obligaba y la chantajeaba para tener relaciones sexuales (intimidación)?</p> <p>a) Siempre b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p> <p>Durante su embarazo, en alguna ocasión al tener intimidad con su pareja se llegó a sentir de la siguiente forma:</p> <p>a) Prácticas sexuales condicionadas o limitadas b) Posiciones sexuales ofensivas c) Sentimientos negativos de displacer d) Sentimientos de ser usada e) Otro: _____</p>
			RELACIONES DE PODER DENTRO DEL HOGAR	<p>¿Quién toma las decisiones al interior del hogar?</p> <p>a) Usted b) Madre c) Pareja d) Padre</p>
			APOYO FAMILIAR	<p>¿Durante su embarazo con qué frecuencia recibió apoyo por parte de su familia?</p> <p>a) Diario b) Continuamente</p>

				<p>c) Esporádicamente d) Nunca</p> <p>¿Durante su embarazo quién participaba en los quehaceres del hogar? a) Personal de servicio b) Todos los miembros de la familia) Algunos miembros de la familia d) Nadie</p>
			RECONOCIMIENTO FAMILIAR	<p>¿Durante su embarazo conque frecuencia recibió reconocimiento por parte de la familiar? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca</p>
			HORAS DEDICADAS AL TRABAJO DOMESTICO (DISTRIBUCIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO DOMÉSTICO)	<p>¿Durante su embarazo cuántas horas dedicaba al trabajo doméstico? a) menos de 3 horas b) de 4 a 5 horas c) de 6 a 7 horas d) más de 8 horas</p>
			MALTRATOS EMOCIONALES POR PARTE DE LA FAMILIA MADRE, PADRE, HERMANOS,(MALAS PALABRAS, GRITOS, INSULTOS, ETC)	<p>¿Durante su embarazo conque frecuencia recibió críticas hacia su persona, por algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p> <p>¿Durante su embarazo conque frecuencia uso de malas palabras dirigidas hacia su persona, por algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p> <p>¿Durante su embarazo conque frecuencia recibió malas palabras dirigidas hacia su persona, por algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p>
			MALTRATOS FÍSICOS POR PARTE DE LA FAMILIA, MADRE, PADRE, HNOS, (DESTRUCCIÓN DE PERTENENCIAS	<p>¿Durante su embarazo conque frecuencia algún miembro de su familia destrozó sus objetos personales? a) Diario</p>

			PERSONALES, EMPUJONES, GOLPES)	<p>b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p> <p>¿Durante su embarazo con que frecuencia recibió empujones, por parte de algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca</p> <p>¿Durante su embarazo con qué frecuencia recibió golpes por parte de algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca</p>
			MARGINACION Y/O EXPLOTACIÓN	<p>¿Durante su embarazo, se llegó a sentir que era explotada de alguna forma? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca</p>
		VIOLENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA	DESCONFIANZA HACIA EL PERSONAL MÉDICO	<p>¿Durante su embarazo, confió en la opinión de su médico? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
			NEGLIGENCIA DEL PERSONAL MÉDICO	<p>¿Durante su embarazo, su médico le explico a detalle los cuidados que debería seguir? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca</p> <p>¿En algún momento que acudió al servicio de salud no la atendieron por falta de personal o por cualquier otra situación? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente</p>

			MALTRATO DEL PERSONAL MÉDICO	¿Durante su embarazo, el personal médico le dijeron algo que la hicieron sentir mal? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca
			MALTRATO DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO	¿Durante su embarazo, el personal administrativo del centro de salud o del hospital donde atendió su parto le llegaron a hacer comentarios que la ofendieron o la hicieron hacer sentir mal? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente ¿Durante su embarazo, el personal administrativo del centro de salud o del hospital donde atendió su parto, la llegaron a maltratar de alguna forma? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca
		VIOLENCIA COMUNITARIA	MALTRATO POR VECINOS O CONOCIDOS	¿Durante su embarazo, recibió algún maltrato por algún vecino o conocido? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente
			MALTRATO EN TRASPORTE PÚBLICO	¿Durante su embarazo, recibió algún maltrato en el transporte público? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente
			MALTRATO POR DESCONOCIDOS	¿En algún momento de su embarazo personas desconocidas la maltrataron o le faltaron al respeto? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente

Elaboración propia, 2018, tomando como referencia estudios de González, J. et al. 2012. Moiso, A. 2007.

ANEXO 2 FORMATO DE LA ENCUESTA APLICADA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL



Objetivo de la investigación: Analizar los determinantes sociales de la salud que estuvieron implícitos en las mujeres que fueron atendidas por emergencia obstétrica durante el 2017, en el Hospital Materno Infantil Guadalupe Victoria de Atizapán de Zaragoza

Folio: _____ Fecha de Aplicación: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

EDAD:	ESCOLARIDAD:
FECHA DE NACIMIENTO:	OCUPACIÓN:
LUGAR DE NACIMIENTO:	RELIGIÓN:
ESTADO CIVIL:	TELÉFONO:
NÚMERO DE EMBARAZOS:	DIAGNÓSTICO:
NÚMERO DE HIJOS:	
Vivos:	
Fallecidos:	
Domicilio:	

FAMILIOGRAMA:

Estoy realizando una investigación para el Programa de Maestría en Trabajo Social de la Escuela Nacional de Trabajo Social de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se le solicita que responda a las siguientes preguntas. Tomará sólo unos minutos de su tiempo.

