

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA/ UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

UNIDAD XOCHIMILCO/DACS

CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD/DIVISIÓN ACADÉMICA DE CIENCIAS
DE LA SALUD

LICENCIATURA EN MEDICINA/ LICENCIATURA EN MEDICO CIRUJANO

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD IMPLICADAS EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA EN EL HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SALTO DE AGUA, CHIAPAS.

ALUMNOS:

ALDANA CERDA LIZBETH GUADALUPE

HERMES VILLEGAS FLORES

MARIA DE JESUS BENITEZ LOPEZ


Mtro. Joe Heredia Cuevas

Asesor Interno 22642 UAM - X

ÍNDICE

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA/ UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO	1
INTRODUCCIÓN.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
OBJETIVOS	6
METODOLOGÍA	6
JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	11
DEFINICIÓN DE SALUD	11
DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD	11
IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL	14
DESCRIPCIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD IMPLICADAS EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA.....	16
PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNA.....	20
Enfermedades hipertensivas del embarazo.....	21
Hemorragia obstétrica	21
Sepsis materna e infecciones	22
Aborto	22
Parto pretérmino.....	23
Diabetes gestacional	23
Anemia.....	24
Obesidad	24
Tromboembolia venosa	24
Consumo de sustancias y salud mental	25
PLANES, PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA.....	26
NIVEL ESTATAL.....	26

NIVEL NACIONAL	27
NIVEL MUNDIAL	28
CONTEXTO	30
Descripción de la población estudiada.....	30
Descripción del Hospital Básico Comunitario Salto de Agua, Chiapas.	34
Descripción de los resultados	36
CONCLUSIÓN	87
BIBLIOGRAFÍA.....	89

INTRODUCCIÓN

Las determinantes sociales de la salud (DSS) propuestos por la OMS en 2009 se refieren a todas aquellas condiciones en las que las personas crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen; su objetivo principal es atender a las causas subyacentes de una enfermedad, lo que supone no solo abordar temas biomédicos de una visión reducida de salud y enfermedad, si no también sociales, ambientales, económicos y políticos, con el fin de promover la equidad sanitaria; ya que las deficiencias en estos campos están implicados en las múltiples desigualdades en los resultados sanitarios en distintas regiones, reflejándose como una diferencia evitable en el estado de salud de distintos grupos de personas o comunidades consideradas vulnerables. (OMS, 2021)

Es así como según Karam et al. (2019) el enfoque de las determinantes sociales de la salud ha evidenciado la gran necesidad de tomar en cuenta las condiciones de vida de las personas para comprender parte del proceso de salud y enfermedad, y con ello brindar manejos que mejoren las condiciones de salud de las poblaciones, ya que se ha demostrado en diversas ocasiones que el origen de las desigualdades en salud es principalmente social, es decir, la gran mayoría de las causas de enfermedad están englobadas dentro de las DSS. Es así como en este estudio y el realizado por Rodríguez (2020) las DSS constituyen un modelo a partir del cual el personal de salud puede comprender la situación de salud de una población, ya que, "se deben de tener en cuenta las condiciones de vivienda, educación, empleo, geografía, medio ambiente y economía en las que viven las comunidades, pues afecta de manera directa e indirecta su salud".

Por dichas causas englobadas dentro de las DSS y que en gran medida pueden ser prevenibles; muchas mujeres que cursan con un embarazo, un parto o se encuentran en el puerperio fallecen en todo el mundo, según la OMS cada día mueren alrededor de 830 mujeres por día por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio; fenómeno que se ve potenciado principalmente en países considerados en vías de desarrollo y específicamente en las regiones con mayores desigualdades sociales dentro de estos. La morbilidad materna implica un conjunto de problemas sociales, de inequidad, de falta de servicios de salud de calidad y logística, económicos, geográficos, creencias y prácticas culturales, que en conjunto determinan que las mujeres enfermen y mueran de manera desigual. De ahí la importancia de conocer y atender más allá de los factores biológicos que afectan a este grupo de población. (Miranda, 2019). Los DSS son un conjunto de procesos que potencialmente pueden generar daño o

protección para la salud tanto en individuos como en la salud colectiva, su análisis es complejo y se deberá actuar de manera multidisciplinaria para una mejor atención a los individuos y las comunidades. (Piña, 2020)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La morbilidad asociada al embarazo no solo se encuentra relacionada con factores genéticos o biológicos, también se deberían considerar las condiciones sociales, económicas y culturales que determinan la posible aparición de enfermedades o la complicación de las ya existentes en las mujeres embarazadas, especialmente si no se tratan como parte de la atención prenatal integral. Por lo que este estudio hace hincapié en describir aquellos determinantes sociales implicados en la morbimortalidad materna, dadas especialmente en entornos de bajos recursos y vulnerables, como lo es la región de estudio en Salto de Agua, Chiapas; con el fin de promover políticas públicas con programas y estrategias orientadas a resolver estos problemas, buscando con ello reducir complicaciones y enfermedades maternas prevenibles durante el embarazo.

Algunos de los determinantes Sociales (pobreza, alimentación, educación, vivienda) no dependen de los servicios de salud, requieren la intervención de instituciones gubernamentales que planteen políticas públicas a mediano y largo plazo, y que sean analizadas para el cumplimiento de ellas, de tal forma que se resuelvan los problemas de base estructurales. En cuanto a las instituciones de salud deben garantizar a los usuarios servicios que sean accesibles geográficamente sin que representen un retraso o impedimento en la atención médica, también deben ser universales y gratuitos de manera que toda la población pueda acceder a ellas. Además los centros de atención a la salud deben contar con la infraestructura y recursos adecuados; y con personal capacitado para la atención que se brinda, con el objetivo de lograr resultados en salud deseados. Deben de contar con una plantilla médica, de enfermería y personal anexo de salud que cumpla con las necesidades de la población a la que prestan servicios, así como horarios de atención de acuerdo con la demanda y niveles de servicio de cada unidad de salud (clínicas, hospitales, casas de salud, etc.). Por otro lado los establecimientos sanitarios deben de seguir los lineamientos de la ética médica así como normas de conducta y morales, el personal debe contar con conocimiento y dirigirse con propiedad en cuanto a cuestiones culturales y sociales se hable, como la raza, el género, la clase social, etnia, discapacidades u otras identidades que puedan ser víctimas de múltiples formas de discriminación, entre ellas la negación de la atención médica; de manera que los usuarios la consideren apropiada y aceptable.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Conocer cuáles son las determinantes sociales de la salud implicadas en la morbilidad materna en el Hospital Básico Comunitario Salto de Agua, Chiapas (HBC SA).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar cuál es la incidencia de morbilidad materna en el HBC SA
- Describir las determinantes sociales de la salud implicadas en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y la incidencia de muerte materna en el HBC SA
- Analizar cómo están implicadas las determinantes sociales de la salud en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y la incidencia de muerte materna en el HBC SA
- Justificar por qué es importante hacer un análisis de los factores sociales implicados en el desarrollo de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio y la incidencia de muerte materna.

PALABRAS CLAVE: Determinantes sociales de la salud, mortalidad y morbilidad perinatal, morbilidad materna extrema, embarazo, embarazo de alto riesgo, Chiapas.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal con el objetivo de conocer cuáles son las determinantes sociales de la salud implicadas en la morbilidad materna en el Hospital Básico Comunitario Salto de Agua, Chiapas; en el cual se estudió como población a las 84 mujeres que se encontraban en control del embarazo, parto y puerperio en nuestra unidad durante el periodo de Octubre 2023 a Mayo de 2024. Se descartó a aquellas mujeres que no llevaron control del embarazo, parto o puerperio en nuestra unidad y aquellas que fueron atendidas fuera del periodo Octubre 2023- Mayo 2024.

La recolección de información se realizó por medio del interrogatorio durante la consulta médica acerca de la ficha de identificación e historia clínica, por medio de un formato de recolección de datos (carnet perinatal) de la institución médica y por medio de un cuestionario elaborado a partir de la recolección de información acerca

de los determinantes sociales de la salud propuestos por la OMS en diferentes bases de datos (PubMed, ScienceDirect, Scielo, Google Académico y las diferentes bases estadísticas, documentos y comunicados de las instituciones gubernamentales de la República Mexicana y a nivel estatal del Estado de Chiapas) y que fueron agrupados en distintos rubros para su posterior análisis: Datos de identificación; relacionados con la vivienda, la comunidad y estatus socioeconómico; relacionados con la sexualidad, planificación familiar y antecedentes gineco-obstétricos; relacionados con la pareja y redes de apoyo, relacionados con el estado de nutrición y alimentación; relacionados con el acceso a la información y atención médica, relacionados con la educación y escolaridad; y relacionados con la salud mental, violencia y conductas de riesgo. El análisis de los datos se realizó por medio de programas estadísticos como Excel mediante los cuales se realizó el análisis porcentual de las variables estudiadas.

JUSTIFICACIÓN

Según las estimaciones más recientes publicadas en un informe que abarcó del año 2000 a 2020, realizado por organismos de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Grupo Banco Mundial y la División de Población el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas), titulado "Tendencias de la mortalidad materna 2000 a 2020"; en todas las regiones del mundo, el número de muertes maternas ha aumentado o ha presentado un estancamiento en su descenso (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023) . Dicho informe reportó que tan solo en 2020 se registraron alrededor de 287 000 muertes maternas a nivel mundial, con un ligero descenso comparado con la cifra del año 2016, de 309 000 muertes de mujeres en estado grávido. Entre 2000 y 2020, la razón de mortalidad materna (RMM), es decir, el número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos se redujo a escala mundial en un 34%, aproximadamente. (OMS, 2023). Sin embargo, la tendencia nacional y regional, y a pesar de la estadística global, muestra un comportamiento desigual, en el que algunos países y territorios del mundo se han estancado en el descenso de los casos o han retrocedido en dicho avance. WHO et al. (2023)

Además, en el informe se hace mención que la mortalidad materna sigue concentrándose mayoritariamente en las zonas con mayores indicadores de pobreza del mundo y en países mayormente afectados por conflictos sociopolíticos, como la África Subsahariana, la cual concentró aproximadamente el 70% de todas las muertes maternas en el año 2020, 136 veces mayor que las tasas reportadas por Australia y Nueva Zelanda, los cuales poseen la tasa de mortalidad materna más baja a nivel mundial. Prácticamente, el 95% de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos bajos en donde la RMM fue de

430 por cada 100.000 nacidos vivos, frente a 12 por cada 100.000 nacidos vivos en los países de altos ingresos, mientras que en los países de máxima alerta fue de 551 por cada 100.000 nacidos vivos. WHO et al. (2023)

En América Latina y el Caribe la reducción porcentual de la RMM fue de sólo 2,8% en el periodo de 2015-2020, cifra que indica un estancamiento en el número de casos, en contraste con el periodo comprendido entre 2000 a 2015 en donde todas las regiones del mundo tuvieron resultados positivos, específicamente América Latina y el Caribe, quienes tuvieron una reducción del 16.4% WHO et al. (2023), reportando para final de este periodo 7,300 casos de muertes maternas. Es importante señalar que la región de América Latina y el Caribe es de las más inequitativas socioeconómicamente, estas brechas continúan limitando el acceso a servicios de salud y generando exclusión social de grupos vulnerables, tales como pueblos indígenas y afrodescendientes, personas con menos años de escolaridad, personas de bajos ingresos y que viven en zonas rurales o en la periferia de grandes ciudades. Entre las causas más frecuentes de mortalidad materna en esta región está la hemorragia obstétrica (23.1%), las enfermedades hipertensivas del embarazo (22.1%), complicaciones relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo (9.9 %), la sepsis materna (8.3%) y otras causas directas (14.8 %). El número de mujeres que sufren morbilidad grave relacionada con el embarazo y el parto por estas causas varía entre 3 y 38 casos por cada muerte materna según el establecimiento de salud. Los países con mayor presencia de pueblos indígenas y afrodescendientes como Bolivia, Brasil, Guatemala, Ecuador, Haití, México, Perú y República Dominicana son los que tienen la morbilidad materna más alta en la región, ya sea medida como RMM, o como número absoluto de defunciones. (Grupo de Trabajo Regional para la reducción de mortalidad materna [GTR], 2017).

En México la mortalidad materna ha disminuido de forma paulatina desde cifras de 88.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos reportados en 1990, hasta 34.12 en 2019, con base a lo publicado por el Sistema de Información de la Secretaría de Salud y el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Notificación Inmediata en Muertes Maternas de la Dirección General de Epidemiología; el cual para el 2020 y debido a la pandemia por SARS-COV-2 reportó un RMM de 47.8 por cada 100 mil recién. Las estadísticas actuales de mortalidad materna, así como las de morbilidad materna, son alarmantes, de acuerdo con el informe semanal de morbilidad materna extremadamente grave, expedida por el SINAVE (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica), el cual reporta que hasta la semana epidemiológica 26 correspondiente al mes de julio 2024, La razón de Morbilidad Materna calculada es de 25.4 por cada 100 mil nacimientos estimados, con una disminución del 0.8% con respecto a la misma semana del año 2023 con un RMM de 25.6. Hasta la primera semana de junio de 2024 se registraron 221 defunciones,

mientras que en el corte de 2023 se registraron 231 defunciones, lo que representa una disminución de 10 defunciones (4.3%) con respecto al año anterior. El grupo de edad con mayor RMM es el de 45-49 años, siendo las principales afecciones la Hemorragia obstétrica (20.5%), la enfermedad hipertensiva en el embarazo, parto y puerperio (10.8%), el aborto (10%), complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (7.7%) y sepsis y otras infecciones puerperales (3.9%); y como principales estados afectados con el mayor número de defunciones maternas se encuentran el Estado de México (23), Chiapas (21), Jalisco (20), Veracruz (18) y Chihuahua (18), los cuales representan el 35.1% de las defunciones. (Secretaría de Salud, 2024)

Históricamente Chiapas ha ocupado uno de los primeros lugares en muerte materna, con una RMM por arriba de la media nacional, para 2018 la cifra reportada fue de 69.9 por cada 100,000 nacidos vivos, ocupando el 1er lugar a nivel nacional en muerte materna, sin embargo, para el año 2021 esta cifra disminuyó radicalmente a 38.3, una reducción de casi el 50% con respecto a 2018. Para este año los municipios con los mayores índices de muerte materna en el periodo de 2018-2021 fueron: Ocosingo, Frontera Comalapa, Tuxtla Gutiérrez, Chiapa de Corzo, Chilón, Las Margaritas, Palenque, Tonalá y Villaflores. Las Jurisdicciones Sanitarias que concentran el mayor número de defunciones en un periodo de 14 años son: San Cristóbal 19%, Tuxtla Gutiérrez 18% y Tapachula 13%, estas tres Jurisdicciones Sanitarias concentran el 50% del total de las defunciones en todo este período. (Congreso del Estado de Chiapas, 2023)

En el caso de Salto de Agua, Chiapas se hizo una recopilación de información en bases de datos institucionales acerca de muerte materna en los últimos 5 años, las cuales representaron un total de 5 casos que exponemos de forma cronológica según el año:

2019.-

M. M. A, mujer de 24 años de edad, proveniente del poblado San Marcos, Salto de Agua, casada, con escolaridad secundaria, ama de casa y perteneciente a la etnia chol; falleció el 10 de mayo de 2019 en el HRAE Dr. Gustavo A. Rovirosa Pérez, Villahermosa, Tabasco, a una distancia de dos horas y media en automóvil particular de su comunidad, después de presentar un aborto que posteriormente se complicó generando una hemorragia obstétrica y que tras evolucionar a choque hipovolémico y séptico culminó en una falla multiorgánica que provocó la muerte de la mujer en el primer trimestre del embarazo. Se determinó que no contaba con ninguna cita de atención prenatal ni pregestacional en su unidad responsable "Centro de Salud Pedro Sabán" perteneciente a la Secretaría de Salud y que como antecedente padecía una coagulopatía no especificada que pudo contribuir de manera importante durante las complicaciones que presentó.

2020.-

C. L. O, mujer de 24 años de edad, casada, con escolaridad secundaria, ama de casa, no perteneciente a ninguna etnia, proveniente de Campanario Chico, Salto de Agua; falleció el 5 de marzo de 2020 en el Hospital de la Mujer de Villahermosa, Tabasco a una hora y media de su comunidad en automóvil particular, por los siguientes diagnósticos: Laceración de vena cava superior que provocó un choque hemorrágico y la posterior muerte de la mujer en el puerperio inmediato. Contaba con citas de atención prenatal en su unidad perteneciente al IMSS en la UMR Campanario, Tila.

C. S. C, mujer de 22 años de edad, soltera, proveniente del poblado Generación 95, Salto de Agua, falleció el 19/04/2020 en su domicilio, con antecedente de Tumor germinal maligno de ovario izquierdo, las causas de fallecimiento fueron: Carcinomatosis con posterior falla orgánica múltiple durante el puerperio. Contaba con citas de atención prenatal en UMM la Concordia y Hospital Básico Comunitario, Salto de Agua.

2021.-

A. M. P, mujer de 17 años de edad, en unión libre, con escolaridad primaria, ama de casa y perteneciente a la etnia chol, proveniente de Ejido Lucha Bascán, Salto de Agua; falleció el 26 de julio de 2021 en el HRAE Dr. Gustavo A. Roviroza Pérez, Villahermosa, Tabasco, a una distancia de dos horas en automóvil particular de su comunidad, por presentar manifestaciones compatibles de sepsis puerperal secundaria a infección de tejidos blandos y posterior choque séptico que ocasionó la muerte de la mujer durante el puerperio tardío. Contaba con citas de atención prenatal en su unidad perteneciente al IMSS Bienestar.

2024.-

L. C. G, mujer de 30 años, casada, con escolaridad secundaria, ama de casa, no perteneciente a ninguna etnia, proveniente de Salto de Agua, Chiapas; falleció en el Hospital Básico Comunitario Salto de Agua a una distancia de 15 minutos de su domicilio debido a Broncoaspiración por alimentos y vómito y posterior asfixia durante las 30 semanas del embarazo. Contaba con citas de atención prenatal en el Hospital Básico Comunitario, Salto de Agua, sin antecedentes de importancia.

MARCO TEÓRICO

DEFINICIÓN DE SALUD

La definición de salud engloba el estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo que en ella actúan diversos determinantes o factores fundamentales a destacar para su mejor comprensión, los cuales pueden ser biológicos, genéticos y familiares, personales, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, morales, educativos, sanitarios y religiosos; lo que ha generado un gran análisis en la investigación sanitaria a lo largo del tiempo en cuanto la relación entre el estado de salud y sus condiciones sociales. (Vinces y Campos, 2019)

Además, el significado de salud también se puede abarcar desde la perspectiva constitucional, como un derecho fundamental de todos los individuos, y este a su vez como parte de los determinantes sociales de la salud al igual que otros derechos como la educación, la vivienda, la seguridad social, el sano desarrollo de los niños, la alimentación, etc.; y que juntos interactúan para determinar las condiciones de salud de las poblaciones y la probabilidad de desarrollar enfermedades. Aunado a esta definición se encuentra la pobreza y su distribución desigual, la cual es considerada el principal determinante de las condiciones de salud, ya que reduce las oportunidades de satisfacer necesidades básicas y otorga oportunidades limitadas para acceder a todas estas condiciones y derechos básicos. (Rodríguez, 2020)

DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Las determinantes sociales de la salud (DSS) propuestos por la OMS en 2009 a partir de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, se refieren a todas aquellas condiciones en las que las personas crecen, aprenden, viven, trabajan y envejecen y mueren; su objetivo principal es atender las causas subyacentes de una enfermedad, lo que supone no solo abordar temas biológicos, si no también sociales, ambientales, económicos y políticos, con el fin de promover la equidad sanitaria; ya que las deficiencias en estos campos están implicados en las múltiples desigualdades en los resultados de morbilidad y mortalidad en distintas regiones, reflejándose como una diferencia evitable en el estado de salud de distintos grupos de personas o comunidades. (OMS, 2021) Las DSS se dirigen hacia las características del contexto social que afectan a la salud individual, familiar y colectiva; y los mecanismos por los cuales estas condiciones ocasionan impactos sobre ella en las poblaciones, además ponen en manifiesto intervenciones sanitarias orientadas a la prevención y atención oportuna de la enfermedad, con un enfoque en el que la investigación y acción política se dirigen a la población y sus condiciones de vida argumentando que "la asistencia médica no es el principal

impulsor de la salud de las personas, ya que la intervención sobre las DSS se dirige a modificar los factores que ayuden a las personas a mantenerse saludables y que va más allá de solo factores de riesgo, si no que abarca las causas de las causas". (Karam et al. 2019)

Las diversas desigualdades sanitarias están provocadas principalmente por una distribución desigual a nivel mundial y nacional del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, estas desigualdades se correlacionan con características sociodemográficas influenciadas por factores históricos y sociales; y se distribuyen entre los distintos grupos sociales, generando grupos de población considerados vulnerables o en riesgo, "refiriéndose a aquellos que no cuentan con la capacidad para prevenir, resistir y sobreponerse a un impacto en su integridad", y que mientras más persistan en dichas condiciones los resultados en su salud, calidad de vida, proyección de vida, capacidad de desarrollo personal, social y sostenible seguirá siendo escaso o nulo (Karam et al. 2019). Según Salvatierra et al. (2019) la equidad en salud debe ser un objetivo prioritario para cada gobierno y sociedad, por lo que es necesario entender y coordinar medidas enfocadas en atender las DSS, es por eso que a continuación se engloban ejemplos de determinantes agrupados en diferentes categorías para su mejor comprensión mediante un modelo propuesto en 1974 por Marc Lalonde abogado y político canadiense que ocupaba el cargo de Ministro de Salud Pública; y que incluye 4 grupos de DSS:

Aquellos que tienen que ver con el ambiente: Incluyen los factores externos al cuerpo y biología humana, y sobre los cuales las personas tienen poco o ningún control (Salvatierra et al. 2019). Son aquellos relacionados con el ambiente natural como la contaminación ambiental; contacto con factores biológicos (bacterias, virus, hongos, etc.), físicos (fenómenos ambientales, cambio climático, accidentes, etc.) y químicos (plaguicidas, exposición a metales pesados, etc.). Mientras que los relacionados con el ambiente social se destacan las condiciones de la vivienda, nivel de escolaridad, ocupación, nivel de ingresos económicos y estratificación socioeconómica, discriminación, violencia, tasa de pobreza, el género, y los relacionados con la cultura y tradiciones. (Vinces y Campos, 2019)

Relacionados con los estilos de vida y conductas de salud: Algunos estilos de vida condicionan de manera negativa a la salud y se ha observado que se encuentran influenciados principalmente por decisiones en las que el individuo ejerce cierto grado de control y que pueden ser personales y comunitarias (Salvatierra et al. 2019). Por ejemplo, alimentación inadecuada, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo, estrés, la higiene, las prácticas sexuales de riesgo y aquellos relacionados con salud mental. (Vinces y Campos, 2019)

Relacionados con la biología humana: Se refieren al ámbito personal biológico y funcional de cada persona tomando en cuenta su constitución, sexo, edad, carga genética, desarrollo y la forma de envejecer. Involucra a los diferentes aparatos y sistemas del organismo y su complejidad. (Salvatierra et al. 2019)

Relacionados con las políticas de salud: En esta resalta el conjunto de políticas públicas, centros destinados a la atención sanitaria, recursos humanos, infraestructura y presupuesto público destinado a salud, tecnologías, accesibilidad a atención médica, derecho a la salud, cobertura, burocracia, la práctica médica, etc. (Vinces y Campos, 2019 y Salvatierra et al. 2019)

Todas estas determinantes si bien pueden no ser siempre causa directa de enfermedad, pueden crear condiciones que den lugar a factores de riesgo que causan impactos contra la salud, y que en medida de su cobertura pueden generar daño o protección para la salud individual y colectiva.

Los estudios históricos mencionan que el interés y acción sobre estas determinantes aportan logros importantes en materia de salud, ya que la inequidad en todos estos DSS, principalmente en el ámbito socioeconómico, condicionan mayor riesgo de padecer enfermedades graves y muertes evitables en grupos vulnerables como lo son los menores de edad, adultos mayores, mujeres embarazadas y mujeres en general, grupos étnicos o aquellos bajo problemas de discriminación; ya que las personas con mayores deficiencias tienen más barreras para la salud y aquellas con las condiciones sociales más igualitarias presentan mejores niveles de bienestar. (Vinces y Campos, 2019). Como consecuencia de estos antecedentes se crean organismos y políticas públicas en cada país, las cuales son una estrategia para dar respuesta a una problemática social específica y que tienen como objetivo la orientación de las actividades sanitarias hacia la disminución de los problemas de salud pública principalmente en las poblaciones en donde ocurre la mayor incidencia, haciendo énfasis en la "Promoción a la Salud" y que mediante la participación y acciones de gobierno se operativizan planes, programas y estrategias que intervienen en todos los aspectos sociales, estos requieren de acciones claras por parte del Estado para subsanar necesidades de la población resaltando la importancia de los factores sociales, condiciones sanitarias, saneamiento ambiental, la enseñanza de la higiene y la prevención. (Rodríguez, 2020). Sin embargo, el replanteamiento y diseño de sistemas y servicios de salud para la atención integral y con enfoque preventivo, aún conllevan serios desafíos, sobre todo en el ámbito financiero, de infraestructura, designación presupuestal y de recursos humanos. (Salvatierra et al. 2019)

La Oficina de Equidad en Salud de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (2020) organismo creado en 1982, trabaja para reducir las disparidades en

salud para que las comunidades vulnerables puedan alcanzar su nivel más alto de bienestar; y reconoce en su informe de Equidad en Salud 2019-2020 que las DSS son vitales para lograr alcanzar estas metas mediante el análisis de la distribución de los recursos sociales, económicos, demográficos, culturales, políticos y otros; con lo que se ha logrado mejoras de salud de la población estadounidense, datos reflejados en el aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad por cualquier causa. Sin embargo, este aumento no se ha visto reflejado en todos los sectores poblacionales y áreas geográficas, ya que en aquellas con mayores desventajas se ha observado un aumento en las desigualdades, por lo que para lograr la equidad en salud se propone centrarse en las diferencias en toda la jerarquía social, identificando los grupos sociales que corren mayor riesgo y que por lo tanto necesitan mayor atención; e implementar con ello intervenciones sociales y de salud pública más efectivas, ya que las disparidades persisten a pesar de las mejoras generales en cifras de morbimortalidad reportadas.

IDENTIFICACIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL

Las mujeres gestantes se consideran un grupo de población vulnerable, principalmente, en países de ingresos bajos a medios, por lo que es necesaria una estrecha vigilancia debido al riesgo de presentar diferentes complicaciones obstétricas que pueden culminar en muerte materna. Durante el embarazo se ha observado que si se efectúan prácticas de calidad y enfocadas a la prevención durante el control prenatal se pueden evitar complicaciones de alto impacto, ya que esta es una medida que involucra múltiples dimensiones dirigidas a la evaluación materna y fetal, intervenciones nutricionales, identificación y modificación de múltiples comportamientos, riesgos hospitalarios, psicosociales y ambientales (Piña, 2020). Es así como el cuidado prenatal debe ser una prioridad para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal, fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en su bienestar y facilitar la detección oportuna de factores de riesgo, y por lo tanto establecer medidas preventivas o bien un tratamiento adecuado (Tumas et al. 2022). Todo lo anterior tomando en cuenta que la mayoría de los riesgos y complicaciones obstétricas pueden ser prevenidos, detectados y tratados oportunamente.

Gracias a diversos programas emitidos por los gobiernos e instituciones de salud se han generado planes de intervención para la prevención de la muerte materna especialmente con enfoque de riesgo e interculturalidad, y mediante la adherencia de las mujeres en estado de gestación al control prenatal; de esta forma se intenta garantizar el acceso oportuno a la salud para este grupo de atención prioritaria; sin embargo, estas intervenciones se han visto mitigadas por determinantes sociales

que están directamente relacionados con la adherencia al control prenatal por sí mismo y que ocurre incluso en países con acceso universal a servicios de salud; como lo son: la ubicación geográfica, el acceso a medios de transporte, la distancia a los centros de salud más cercanos, el ingreso económico destinado a intervenciones en salud y movilidad, la atención médica y hospitalaria de calidad, infraestructura, violencia de género, barreras personales que incluyen sentimientos negativos sobre el embarazo, etc. (Cano et al. y Piña, 2020)

Según la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-2016, "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto puerperio, y de la persona recién nacida" define la atención prenatal como: "la serie de contactos, entrevistas y visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida", y que incluye un mínimo de 5 consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación, y 2 consultas durante el puerperio; otorgando en estas por parte del equipo de salud información sobre la evolución del embarazo, parto y puerperio; síntomas de urgencia obstétrica, derecho de las mujeres a la atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía, autocuidado, elaboración de plan de seguridad e identificación de establecimientos para atención médica inmediata y resolutive. Esta misma nos presenta disposiciones generales que se deben tomar en cuenta durante la atención:

- La atención médica en los establecimientos para la atención médica públicos y privados deben ser con enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.
- Identificar condiciones de riesgo reproductivo y llevar a cabo medidas preventivas.
- Otorgar elementos educativos para adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones.
- Atención integral enfocada al derecho reproductivo, libremente escogido y planificación familiar.
- Atención de urgencias obstétricas contando con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o capacitado, equipo e instalaciones de calidad, insumos y medicamentos necesarios.
- Atención durante el embarazo, parto y puerperio proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, su dignidad y cultura.
- Capacidad de detectar, asignar y manejar riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada caso, el cual sirva para planear y aplicar planes de vigilancia individualizados y con intervención de especialistas.

- Garantía de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención de urgencias obstétricas.

En contraste con el modelo de atención prenatal de la OMS propuesto en 2016, el cual incluye enfoques integrados de la atención médica, psicológica y social; y plantea que las condiciones óptimas deberían comenzar antes de la concepción y continuar después del nacimiento, sin embargo, recomienda que el inicio de control prenatal sea durante el primer trimestre del embarazo con un mínimo de 8 consultas. Aunque, a pesar de reconocerse su gran importancia para monitorizar la evolución del embarazo, detectar de manera temprana riesgos, prevenir complicaciones y preparar para el parto y puerperio, una gran cantidad de mujeres no reciben esta atención de manera oportuna y suficiente, hecho que se ve reflejado en los altos índices de morbilidad materna y fetal. (Tumas et al. 2022). Los estudios sobre este programa demuestran que se pueden identificar tempranamente los riesgos y con ello prevenir complicaciones maternas y neonatales. (Cano et al., 2024)

DESCRIPCIÓN DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD IMPLICADAS EN LA MORBIMORTALIDAD MATERNA

Los DSS implicados en el desarrollo de morbilidad materna deben ser reconocidos para brindar herramientas a los gobiernos y centros de atención a la salud para intervenir, fortalecer la educación en salud, capacitación del recurso humano (personal de salud), atención según un enfoque preferencial según el nivel comunitario, generar empoderamiento en las redes de apoyo (familia y comunidad) y reforzar hábitos de vida saludable. (Laciar et al. 2022)

De acuerdo con Piña (2020) los principales determinantes sociales de la salud observados en su estudio y que influyen en el embarazo y la aparición de complicaciones obstétricas son: la edad hacia ambos extremos de la vida, costumbres y creencias, accesibilidad geográfica, estado de nutrición de la gestante, educación académica y sexual, aspectos biológicos y sociodemográficos de la región, desigualdad y violencia de género, situación económica, etc., mismos factores que son señalados en el estudio de Sánchez et al. (2019) realizado en la comunidad de Tetipac en el estado de Guerrero, quienes observaron que los factores asociados con el embarazo de alto riesgo como problema de salud pública en dicha comunidad fueron la baja escolaridad, el estado nutricional deficiente de la madre, la edad <15 y >35 años, pobreza extrema en la comunidad y marginación, falta de insumos y personal de salud capacitado, falta de infraestructura básica, acceso escaso a los centros sanitarios o medios de transporte por aspectos geográficos y económicos, creencias culturales y estatus social de la mujer.

Mientras tanto, en el estudio realizado por Laciari et al. (2022) observó que las gestantes que presentaron riesgos para presentar factores en morbilidad materna son principalmente jóvenes, de bajos ingresos económicos, residentes en zonas rurales, amas de casa, con ingreso tardío a sus programas de control prenatal y con escaso apego a sus citas por la causa que fuera, bajo nivel educativo, desapego de la pareja durante el embarazo y/o violencia sexual y de género, y la falta de afiliación a seguridad social, lo que al mismo tiempo implicó la ausencia de control prenatal o un inicio tardío. En cuanto a las determinantes relacionadas con la atención en salud encontraron la calidad de los servicios de salud, las actitudes negativas y violencia infligida por proveedores de salud, miedo personal a exámenes o procedimientos médicos, la escasa accesibilidad geográfica, bajo acceso a medios de transporte y a medicamentos por sus altos costos o escasez. (Cano et al., 2024))

Tumas et al. (2022) por su parte reconocen que el sistema sanitario constituye un determinante social de gran peso por sí solo; además observaron en su estudio que los hogares que se encuentran en situación de pobreza se relacionan de manera positiva con las cifras de embarazos con controles prenatales tardíos e insuficientes debido a las mayores dificultades para acudir a los servicios de salud y la menor infraestructura en los centros de atención de estas áreas; y que la ausencia de atención prenatal y la falta de suministro de medicamentos y suplementos de vitaminas y hierro se vincularon con la incidencia de partos prematuros como complicación principal.

Además, los factores de comportamiento como inicio temprano de las relaciones sexuales, la no utilización o desconocimiento del uso de métodos de planificación familiar, la no educación en derechos sexuales y reproductivos, la madurez mental (comportamiento impulsivo), conductas de riesgo como uso de sustancias ilícitas, la pobreza, inequidad social, relaciones de dominación de género, percepción de oportunidades y proyecto de vida, educación, deserción escolar y manejo de tiempo libre son algunos de los determinantes sociales observados en el embarazo adolescente, el cual está asociado a la aparición de complicaciones obstétricas como las enfermedades hipertensivas del embarazo, aborto no seguro, anemia y escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, infecciones de vías urinarias y de transmisión sexual, hemorragia obstétrica secundaria a patologías placentarias, bajo peso al nacer y restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro y complicaciones durante el parto como desproporción cefalopélvica por desarrollo incompleto de pelvis ósea materna y trabajo de parto prolongado; además de afecciones en la salud mental de la madre por deberse a un embarazo no deseado. (Triviño et al., 2019). De manera contraria el embarazo después de los 35 años también se asocia a un mayor riesgo, ya que se ha visto que las mujeres de

edad materna avanzada tienen aumento del riesgo de complicaciones obstétricas y resultados perinatales adversos, incluida la diabetes mellitus gestacional, trastornos hipertensivos (como preeclampsia, eclampsia), síndrome de HELLP, deficiencia cervical, parto por cesárea, parto instrumentado, restricción de crecimiento intrauterino, placenta previa, placenta acreta, desprendimiento de placenta, hiperémesis gravídica, defectos perinatales de nacimiento (aneuploidías, muerte fetal y parto pretérmino), a su vez las mujeres con edad materna muy avanzada (de 45 años o más) tienen un mayor riesgo de resultados adversos del embarazo que las mujeres con edad materna avanzada. (Flores et al., 2023)

De igual forma, la violencia sexual y de género es uno de los determinantes que requiere de mayor atención; este factor se encuentra influenciado principalmente por cuestiones históricas y culturales en cuanto a los roles de género y la idea del papel que funge la mujer en la sociedad, del asumirla como el sexo débil e inferior y del considerar a la violencia como forma válida de resolver conflictos. Se considera primordial su análisis, ya que, según la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina, 1 de cada 3 mujeres en algún momento de su vida ha sido víctima de violencia sexual, física, psicológica y económica a manos de sus parejas u otros hombres; y a su vez es causante de gran parte de la incidencia de embarazos no deseados, afecciones ginecológicas, abortos provocados no seguros y el aumento de riesgo de abortos espontáneos, infecciones de transmisión sexual como VIH y sífilis, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer y problemas en salud mental de la gestante que puede desarrollar estados depresivos, de negación y miedo, lo que puede repercutir en el autocuidado de la mujer y su embarazo, por lo que hacer búsquedas intencionadas de violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios adecuados y hacer notificaciones a organismos pertinentes es primordial. (Secretaría de Salud, 2016)

Miranda (2019) menciona que la muerte materna también es un reflejo de las circunstancias globales de la calidad de vida de las mujeres, de la prioridad que ocupa la maternidad en la vida de cada una de ellas, de los obstáculos sociales en el ejercicio de sus capacidades reproductivas, de la inequidad y desigualdad en el ámbito social y la imposición de su rol en la sociedad. Además, hace hincapié en cómo los bajos niveles socioeconómicos influyen en todos los ámbitos de la vida cotidiana, desde la limitación al acceso a la educación, a fuentes de ingreso dignos, a una buena alimentación, a acceso a servicios médicos de calidad y con infraestructura, al acceso a la información, a la toma de decisiones de la mujer respecto a su salud, a condiciones de vivienda fuera del hacinamiento y precariedad, etc. Del mismo modo expone los factores culturales como el lenguaje, creencias religiosas y el ejercicio de poder ejercida por los hombres en una

estructura o sociedad patriarcal, y como estos en múltiples ocasiones resultan en un obstáculo para el entendimiento entre el médico y las mujeres pertenecientes a comunidades hablantes de una lengua o practicantes de ideologías o costumbres distintas, poniendo en riesgo su integridad.

También se debe tomar en cuenta la influencia del factor cultural en el uso de métodos anticonceptivos y su cobertura universal en mujeres y hombres que se encuentran en edad fértil, en donde están involucrados temas de índole religioso, el tabú que existe en torno al pleno conocimiento de la sexualidad, la conciencia y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos que garantizan que todos y todas ejerzan su sexualidad con libertad y sin violencia, la actitud de la pareja masculina y la cobertura que existe por medio de los servicios de salud que proporcionan consejería y aplicación de los métodos; todo esto con el objetivo de disminuir la incidencia de embarazos no deseados, aborto no seguro, embarazos en la población adolescente, estimular un desarrollo social y económico en la pareja, evitar las infecciones de transmisión sexual y estipular periodos adecuados entre una gestación y la siguiente (Matta y Romano, 2019); ya que el periodo intergenésico corto (PIC), el cual se ha definido como el periodo menor a 18 meses desde la fecha de resolución del último evento obstétrico a la fecha de concepción del siguiente embarazo, genera riesgo de presentar distintas complicaciones, riesgo que aumenta dependiendo del tiempo transcurrido entre dos embarazos, ya sea 3, 6, 9, 12 o 18 meses; por ejemplo, la prematuridad, ruptura uterina, bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino y óbito se relacionan con PIC menor de 18 meses, mientras que aborto, ruptura prematura de membranas, anemia, endometritis puerperal, riesgo de parto pretérmino, malformaciones congénitas y bajo peso al nacer o feto pequeño para edad gestacional se relacionan con PIC menor de 6 meses. (Zavala et al., 2018).

En cuanto a la salud mental materna se señala que está altamente influenciado por el apoyo social percibido por la mujer embarazada, quien presentó una disminución en la depresión prenatal y posnatal cuando existen redes de apoyo más sólidas. A nivel mundial se dice que alrededor del 10% de las mujeres embarazadas y el 13% de las mujeres en puerperio experimentan problemas de salud mental (depresión, ansiedad y estrés), proporción que es notablemente mayor en países en desarrollo, 15.6% durante el embarazo y 19.8% en el puerperio. Las redes de apoyo son uno de los determinantes clave que permiten que la mujer embarazada intercambie consejos, información y apoyo sobre el cuidado materno y es uno de los factores psicosociales con mayor relación con la salud física y mental de la madre, así como un mejor resultado al nacimiento, mejor calidad en la dieta, mayor probabilidad de utilizar vitaminas y minerales, menor probabilidad de abuso de sustancias como

alcohol y tabaco, menor exposición a conductas de riesgo y aumento en el autocuidado (Jiang y Zhu, 2022)

La pobreza como causa de enfermedad en las mujeres embarazadas, a menudo es mencionado como la condición social que tiene mayor impacto en la aparición de complicaciones obstétricas, porque incide directamente en el origen y potencialización de otras determinantes sociales vistas en regiones en donde el ingreso per cápita es más bajo en comparación con aquellas que presentan altos niveles de logro educativo, ingresos, infraestructura y acceso a atención médica, convirtiéndose así en un círculo vicioso de desigualdades. Las mujeres socialmente desfavorecidas tienen más probabilidad de enfrentarse a exposición de factores de riesgo como una mala alimentación acompañada del desarrollo de desnutrición u obesidad, menor probabilidad de tener acceso a atención médica o a una vivienda segura, niveles de educación más bajos, mayor probabilidad de trabajar en empleos expuestos a condiciones nocivas, vivir en barrios con altos niveles de contaminación y delincuencia, sufrir abuso. violencia sexual y de género o discriminación y estar expuestas a interacciones sociales o ambientes que ponen en riesgo su bienestar. El bajo nivel socioeconómico se asocia principalmente con el embarazo adolescente, bebés pequeños o grandes para la edad gestacional, diabetes gestacional, parto prematuro o por cesárea, preeclampsia, infecciones en el desarrollo y función placentaria, consumo de sustancias nocivas, incidencia de enfermedades transmisibles, afecciones en salud mental, desarrollo psicosocial deficiente y mayores índices de mortalidad materna. (Thornburg et al., 2020)

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBIMORTALIDAD MATERNA

“El embarazo saludable es aquel que se desarrolla sin factores de riesgo, libre de complicaciones y que, con adecuada vigilancia prenatal, logra un estado de bienestar biológico, psicosocial y social para la madre y el producto de la concepción” (Dirección General de Epidemiología, 2021), sin embargo, las mujeres en todo el mundo mueren y enferman durante el embarazo, el parto y el puerperio por diferentes etiologías, de las cuáles la mayoría aparecen durante el transcurso del embarazo y suelen ser prevenibles o tratables; mientras que algunas otras podrían ya estar presentes, pero es posible que se agraven con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la atención integral a la mujer. Las principales causas de prácticamente el 75% de la morbilidad maternas, son: las hemorragias graves (mayoritariamente, tras el parto); las infecciones (generalmente, tras el parto); la hipertensión arterial durante el embarazo, parto y puerperio (preeclampsia y eclampsia); las complicaciones en el parto y los abortos no seguros; mientras que el resto se atribuyen a la anemia, diabetes gestacional, infección por VIH, embarazo ectópico, embolias y complicaciones de la anestesia,

entre otras enfermedades. (WHO, 2024 y Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna grave, 2021)

Enfermedades hipertensivas del embarazo

La enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad perinatal en el mundo, especialmente cuando la afección es de aparición temprana. Su incidencia es del 6 al 8% de los embarazos, sobre todo en las mujeres primigestas (85%) y en los embarazos múltiples (14% a 20%). A nivel mundial alrededor de 76,000 mujeres mueren cada año a causa de esta complicación, principalmente en países de bajos recursos (Poon et al., 2019)

Las enfermedades hipertensivas reúnen diferentes trastornos cuyo punto en común es el aumento de la tensión arterial pero que presentan diversos perfiles clínicos, pueden presentarse como entidades asintomáticas o presentar sintomatología que puede ir desde leve a grave. En la actualidad representa un problema de salud pública debido al aumento de su incidencia secundaria al incremento de los embarazos en edad materna de riesgo, obesidad, diabetes, enfermedad renal, antecedente de cualquier espectro de la enfermedad (hipertensión crónica, preeclampsia, síndrome de HELLP, etc.) en embarazos anteriores, intervalos intergenésicos cortos, uso de tecnología de reproducción asistida, embarazo en madres con enfermedades autoinmunes, entre otras condiciones (De Ginecología Y Obstetricia De México, 2023). Es por eso por lo que es importante identificar tempranamente a las mujeres que tienen un perfil de alto riesgo para desarrollar cualquiera de estos trastornos, de modo que se puedan iniciar medidas para prevenir y reducir la frecuencia de su aparición o tratarlo oportunamente evitando sus complicaciones fatales. Adicionalmente se ha observado que las mujeres que han desarrollado algún trastorno hipertensivo durante el embarazo, parto o puerperio tienen un mayor riesgo de muerte por enfermedad cardiovascular futura, hipertensión, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, síndrome metabólico y diabetes; reduciendo así su esperanza de vida hasta en un promedio de 10 años. (Poon et al., 2019)

Hemorragia obstétrica

La hemorragia obstétrica (principalmente postparto) es la principal causa de morbimortalidad materna en todo el mundo, responsable de casi el 25% de todas las muertes relacionadas con el embarazo; principalmente las mujeres que viven en países de bajos ingresos son las que presentan mayor riesgo de defunción por esta causa (Watkins y Kelley, 2020). La Guía de Práctica Clínica Mexicana en su última actualización del año 2021 toma como definición de la hemorragia posparto a la pérdida de sangre mayor o igual a 1000 ml o pérdida de sangre con signos o

síntomas de hipovolemia dentro de las 24 horas posteriores al parto y hasta 12 semanas después del parto, ya sea cesárea o parto vaginal (CENETEC, 2021). Se recomienda también identificar a pacientes con mayor riesgo de desarrollar hemorragia postparto, aunque se debe considerar que todas las mujeres embarazadas presentan la posibilidad de desarrollar esta complicación aunque no existan factores de riesgo conocidos. La intervención temprana es fundamental para reducir su morbilidad; el uso de oxitocina, masaje uterino y tracción controlada del cordón umbilical son 3 componentes cruciales del manejo activo de la tercera etapa del trabajo de parto reduciendo la incidencia de hemorragia postparto; y el papel de la vigilancia continua también se vuelve trascendental en esta entidad. (Watkins y Kelley, 2020)

Sepsis materna e infecciones

La sepsis es una complicación que tiene lugar cuando el organismo produce una respuesta inmunitaria desbalanceada, anómala, frente a una infección; es una urgencia médica y si no se diagnostica y trata de forma temprana, puede ocasionar daño irreversible a los tejidos, choque séptico, insuficiencia orgánica múltiple y poner en riesgo la vida. En los países de bajos y medianos ingresos la carga de la sepsis es más elevada y representa una de las causas principales de muerte materna y neonatal debido a la alteración de la presentación de la sepsis en la población materna. Por ello, resulta muy difícil hacer una valoración de la carga de enfermedad a nivel mundial debido a las limitaciones en el diagnóstico y la notificación. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024) Las entidades más comunes relacionadas con la sepsis materna son las infecciones del tracto urinario, endometritis, corioamnionitis e infecciones de heridas (cesárea) y el síntoma más frecuente fue la hipotermia o hipertermia, seguido de taquicardia. Es importante la estructuración de protocolos para el tratamiento de la sepsis materna, su identificación temprana en las mujeres con mayores riesgos y la información acerca de este padecimiento a las mujeres para que reconozcan en qué momento acudir a centros de atención médica de manera oportuna para su vigilancia y prevención. (Sundin et al., 2021)

Aborto

Se da principalmente en los lugares en el que el aborto es inaccesible o está legalmente restringido, por lo que, las mujeres recurren a servicios fuera de la atención médica para interrumpir el embarazo; y también en mujeres con complicaciones que pueden causar aborto espontáneo. El aborto autogestionado por medicamentos (mifepristona y misoprostol) generalmente es bastante seguro si se lleva a cabo bajo vigilancia y con asesoría adecuada generando complicaciones en solo 0,3% de los casos y una mortalidad de 0.65 muertes por cada 100.000

abortos, sin embargo, en quienes acuden a métodos inseguros e insalubres (inserción vaginal o cervical de instrumentos, objetos o sustancias causticas o someterse a intervenciones por proveedores sin una formación adecuada) pueden necesitar atención crítica en caso de sepsis, hemorragia, lesión de órganos pélvicos o exposición a sustancias tóxicas. En los lugares en los que la seguridad jurídica de la mujer está garantizada por legalización del aborto la morbimortalidad por aborto no seguro ha disminuido sustancialmente. Los médicos y proveedores de salud deben generar vías de atención y asesoría a las mujeres que deseen interrumpir el embarazo no deseado de manera segura y comprender el curso del aborto inducido por medicamentos y estar capacitados para responder a sus infrecuentes complicaciones, así como generar acceso a programas de planificación familiar. (Harris y Grossman, 2020)

Parto pretérmino

Se trata de otra de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna, complicando entre el 5-18% de los embarazos en todo el mundo y presentándose hasta en 15 millones de casos cada año, y es la primera causa de morbimortalidad perinatal y muerte infantil hasta los 5 años. Se define como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación que se presenta como una inflamación patológica, rotura prematura de membranas e inicio de trabajo de parto prematuro de manera impredecible. Sus factores de riesgo son principalmente: embarazo gemelar, corioamnionitis, enfermedades maternas preexistentes, factores genéticos, antecedente de parto prematuro, anomalías uterinas, bajo peso u obesidad de la madre o causas no identificables. (Cornish et al., 2024 y Green y Arck, 2020)

Diabetes gestacional

Se trata de una condición en la que se presenta tolerancia anormal a la glucosa y que aparece o se reconoce durante el embarazo. Se asocia con diversas complicaciones obstétricas y neonatales como: un mayor peso al nacer y parto por cesárea, además de enfermedades cardio metabólicas de la madre y del hijo durante y a corto o largo plazo posterior al embarazo. Su prevalencia ha aumentado a nivel mundial debido principalmente al aumento de las tasas de obesidad y edad materna de riesgo en las mujeres en edad reproductiva. Su identificación y tratamiento temprano reduce las complicaciones obstétricas y perinatales. (Sweeting et al., 2022) El Centro de Control de Enfermedades (CDC) estima que la incidencia de Diabetes Gestacional en los Estados Unidos es de alrededor del 10%, mientras que en otros países puede ir de 17.8-41.9%, cifras que varían de acuerdo con las herramientas y criterios diagnóstico que se utilizan en cada región.