Es una encuesta confidencial, de las siguientes opciones que le brindaré elija la que más se ajusta con lo que vivió durante su embarazo.

EXOSISTEMA	
Cobertura de los servicios	
1. ¿Con qué recursos sanitarios cuenta su comunidad? a) Centro de salud b) Hospital público c) Servicios médicos particulares d) Todos e) Otros: _____ d) Ninguno	2. ¿De los siguientes servicios de salud a cuáles acudió con mayor frecuencia para su control prenatal? a) Centro de salud b) Hospital c) Servicios médicos particulares d) Servicios de Seguridad social (IMSS, ISSSTE o ISSEMYM) e) Otros: _____ f) No llevó control prenatal
Accesibilidad geográfica	
3. ¿Qué tan lejos se encuentra el centro de salud de su domicilio? a) Menos de 30 min b) Más de 30 min c) Más de una hora d) Mas de dos horas e) No aplica	4. ¿En qué transporte se desplazó con mayor frecuencia para acudir a su centro de salud o clínica durante su embarazo? a) Automóvil b) Pesero o combi c) Autobús d) Otro: _____ No aplica
Calidad de los servicios institucionales	
5. ¿Cómo considera que es el desplazamiento de su domicilio a su centro de salud? a) Fácil b) Aceptable c) Complicado d) Muy Complicado e) Otro: _____ f) No aplica	6. ¿Cómo calificaría las condiciones físicas de su centro de salud? a) Muy buenas b) Buenas c) Regulares d) Malas e) Otro: _____ f) No aplica
7. ¿Cómo calificaría las condiciones de higiene de su centro de salud o clínica donde se atendió? a) Muy buenas b) Buenas c) Regulares d) Malas e) Otro: _____ d) No aplica	8. Seleccione los recursos con los que cuenta el centro de salud o clínica donde llevo su control prenatal a) Atención las 24 horas b) Atención médica siempre que acudió c) Medicamento suficiente d) Pruebas de Laboratorio e) Todas las anteriores f) Ninguno de los anteriores g) No aplica
9. ¿Cuánto tiempo esperaba para recibir su consulta en el centro de salud? a) No más de 30 minutos b) Hasta 1 hora c) Hasta 2 horas d) Hasta 3 horas e) Otro: _____ f) No aplica_____	10. ¿En sus citas, su médico le informó de los síntomas de riesgo durante el embarazo?, a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____ f) No aplica
11. ¿Su médico le indicó a dónde acudir si tuviera una complicación durante su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____ f) No aplica	12. ¿En su centro de salud o clínica de atención le brindaron los medicamentos recetados por su médico para el cuidado de su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____ f) No aplica

	Entorno de la comunidad
13. ¿Cómo califica los servicios que recibió del centro de salud? a) Muy bueno b) Bueno c) Regular d) Malo e) Otro: _____ f) No aplica	14. Seleccione los recursos con los que cuenta su comunidad: a) Fábricas o Empresas b) Espacios para realizar actividades recreativas c) Tiendas, mercados y supermercados d) Escuelas secundarias y bachillerato e) Todas las anteriores f) Ninguna de las anteriores
	Seguridad y protección
15. Seleccione el transporte o transportes con los que cuenta su comunidad: a) Autobús b) Microbuses o peseras c) Taxi d) Todos _____ e) otro.	16. ¿Usted y su familia pueden pasear por su comunidad a cualquier hora del día sin riesgo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca
17. ¿Usted se siente segura dentro de su comunidad? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____	18. ¿Cómo califica la seguridad dentro de su comunidad? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala e) Otro: _____
19. ¿Las patrullas de protección ciudadana realizan recorridos en su comunidad? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____	20. ¿Cómo califica el nivel de delincuencia en su comunidad? a) Bajo b) Medio c) Alto d) Extremo e) Otro: _____
21. ¿Alguno de sus familiares o conocidos han sido víctimas de la delincuencia en su comunidad, durante el último año? a) Ninguno b) 1 a 2 c) 3 a 4 d) Más de 5 e) Otro: _____	22. Seleccione los problemas de inseguridad que identifica en su comunidad: a) Lugares de venta de alcohol b) Grupos delictivos o Bandas c) Lugares donde se ejerce la prostitución d) Consumo y venta de drogas e) Otro: _____
Ambiente Físico	Participación social
23. Seleccione los problemas ambientales que hay en su comunidad: a) Exceso de ruido b) Deficiente recolección de basura c) Exceso de tráfico d) Exposición y contaminación con sustancias químicas e) Todas las anteriores f) Otro: _____	24. Participa en alguna actividad social a) Vecinal b) Religiosas c) Comunitarias d) Políticas e) Otro: f) No participa _____
	Acceso a información
25. ¿Qué tan seguido se reunía con sus amigas durante su embarazo? a) Una vez a la semana b) Una vez al mes c) Una vez cada seis meses d) Nunca e) Otro: _____	26. A qué medios de información tiene acceso en su comunidad a) Biblioteca b) Internet c) Grupos de ayuda d) Otros: _____
Participación en recreo y ocio	
27. ¿Durante su embarazo realizó alguna de las siguientes actividades recreativas? a) Tejido o pintura b) Cocina, repostería c) Zumba, Pilates o Yoga d) Natación e) Otro: _____ f) Ninguno (Pasar a 29)	28. ¿Con qué periodicidad realizó dichas actividades? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) Otro: _____