Anemia

La anemia materna es un factor de riesgo y parte de la morbilidad materna y morbimortalidad perinatal, afecta a 40% de las mujeres embarazadas en todo el mundo. Sus efectos adversos y su gravedad son proporcionales a la gravedad en las cifras (anemia moderada-grave) y se ha asociado con las altas tasas de muerte materna y perinatal, parto prematuro, preeclampsia, bajo peso al nacer, nacidos vivos pequeños para la edad gestacional, transfusiones sanguíneas, mayor tiempo de estancia hospitalaria, infecciones y parto por cesárea. También, la gravedad y sus causas difieren entre los países de bajos y altos ingresos en donde el entorno socioeconómico es más próspero, los servicios de atención prenatal son más accesibles y los factores de riesgo, como la desnutrición, son menos frecuentes. Las tasas de anemia fueron más altas en las mujeres en los extremos de la edad reproductiva (<20 y >40 años), mujeres multíparas, con peso previo al embarazo <50 kg, con una cesárea previa, hipertensión, enfermedad crónica preexistente, antecedente de muerte perinatal y con uso de técnicas de fertilización in vitro. El tratamiento de la deficiencia de hierro al comienzo del periodo prenatal e incluso antes de la concepción y la orientación nutricional puede ayudar a disminuir la morbimortalidad materna y perinatal. (Smith et al., 2019)

Obesidad

Algunos resultados adversos en el embarazo están asociados al aumento del peso materno de manera inadecuada, ya que este está vinculado a complicaciones como hipertensión y diabetes gestacional, afecciones cardiovasculares, parto por cesárea secundario a macrosomía fetal, riesgo de parto prematuro, retención de peso post parto y obesidad en etapas posteriores al término de la gestación. Existen recomendaciones en torno a la ganancia de peso permitida en mujeres con obesidad durante el embarazo que va de 5-9 kg, sin embargo pautas más estrictas establecen que para las mujeres con Obesidad tipo 1 la ganancia ponderal debe ser de 2-6 kg, para obesidad tipo 2 debe ser menor a 4 kg y obesidad tipo 3 menor a 6 kg, y en algunos casos la pérdida de peso debe llevarse a cabo. El evaluar el peso y la altura previo al embarazo o durante la atención prenatal debe ser una medida primordial durante la consulta. (Wang et al., 2021)

Tromboembolia venosa

El riesgo de tromboembolia venosa (TEV) aumenta durante el embarazo y el puerperio, siendo más común la trombosis venosa profunda (TVP), sin embargo, la embolia pulmonar es el espectro de mayor severidad, ya que contribuye al 10-15% de las muertes maternas en países de altos ingresos, principalmente en el postparto con un riesgo de hasta 5,7 por cada 10,000 partos. Está asociada a coagulopatías

y los cambios hemodinámicos propios del embarazo, parto por cesárea, infección post parto, uso de tecnologías de reproducción asistida, muerte fetal, parto prematuro, preeclampsia, diabetes, enfermedades autoinmunes, hemorragia obstétrica, obesidad que se acompaña de inmovilización, edad avanzada y enfermedades crónicas preexistentes. El tratamiento en su mayoría es con el uso de heparina de bajo peso molecular, pero en caso de riesgo de defunción se debe considerar la trombólisis u otras terapias de reperfusión, además de la corrección de factores de riesgo que pueden ser modificados. (Maughan et al., 2022)

Consumo de sustancias y salud mental

En los últimos años la tasa de consumo de sustancias durante el embarazo ha aumentado, informes recientes han observado que una gran proporción de las muertes asociadas al embarazo se atribuyen a trastornos por consumo de sustancias. El uso de opiáceos intravenosos se asocia a mayor riesgo de infecciones maternas (VIH y VHC, celulitis, endocarditis y sepsis), mientras que sustancias no opioides como la cocaína y metanfetamina aumenta el riesgo de hipertensión y complicaciones cardiovasculares; el consumo de tabaco por su parte se asocia a placenta previa, desprendimiento de placenta, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas y embarazo ectópico. Mientras que los trastornos de salud mental (depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad) también forman parte de la morbimortalidad materna, ya que al no ser tratadas o ser tratadas de manera inadecuada pueden generar: mala adherencia al control prenatal, nutrición inadecuada, exposición a medicamentos y sustancias nocivas, miedo a teratogenicidad y suspensión de tratamiento psiquiátrico, autolesión materna, sobredosis, suicidio y exacerbación de enfermedades preexistentes. (Society for Maternal- Fetal Medicine [SMFM], 2021)

Todas estas complicaciones a pesar de tener etiologías puntuales basadas en los modelos biológicos causa y efecto también están directamente relacionadas con aspectos sociales como la falta de acceso o utilización de los servicios de maternidad. Además, los servicios a menudo no pueden responder a las situaciones de urgencia y la calidad de su atención es en ocasiones deficiente. (Lozano-Avendaño et al., 2016), la muerte materna de acuerdo con Avendaño y colaboradores es el resultado de un sistema de salud poco accesible y culturalmente inadecuado. Es la manifestación de una larga cadena de penurias y de 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. Por lo anterior y con el objetivo de disminuir la morbilidad materna evitable, se deben identificar las condiciones que pongan en riesgo la vida de las mujeres embarazadas, e implementar acciones adecuadas por parte del personal de salud, el estado y las instituciones que brindan atención médica con enfoque de riesgo.

PLANES, PROGRAMAS Y POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD MATERNA.

NIVEL ESTATAL

El Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Secretaría de Salud de Chiapas buscan implementar el proyecto Vía de Atención Integrada para la Mejora de la Salud Materna, Neonatal e Infantil, cuyo objetivo es impactar en la asistencia médica que se brinda a la mujer embarazada y el recién nacido a través de la coordinación entre los diferentes servicios y las unidades implicadas en su atención. como programa piloto, esta estrategia se implementará inicialmente en el Distrito de Salud número I, donde se tiene contemplada la participación de todos los niveles de atención: parteras y casas de salud: Rivera Cupía (nivel comunitario), centro de salud Chiapa de Corzo (primer nivel), Hospital Básico Comunitario de Chiapa de Corzo y Clínica para la Atención de Parto Humanizado Tuxtla (segundo nivel) y Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa" (tercer nivel) (Secretaría de Salud de Chiapas, 2024)

De acuerdo con la "Iniciativa con Proyecto de Decreto por el que se Reforma la Fracción VIII del Artículo 9° de la constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas en Materia de Derechos de las Mujeres a un Parto Humanizado, Intercultural y Seguro" en 2023 uno de los grandes desafíos que enfrenta México y Chiapas son las grandes deficiencias en los servicios de atención médica; la falta de medicamentos, hospitales y la necesidad de mayor personal de salud en las zonas más vulnerables, por lo se vuelve urgente atender y resolver dicha problemática. Este documento menciona que la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas, en materia de salud y maternidad señala que el:

- Capítulo VI Del Combate a la Pobreza, Artículo 12°: Las políticas públicas del Estado y los municipios tienen como prioridad implementar programas de salud que reduzcan la mortalidad materna procurando otorgar servicios de salud de calidad, mediante el ejercicio responsable y profesional de la medicina.

En Chiapas se cuenta con el Hospital de la Mujer "cuyo objetivo es mejorar la calidad de la atención del binomio madre-hijo y disminuir la mortalidad materna y perinatal, a través de la atención integral del embarazo, parto y puerperio, atención del recién

nacido, alojamiento conjunto, lactancia materna, inmunizaciones y aplicación de métodos de planificación familiar post-evento obstétrico". Además con el objetivo de intensificar el alcance de la atención médica especializada, digna y de calidad a mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y con ello contribuir a la reducción de la mortalidad materna y las disparidades sociales que persisten en Chiapas, en marzo de 2021 el Gobernador del Estado el Dr. Rutilio Escandón Cadenas inició la construcción de la primera Clínica de Parto Humanizado en Chiapas donde se acompaña a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio bajo un modelo de atención con enfoque humanizado, intercultural y seguro a favor de las mujeres chiapanecas, erradicando barreras culturales y de género y atendiendo las políticas del Plan Estatal de Desarrollo Chiapas 2019-2024 del eje dos de Bienestar Social y del Programa Estatal de Salud 2019-2024. (Congreso del Estado de Chiapas, 2023)

NIVEL NACIONAL

En 2016 el Diario Oficial de la Nación, publicó la actualización de la 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, donde se establecen los criterios de atención en salud de la mujer durante estado grávido y en el puerperio así como al recién nacido. siendo esta una pauta en la atención obstétrica que con su correcta aplicación, impacta en la reducción de la morbilidad materna.

Los mecanismos de vigilancia de salud materna en nuestro país, están integrados por diferentes metodologías, los cuales se encuentran implementados por diferentes instancias con un mismo objetivo: La vigilancia activa de la mortalidad materna para la cual se definen procesos administrados por tres unidades de la Secretaría de Salud: 1) La notificación inmediata cuya coordinación y rectoría está a cargo de la Dirección General de Epidemiología, 2) la Investigación, documentación y análisis de los casos confirmados a cargo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y 3) la Búsqueda Intencionada y Reclasificación a cargo de la Dirección General de Información en Salud.

La vigilancia convencional que requiere notificación semanal numérica y de base universal, incluye sólo dos tópicos de morbilidad materna: Diabetes Mellitus en el embarazo (O24.4) y Edema, Proteinuria y Trastornos Hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (O10-O16), realizado a través del Sistema Único de Información de Vigilancia Epidemiológica (SUIVE)

La vigilancia epidemiológica de la Morbilidad Materna Extremadamente Grave que incluye la detección, notificación, estudio clínico epidemiológico, la vinculación con la notificación semanal de embarazos de alto riesgo y la notificación inmediata de la

morbilidad materna; así como la evaluación del sistema, se realiza a través de los Sistemas Especiales. (Dirección General de Epidemiología, 2021)

El trabajo que el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) realiza para contribuir a la reducción de la mortalidad materna en México se basa en tres pilares básicos (*Salud Materna*, 2017):

- El acceso a anticoncepción y planificación familiar
- Atención calificada de todos los partos
- Acceso a cuidados obstétricos de emergencia

El artículo 4to. constitucional en el Párrafo adicionado DOF 03-02-1983. Reformado DOF 08-05-2020, menciona lo siguiente: *“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución. La Ley definirá un sistema de salud para el bienestar, con el fin de garantizar la extensión progresiva, cuantitativa y cualitativa de los servicios de salud para la atención integral y gratuita de las personas que no cuenten con seguridad social.”* Lo que establece una base para las políticas públicas de salud, en búsqueda del beneficio de la población, teniendo como prioridad a la población vulnerable.

NIVEL MUNDIAL

La Organización Mundial de la Salud (2019) establece que es esencial la promoción de la salud durante todo el proceso de embarazo, parto y atención posnatal. Esto incluye la buena nutrición, la detección y prevención de enfermedades, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y el apoyo a las mujeres que sufren violencia de pareja.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) (en colaboración con sus colegas de la Confederación Internacional de Matronas, la Alianza del Lazo Blanco, la Asociación Internacional de Pediatría y la Organización Mundial de la Salud (OMS), lanzó la Iniciativa Internacional sobre el Parto para promover la participación activa de las asociaciones profesionales, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil con el fin de mejorar la calidad de la atención y reducir el maltrato, el abandono y la extorsión de las mujeres embarazadas en los centros. La FIGO hace un llamamiento a estos organismos para que respalden y colaboren en la aplicación de la iniciativa, el cual tiene como objetivo proporcionar un marco ético para la atención de la salud materna respetuosa durante el embarazo y el parto. Junto con la declaración de derechos, ayudará a impulsar los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3.1 y 3.2, que pretenden

reducir la tasa de mortalidad materna mundial a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos y acabar con las muertes evitables de niños y recién nacidos para 2030. en el que se establecen la siguientes recomendaciones (Marco Ético Para Una Atención De La Salud Materna Respetuosa Durante El Embarazo Y El Parto | Figo, 2021):

- La atención de la salud materna debe ser de respaldo, individualizada y basada en el valor.
- Los profesionales de la salud deben asegurarse de que sus prácticas se guíen por las necesidades y expectativas de salud, así como por los resultados sanitarios y la rentabilidad basada en la optimización de los procesos normales del parto.
- Proporcionar respeto, dignidad y elección informada: la atención de la salud materna incorpora un enfoque basado en los derechos, evitando la exclusión y el maltrato de las personas marginadas y socioeconómicamente desfavorecidas
- Promover el bienestar y la prevención de enfermedades como bases para mejorar la salud materna y neonatal

En 2021 la Oficina Regional del Fondo de Población de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (UNFPA/LACRO) hizo público el Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-2030, donde se establecen los puntos prioritarios para las estrategias e iniciativas, orientadas a nivel de políticas públicas, sistemas de salud, sistemas de información y vigilancia, relacionadas con los métodos de anticoncepción, respuesta integral al aborto inseguro, orientadas a la población adolescente y a la juventud; a la salud materna, la salud sexual y reproductiva y a la COVID 19; salud materna, migración y crisis humanitaria, resumiendo en los siguientes puntos (*Consenso Estratégico Interagencial Para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: Orientaciones Estratégicas Para el Decenio 2020-2030*, 2021):

- Crear políticas públicas que aborden, de manera contundente, las grandes brechas en la equidad, para así lograr el acceso y la cobertura universal en salud materna y salud sexual y reproductiva. Fortalecer los mecanismos para la participación ciudadana y la rendición de cuentas, en tanto elementos claves de un enfoque basado en derechos con una ciudadanía activa y empoderada para la promoción de la equidad en salud y la reducción de las barreras existentes.
- Mejorar la calidad de la atención en salud materna y salud sexual y reproductiva, en tanto elemento esencial para reducir la mortalidad materna

y para garantizar el ejercicio del derecho a la salud de todas las mujeres, sea cual fuere su condición social.

- Invertir en el personal de salud para mejorar sus condiciones de trabajo, fomentando así su compromiso con la calidad de los servicios y con el avance hacia el acceso y la cobertura universal en salud, sobre todo en la atención primaria.
- Identificar las barreras que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud materna a los que tienen derecho, y de las poblaciones que se ven más afectadas por estos obstáculos.
- Mejorar el acceso a los métodos anticonceptivos, reconociendo su rol esencial en asegurar el derecho a decidir libremente el número, espaciamiento y momento de sus hijos y en contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad materna.
- Garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo, de acuerdo con el marco legal de cada país, incluso durante las emergencias sanitarias y humanitarias. Garantizar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y las competencias adecuadas en los equipos de salud para la identificación y la resolución calificada de casos de interrupción del embarazo, en los países donde el aborto es legal.
- Atender a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las poblaciones adolescentes — la más grande población adolescente y joven de la historia— , reconociendo sus derechos y su impacto en el desarrollo de los países.
- Mantener en funcionamiento y fortalecer o reactivar los sistemas de vigilancia epidemiológica y respuesta a la mortalidad materna, para contar con información en tiempo real, que permita medir las desigualdades sociales en salud materna y la toma oportuna de decisiones acertadas.
- Asegurar que los gobiernos y socios tomen medidas a nivel de las políticas públicas y de los sistemas de protección y de salud para atender a las necesidades en salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, desplazadas y refugiadas, incluyendo de aquellas que están embarazadas.

CONTEXTO

Descripción de la población estudiada

Salto de Agua fundado el 20 de mayo de 1794 por el intendente Agustín de las Cuentas Zayas (Gobierno del estado de Chiapas, s.f. y Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas [CEIEG], s.f.) (Correspondiente al número 077 en Figura 1) es uno de los 124 Municipios del Estado de Chiapas; cuya división está integrada por quince regiones socioeconómicas de acuerdo a sus características geográficas, poblacionales, culturales, climáticas y productivas; en

donde Salto de Agua pertenece a la región XIV "Tulija Tseltal Chol" junto con los municipios de Chilón, Sabanilla, Sitalá, Tila, Tumbalá y Yajalón encontrados al noreste del estado. (Gobierno del estado de Chiapas, 2021) (Figura 1 y 2)

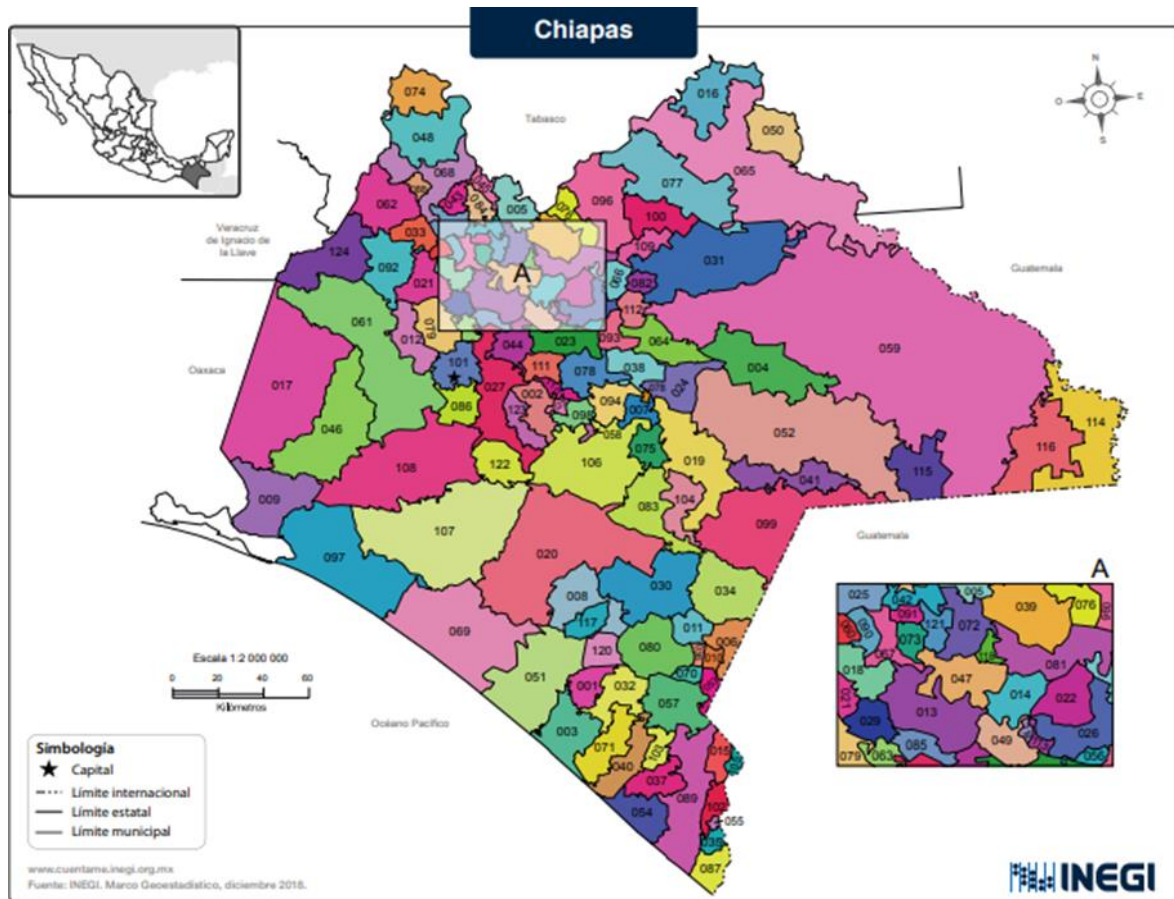


Figura 1-Nota: Tomada de Mapa de Chiapas: División Municipal [Imagen], por INEGI, Marco Geoestadístico, Diciembre 2018, https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/chismpioscolor.pdf

A su vez, Salto de Agua también forma parte del Área de Protección de Flora y Fauna "Cascada de Agua Azul" junto con los municipios de Chilón y Tumbalá, un área protegida por uno de sus recursos más valiosos, el agua, y que brinda turismo nacional e internacional por sus cascadas blanquiazules. Este municipio posee una extensión territorial de 1227.49 km² y ocupa 1.64% de la superficie del estado de Chiapas; posee un clima cálido-húmedo con lluvias todo el año (98.95% del año) y vegetación de selva alta (47.03%); además, sus recursos hidrológicos están constituidos por las cuencas Río Grijalva-Villahermosa (más del 90% de la superficie) integradas por la subcuenca Río Tulijá, Río Shumulá, Río Macuspana, Río Yashila, Río Puxcatán, Río Bascán, Río Chacté, Río Chilapa y Río Almendro, que a su vez se dividen en otras prolongaciones; la cuenca del Río Lacantún (menos

del 10%) y en mínima proporción la cuenca Río Usumacinta. (CEIEG, s.f) Limita al norte con el estado de Tabasco y parte del municipio de Palenque, al este con Palenque y parte de Chilón, al sur con Chilón y Tumbalá y al oeste con Tumbalá y Tila. (Gobierno del estado de Chiapas, s.f.)

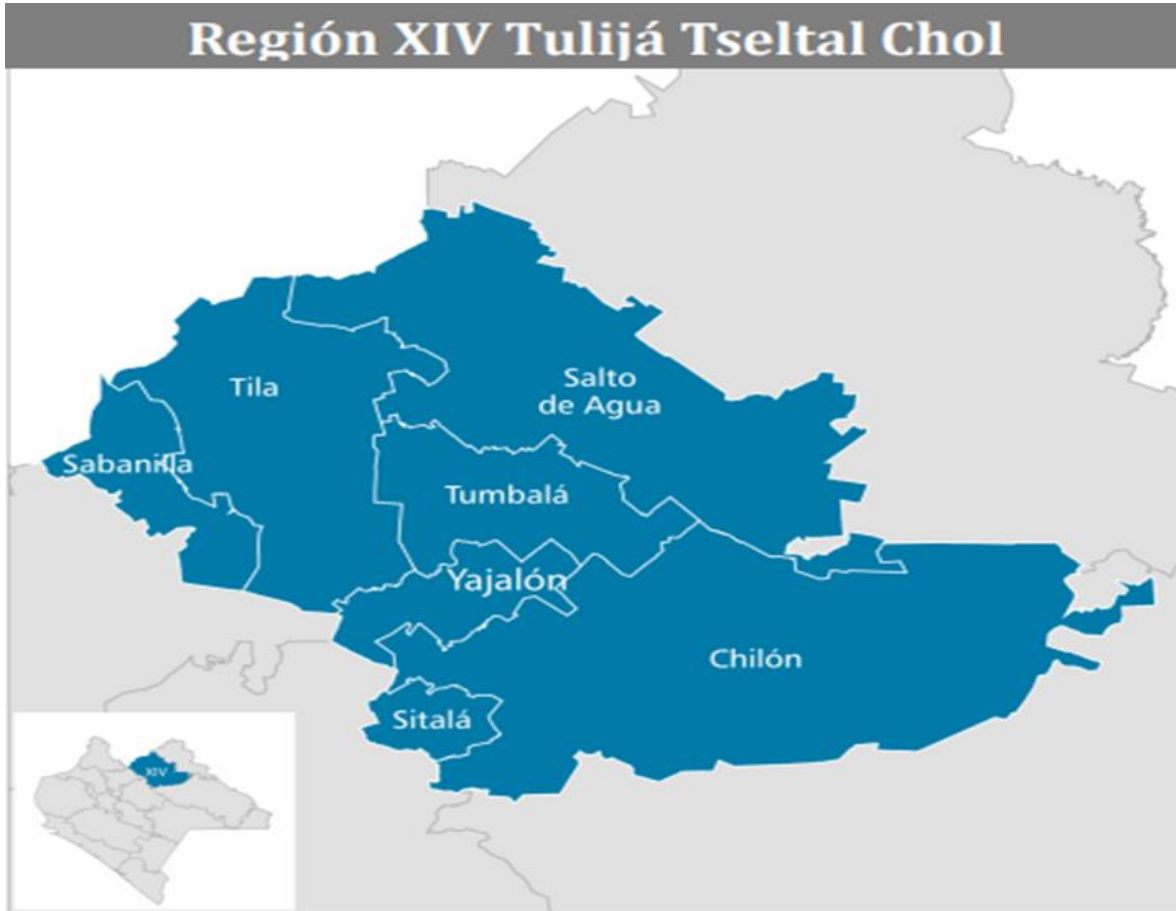


Figura 2-Nota: Tomada de Región XIV Tulijá Tselal Chol [Imagen], por Programa Regional de Desarrollo. Secretaría de Hacienda- Chiapas. (s.f.)

<http://www.haciendachiapas.gob.mx/planeacion/informacion/desarrollo-regional/prog-regionales/tulija.pdf>

De acuerdo con el Diario Oficial de la Federación en el Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención prioritaria para el año 2024 Salto de Agua forma parte de los 1325 municipios en las 32 entidades federativas que cumplen con alguna de las siguientes condiciones: son de muy alta o alta marginación, o tienen muy alto o alto grado de rezago social, o el porcentaje de personas en pobreza extrema es mayor o igual al 50%, o son municipios indígenas o afroamericanos, o de alto nivel delictivo y son municipios no urbanos llamadas "Zonas de Atención Prioritaria Rurales"; y de las 43,182 Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEBS) urbanas en 4,528 localidades urbanas de 2,371 municipios que

cumplen las siguientes condiciones: AGEBS urbanas con muy alto o alto grado de marginación, o muy alto o alto grado de rezago social, porcentaje de personas en condición de pobreza mayor al 34%, o AGEBS urbanas ubicadas en municipios considerados como Zonas de Atención Prioritarias Rurales llamadas "Zonas de Atención Prioritaria Urbanas". Según este informe Salto de agua se considera un municipio de tipología indígena con porcentaje de población considerada afroamericana en 30%, con un grado de marginación muy alto, un grado de rezago social alto, nivel delictivo bajo, con un porcentaje de personas en pobreza de 86.4%, pobreza moderada de 55.2%, pobreza extrema de 31.21%, y sólo 0.6% de la población no vulnerable o pobre; y tipología municipal rural, además también cuenta como AGEB.

Según el Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social (2024) la población total de Salto de Agua para 2023 fue de 71,509 según la proyecciones de la CONAPO 2015-2030; siendo 35,948 mujeres (50.3%) y 35,561 hombres (49.7%). Los rangos de edad que poseen el mayor porcentaje de población son el grupo de 5-9 años (11.6%), 10-14 años (11.5%) y 0-4 años (10.8%), concentrando el 33.9% de la población total. La población joven (15-29 años) alcanzó el 25.9% (18,553) mientras que la población adulta mayor corresponde al 6.5% (4703). (Figura 3) Además la población indígena ocupa el 79.2% de la distribución del municipio (56,701), mientras que un mínimo porcentaje corresponde a la comunidad afrodescendiente que ocupa el 2.9% del total de la población.

En dicho informe también se presenta la estimación de las lenguas indígenas más habladas dentro del municipio; donde se menciona que la población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena es del 82.2% del total y las lenguas más habladas fueron Ch'ol (45,198 habitantes = 63%), Tseltal (7483 habitantes= 10.4%) y Tsotsil (17 habitantes = 0.02%).

A excepción de las áreas naturales protegidas, prácticamente toda la región contiene asentamientos humanos que están asociados a la actividad agropecuaria; la superficie dedicada a la agricultura en la sierra es abundante y corresponde principalmente a pastizal cultivado y agricultura temporal. Existe la presencia de cultivo de café en la parte oeste de la región lo que permite la elaboración de café tostado y molido, chocolate y productos a partir del cacao mientras que al sureste el cultivo de palma y la extracción de su aceite es una importante actividad económica. Por otro lado la ganadería principalmente de bovinos se desarrolla en terrenos no inundables de los valles y partes bajas de la sierra para el comercio de derivados lácteos y el consumo de carne. (CEIEG, s.f.)

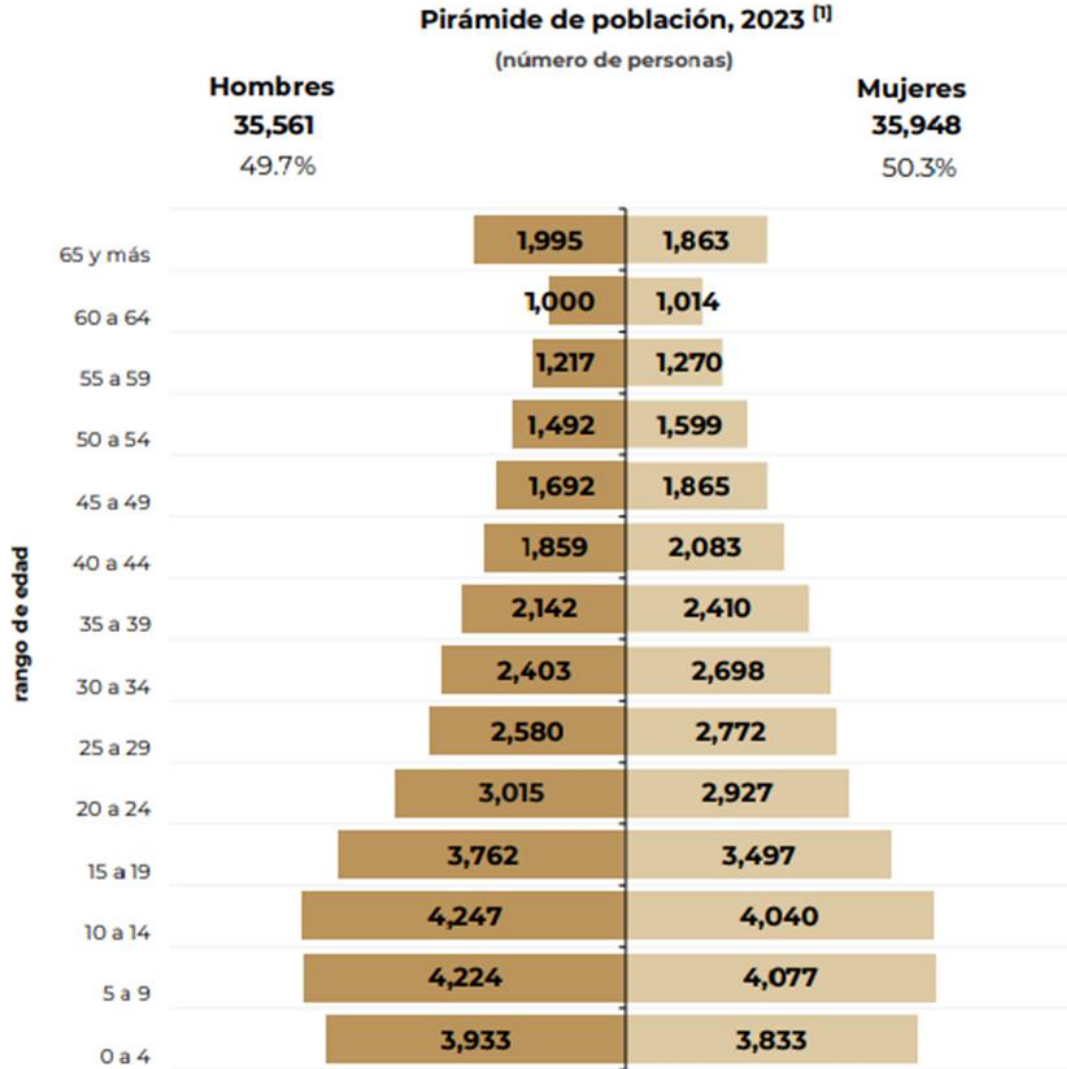


Figura 3-Nota: Tomado de Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2024 (Salto de Agua, Chiapas) [Gráfica], por Gobierno de México. Secretaría de Bienestar. (2024). <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/887330/07077SaltoDeAgua2024.pdf>

Descripción del Hospital Básico Comunitario Salto de Agua, Chiapas.

El Hospital Básico Comunitario de Salto de Agua (HBC SA), el cual inició sus funciones como centro de salud comunitario, para posteriormente convertirse en Hospital, es la unidad de segundo nivel de atención más importante del municipio, contando con los servicios de urgencias y hospitalización las 24 horas, así como atención médica en el área de consulta externa de lunes a viernes de 07:00 a 15:00 horas; este último se encuentra distribuido en tres núcleos básicos para la atención de las múltiples localidades pertenecientes al municipio: Núcleo Básico 1 encargado de la población céntrica de la cabecera municipal; Núcleo Básico 2 a cargo de la

población ubicada en la colonias periféricas de la cabecera municipal; y Núcleo Básico 3, el cual se hace cargo de la población foránea, comunidades y ejidos pertenecientes al municipio; además de un consultorio de psicología en el mismo horario de atención que la consulta externa, y uno de odontología y cirugía general con horario solo los fines de semana. También la unidad cuenta con 1 CEyE, 2 quirófanos de los cuales solamente 1 se encuentra habilitado para la realización de cirugías programadas los fines de semana como: colecistectomía abierta, apendicectomía abierta, hernias, lipomas y OTB; también presta servicio para la atención de partos que no presentan ningún tipo de complicación, debido a la falta de médico ginecólogo y obstetra. Se cuenta con 2 camas en el área de recuperación para pacientes postquirúrgicos y 1 central de enfermería; en cuanto al área de hospitalización se cuenta con 5 camas para hombres, 5 para mujeres, 2 para pediátricos, 1 para aislados y 1 central de enfermería; en el área de urgencias se tiene 2 consultorios, 3 camillas para observación, 1 pediluvio y 1 central de enfermería. Se tiene 1 laboratorio clínico y un área para Rayos X y Ultrasonido. Existe un área que estaba habilitada para recibir pacientes con infección respiratoria por COVID, que actualmente no se encuentra en función. Se tiene también un despacho de gobierno, el cual se encarga de los principales temas administrativos del hospital; 1 área de recursos humanos encargada de gestionar trámites y necesidades relacionadas con los trabajadores, 1 área de enseñanza para enfermería junto con su jefatura, 1 área de trabajo social encargada de la asistencia de las necesidades de la población brindando apoyo emocional, de recursos y orientación para superar las dificultades, 1 área de archivo clínico en donde se resguardan todos los expedientes físicos de los usuarios, una farmacia que no cuenta con el cuadro básico de medicamentos y solo da atención de lunes a sábado, 2 salas de espera, una para consulta externa y la otra para el área de urgencias; 1 área de cocina y comedor, sin embargo este no ofrece servicio de alimentos para el personal; y 1 área de estacionamiento para personal autorizado. Dentro del hospital se dispone de servicios básicos como red eléctrica e inalámbrica de internet (esta última solventada por recursos de los trabajadores del hospital), drenaje, agua potable y recolección de basura y RPBI.

Con respecto al personal que se encuentra laborando en el hospital de lunes a viernes en un horario de atención matutino de 7:00 am a 15:00 pm, se cuenta con 3 médicos generales para el área de consulta externa divididos en los 3 núcleos, 3 enfermeras para cada núcleo encargadas del trabajo clínico y de campo, 1 psicóloga clínica, 1 enfermera encargada de vacunación y prevención, 1 enfermero encargado del área de enseñanza para enfermería, 1 enfermera encargada de hospitalización, 1 enfermera encargada para urgencias, 1 jefa de enfermería para todo el hospital, 1 trabajadora social, 3 personales administrativos (directora, recursos humanos y

contaduría), 2 personales para archivo clínico, 1 personal para el área de farmacia, 6 médicos pasantes y 7 enfermeros pasantes, 1 técnico de rayos X y un químico para el área de laboratorio; para el turno vespertino de 15:00 pm a 20:00 pm solamente se atiende en el área de urgencias y hospitalización, quedando 2 médicos generales de base, 1 enfermera para la central de urgencias y 1 enfermera para la central de hospitalización y un técnico de rayos X y un médico general para ultrasonido; y para el turno nocturno de 20:00 pm a 7:00 am del siguiente día hay 1 médico general de base, una enfermera para central de urgencias y 1 enfermera para la central de hospitalización.

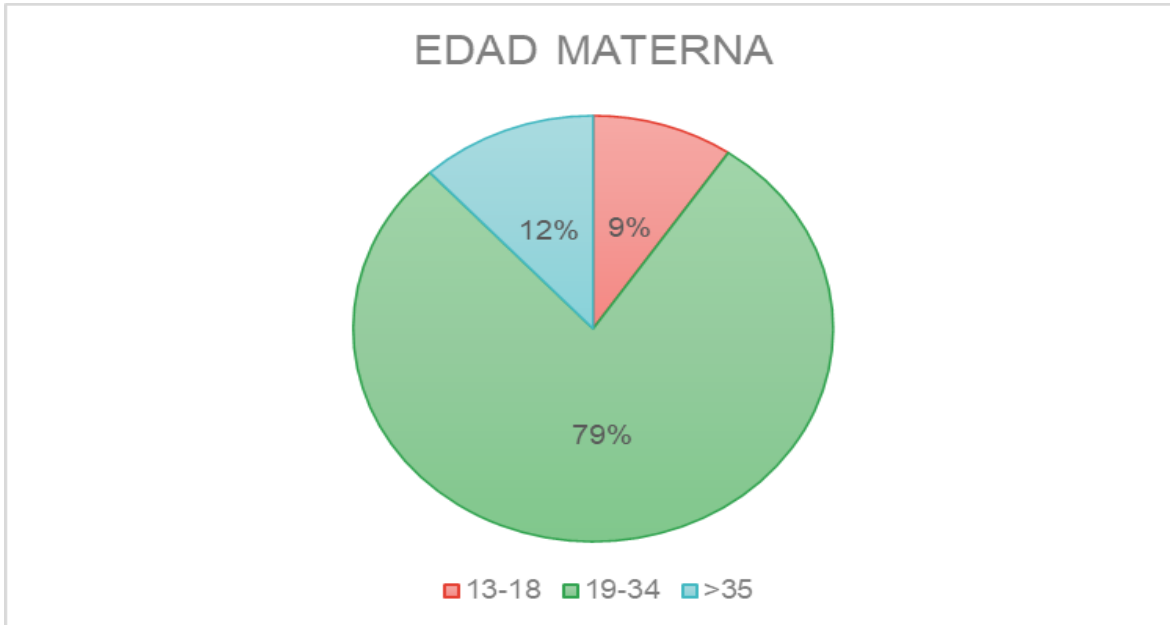
Para la jornada acumulada de los días sábados y domingos solamente se cuenta con un médico general para urgencias, 1 enfermero para la central de urgencias, 1 enfermera para la central de hospitalización, 2 médicos cirujanos generales para las cirugías que se encuentran programadas, 1 médica anesthesióloga, 1 médico odontólogo, 1 técnico en rayos x y 1 químico para laboratorio; con respecto al personal de limpieza se cuenta en todo el hospital con alrededor de 8 personas para el aseo diario en cada turno o según se requiera, también se cuenta con personal de seguridad que son alrededor de 7 elementos con jornadas repartidas de lunes a domingos.

Actualmente se encuentra en un proceso de transición, de ser un órgano perteneciente a la Secretaría de Salud a IMSS-BIENESTAR, el cuál de acuerdo con el Diario Oficial de la Federación en el "Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social, que celebran la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y el Estado de Puebla" (2023); se trata de un organismo público descentralizado que tiene como objetivo brindar a las personas sin afiliación a las instituciones de seguridad social, atención integral gratuita médica y hospitalaria con medicamentos e insumos asociados, bajo las bases de universalidad e igualdad y en condiciones que permitan acceso progresivo, efectivo, oportuno, de calidad y sin discriminación alguna a la salud en las entidades en las que se celebren convenios de coordinación para la transferencia de dichos servicios.

Descripción de los resultados

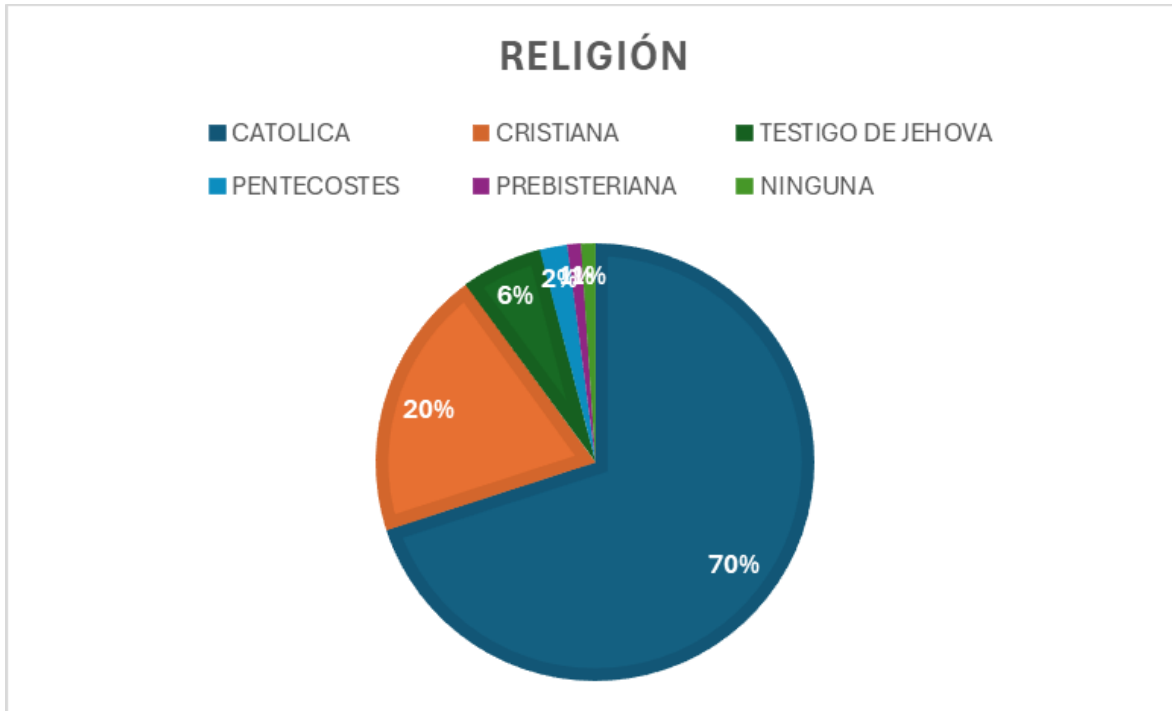
Se estudió un total de 84 mujeres que se encontraban en control de embarazo, parto y puerperio en nuestra unidad durante el periodo de Octubre 2023-Mayo 2024. Para la clasificación de embarazo de acuerdo con la edad se agrupó a las mujeres en 3 grupos de edad de acuerdo con el riesgo reproductivo que presentan: 13-18 años,

19-34 y > o igual de 35 años, tomando en cuenta que las mujeres en ambos extremos de la vida presentan mayor probabilidad de complicaciones obstétricas. Se observa que el 79% de nuestra población se encuentra dentro del rubro de 19-34 años, edad que de acuerdo con la literatura presenta un menor riesgo de complicaciones; en cuanto a las grupos de edades de riesgo encontramos un 9% para el de 13-18 años y 12% para las mujeres con 35 años o más, que en conjunto representan el 21%, casi una cuarta parte de nuestra población. (**Gráfica 1**)