29. ¿Cuánto tiempo destinaba a su descanso durante su embarazo? a) más de 8 horas b) 6 a 7 horas c) 4 a 5 horas d) menos de 4 horas e) No descansaba	30. ¿Cuánto tiempo destinaba diariamente a ver la televisión, durante su embarazo? a) menos de 1 hora b) 2 a 3 horas c) 4 a 5 horas d) más de 5 horas e) Otro: _____	
Rechazo por su condición		
31. ¿Durante su embarazo en algún lugar se sintió excluida o rechazada por su estado? a) Sí b) No	Beneficiarias de apoyo social	
32. ¿Qué tipo de lugar fue? a) Trabajo o alguna Institución de Salud b) Calle o en su comunidad c) Hogar d) Otro: _____	33. ¿Durante su embarazo usted o algún miembro de su familia recibió apoyo de algún programa social? a) Sí b) No	34. ¿De qué programa fue? a) Madres solteras b) Adultos mayores c) Desempleo d) Otro: _____
MESOSISTEMA		
Nivel educativo		
35. ¿Cuál es su último grado de estudios? a) Primaria b) Secundaria c) Medio superior- Carrera técnica d) Superior- Posgrado e) Ninguna de las anteriores f) Sabe leer y escribir	36. ¿Tiene alguna preparación adicional, (cursos-oficios)? a) Sí b) No	
Actividad laboral		
37. De las siguientes opciones, ¿A cuál se dedicaba durante su embarazo? a) Profesional b) Empleado c) Empleado informal d) No trabaja e) Desempleado f) Al hogar g) No aplica: _____	38. ¿En caso de haber tenido empleo, durante su embarazo qué prestaciones tenía? a) Mayores a la ley b) De acuerdo a la ley c) Menores a la ley d) Sin prestaciones e) Otro: _____ f) No aplica: _____	
39. ¿Cuántas horas trabajaba diariamente, durante su embarazo? a) Menos de 8 horas b) 8 horas c) más de 8 horas d) Sin hora de salida e) Otro: _____ f) No aplica: _____	40. ¿Contaba con permisos en su trabajo para asistir a citas médicas, eventos escolares o a asuntos personales? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca f) No aplica: _____	
41. ¿Considera que las condiciones laborales, en las que trabajaba ponían en riesgo su vida? a) Nunca b) Algunas veces c) Casi siempre d) Siempre f) No aplica: _____	Ingreso 42. ¿Quién es el principal proveedor del gasto familiar? a) Concubino b) Papá c) Mamá d) Hermano e) Entrevistada f) Otro: _____	
44. ¿Cuenta con otras fuentes de ingreso cómo: a) Otros miembros de la familia que laboran	43. ¿A cuánto asciende el ingreso mensual del principal proveedor económico del hogar? a) Más de 20,000 pesos b) Entre 10,000 y 20,000 pesos c) Entre 5,000 y 10,000 pesos d) Menos de 5,000 pesos	
	45. ¿A cuánto asciende el ingreso mensual familiar? a) Más de 20,000 pesos	

b) Renta de una vivienda c) Negocio familiar d) No tengo otros ingresos d) Otro: _____	b) Entre 10,000 y 20,000 pesos c) Entre 5,000 y 10,000 pesos d) Menos de 5,000 pesos
Desempleo 46. ¿Durante su embarazo, la llegaron a quitar su empleo? a) Sí b) No 47. ¿En el último año cuantas veces ha estado desempleada? a) Ninguna vez b) una vez c) dos veces d) más de tres veces e) Otro: _____ f) No aplica	48. ¿Cuántos intentos realizó para emplearse? a) uno b) dos c) tres d) más de cuatro veces e) otro: _____ 49. ¿Qué vías utilizó para buscar empleo? a) Periódico b) Internet c) Recomendación de un conocido d) Otro: _____ 50. ¿El principal proveedor económico llegó a estar desempleado durante su embarazo? a) Sí b) No
Uso de los recursos financieros de la familia 51. Del total ingreso familiar calcule cuánto gasta en los siguientes rubros semanalmente: a) Alimentación _____ b) Salud _____ c) Transporte _____ d) Deudas _____ e) Ahorro _____ f) Otro _____	Vivienda 52. La casa en la que vive es: a) Propia b) Rentada c) Prestada d) De familiares e) Otro: _____
53. ¿Tipo de material con el que está construida su vivienda? a) Concreto y ladrillo b) Madera c) Lámina d) Otro: _____	54. ¿Con qué servicios cuenta su vivienda? a) Agua y Luz b) Drenaje c) Televisión de paga d) Teléfono e Internet e) Todas las anteriores
55. ¿Cuántas personas habitan su vivienda? a) De 2 a 4 b) De 5 a 6 c) De 7 a 8 d) Más de 10	56. ¿Con cuántas habitaciones cuenta su vivienda? a) más de 7 b) de 5 a 6 c) de 3 a 4 d) de 1 a 2
57. ¿Qué animales domésticos tuvo en su casa, durante su embarazo? a) Ninguno b) Perros y/o gatos c) Aves de corral d) Vacas y/o cerdos e) Otro	58. ¿Durante su embarazo cada cuando limpiaba su casa? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana
Servicios públicos 59. ¿Con qué servicios cuenta su calle? a) Alumbrado público b) Drenaje c) Pavimentación y banquetas d) Recolección de basura e) Todas las anteriores f) Otro: _____ g) Ninguna de las anteriores	Dinámica y relación de pareja 60. ¿Cuándo existe un problema lo platica con su pareja? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca f) No aplica
61. ¿Cómo califica la comunicación con su pareja? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala e) No aplica	62. ¿Su pareja participa en los quehaceres del hogar? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No aplica
63. ¿Considera que su pareja respeta su persona, sus opiniones, sus cosas, su tiempo, etc.? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces	64. ¿Su pareja ésta al pendiente de su salud? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca

d) Nunca e) No aplica: _____	e) No aplica: _____
65. ¿Festejan aniversarios o fechas especiales? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No aplica	66. ¿Cómo califica la comunicación familiar? a) Muy buena b) Buena c) Regular d) Mala e) No aplica
67. ¿Los miembros de su familia durante su embarazo participaron en los quehaceres del hogar? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____	68. ¿Considera que su familia respeta su persona, sus opiniones, sus cosas, su tiempo, etc.? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) Otro: _____
69. ¿Su pareja estuvo pendiente de cómo transcurría su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No aplica	Resolución de conflictos 71. ¿Cómo se resuelven los problemas con su pareja? a) Se habla de los problemas b) Acepta las decisiones de su pareja c) Se negocia para llegar a acuerdos d) No se habla de ellos e) No aplica
70. ¿Su familia estuvo pendiente de cómo transcurría su embarazo? a) Siempre b) Casi siempre c) Algunas veces d) Nunca e) No aplica	
72. ¿Cómo se resuelven los problemas con su familia? a) Se habla de los problemas b) Acepta las decisiones de los otros c) Se negocia para llegar a acuerdos d) No se habla de ellos	73. ¿De qué manera se resuelven los problemas con sus hijos? a) Se habla de los problemas b) Acepta las propuestas de los hijos c) Se negocia para llegar a acuerdos d) No se habla de ellos e) No aplica: _____
74. ¿Cuándo ha tenido un problema con sus vecinos, éstos cómo se han resuelto? a) Se habla de los problemas b) Acepta las propuestas del vecino c) Se negocia para llegar a acuerdos d) No se habla de ellos e) Nunca he tenido problemas	Recibir Ayuda 75. ¿Quiénes son las principales personas que le han apoyado a lo largo de su embarazo? a) Esposo / Concubino b) Mamá / Papá c) Hermanos/ Hermanas d) Amigos/ Vecinos e) Otro: _____ 76. ¿Qué tipo de apoyo recibiste? a) Económico b) Acompañamiento c) Cuidado d) Otro: _____
77. ¿En la actualidad quién la apoya principalmente en lo que necesite, ya sea material o moral? a) Esposo / Concubino b) Mamá / Papá c) Hermanos/ Hermanas d) Amigos/ Vecinos e) Todos los anteriores f) Otro: _____	78. ¿Quién podría ayudarla ante un problema grave? a) Esposo / Concubino b) Mamá / Papá c) Hermanos/ Hermanas d) Amigos/ Vecinos e) Todos los anteriores e) Otro: _____
MICROSISTEMA	
Antes del embarazo 79. ¿De las siguientes acciones que le voy a mencionar, realizó una o algunas que pudieran poner a afectar su salud? a) Dieta inadecuada b) Sedentarismo c) Tabaquismo d) Alcoholismo	80. ¿Qué problemas de salud se presentaron durante su embarazo? a) Dolores y malestares b) Problemas del sueño y falta de descanso c) Sobrepeso d) Padecimiento de alguna enfermedad: _____