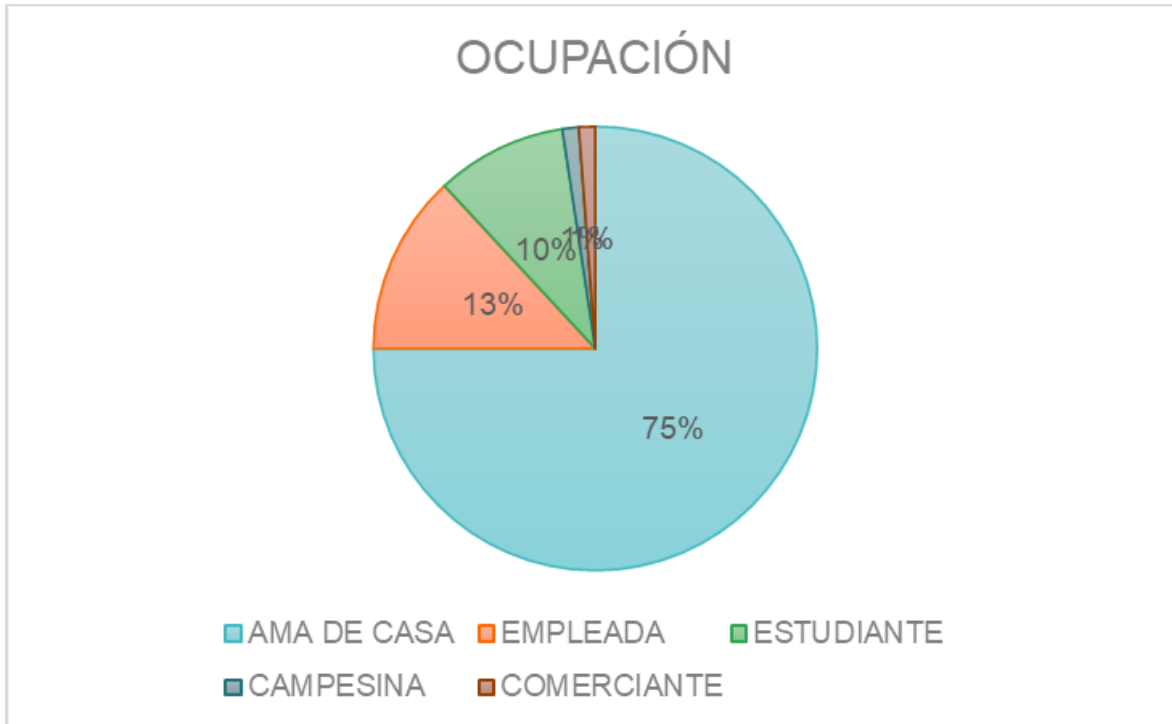
Gráfica 1 Distribución porcentual por grupo de edades de las mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

La religión que más se practica dentro de la población de estudio es la católica en un 70% de los casos, seguida del cristianismo en un 20%, y Testigo de Jehová en un 6%, otras religiones en un 4%. Hecho relevante, debido a que la religión no ha dejado de estar presente en los discursos sobre la salud individual, comunitaria y colectiva y sobre las políticas públicas alrededor de la salud y la aceptación de algunas prácticas médicas. Sin embargo, en nuestro estudio no representó un obstáculo evidente que influyera en el ejercicio del bienestar materno. (**Gráfica 2**)



Gráfica 2 Distribución porcentual de acuerdo con las religiones practicadas en el grupo de mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

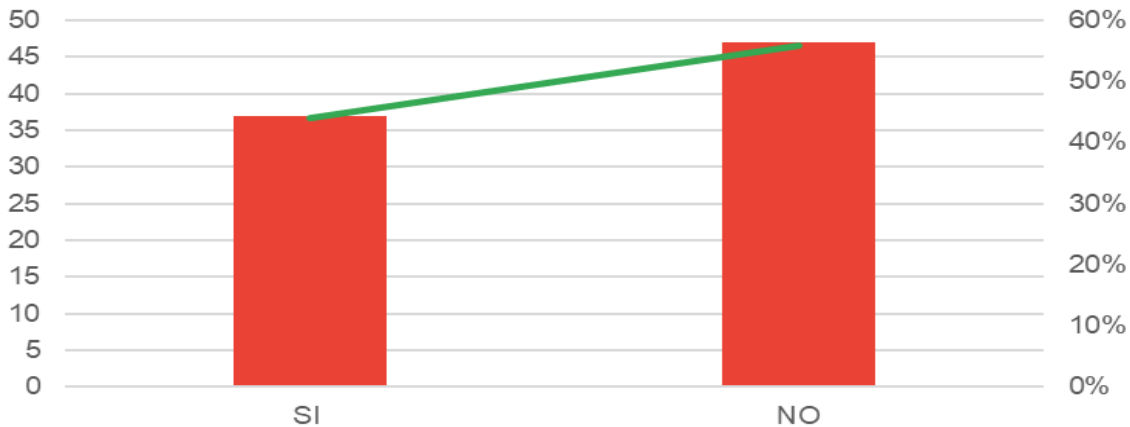
Para 2024 en Chiapas y según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo el 83% de la Población Económicamente Activa (PEA) está constituido por hombres, quienes principalmente se dedican al cultivo y el apoyo de actividades agrícolas, empleados de ventas, despachadores y dependientes en comercios, mientras que la población femenina solo ocupa el 32.9% de la PEA, dedicándose principalmente al trabajo domésticas y comercial en establecimientos. De acuerdo con nuestro estudio el 75% de las mujeres encuestadas son trabajadoras domésticas, el 13% son empleadas de ventas o despachadoras, el 10% se encuentran cursando algún grado académico, y el 2% son campesinas y dependientas de negocios. **(Gráfica 3)** La inserción de las mujeres en el mercado laboral garantiza un espacio de empoderamiento y de autonomía, ayuda a establecer su capacidad de toma de decisiones sobre sus vidas y participar en igualdad de condiciones con los hombres, con salarios y cargos dignos y equitativos en condiciones laborales. (Espino y Sauval, 2016).



Gráfica 3 Distribución porcentual de la ocupación de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

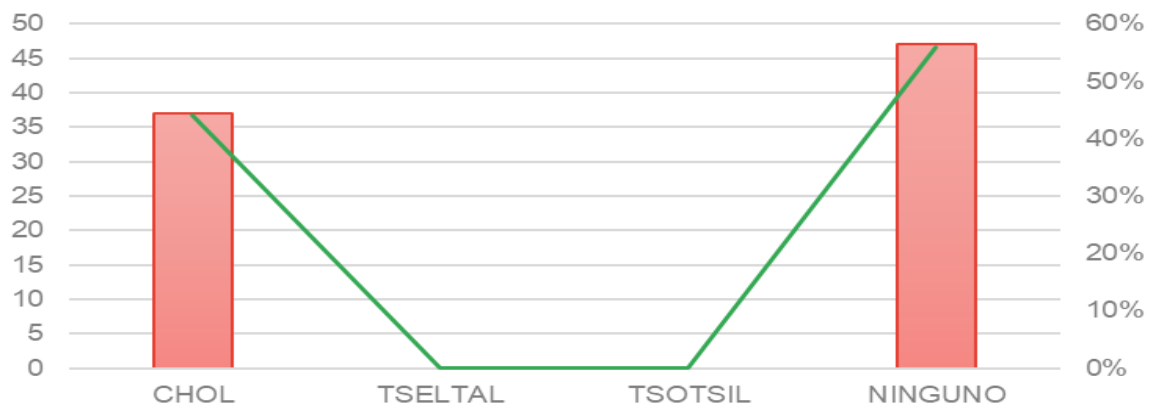
En Salto de Agua la población de 3 años y más que habla al menos una lengua indígena es del 82.2% del total y las lenguas más habladas fueron Ch'ol (45,198 habitantes = 63%), Tseltal (7483 habitantes= 10.4%) y Tsotsil (17 habitantes = 0.02%). Sin embargo en nuestra población encuestada solo el 44% de las mujeres se consideran miembros de un grupo étnico y hablantes de otro idioma diferente al español, de las cuales el 100% pertenecen al grupo Chol. (**Gráfica 4 y 5**). En América Latina y el Caribe las desigualdades sociales siguen siendo muy marcadas y afectan principalmente a los grupos vulnerables, entre ellos los pueblos indígenas y afrodescendientes, personas de bajos ingresos y que viven en zonas rurales o en la periferia de grandes ciudades. (GTR, 2017).

PERTENENCIA A GRUPO ÉTNICO



Gráfica 4 Distribución porcentual de acuerdo con la percepción de pertenencia a grupos étnicos de las mujeres en embarazo, parto o puerperio.

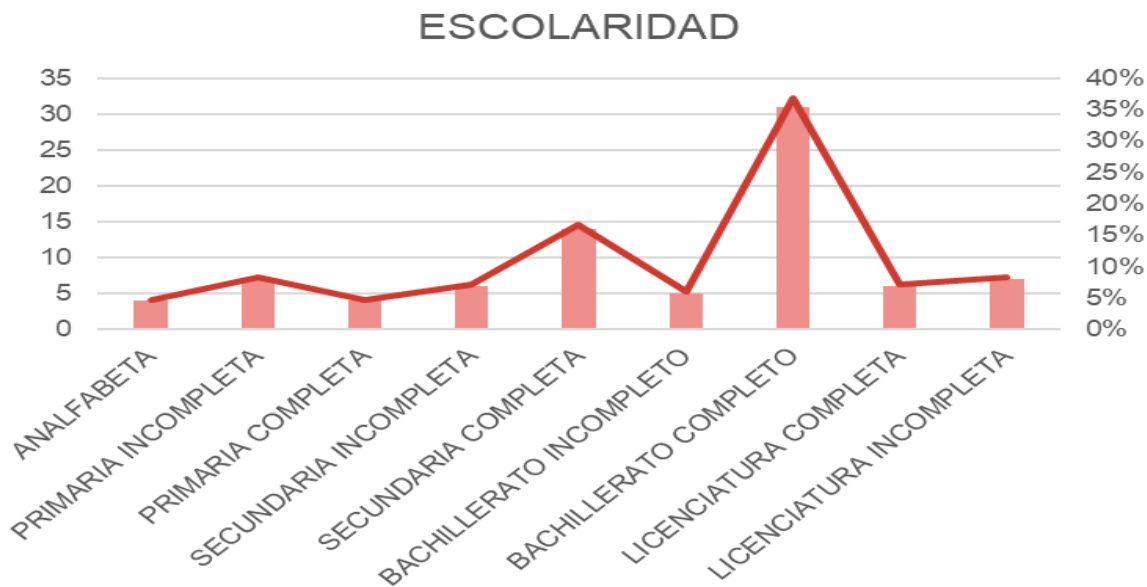
GRUPO ÉTNICO AL QUE PERTENECEN



Gráfica 5 Distribución porcentual de acuerdo con el grupo étnico al que pertenecen las mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

La población porcentual en Salto de Agua de 15 años y más según el grado académico aprobado en 2020 fueron nivel primaria 39.1%, Secundaria 28.9%, Preparatoria o Bachillerato 25.7% y Licenciatura 4.44%, es decir, 68% de la población cuenta únicamente con educación básica, mientras que solo el 30.14% cuenta con educación Medio-Superior. Por otro lado la tasa de analfabetismo es de 23.1%, y del total de esta población 32.9% corresponde al sexo masculino versus 67.1% en las mujeres. (Secretaría de Economía, 2020). En nuestro estudio el 17% de las mujeres encuestadas refirieron haber terminado únicamente educación básica (Secundaria terminada), mientras que el 52% ha culminado educación Medio-Superior (Bachillerato completo, Licenciatura incompleta y completa). El

porcentaje de mujeres que no culminaron la educación básica es del 15% (Primaria y secundaria incompletas) y el de analfabetismo es de solo 5% (**Gráfica 6**). Salto de Agua es un ejemplo de las desigualdades de género y socioeconómicas en nuestra sociedad que limitan el ejercicio de los derechos humanos, principalmente en las mujeres y su potencial para contribuir al desarrollo social, político, económico y cultural y la posibilidad de beneficiarse de ello. Actualmente la necesidad de eliminar las disparidades de género en la educación y garantizar el acceso en condiciones de igualdad de las personas vulnerables (personas con discapacidad, pueblos indígenas y niños en condiciones de desventaja) a todos los niveles de enseñanza y formación profesional, es uno de los objetivos estratégicos de la UNESCO. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] e Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación [IIEP], 2019)



Gráfica 6 Distribución porcentual de acuerdo con la escolaridad de las mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

En México existen diferencias entre las características de las instituciones educativas públicas y privadas, aunque en ambos sistemas se debe cumplir con el mismo plan educativo establecido por la Secretaría de Educación Pública (SEP). A pesar de que la educación pública en los últimos años ha generado el aumento de la escolarización de la población, acompañada del aumento de las demandas, el número de alumnos por clase y docentes, atendiendo de esta forma a más del doble de población que atienden los medios privados; las remuneraciones y prestaciones en muchas ocasiones son inferiores, además de que los recursos y materiales son limitados para cubrir los planes de estudio de manera adecuada y enfocadas a las

necesidades particulares de cada alumno. (Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación [INEE], 2019) Sin embargo, la educación privada no siempre es sinónimo de mejoras en todos los ámbitos educativos, Según Rojas (2022) en Chiapas impera la educación privada que apenas cubre los requisitos mínimos de infraestructura, operación y de exigencia académica. Las mujeres encuestadas en nuestro estudio refieren haber tenido acceso a educación pública en un 89% de los casos versus el 6% de la población que durante su última instancia académica tuvieron acceso a educación privada en el propio estado de Chiapas o fuera, principalmente en instituciones del estado de Tabasco; y un 5% que no tuvo acceso a ningún tipo de educación. (**Gráfica 7**)



Gráfica 7 Distribución porcentual de acuerdo con el tipo de acceso a la educación de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

En Chiapas 14 de cada 100 personas de 15 años y más no sabe leer y escribir, mientras que el mayor porcentaje de analfabetismo se encuentra en la población de 75 años y más con 51.5%. Actualmente y gracias a la mayor cobertura de escuelas públicas en el país y el mayor grado de escolarización de 2010 a 2020 en la población de 15 años y más para el caso de las mujeres 27 mil 359 de ellas pasaron del analfabetismo al alfabetismo según el Censo de Población y Vivienda (2020) expedido por el INEGI. De acuerdo con nuestros resultados el porcentaje de mujeres en control del embarazo, parto y puerperio que refiere saber leer y escribir es del 92% en contraste con aquellas mujeres que no tuvieron acceso a ningún tipo

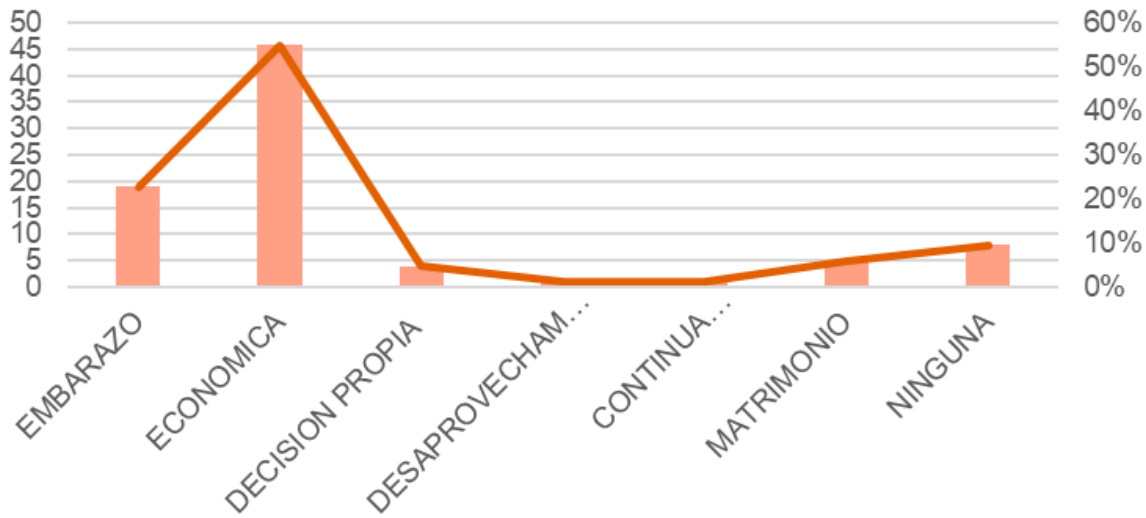
de educación o no lograron culminar los estudios básicos, y que por lo tanto no saben leer ni escribir es de 8% en nuestra población de estudio. (**Gráfica 8**)



Gráfica 8 Distribución porcentual de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio que saben leer y escribir.

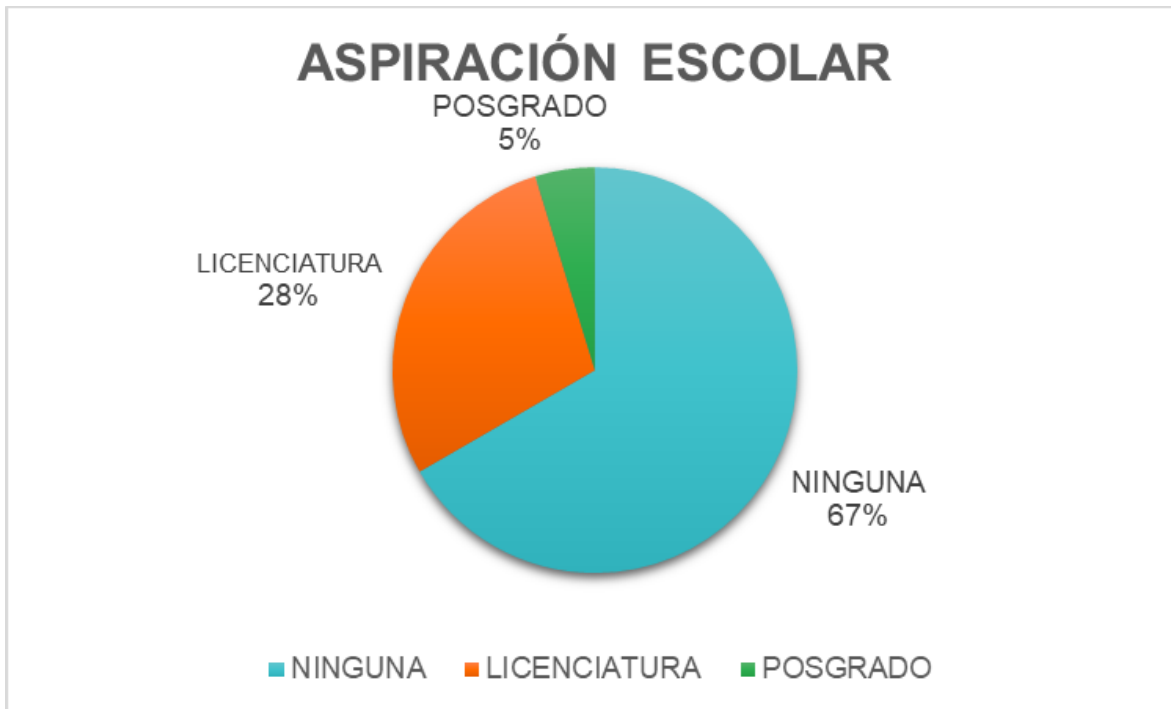
En los últimos años se ha dado un aumento en el ingreso de las mujeres al nivel de educación Medio-Superior, sin embargo, existe una distinción sexista en cuanto a los motivos de deserción o abandono escolar, siendo para los hombres la inserción al mercado laboral la principal causa, mientras para las mujeres imperan razones de cuidado (hijos, hermanos menores u otros miembros que necesitan asistencia en la familia). (UNESCO e IPE, 2019). Para las mujeres encuestadas la principal causa de deserción escolar fue la falta de recursos económicos para solventar su educación en un 55% de los casos, seguida del 23% por cursar con un embarazo mientras cursan algún grado académico, principalmente a nivel medio-superior, por lo que se vieron obligadas a abandonar o estancar sus estudios. (**Gráfica 8**)

CAUSA DE DESERCIÓN ESCOLAR



Gráfica 8 Distribución porcentual de las causas de deserción escolar de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio

A pesar de las causas de deserción escolar se les preguntó a las mujeres en control del embarazo parto y puerperio si aún tenían alguna aspiración escolar o la intención de continuar con algún grado académico en las condiciones actuales en las que viven, en caso de que contarán con la posibilidad u oportunidad de hacerlo, ya sea que se dediquen al trabajo en el hogar, se encuentren laborando en cualquier actividad económica o continúen estudiando esperando terminar el grado académico en el que se encuentran. El 67% de las mujeres no consideraba ninguna posibilidad de reintegrarse al sistema educativo debido a los obstáculos que representan algunas de sus condiciones actuales (ser madres de familia y dedicarse en la totalidad del tiempo a su familia, encontrarse laborando para solventar gastos del hogar, situación económica, la visión del embarazo o la edad como un obstáculo, etc.), mientras que el 28% aún se encuentran interesadas en lograr la inserción al nivel medio-superior con la culminación de una licenciatura; además, aquellas mujeres que tuvieron la posibilidad de culminar una licenciatura están interesadas en realizar un posgrado dentro de su área de conocimiento, que corresponde al 5% de las encuestadas. **(Gráfica 9)**



Gráfica 9 Distribución porcentual de acuerdo con las aspiraciones escolares de las mujeres en control del embarazo, parto o puerperio.

Adicionalmente el acceso a la información es una garantía que juega un papel importante en la evolución de la mujer embarazada, su nivel de entendimiento y toma de decisiones informada y consciente acerca de este proceso, en la concepción o no de un embarazo e incluso en la planeación de este. De acuerdo con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas en su última reforma en 2021 en su artículo 9° y 10° debe garantizar que esta sea accesible, confiable, verificable y veraz; buscará que tenga un lenguaje ciudadano, sencillo y comprensible para cualquier persona, procurando su accesibilidad y traducción a la lengua indígena de mayor habla. En su Artículo 19° Sección IX debe impulsar estrategias que pongan al alcance de los diversos sectores de la sociedad los medios para el ejercicio del derecho al acceso a la información, acordes a su contexto sociocultural.

De acuerdo con la Secretaría de Comunicaciones y Transportes para 2020 en la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información de los Hogares (ENDUTIH) (2019) en México existen 80.6 millones de usuarios de internet, que representa el 70.1% de la población de 6 años y más, un aumento con respecto a la cifra de 2018 (65.8%), de esta cantidad se estima que el 51.6% de los usuarios son mujeres. Entre 2017 a 2019, los usuarios en zonas rurales aumentaron de 39.2% a 47.7% lo que representa aún una deficiente cobertura en estas zonas de más de la mitad de la población que no cuenta con este servicio e impide el

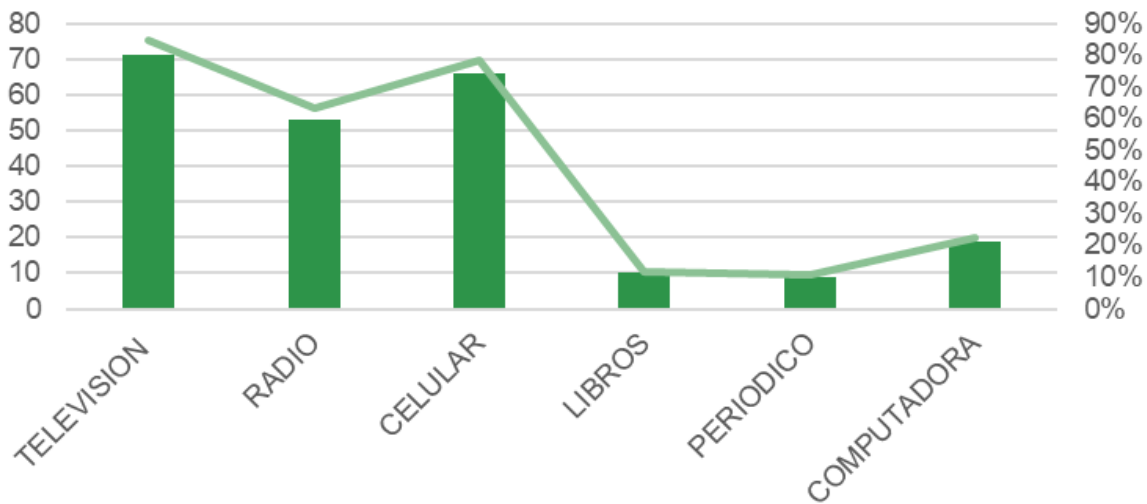
ejercicio pleno del derecho al acceso a la información volviéndola de difícil acceso; los 3 principales medios para la conexión de los usuarios son celulares inteligentes 95.3%, computadora portátil 33.2% y de escritorio en 28.9%. Las principales actividades de los usuarios son el entretenimiento 91.5%, obtención de información y aprendizaje 90.7% y comunicación 28.9%. Los principales medios de comunicación son los teléfonos celulares con un 75.1% de la población de 6 años y más, computadora en un 43%, televisión digital, ya que un 92.5% de los hogares cuenta con un televisor. En Salto de Agua de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda en 2020 sólo el 4.73% de las viviendas cuentan con acceso a internet, y los medios de conexión a la red son 3.88% para computadoras y 31.8% para celulares.