e) Uso de alguna droga f) Comportamientos sexuales de riesgo g) Ninguna	
Control Prenatal 81. ¿Cuántos controles prenatales se realizó durante su embarazo? a) Uno mensual b) De cuatro a seis o más c) De dos a tres d) Ninguno e) No aplica	82. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió frutas y verduras? a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía
83. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió productos de origen animal (aves, pescados, carnes rojas y blancas, leche y derivados, embutidos, quesos y yogurt)? a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía	84. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió leguminosas, frijol, haba, papas, lentejas, alubias, chícharos y garbanzo? a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía
85. Durante su embarazo, con que periodicidad, consumió alimentos como (papás, galletas, pan o dulces, refrescos) a) Diariamente b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana e) No consumía	86. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad realizó ejercicio? a) Nunca b) Dos veces a la semana c) Tres veces a la semana d) Diario
87. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad se tomaba sus medicamentos indicados por su médico? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	Prácticas culturales durante el embarazo 88. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad se bañaba? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana
89. ¿Durante su embarazo, con qué periodicidad se cambia su ropa interior? a) Diario b) Tres veces a la semana c) Dos veces a la semana d) Una vez a la semana	90. Durante su embarazo hizo uso de alguna de las siguientes opciones: a) Ingesta de hierbas medicinales (té) b) Masajista c) Acudió con una partera d) Una manda e) Acudió con algún curandero f) Otro: _____
91. ¿A qué le atribuye que haya cursado por una emergencia obstétrica? a) Un enojo b) Un castigo divino c) Un mal de ojo d) Otro: _____ e) Lo desconoce	Condiciones de riesgo durante el embarazo 92. Durante su embarazo realizó alguna conducta de riesgo como: a) Excesiva actividad doméstica (quehaceres) b) Excesiva actividad laboral (horas extras) c) Excesiva actividad física d) Omisión de algún alimento (desayuno, comida o cena) e) Automedicación f) Otro: _____
Control de emociones durante el embarazo 93. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad tenía sentimientos de tristeza o depresión? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	94. ¿Durante su embarazo, con que periodicidad tenías sentimientos de miedo o ansiedad? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
95. ¿Durante su embarazo, que tan frecuente eran los sentimientos de enojo o frustración? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca	96. ¿Durante su embarazo, tuvo sentimientos negativos hacia su imagen corporal? a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca
97. ¿Durante su embarazo, tuvo sentimientos, que le hicieran sentir que su embarazo no era deseado? a) Sí b) No	Situaciones que le generaron estrés durante el embarazo 99. ¿Durante su embarazo alguna de las situaciones que le voy a mencionar le generaba estrés? a) Situaciones económicas

<p>98. ¿Con qué periodicidad los tuvo?</p> <p>a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>b) Problemas familiares y/o pareja c) Quehaceres domésticos d) Salud e) Laborales f) Ninguno g) Otros: _____</p> <p>100. ¿Con qué periodicidad?</p> <p>a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
<p>101. Durante su embarazo realizó alguna de las siguientes acciones:</p> <p>a) Tomo medicamentos no indicados por su médico b) Fumaba c) Consumía alcohol d) Consumió marihuana o alguna droga</p> <p>102. Con qué periodicidad:</p> <p>a) Diario b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>103. Durante su embarazo estuvo en contacto con personas que:</p> <p>a) Fumaban b) Consumía alcohol c) Consumían marihuana d) Consumió alguna droga e) No aplica</p>
<p>Violencia de género-Salud Reproductiva</p> <p>104. Durante su vida sexual ha utilizado métodos anticonceptivos</p> <p>a) Sí b) No</p> <p>105.- ¿Por consejo de quién los utilizó?</p> <p>a) Pareja b) Familiares c) Amigos e) Por decisión personal d) Personal sanitario</p>	<p>106. ¿Usted ha utilizado regularmente alguno de los siguientes métodos de control familiar?</p> <p>a) Condón b) Pastillas c) Óvulos d) Otro: _____</p>
<p>107. ¿Durante su embarazo le realizaron estudios para detectar?</p> <p>a) VIH b) Hepatitis c) Otras enfermedades de trasmisión sexual d) Mastografía e) Otro: _____ f) No le realizaron estudios</p>	<p>108. De las siguientes problemáticas, usted ha pasado por alguna de ellas:</p> <p>a) Acoso b) Enfermedad venérea c) Aborto d) Abuso sexual, violación e) Ninguna de las anteriores</p>
<p>Toma de decisiones</p> <p>109. ¿Usted decide aspectos como pintarse el pelo, hacer ejercicio, usar la ropa que quiere? sin pedir autorización?</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>110. ¿Usted acude al médico cuando se siente mal sin depender de lo que le diga su pareja o familia?</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
<p>111. ¿Usted toma decisiones en diversos aspectos de su vida sin pedir autorización a su pareja o familia?</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>112. ¿Usted decide sobre sus creencias religiosas sin pedir autorización a su pareja o familia?</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
<p>113. ¿Las decisiones que usted toma sobre diversas situaciones que ocurren en su familia son respetadas y tomadas en cuenta por los integrantes de su familia?</p> <p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>114 ¿Cuál es su participación en la economía de la familia?</p> <p>a) hasta un 25% b) hasta un 50% c) hasta un 75% d) 100% e) No participa</p>
<p>115. ¿Usted tiene decisión sobre el uso de los recursos económicos de la familia?</p>	<p>116. ¿Usted tuvo limitaciones en el uso de los diversos bienes que tiene su, familia propiedades, automóvil, etc.?</p>

<p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>a) Siempre b) A veces c) Esporádicamente d) Nunca</p>
<p>117. ¿Durante su embarazo tuvo discusiones con su pareja? a) sí b) No c) No aplica (pasar a la 128) 118. ¿Qué tan frecuentes fueron las discusiones? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p>	<p>119. ¿Durante su embarazo qué tan frecuente recibió críticas, por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>
<p>120. ¿Durante su embarazo qué tan frecuente recibió descalificaciones por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>	<p>121. ¿Durante su embarazo recibió malas palabras por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) Nunca f) No aplica</p>
<p>122. ¿Durante su embarazo con qué frecuencia su pareja destrozó algunos objetos personales? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>	<p>123. ¿Durante su embarazo con qué frecuencia recibió empujones por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>
<p>124. ¿Durante su embarazo recibió golpes por parte de su pareja? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>	<p>125. ¿Durante su embarazo su pareja le restringió y le condicionó el dinero? a) Siempre b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>
<p>126. ¿Durante su embarazo su pareja la obligaba y la golpeaba para tener relaciones sexuales (intimidad)? a) Siempre b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>	<p>127. ¿Quién toma las decisiones al interior del hogar? a) Usted b) Pareja c) Ambos d) Otro ___ -</p>
<p>128. Durante su embarazo ¿Con qué frecuencia recibió apoyo por parte de su familiar? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca</p>	<p>129. ¿Durante su embarazo quién participaba en los quehaceres del hogar? a) Solamente yo lo hacia b) Personal de servicio c) Todos los miembros de la familia) d)Algunos miembros de la familia f)) Nadie</p>
<p>130. ¿Durante su embarazo cuántas horas dedicaba al trabajo doméstico? a) menos de 3 horas b) de 4 a 5 horas c) de 6 a 7 horas d) más de 8 horas</p>	<p>131. ¿Durante su embarazo recibió críticas hacia su persona, por algún miembro de su familia? a) Diariamente b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente</p>
<p>132. Durante su embarazo ¿algún miembro de su familia uso malas palabras dirigidas hacia su persona? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>	<p>133. ¿Durante su embarazo con qué frecuencia algún miembro de su familia destrozó sus objetos personales? a) Diario b) Continuamente c) A veces d) Esporádicamente e) No aplica</p>
<p>134. ¿Durante su embarazo con qué frecuencia recibió empujones, por parte de algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente</p>	<p>135. ¿Durante su embarazo con qué frecuencia recibió golpes por parte de algún miembro de su familia? a) Diario b) Continuamente</p>

c) Esporádicamente d) Nunca	c) Esporádicamente d) Nunca
136. ¿Durante su embarazo, llegó a sentir que era explotada física o laboralmente? a) Diario b) Continuamente c) Esporádicamente d) Nunca	Violencia en la atención médica 137. ¿Durante su embarazo, confió en la opinión de su médico? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca
138. ¿Durante su embarazo, su médico le explicó a detalle los cuidados que debería seguir? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca	139. ¿En algún momento que acudió al servicio de salud no la atendieron por falta de personal o por cualquier otra situación? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente
140. ¿Durante su embarazo, el personal médico le dijeron algo que la hicieron sentir mal? a) Siempre b) Algunas veces c) Esporádicamente d) Nunca 141. ¿Qué fue lo que le dijeron?	142. ¿Durante su embarazo, el personal administrativo del centro de salud o del hospital donde atendió su parto le llegaron a hacer comentarios que la ofendieron o la hicieron sentir mal? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente
143. ¿En algún momento de su embarazo personas desconocidas la maltrataron o le faltaron al respeto? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente	144. ¿Durante su embarazo, recibió algún maltrato por algún vecino o conocido? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente
145. ¿Durante su embarazo, recibió algún maltrato en el transporte público? a) Nunca b) Esporádicamente c) Algunas veces d) Continuamente	146.- ¿Al salir del hospital una vez que cursó por emergencia obstétrica, sabe en que consiste este tipo de padecimiento? a) Sí b) No


OBSERVACIONES Y COMENTARIOS:

Agradecemos su participación y le reiteramos la confidencialidad de los datos obtenidos, mismos que serán utilizados con fines de investigación social.


Nombre de la entrevistada: _____

Firma: _____

ANEXO 3 COSTO DE CÓDIGO MATER EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL GUADALUPE VICTORIA DE ATIZAPÁN DE ZARAGOZA



GOBIERNO DEL
ESTADO DE MÉXICO



FOLIO 5540

Cuenta Paciente 5540

UNIDAD MÉDICA		FECHA:	HORA:
HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GUADALUPE VICTORIA"			00:00
PACIENTE		NO. EXPEDIENTE:	
EDAD:	GÉNERO	OCUPACIÓN:	
	<input type="checkbox"/> MASC <input checked="" type="checkbox"/> FEM	HOGAR	
SERVICIO:		CAMA	FECHA DE INGRESO
<input checked="" type="checkbox"/> ADULTO <input type="checkbox"/> MENOR			FECHA DE EGRESO:

CLAVE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
010-10	HOSPITALIZACION	3	\$ 246.00	\$ 738.00
080-19	CESAREA	1	\$ 2,140.00	\$ 2,140.00
0	OTB	1	\$ -	\$ -
0	ANESTECIA	1	\$ -	\$ -
120-09	CATETER	1	\$ 913.00	\$ 913.00
303-22	SONDA	1	\$ 748.00	\$ 748.00
193-01	GLUCOSA	3	\$ 52.00	\$ 156.00
193-04	UREA	3	\$ 58.00	\$ 174.00
193-06	CREATININA	3	\$ 52.00	\$ 156.00
193-07	ACIDO URICO	3	\$ 58.00	\$ 174.00
193-09	PROTEINAS TOTALES	2	\$ 137.00	\$ 274.00
193-10	ALBUMINA	2	\$ 58.00	\$ 116.00
193-11	GLOBULINAS	2	\$ 81.00	\$ 162.00
196-20	RELACION A/G	2	\$ 80.00	\$ 160.00
193-08	BILIRRUBINA TOTAL	2	\$ 60.00	\$ 120.00
195-23	BILIRRUBINA IND/DIR	2	\$ 80.00	\$ 160.00
194-01	TGO	1	\$ 80.00	\$ 80.00
194-02	TGP	1	\$ 80.00	\$ 80.00
194-06	DHL	1	\$ 104.00	\$ 104.00
194-08	AMILASA	1	\$ 80.00	\$ 80.00
194-09	LIPASA	1	\$ 80.00	\$ 80.00
194-06	FOSFATA ALCALINA	1	\$ 103.00	\$ 103.00
196-12	CALCIO	3	\$ 80.00	\$ 240.00
196-11	FOSFORO	3	\$ 80.00	\$ 240.00
196-09	MAGNESIO	3	\$ 80.00	\$ 240.00
196-01	SODIO	3	\$ 58.00	\$ 174.00
196-02	POTASIO	3	\$ 58.00	\$ 174.00
196-13	COLORO	3	\$ 153.00	\$ 459.00
201-07	PALQUETAS	5	\$ 45.00	\$ 225.00
		61		\$ 8,470.00

Fuente: Departamento de Finanzas del HMIGVAZ, 2018 (parte 1)

ANEXO

TABLAS, GRÁFICAS, DIAGRAMAS Y FIGURAS

Tabla 1. Razón de mortalidad en países de primer mundo

Tabla 2. Complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio

Tabla 3. Principales causas de morbilidad

Tabla 4. Principales enfermedades que ocasionan emergencia obstétrica

Tabla 5. Principales causas de Mortalidad Materna según la ODM

Tabla 6. Principales causas de emergencia obstétrica que derivan en muerte materna

Tabla 7. Principales enfermedades que culminan en muertes maternas

Tabla 8. Instrumentos internacionales que guían el estudio de la Emergencia Obstétrica

Tabla 9. Instrumentos nacionales que guían el estudio de la emergencia obstétrica

Tabla 10. Determinantes Sociales de la Salud, que influyen en la salud

Tabla 11. Causas que impactan la salud de las mujeres embarazadas

Tabla 12. Costos económicos que tiene la emergencia obstétrica

Tabla 13. Estado del arte: Estudios realizados sobre determinantes sociales de la salud y la emergencia obstétrica

Tabla 14. Estado del arte: Estudios realizados sobre determinantes sociales de la salud y la emergencia obstétrica

Tabla 15. Criterios de inclusión y exclusión para elección de pacientes que participarán en la investigación

Tabla 18. Municipio de donde proceden las mujeres encuestadas

Tabla 19. Edad/ Diagnóstico por el que ingresaron las pacientes

Tabla 20 Religión que profesan las mujeres encuestadas

Tabla 21. Último grado de estudio/ Tipo de preparación adicional de las mujeres encuestadas

Tabla 22. Edad/ Estado civil de las mujeres encuestadas

- Tabla 23. Estado civil/ A qué se dedicó durante su embarazo
- Tabla 24. El trabajo que prestaciones otorgaba/ Cuántas horas trabajan de las mujeres encuestadas
- Tabla 25. A qué se dedicaba durante su embarazo/ Embarazo le quitaron su empleo
- Tabla 26. Durante su embarazo se sintió física o laboralmente explotada
- Tabla 27 Edad/ Número de embarazo
- Tabla 28. Número de embarazo/Número de hijos muertos
- Tabla 29. Embarazo se sintió excluida/ Lugar dónde las excluyeron
- Tabla 30. Realizó actividades recreativas/Descanso durante su embarazo
- Tabla 31. Tiempo destinado a ver televisión / Durante el embarazo realizó ejercicio
- Tabla 32. Diagnóstico/ Problemas que se presentaron en el embarazo
- Tabla 33. Edad/ Cuántos controles prenatales llevó durante su embarazo
- Tabla 34. Qué actividades adicionales al tratamiento médico realizaron las mujeres
- Tabla 35. A qué le atribuye la emergencia obstétrica
- Tabla 36. Durante su embarazo tuvo conductas de riesgo
- Tabla 37. Durante el embarazo realizó alguna de las siguientes acciones/ Periodicidad con las que realizó dicho acciones
- Tabla 38. Vida sexual utilizó métodos anticonceptivos/ Por consejo de quién los utilizó
- Tabla 39. Durante su embarazo cuánto tiempo dedicó a las actividades domésticas
- Tabla 40. Ingreso del principal proveedor económico/ Ingresos familiares agregando otras captaciones económicas
- Tabla 41. Del total del ingreso cuánto gastó en alimentación
- Tabla 42. Del total del ingreso cuánto gasto en salud
- Tabla 43. A cuánto ascendieron los ingresos familiares/ Del total del ingreso cuánto destinó al transporte
- Tabla 44. Del total del ingreso cuánto destinó al ahorro
- Tabla 45. Con qué frecuencia limpiaba su casa