En nuestra población encuestada, entre las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio, el 52% de la población refiere no tener ningún tipo de acceso a internet debido a no contar con dicho servicio en la zona o no poder costearlo, lo que coincide con el perfil nacional dirigido a zonas rurales. **(Gráfica 10)** El medio de acceso a comunicación e información más utilizado es la televisión (85%), seguida del teléfono celular (79%), radio (63%) y computadora portátil o de escritorio (23%) en cuanto a los medios digitalizados, los medios físicos como libros, revista y/o periódico sólo representan entre el 11-12% de los casos. **(Gráfica 11)** Y el principal uso que se les otorga a estas herramientas es el entretenimiento 82%, la comunicación 69% y solo en un 19% la búsqueda intencionada de información de cualquier índole. **(Gráfica 12)**



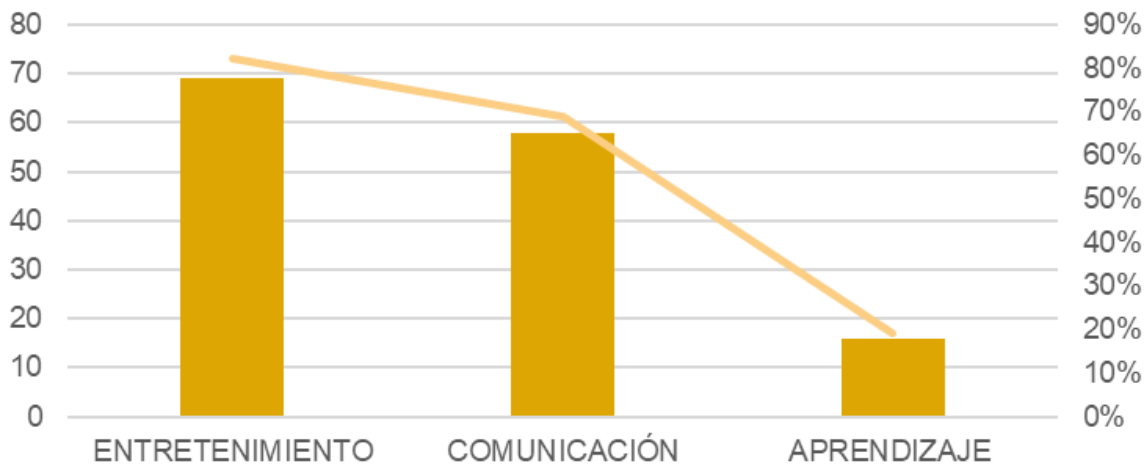
Gráfica 10 Distribución porcentual de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio con acceso a internet.

MEDIOS DE ACCESO A LA INFORMACIÓN



Gráfica 11 Distribución porcentual de los medios de acceso a la información utilizados por las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

RAZÓN DE USO DE HERRAMIENTAS DE INFORMACIÓN

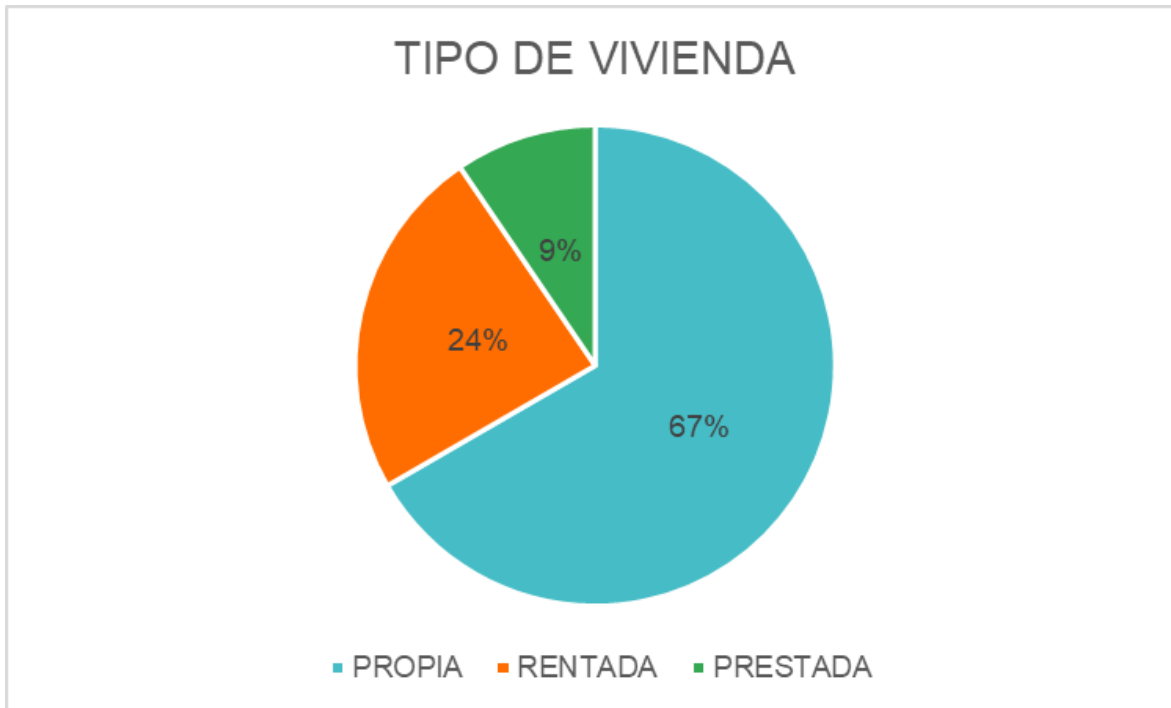


Gráfica 12 Distribución porcentual del uso que se les da a las herramientas de información y comunicación por las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo con las directrices de la OMS sobre vivienda y salud se deben cumplir 7 criterios para que la vivienda sea adecuada: seguridad de tenencia, disponibilidad de servicios, materiales, instalaciones e infraestructura; asequibilidad económica; habitabilidad; accesibilidad; localización y adecuación cultural (OPS, 2022). Durante el periodo 2015-2020 el porcentaje de viviendas en rezago en el estado de Chiapas

según el Censo de Población y Vivienda 2020 de la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano el porcentaje de viviendas en rezago habitacional ha disminuido pasando de 27.53% a 24.37%, siendo la principal entidad federativa de nuestro país con ese problema (68.2% de las viviendas en esta condición), además de presentar el 95.2% de los municipios con más de la mitad de las viviendas en condiciones inadecuadas, lo que en muchas ocasiones ha requerido la necesidad de sustituciones de la vivienda y la de mejoramiento en comparación con otras entidades. Este rezago habitacional en algunas ocasiones responde a cuestiones étnicas, seguido de hogares cuya jefatura es llevada únicamente por la figura materna.

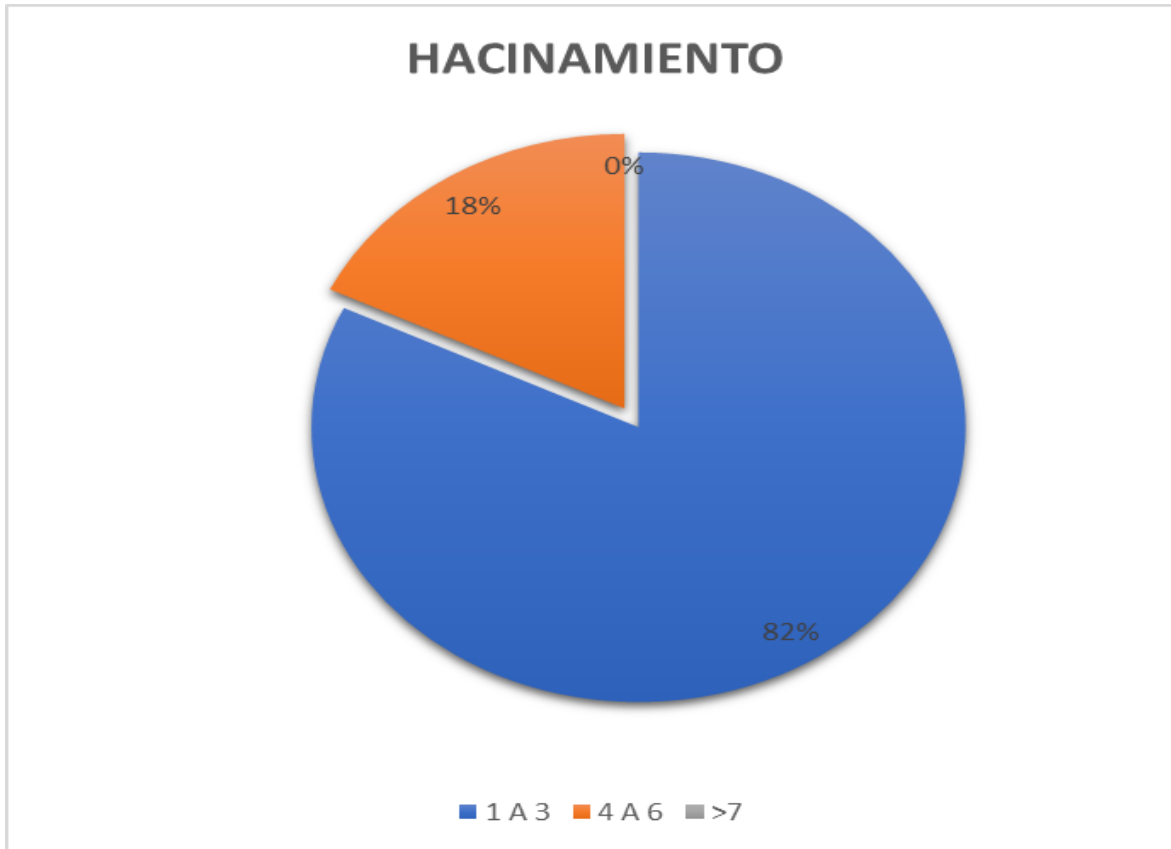
En cuanto a las características de la vivienda de las mujeres encuestadas, el 56% de la viviendas son propias, el 20% son propiedades rentadas, las cuales implican la disposición de cierta parte importante de la remuneración económica mensual de la familia y el 8% son viviendas prestadas. **(Gráfica 13)**



Gráfica 13 Distribución porcentual del tipo de vivienda de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

Del total de la población estudiada en cuanto al número de habitantes en una vivienda, se encontró que el 82% de la población se encuentra en una cantidad óptima en cuanto al número de habitantes en relación con el espacio y número de recámaras disponibles en la vivienda, tomando en cuenta la estrecha relación existente entre el tamaño de la vivienda y el número de habitaciones con la aparición

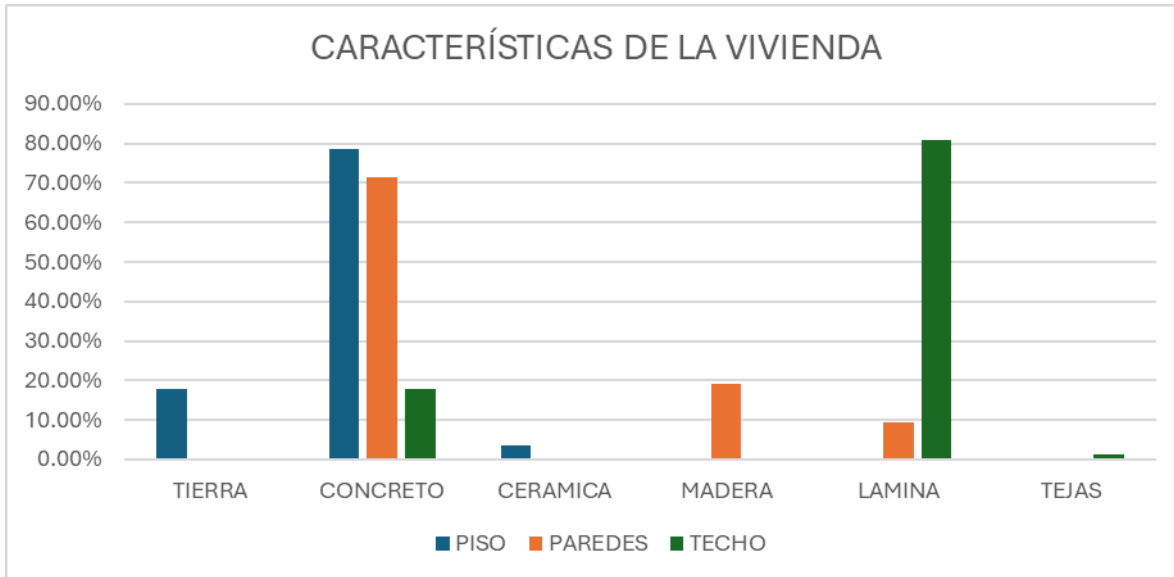
de complicaciones, principalmente de tipo infecciosas y de violencia intrafamiliar. Se considera hacinamiento a aquellas situaciones en las que hay más de 4 personas por número de habitaciones. Para 2020 en Salto de agua y de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda la mayoría de las viviendas particulares cuenta con entre 2 y 3 habitaciones, 33.9% y 31.3%, respectivamente. **(Gráfica 14)**



Gráfica 14 Distribución porcentual de la situación de hacinamiento que presentan las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

Las condiciones de habitabilidad de la vivienda determinan la calidad de vida de las personas en gran medida, una vivienda adecuada se considera importante para promover el bienestar, proteger la vida y la salud de sus ocupantes y brindar seguridad y protección. La Organización de las Naciones Unidas (2019) clasifica a las condiciones de la vivienda como viviendas durables y no durables; las primeras son aquellas construidas en una zona no riesgosa y con estructura permanente y adecuada para la protección de sus habitantes de condiciones climáticas extremas, estas características se miden de acuerdo con la resistencia de la estructura, los materiales de construcción para las paredes, techo y piso, cumplimiento de códigos de construcción, viviendas que no requieran reparaciones mayores o se encuentran en estado ruinoso, las características del terreno sobre las que está construida,

localización no riesgosa (cerca de residuos tóxicos, terrenos inundables o en vías de paso peligrosas como vías ferroviarias, autopista, líneas eléctricas, etc.), mientras que las segundas contienen deficiencias de moderadas a graves en estos parámetros. Los componentes sobre los materiales de construcción indelebles de las viviendas son considerados en paredes: material de desecho, lámina de cartón, lámina de asbesto o metálica, carrizo, bambú o palma, barro o bajareque y madera; en pisos: tierra; y en techo: material de desecho, lámina de cartón, lámina metálica y lámina de asbesto.



Gráfica 15 Distribución de acuerdo con las condiciones de vivienda que presentan las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

Dentro de los grupos con mayor posibilidad de carecer de acceso a una vivienda adecuada, se identifica a los jóvenes, personas con discapacidad o que viven en zonas rurales y generalmente perciben bajos ingresos; actualmente se observa que el 62.4% de las viviendas en zonas rurales se encuentran en condición de rezago; además, las carencias en la vivienda en cuanto a infraestructura y acceso a servicios incide de manera diferente en hombres y mujeres, condicionando el desarrollo personal y el alcance del mayor nivel de bienestar, ya que históricamente las mujeres tienen desventajas para acceder a la propiedad del suelo, vivienda y recursos materiales (ONU-Hábitat, 2019). De acuerdo con los resultados obtenidos en las encuestas más del 50% de la población de mujeres en control cuenta con una vivienda a base de materiales durables para el piso y las paredes (78% y 71% respectivamente), sin embargo, el 80.9% cuenta con construcciones que presentan techos de lámina debido a las condiciones climáticas de la zona y que al no contar con sistemas adecuados de enfriamiento recurren a este material debido a que por

sus características refleja más la luz y el calor del sol, ahorrando o evitando los altos costos de la energía consumida en sistemas de climatización, generando que las viviendas no sean totalmente adecuadas para el pleno bienestar de las mujeres encuestadas. (**Gráfica 15**).

Otro de las problemáticas sociales identificadas es el acceso a servicios básicos en la vivienda, los cuales son componentes fundamentales del entorno que tienen un fuerte impacto en las condiciones sanitarias de las familias; y que corresponden a la disposición de agua y luz eléctrica principalmente. En 2015 se adoptaron un conjunto de objetivos globales cuyo objetivo principal es la erradicación de la pobreza ("Objetivos del Desarrollo Sostenible"); entre ellos el Objetivo 11 hace alusión a "Ciudades y comunidades sostenibles" y plantea erradicar la carencia de acceso a servicios básicos en la vivienda y que para el año 2030 se asegurará como meta el acceso a todas las personas a la vivienda y servicios básicos adecuados, seguros y asequibles (ONU, 2023), además de mejoras en la infraestructura de barrios marginales; basándose en lo plasmado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4º en donde toda familia tiene derecho a disponer de una vivienda digna y decorosa. De acuerdo con la CONAVI, se considera como población en situación de carencia por servicios básicos en la vivienda a personas que residan en viviendas con al menos una de las siguientes características: (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], s.f.)

- El agua se obtiene de un pozo, río, lago, arroyo, pipa, o el agua entubada la obtienen por acarreo de otra vivienda, llave pública o hidrante.
- No cuenta con servicio de drenaje, o el desagüe tiene conexión a una tubería que llega a un río, lago, mar, barranca o grieta.
- No disponen de energía eléctrica
- El combustible que usa para cocinar es leña o carbón sin chimenea.

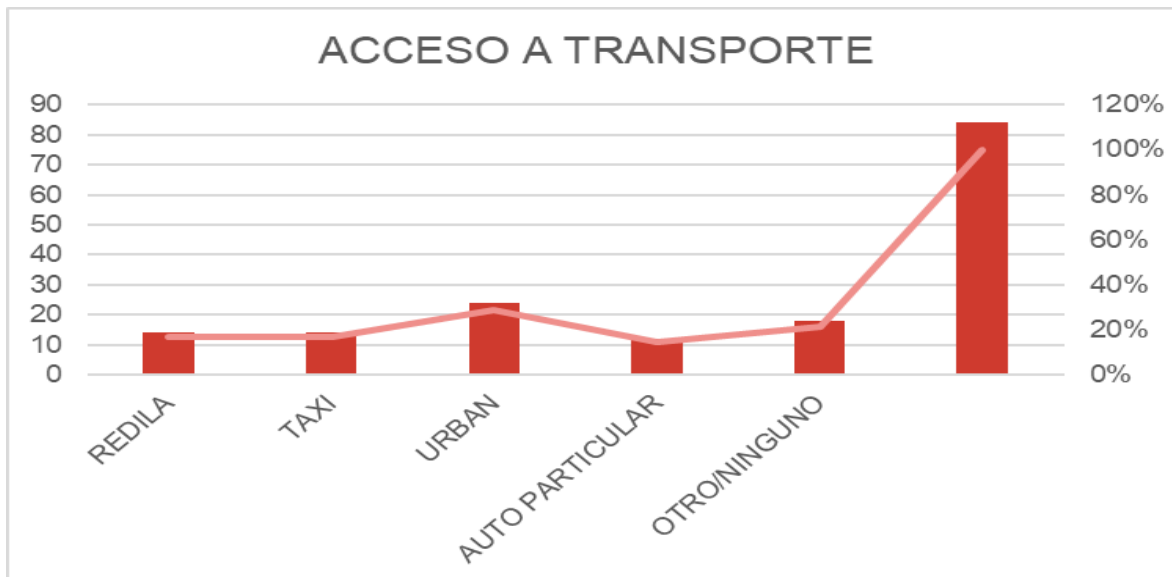
Se calcula que en México, se tiene un registro de 24.7 millones de personas con carencias por acceso a servicios básicos de vivienda en donde Guerrero (58.6%), Oaxaca (58.3%) y Chiapas (57.1%) tienen el mayor porcentaje de población que presenta estas carencias. (Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social [CIEPS], 2019)

SERVICIOS BÁSICOS		PORCENTAJE DE COBERTURA		
LUZ ELÉCTRICA	SI	NO		
	97.6%	2.4%		
AGUA	POTABLE	ENTUBADA	POZO, RÍO, ETC.	
	20.2%	79.8%	0%	
DISPOSICIÓN BASURA	DE RECOLECTA MUNICIPAL	QUEMA AL AIRE LIBRE		
	76.1%	23.8%		
COMBUSTIBLE	GAS	LEÑA	CARBÓN OTRO	U
	57.1%	42.8%	0%	
DRENAJE	SISTEMA DE DRENAJE	FOSA SÉPTICA		
	64.2%	35.7%		

Tabla 1. Porcentajes de cobertura de servicios básicos en hogares de mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

De acuerdo con los resultados de la encuesta realizada la cobertura de luz eléctrica en el Municipio de Salta de Agua es de casi el 100% para las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio, lo que representa un buen indicador para las condiciones de la vivienda; en cuanto al acceso al agua en las viviendas, de igual forma más del 50% de la población cuenta con este servicio, sin embargo, esta no se encuentra en condiciones para el consumo humano, gran parte de la población utiliza medidas de sanitización como hervir el agua o adicionar productos químicos para su consumo, solo un cuarto de la población puede costear servicios como filtros

o compra de agua potable para su consumo. Para la disposición de la basura el municipio se encarga de la recolección por medio de camiones destinados a la recolecta en puntos estratégicos donde se encuentran contenedores de almacenamiento en zonas accesibles y que cuentan con pavimentación por lo que son de fácil acceso para la recolecta de desechos, sin embargo, fuera de la cabecera municipal aún existen sitios de difícil acceso por medios de transporte en donde el acceso de los camiones es prácticamente imposible, por lo que la disposición de la basura se realiza por medio de la quema al aire libre de la misma. El tipo de combustible empleado es principalmente gas para la preparación de los alimentos para aproximadamente el 50% de la población, el resto, el cual representa una parte de la población muy considerable utiliza la leña como combustible para sus actividades diarias (preparación de alimento y medidas de sanitización del agua). El sistema de drenaje está presente en el 64.2% de las viviendas, el resto se realiza por medio de fosa séptica. Por lo que podemos concluir que aún gran parte de las viviendas no cuentan con los servicios básico en las viviendas por lo que el cumplimiento pleno de sus derechos y las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible no son cumplidos en pro del bienestar de gran parte de las familias a casi 6 años del cumplimiento del plazo de dichos planteamientos. **(Tabla 1)**



Gráfica 16 Distribución porcentual de acuerdo con el tipo de acceso a transporte de las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