- Tabla 46. Personas que habitan la vivienda/ Cuántas personas habitan la vivienda
- Tabla 47. Problemas con sus parejas los platicaba con su pareja/ Cómo califica la comunicación con su pareja
- Tabla 48. Pareja respetó sus opiniones, cosas o tiempo
- Tabla 49. Pareja estuvo al pendiente de su embarazo/ Pareja estuvo al pendiente de su salud
- Tabla 50. Embarazo discusiones con su pareja/ Frecuencia de las discusiones
- Tabla 51. Embarazo recibió críticas/ Embarazo recibió descalificaciones
- Tabla 52. Embarazo recibió malas palabras/ Embarazo recibió empujones
- Tabla 53. Durante el embarazo su pareja le condicionó el dinero
- Tabla 54. Cómo califica la comunicación familiar
- Tabla 55. Cómo resuelve los problemas con su familia
- Tabla 56. Cómo resuelve los problemas con sus hijos
- Tabla 57. Personas que las apoyaron material o moralmente/ personas que la apoyaron ante un problema grave
- Tabla 58. A qué se dedicaba durante su embarazo/ Participación en la economía del hogar
- Tabla 59. Tuvo limitaciones en el uso de los diversos bienes que tiene su familia
- Tabla 60. Durante su embarazo recibió crítica hacia su persona por parte de sus familiares
- Tabla 61. Lejanía Centro de Salud al hogar
- Tabla 62. A qué instituciones acudió para llevar a cabo su control prenatal
- Tabla 63. Municipio/ Medios de transporte que hay en su comunidad
- Tabla 64. Condiciones físicas de su Centro de Salud/Condiciones Higiénicas de su Centro de Salud
- Tabla 65. Medios de información a los que tienen acceso en la comunidad
- Tabla 66. Cómo califica la seguridad de su comunidad
- Tabla 67. Patrulla realizaron recorridos en su comunidad/ familia víctima de su comunidad
- Tabla 68. Municipio/ Cómo califica el nivel de delincuencia.

Tabla 71. Operacionalización de ¿las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Macrosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

Tabla 72. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Exosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

Tabla 73. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Mesosistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

Tabla 74. Operacionalización de las variables correspondientes a los determinantes sociales de la salud que conforman el Microsistema, de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

Tabla 75. Operacionalización de las variables correspondientes al empoderamiento de las mujeres que cursan por una Emergencia Obstétrica.

Gráfica 1. Diagnóstico por el que ingresaron las pacientes

Gráfica 2. Participación en alguna actividad social de las mujeres encuestadas

Gráfica 3. ¿Tuvo acceso a programas sociales durante su embarazo?

Gráfica 4. ¿Tuvo animales domésticos durante su embarazo?

Gráfica 5. Acciones que pudieran afectar su salud durante su embarazo

Gráfica 6. Tipo de alimentos y frecuencia con los que los consumieron las mujeres encuestadas

Gráfica 7 Periodicidad con los que tomaba medicamentos indicados por su médico durante el embarazo

Gráfica 8. Sentimientos que le generó su embarazo

Gráfica 9. Usted sintió que su embarazo era deseado

Gráfica 10. Qué situaciones le causaban estrés

Gráfica 11. Con qué tipo de personas se reunió durante el embarazo

Gráfica 12. Estudios que le realizaron durante el embarazo

Gráfica 13. Personal médico o personal administrativo le dijeron algo que le hiciera sentirse mal

Gráfica 14 Quién es el principal proveedor económico del hogar

Gráfica 15 Tenencia de la vivienda

Gráfica 16. Servicios con los que cuentan con los domicilios de los pacientes

Gráfica 17. Quién toma decisiones al interior del hogar

- Gráfica 18. Quién participó en los quehaceres del hogar durante el embarazo
- Gráfica 19. Miembros de su familia que participaron en los quehaceres del hogar durante su embarazo
- Gráfica 20. Toma de decisiones de las mujeres embarazadas
- Gráfica 21. Acciones negativas de sus familias durante su embarazo
- Gráfica 22. El principal proveedor económico estuvo desempleado durante el embarazo
- Gráfica 23. Lejanía Centro de Salud de su hogar
- Gráfica 24. Recursos sanitarios con los que cuenta su comunidad
- Gráfica 25. Transporte en el que se desplazó para acudir a las instituciones de salud durante su embarazo
- Gráfica 26. Accesibilidad de traslado al Centro de Salud de las mujeres encuestadas
- Gráfica 27. Recursos sanitarios con los que cuenta el Centro de Salud de las mujeres encuestadas
- Gráfica 28. Información brindada por el médico en su centro de salud o clínica donde llevó su control prenatal
- Gráfica 29. Confío en su médico y le dijeron a detalle los cuidados que debía seguir durante su embarazo
- Gráfica 30. Recursos con los que cuentan las comunidades de las mujeres encuestadas
- Gráfica 31. Usted y su familia pueden pasear a cualquier hora del día en su comunidad
- Gráfica 32. Usted y su familia pueden pasear a cualquier hora del día en su comunidad.
- Diagrama 1. Marco Conceptual sobre los Determinantes Sociales de la Salud
- Diagrama 2. Componentes para análisis para la investigación
- Figura 1. Ubicación del Hospital Materno Infantil "Guadalupe Victoria" de Atizapán de Zaragoza
- Figura 2: Municipios de donde provienen las mujeres encuestadas
- Figura 3. Principales problemáticas en la comunidad de las mujeres encuestadas