En cuanto al acceso a transporte y movilidad, en México el 56% de las viviendas no tiene acceso a infraestructura de transporte público según la Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano (Sedatu), lo que impacta en la vida diaria de la población afectada, la cual se ve obligada a dedicar largas horas de traslado a

sitios de destino, como espacios de trabajo, escuelas y servicios de atención médica (especialmente en casos de urgencias de tipo obstétricas en este estudio). Se debe garantizar el derecho a una movilidad segura, sustentable y equitativa, por lo que en un intento de combatir el rezago de transporte e infraestructura se crean reformas de leyes en las que se busca asegurar el acceso a escuelas, centros de salud, abasto, espacios recreativos y acceso a vías primarias de comunicación a una distancia máxima de 2.5 km. (El Economista, 2023). La falta de acceso a transporte y caminos transitables se encuentra vinculado con la pobreza, por lo que en países en desarrollo se enfrenta el desafío de garantizar que todos tengan acceso a una movilidad eficiente, segura, asequible y con una huella climática menor. Ampliar los sistemas de transporte, especialmente en comunidades vulnerables y de bajos ingresos es una forma para impulsar el desarrollo humano y social gracias al acceso que se genera a escuelas y empleos (Grupo Banco Mundial, 2024). En Salto de Agua el mayor flujo de movilidad se realiza por medio de transporte público (63% de la población de estudio, de esta misma solo el 14% cuenta con un medio particular de transporte), el cual no cuenta con las condiciones de seguridad adecuadas para el traslado de pasajeros, sumándole el hecho de que los principales caminos de entrada no cuentan con el mantenimiento adecuado, por lo que el traslado se vuelve de difícil acceso y puede poner en riesgo la integridad de los pasajeros. Además, las cuotas de transporte a cualquiera de las dos ciudades más cercanas (Palenque y Villahermosa) que se encuentran a una distancia de entre 1 a 2 horas en este tipo de transporte suelen ser altas, de aproximadamente \$160 por viaje redondo, lo que implica un gran impacto a la economía familiar al ser el principal medio de transporte y de mayor acceso de la zona para acudir día con día a empleos, escuelas y hospitales de mayor infraestructura en caso de una urgencia o para asistir a citas de valoración con especialistas. (**Gráfica 16**)

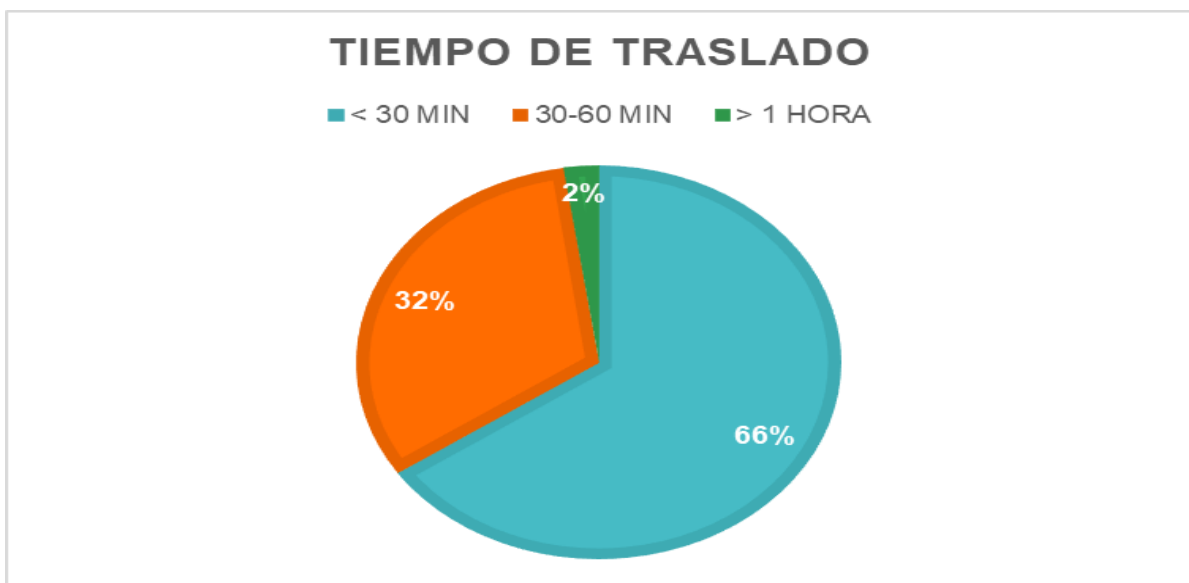
El tiempo de traslado a la unidad de atención médica más cercana, que en el 98.8% de los casos se trata de nuestra unidad el cuál es un Hospital Básico Comunitario el cual presta atención de segundo nivel, es de menos de 30 minutos en el 66% de los casos, debido a que se encuentra situado en la cabecera municipal en donde se concentra la mayor parte de la población, los cuales pueden realizar un recorrido corto y de fácil acceso sin necesidad de utilizar el transporte público u otro medio privado para llegar a la unidad; el 32% de la población realiza un recorrido de entre 30-60 minutos debido a la distancia en la que se encuentran situados con respecto a la unidad, principalmente en las zonas de la periferia, parte de esta población realiza recorridos a pie o por medio de transporte público o privado, generando ciertas complicaciones en cuanto al acceso a los servicios de salud y asistencia continua a citas de control prenatal, y el 2% restante se trata de personas pertenecientes al municipio de Salto de Agua, pero en regiones fuera de la cabecera

municipal, cuyos ejidos o comunidades cuentan con unidades independientes de atención primaria donde llevan un seguimiento y cuentan con expedientes físicos, sin embargo por razones de infraestructura, recursos humanos (médicos de turno o enfermería), horarios de atención; no reciben la atención médica que solicitan y se ven obligados a recorrer distancias largas para acceder a una cita de seguimiento de su embarazo, solicitar atención médica de urgencia o cuidados del puerperio y del recién nacido; sin embargo, no todos ellos cuentan con el medio de transporte privado para trasladarse en horarios fuera de los establecidos como laborales para el sistema de transporte público en Salto de Agua, el cual en su mayoría comienza a las 05:00 y termina a las 16:00 horas de lunes a domingo y tampoco cuentan con el sustento económico para costear altas tarifas de taxis debido a las grandes distancias que hay entre las ciudades principales.

Sin embargo, existen otras dependencias de salud ubicadas en la cabecera municipal que se encuentran a la misma distancia que el HBCSA y que corresponden a unidades de primer nivel de atención pertenecientes al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el cual es un organismo público y descentralizado, sectorizado a la Secretaría de Salud que se encarga principalmente del cuidado y protección de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; el desarrollo integral del individuo, de la familia y la comunidad, asistencia de personas de la tercera edad, a aquellos con cualquier tipo de discapacidad y que se encuentran bajo el abuso de sustancias, además también se encarga de promover la planificación familiar. Y la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE Salto de agua que brinda servicios médicos únicamente a trabajadores, pensionados, jubilados y derechohabientes del Instituto, por lo que no toda la población puede tener acceso a esta institución.



Gráfica 17. Distribución porcentual de acuerdo con el tipo de unidad de atención a la salud al que asisten las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.



Gráfica 18. Distribución porcentual de acuerdo con el tiempo de traslado a la unidad de atención médica más cercana a la que asisten las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio.

Afiliación a seguridad social

De acuerdo con la Secretaría de Salud la dispersión de la población es uno de los grandes desafíos al articular la atención a la salud. En México aproximadamente 23 millones de personas viven en zonas rurales, dicha población es la que sufre mayores carencias en este ámbito y en algunos otros que garantizan una adecuada

calidad de vida, ya que se encuentran altamente dispersos en pequeñas y remotas localidades.

Con respecto a la afiliación de seguridad social de alguna de las dependencias correspondientes al gobierno y de carácter público según nuestras encuestas se muestra que el 79 % de las mujeres que cursan con un embarazo, parto o puerperio no cuentan con el apoyo de asistencia social para la protección a la salud, mientras que solo el 21 % de las usuarias cuentan con este en cualquiera de las instituciones gubernamentales (IMSS, ISSSTE, ISSTECH, PEMEX, ETC.). Por lo que la mayoría acuden a nuestro centro perteneciente a la Secretaría de Salud, ya que esta atiende a todas aquellas personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social; e incluso aquellas que cuentan con seguridad social en algún de los otros centros gubernamentales, asisten al HBCSA, debido a que las unidades a las que se encuentran adscritos se ubican a una mayor distancia, lo que requiere mayor tiempo de traslado e impacto en la economía por los altos costos de traslado, y anexos como alimentación durante la espera y medicamentos si estos no son abastecidos; o dichos centros no cuentan con los recursos necesarios para la atención en caso de ser cercanos o ser unidades de primer nivel.

Los Hospitales Básicos Comunitarios son organismos descentralizados y sectorizados a la Secretaría de Salud que tienen como objetivo proveer servicios médicos con enfoque epidemiológico de la región y que facilite la prestación de servicios médicos a un grupo de población con complejidad de atención al ser comunidades alejadas o en zonas geográficas de difícil acceso; y apoyar a otras unidades médicas; esto por medio de un equipo multidisciplinario y establecimientos con recursos que satisfarán las necesidades de la población y sus familias, regidos por criterios de universalidad y gratuidad fundados en las condiciones económicas de los usuarios. (Secretaría de Salud, 2019) El HBCSA otorga atención médica de primer y segundo nivel de atención, definiéndose también como un establecimiento médico hospitalario que cuenta con 10 camas de hospitalización para adultos, 1 área para aislados con una cama y un área infantil, 2 consultorios en el área de urgencias y 3 camillas para el área de observación, 3 consultorios habilitados en consulta externa que por medio de la prevención, promoción y educación para la salud atenderán los problemas de salud más comunes de la zona; así como auxiliares diagnóstico integrados por un laboratorio clínico, rayos X, Ultrasonido, 2 quirófanos (uno de ellos adaptado para tococirugía), equipo de traslado en ambulancia; y el proceso de referencia y contrarreferencia que involucra a otras unidades o centros de mayor nivel en caso de ser necesario. Sin embargo, de estos recursos no todos se encuentran habilitados o no están cubiertos por personal especializado ni capacitado; por ejemplo, el área infantil solo admite patologías

pediátricas básicas al no contar con especialista ni recursos fundamentales para dar manejo y seguimiento especializado a la población pediátrica, en el área de hospitalización de adultos no se cuenta con el personal adecuado e indispensable para dar vigilancia, seguimiento o tratamiento a pacientes hospitalizados por patologías complejas, por lo que en su mayoría solo se hospitalizan pacientes en pre y postquirúrgico de cirugías programadas y a aquellas mujeres que se encuentran en puerperio fisiológico inmediato cuya evolución y pronóstico es favorable, para la vigilancia de cualquier eventualidad; por lo que existe desaprovechamiento de estas áreas por falta de personal médico especializado y equipo o insumos básicos y avanzados; en el área de toco cirugía solo se da atención al evento obstétrico eutócico debido a que no se cuenta con Ginecólogo Obstetra para dar manejo en caso de complicaciones o atenciones durante el embarazo, parto y puerperio más especializadas; con anterioridad no se contaba con operador para estudios de Ultrasonido, básico en el manejo y seguimiento de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio, aunque recientemente se ha habilitado el área bajo el cargo de un médico capacitado únicamente en el turno vespertino; el servicio de cirugía general solo está disponible los fines de semana casi exclusivamente para cirugías programadas, debido a que al no contar con banco de sangre ni los recursos necesarios en caso de cualquier urgencia complicada que pueda requerir maniobras avanzadas en procedimientos o reanimación será valorada para referir a un centro con mayor infraestructura; el equipo de traslado es deficiente, la unidad cuenta con una ambulancia que está fuera de servicio, por lo que se debe hacer una petición que es gestionada por los familiares al ayuntamiento para solicitar la ambulancia de protección civil, la cual además de tener un costo adicional también es operada por personal que no está completamente capacitado como paramédicos; el área de urgencias no cuenta con el personal suficiente por lo que en ocasiones tiene que ser cubierta por personal que no cuenta con las habilidades para el rápido abordaje de todo tipo de urgencias (médicos generales sin capacitación, médicos pasantes de servicio social, personal de enfermería no especializado en urgencias o bajo ninguna supervisión médica o pasantes de enfermería), ni el material necesario para abordar urgencias complicadas.

Además en cuanto a recursos humanos el Hospital debe contar con los siguientes servicios y personal enumerados en la **Tabla 2** dando a conocer también la disponibilidad.

DISPOSICIÓN DE RECURSOS HOSPITAL BÁSICO COMUNITARIO SALTO DE AGUA

AREA O PERSONAL	FUNCIÓN	DISPOSICIÓN DEL SERVICIO
DIRECCIÓN	Orientar las políticas en materia de salud de conformidad con la ley general de salud, ley estatal de salud, así como realizar la organización y funcionamiento de la unidad hospitalaria	SI ORGANIZACIÓN DEFICIENTE.
ASUNTOS JURÍDICOS	Proporcionar asesoría, seguimiento, atención, elaboración, firma y trámite de los instrumentos legales que involucran a la institución y salvaguardar los intereses y evitar daños y perjuicios en contra del hospital.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
CALIDAD	Asesoría técnica del hospital para mejorar el desarrollo de sus actividades.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
JEFATURA MÉDICA	Programar, organizar, dirigir, evaluar e informar el desarrollo de programas encomendados a áreas operativas y administrativas que integran la Jefatura a su cargo.	SI ORGANIZACIÓN DEFICIENTE
ADMISIÓN HOSPITALARIA	Implementación de mecanismos de control que regulen la ubicación de expediente clínico de acuerdo con la normatividad vigente en la materia.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
URGENCIAS	Dar atención a todos los pacientes que soliciten servicio en el área de urgencias con el acuerdo de cero rechazo, con la prioridad que cada caso requiera.	SI (24 HORAS) CALIDAD DEFICIENTE Y LIMITADA EN RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS, EN

		OCASIONES PERSONAL NO CAPACITADO O INSUFICIENTE, Y NO COMPATIBLE CON LAS NECESIDADES, CULTURALES Y TRADICIONES DE LA POBLACIÓN
CONSULTA EXTERNA CON PERSONAL MÉDICO	Funciones que se realizan en consulta externa, proporcionar atención oportuna y de calidad y eficacia en los servicios disponibles	SI LIMITADA EN RECURSOS Y CON PERSONAL INSUFICIENTE Y NO COMPATIBLE CON LAS NECESIDADES, CULTURALES Y TRADICIONES DE LA POBLACIÓN
ODONTOLOGÍA	Atención odontológica preventiva y curativa de manera integral al individuo, la familia con base a la normatividad vigente.	SI LIMITADA EN RECURSOS Y PERSONAL ÚNICAMENTE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS HORARIOS LIMITADOS (FIN DE SEMANA)
GINECO-OBSTETRICIA	Planear, coordinar, dirigir y evaluar los programas y actividades clínicas de atención médico-quirúrgicas.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
PEDIATRÍA	Planear, coordinar, dirigir y evaluar los programas y actividades del servicio a su cargo.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
PSICOLOGÍA	Atender aspectos relacionados con la salud mental que afectan al ser humano, con	SI ATENCIÓN DEFICIENTE Y NO

	énfasis en la prevención, aplicando herramientas diagnósticas.	ACEPTABLE PARA LA POBLACIÓN
MEDICINA INTERNA	Planear, coordinar, dirigir y evaluar los programas y actividades del servicio a su cargo.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
CIRUGÍA GENERAL	Planear, coordinar, dirigir y evaluar los programas y actividades del servicio a su cargo.	SI LIMITADA EN RECURSOS. ÚNICAMENTE PROCEDIMIENTOS LIMITADOS A CIRUGÍAS PROGRAMADAS HORARIOS NO DISPONIBLES (ÚNICAMENTE FIN DE SEMANA)
ANESTESIOLOGÍA	Proporcionar atención médica en materia de anestesiología oportuna y eficiente a los pacientes que requieren intervención quirúrgica electiva y/o urgente.	SI LIMITADA EN RECURSOS (ÚNICAMENTE FIN DE SEMANA)
EPIDEMIOLOGÍA	Conocer la ocurrencia de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica para establecer medidas de prevención y control.	NIVEL JURISDICCIONAL
BANCO DE SANGRE	Cumplir con eficacia acciones de extracción, fraccionamiento, conservación y aplicación de sangre y sus derivados en base a la reglamentación específica.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL NI ÁREA
TRABAJO SOCIAL	Colaborar en el campo de la medicina y educación para la salud, Detección de factores económico-sociales, que	SI

		obstaculicen la atención, curación y rehabilitación de los pacientes.	
NUTRICIÓN		Programar y proporcionar alimentación oportuna y adecuada conforme a las prescripciones médicas para cada paciente.	NO DISPONIBLE NO SE CUENTA CON PERSONAL
ARCHIVO CLÍNICO		Mantener la integridad del conjunto de expedientes clínicos pertenecientes al Hospital de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana.	SI
LABORATORIO CLÍNICO		Brindar apoyo a los estudios, resolución y tratamientos de los problemas clínicos. Apoyar a unidades de primer nivel de su área de influencia.	SI LIMITADO EN RECURSOS. SIN MANTENIMIENTO DE LOS EQUIPOS. EVENTUALMENTE FUERA DE SERVICIO.
IMAGENOLOGÍA		Proporcionar de forma oportuna y eficiente el apoyo diagnóstico por imágenes a los establecimientos de nivel primario, ambulatorios referidos y de emergencia.	RAYOS X (24 HORAS) SI ULTRASONIDO SI (LIMITADA EN RECURSO HUMANO-SOLO TURNO VESPERTINO ENTRE SEMANA)
JEFATURA DE ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA	DE Y	Organizar, programar y vigilar actividades docentes y de investigación.	NO DISPONIBLE
JEFATURA DE ENFERMERÍA	DE	Planear, coordinar, dirigir y supervisar las actividades del personal de enfermería en los servicios, para brindar a los pacientes una atención integral oportuna y libre de riesgo	SI

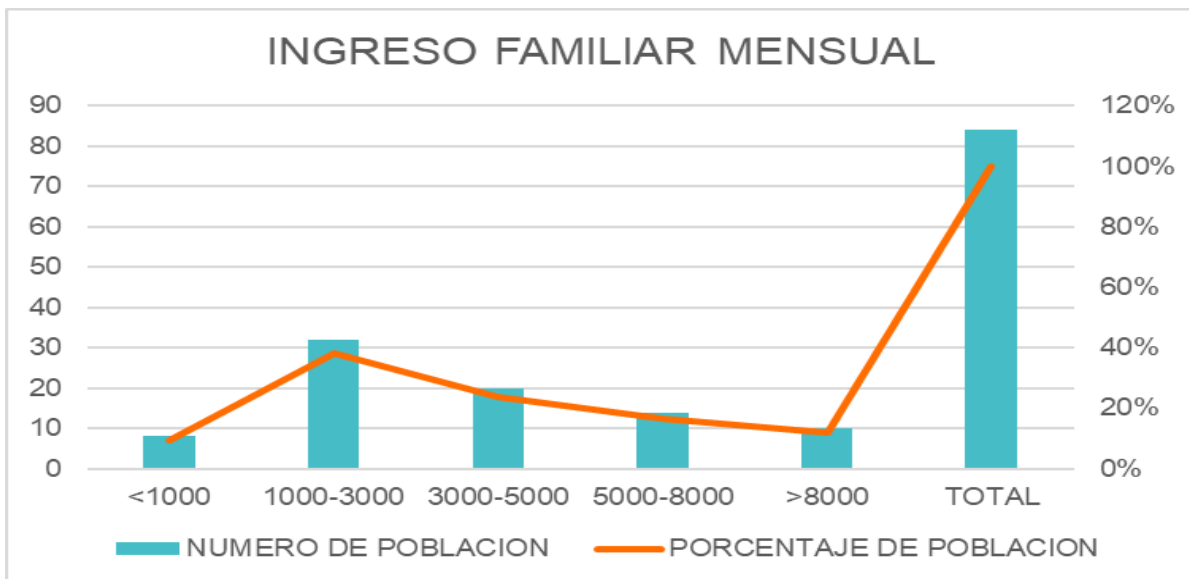
ENFERMERÍA	Proporcionar atención preventiva y curativa de manera integral con base a la normativa vigente.	SI LIMITADA EN RECURSOS Y PERSONAL NO COMPATIBLE CON CULTURA Y TRADICIONES DE LA POBLACIÓN.
FARMACIA	Administrar, coordinar y supervisar los medicamentos y material de curación.	SI LIMITADA EN RECURSOS Y HORARIO DE ATENCIÓN MATUTINO Y VESPERTINO DE LUNES A SÁBADO

Tabla 2: Disposición de recursos Hospital Básico Comunitario Salto de Agua. Adaptada de Secretaría de Salud, 2019, p 1-58. Manual de Organización Hospitales Básicos Comunitarios

Otra de las problemáticas que se ha suscitado dentro de la unidad es la calidad de la atención, la cual es constantemente evidenciada por la población general, quienes consideran que es deficiente e insensible a las problemáticas de la comunidad, principalmente el acceso a ella, ya que en ocasiones suele generar más obstáculos y barreras de las ya existentes, ejemplo de ello es la no contratación de plantilla médica, de enfermería y de asistencia social con perfiles adaptados a la población en cuestión, sobre todo en cuanto a la cultura y tradiciones de esta (idioma, creencias, prácticas de autocuidado y ligadas a la salud o medicina tradicional, situación socioeconómica, etc.), lo que genera constantes conflictos entre la comunidad hospitalaria y la población general, quienes se ven aún más segregados y con resultados no favorables para su salud, además de la falta de insumos y recursos que generan otra de las barreras en atención más importantes.

La calidad de los servicios de salud y la infraestructura sanitaria en México son temas clave en el sistema de salud del país. Aunque México ha hecho importantes avances en los últimos años en términos de cobertura y acceso a servicios médicos, aún existen desafíos significativos que afectan tanto la calidad como la distribución de la infraestructura en el sector salud. La calidad de los servicios de salud se refiere a la capacidad de las instituciones de salud para proporcionar atención médica eficaz, segura, accesible y oportuna a la población. Esto incluye la capacitación y desempeño del personal médico, la atención al paciente, la infraestructura disponible, y la organización del sistema sanitario. Las zonas rurales y las

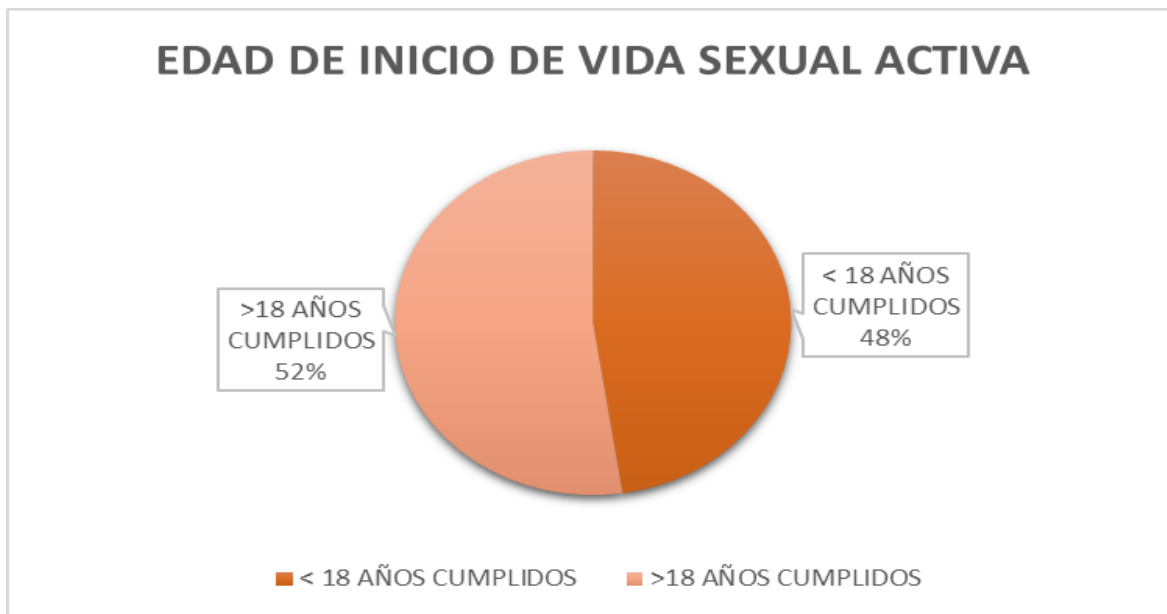
comunidades indígenas son las más afectadas por la falta de acceso a servicios de salud de calidad, lo que implica que la población no siempre puede acceder a atención médica en tiempo y forma. Además también existe una notable escasez de especialistas (cardiólogos, ginecólogos, oncólogos, etc.) de acuerdo con lo expuesto anteriormente, lo que afecta la capacidad de los hospitales para atender casos complejos. Además, hay una distribución desigual de los profesionales de salud, con una mayor concentración en áreas urbanas y una escasez en comunidades rurales. Aunado al funcionamiento en condiciones precarias, con infraestructura deficiente, equipos médicos obsoletos y falta de tecnología avanzada en algunas áreas de difícil acceso.



Gráfica 19. Distribución porcentual de la estimación de ingreso económico familiar mensual.

En cuanto al ingreso mensual en México a partir del 1 de enero de 2024 de acuerdo con la Comisión Nacional de Salarios Mínimos (CONASAMI) el salario mínimo aumentó un 20% en comparación con el año pasado, fijado para 2024 en 312.41 para la Zona libre de la Frontera Norte, y de 248.93 pesos diarios para el resto del país, incluyendo Chiapas, lo que equivale a 7468 pesos mensuales para la segunda región; este incremento con la finalidad de contribuir a la reducción de la pobreza, considerado el principal determinante social de la salud y de otros aspectos que influyen en la calidad de vida de las personas. Según el último informe del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) 2018-2022 el porcentaje de población en situación de pobreza es de 36.3% con una disminución del 5.6% con respecto a años pasados. Considerando que la mayor parte de la población en Salto de Agua se dedica al trabajo en el campo, la CONASAMI también ha fijado el salario mínimo de acuerdo con profesiones, oficios y trabajos especiales,

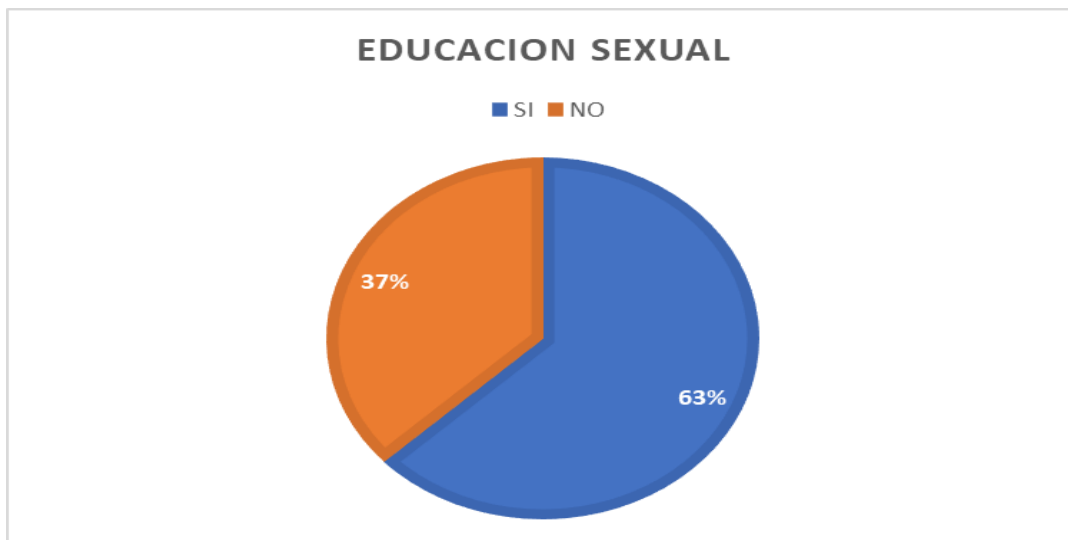
estableciendo que para los “Jornaleros Agrícolas” el salario mínimo debe de ser de 281.42 pesos diarios para el resto del país, que equivale a aproximadamente 8,443 pesos mensuales. En las encuestas realizadas a las mujeres en control del embarazo, parto y puerperio se les preguntó el ingreso mensual familiar total, tomando en cuenta que en la mayoría de las familias el único ingreso es el del padre de familia, es alarmante que el 89% de las mujeres refirieron percibir un ingreso mensual familiar por debajo del salario mínimo fijado por la CONASAMI, mientras que solo el 11% percibe un ingreso mensual por arriba de los 8000 pesos mensuales, lo que seguramente genera grandes impactos en la calidad de vida y acceso a diferentes servicios de las familias encuestadas. **(Gráfica 19)**



Gráfica 20. Distribución porcentual de inicio de vida sexual activa en mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

En lo que concierne a la salud sexual y reproductiva los principales riesgos de la población, principalmente adolescentes, es el inicio no elegido y/o desprotegido de su vida sexual, exposición a embarazos no deseados ni planeados o en condiciones de riesgo y la exposición temprana a infecciones de transmisión sexual. Según el Programa Nacional de Juventud (Projuventud) 2014-2018, 7 de cada 10 jóvenes tuvieron su primera relación sexual entre los 15 y 19 años, de los cuales, poco más del 50% de la población utilizó algún método anticonceptivo, siendo el condón el principal método empleado. En las áreas rurales y en las comunidades indígenas el comienzo de las relaciones sexuales en las mujeres suele ser más temprana con el comienzo de la vida marital y procreativa, debido a que la sexualidad femenina se vincula principalmente a la unión conyugal y la maternidad, en estas condiciones el uso de métodos anticonceptivos suele ser menor, puesto que la práctica anticonceptiva es en diversas ocasiones rechazada por norma social e ideológica y

marcada por la unión marital temprana, mientras que los jóvenes de estratos sociales más favorecidos prefieren dejar un lapso de tiempo entre el inicio de su vida sexual y el comienzo de una vida en conjunto con una pareja (Rojas y Castrejón, 2020), sin embargo esto no exenta a que se encuentren expuestos a los mismos riesgos sin importar el estrato social. En la población encuestada el 48% de las mujeres refirieron el inicio de vida sexual a edad temprana por debajo de los 18 años, mientras que el 52% refiere el inicio mayor a los 18 años. **(Gráfica 20)**



Gráfica 21. Distribución porcentual sobre educación sexual en mujeres en control de embarazo, parto y puerperio.

La salud sexual es un componente fundamental del bienestar integral que abarca diversos temas, entre ellos la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ITS) y embarazos no deseados, la prevención de violencia de género y el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y saludable. En México, la salud sexual ha sido objeto de atención principalmente en los últimos años, impulsada por cambios culturales, sociales y políticos. Sin embargo, persisten desafíos que afectan a diversas poblaciones, ya que, a pesar de las políticas implementadas para mejorar la educación y la atención en salud sexual, las tasas de infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA siguen siendo preocupantes. Según la Secretaría de Salud (2023), "en 2022, se reportaron más de 10,000 nuevos casos de VIH, con una prevalencia mayor en poblaciones jóvenes y en riesgo".

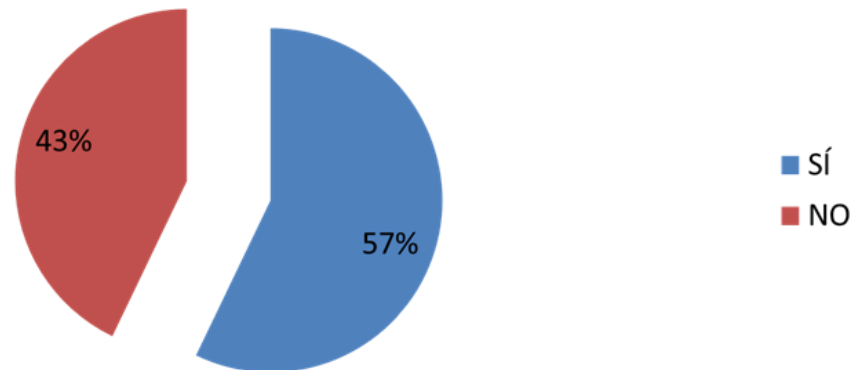
A pesar de que algunos estados han comenzado a implementar programas más inclusivos, la resistencia cultural y política sigue siendo un obstáculo y aunque se

han realizado esfuerzos para mejorar el acceso a servicios a través de campañas de sensibilización es esencial seguir trabajando en la eliminación de estigmas y barreras que limitan el acceso. El acceso a servicios de salud sexual es otro desafío crítico en México. Muchas comunidades, especialmente en áreas rurales, enfrentan barreras significativas, como la falta de información, infraestructura y recursos limitados. La Organización Mundial de la Salud (2023) señala que "el acceso desigual a servicios de salud sexual contribuye a la perpetuación de las inequidades en salud". Según la Cámara de Diputados (2023), es esencial que las políticas de salud sexual se articulen con un enfoque de derechos humanos, garantizando que todas las personas tengan acceso a información y servicios de calidad.

Es fundamental continuar promoviendo la educación sexual integral, mejorar el acceso a servicios de salud y garantizar que los derechos humanos sean el eje central de todas las políticas, donde todas las personas puedan disfrutar de su sexualidad de manera plena y segura.

En este estudio solo el 63% de la población refiere haber recibido algún tipo de educación o asesoramiento respecto a educación sexual, manteniendo como temas centrales la prevención de infecciones de transmisión sexual y la prevención de embarazos no deseados. Esta información fue adquirida en un 100 % dentro de instituciones como escuelas y establecimientos de atención a la salud por medio de personal capacitado en el tema, 0% de la población refiere haber recibido asesoramiento o consejería dentro del núcleo familiar al seguir tratándose de un tabú. El 37% de la población refiere no haber recibido ningún tipo de acercamiento a temas de esta índole en ninguna institución, ni por parte del personal médico durante las consultas o dentro del núcleo familiar, cantidad que representa una parte importante y preocupante de la población de estudio y demuestra el rezago que aún existe en cuanto al conocimiento pleno de la sexualidad, los derechos sexuales y los riesgos que existen ante este desconocimiento. **(Gráfica 21)**

PLANIFICACIÓN FAMILIAR



Gráfica 22. Distribución porcentual sobre el uso de métodos de planificación familiar para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en mujeres de control embarazo y puerperio.

La consejería en anticoncepción, oportuna y adecuada a las condiciones individuales, y el acceso universal a métodos anticonceptivos integran una de las estrategias costo-efectivas más importantes en salud pública. Estas intervenciones tienen un impacto importante en la salud materna, ayudando a la prevención y disminución de la morbilidad materna y perinatal, reduciendo la incidencia de abortos inseguros por embarazos no planeados y contribuyendo a reducir las infecciones de transmisión sexual. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2022)

El acceso a métodos de anticoncepción impacta en diversos niveles de la vida y el desarrollo de los individuos, las familias, las comunidades y las naciones, gracias a que permite que las personas decidan cuándo, cuántos y en qué condiciones tener hijos o decidir no tenerlos. A nivel individual ayudan al fortalecimiento de la autonomía de las personas y el empoderamiento de las mujeres sobre sus derechos sexuales; a nivel social, posibilita la prolongación de la educación formal y con ello al desarrollo económico-laboral de las familias, y a nivel global, es una medida contra los impactos negativos del cambio climático al reducir los embarazos no planificados que contribuyen al crecimiento de la población. (CNEGSR, 2022)

Según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) realizada en 2018, señala que en México un importante porcentaje de la población conoce y utiliza métodos anticonceptivos, en mujeres sexualmente activas de 15 a 49 años

alcanza aproximadamente el 75% de la población. Sin embargo, el uso y cobertura de métodos anticonceptivos muestra importantes desigualdades entre los diferentes grupos de poblacionales, ya que en mujeres hablantes de lengua indígena y que habitan en zonas rurales la prevalencia de uso de anticonceptivos es de sólo 64% y en el caso de la población adolescentes de 15 y 19 años la prevalencia de uso de anticonceptivos es únicamente del 60%, debido a las diversas barreras en la provisión de servicios y las barreras ideológicas y culturales que requieren políticas públicas con enfoque de derechos que garanticen una sexualidad placentera y saludable.

Haciendo un análisis sobre el tema de uso de método de planificación familiar en la comunidad de Salto de Agua, con respecto a la información obtenida en los medios de información, observamos que el 57% de las mujeres encuestadas han utilizado o son usuarias en la actualidad de algún método de planificación familia frente a un 43% que nunca han sido usuarias de ninguno, debido a la falta de asesoría y el miedo o dudas que existen en torno a estos, el rechazo al método o la cobertura ineficiente que existe en nuestro medio, ya que el hospital cuenta con una variedad limitada en el catálogo de métodos de planificación que ofrece a las usuarias, generando un problema en la atención individualizada de cada una de ellas y en el cumplimiento del perfil de seguridad al no ser en ocasiones candidatas a los que se ofrecen en la unidad, por lo que en consecuencia pueden generar más complicaciones que beneficios a su salud. Podemos concluir que aún falta encaminar un largo trabajo en cuanto a educación, promoción y cobertura para poder llegar a la meta de que las mujeres y la integración de la pareja masculina de manera informada, responsable y sin restricciones de ningún tipo decidan utilizar o no un método de planificación familiar, sea cual sea, priorizando su decisión y elección, y con ello mejorar la calidad de vida. (**Gráfica 22**).

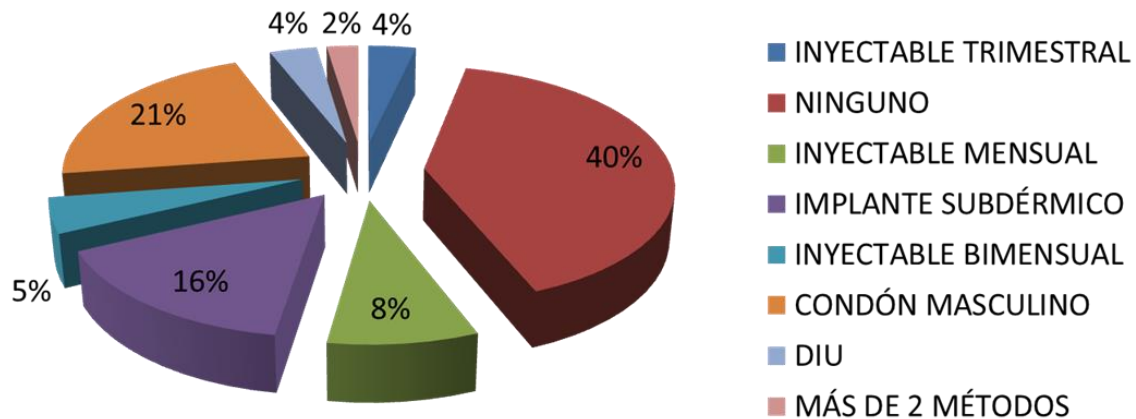
La planificación de la familia es un derecho humano, por lo que, debe estar al alcance de todos quienes deseen ejercerlo. Sin embargo, este derecho no está al alcance de todos, especialmente de aquellos que viven en condiciones vulnerables. Obstáculos tales como la calidad y disponibilidad de los suministros y servicios, unidos a las limitaciones de carácter socioeconómico son parte de una problemática persistente en nuestro medio. Se estima que más de 220 millones de mujeres en países en vías de desarrollo que no desean quedar embarazadas, carecen de un acceso a métodos anticonceptivos, a información y servicios de planificación voluntaria; y que alrededor de 80 millones de mujeres han tenido un embarazo no deseado y por lo menos una de cada cuatro ha recurrido a un aborto, que ha puesto su vida en riesgo. (UNFPA, s.f.)

Según la encuesta recabada referente al tipo de método de planificación familiar que las mujeres han utilizado alguna vez en su vida o bien ninguno, queda de la siguiente manera:

- Inyectable trimestral: 4%
- Inyectable mensual: 8%
- Ninguno: 40%
- Implante subdérmico: 16%
- Inyectable bimensual: 5%
- Condón masculino: 21%
- DIU: 4%
- Implante subdérmico + inyectable mensual: 1%
- Condón masculino + pastilla del día después: 1%

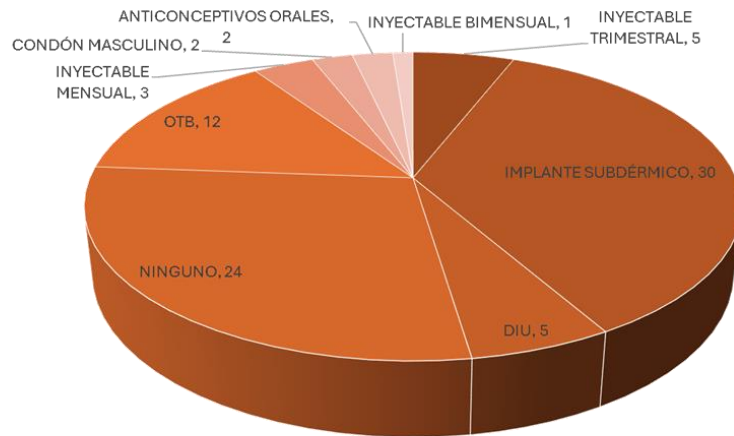
Graficando los valores y obtenidos en porcentaje, podemos observar claramente que hasta el 40 % de las mujeres gestantes y en puerperio no han sido usuarias de algún método de planificación familiar en su vida por distintas razones, entre ellas aquellas que vulneran su derechos a disfrutar una vida sexual plena y satisfactoria, con la capacidad de decisión del número de hijos que deseen procrear y el espaciamiento entre cada nacimiento. (**Gráfica 23**) Cabe aclarar que los servicios de salud del Hospital Básico Comunitario Salto de Agua, no cuenta con todos los métodos de planificación familiar que deberían de ofrecerse a la mujer en edad reproductiva, los únicos disponibles son los siguientes: Inyectables de tipo mensual y trimestral, Implante subdérmico de 3 y 5 años; y el condón masculino. Por lo tanto, las mujeres que optaron por usar un método distinto al que se encuentra en el listado adquirieron su método anticonceptivo de manera particular, agregando a que no siempre se cuenta con la cobertura de los que ofrece la unidad, por consiguiente, las usuarias tienen que adquirirlo por sus propios medios, y debido a que los ingresos familiares no suelen ser lo suficiente para adquirirlos nos lleva a un descontrol de uso del método anticonceptivo, abandono del mismo y las consecuencias que viene con ello.

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL CUAL HAN TENIDO ACCESO



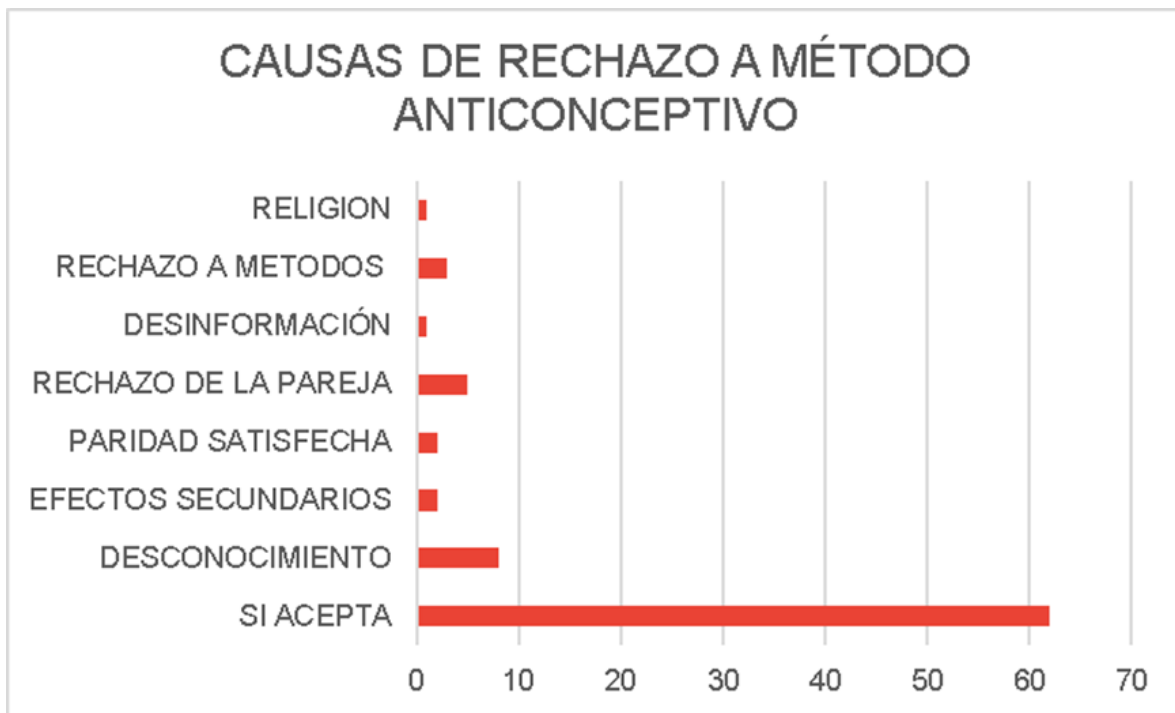
Gráfica 23. Distribución porcentual sobre método de planificación familiar al cual han tenido acceso.

Se planteó una interrogante con respecto al interés por usar algún método de planificación familiar, a lo que el 71.4% usuarias manifestaron deseo de ser usuarias de uno de estos métodos en específico, por lo que la problemática principal no fue el desinterés o rechazo de estos dentro de la comunidad de mujeres encuestadas. Lo que nos lleva a detallar más a fondo el tipo de método de planificación familiar que desean las usuarias, ya que más del 50% demuestra algún conocimiento e interés por estos, por lo que tampoco describiremos la problemática como un problema de desinformación. Los datos que se obtuvieron son los siguientes: 5 pacientes votaron por inyectable trimestral, 30 pacientes votaron por implante subdérmico, 5 pacientes votaron por DIU, 24 pacientes votaron por no usar ningún método de planificación familiar, 12 pacientes votaron por OTB, 3 pacientes votaron por inyectable mensual, 2 pacientes votaron por condón masculino, 2 pacientes votaron por anticonceptivos orales, 1 paciente votó por usar inyectable bimensual. **(Gráfica 24)**



MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DESEADOS POR LA USUARIA

Gráfica 24. Distribución de pacientes referente a métodos de planificación familiar deseados por la usuaria.



Gráfica 25. Distribución de pacientes referente a causas de rechazo a método anticonceptivo

Otra de las variables que se analizaron en cuanto al 28.5% de las mujeres que rechazaron el uso de algún método anticonceptivo es la causa de dicho rechazo. Un estudio realizado en una Unidad de Medicina Familiar en Sonora, México en 2008, de 61 pacientes que fluctuaban entre 17-37 años, con una media de 27.1 años, encontró que las principales causas de rechazo de métodos anticonceptivos fueron mitos y rumores (36.1%), temor a los efectos secundarios (19.7%), religión

(14.2%), falta de aprobación de la pareja (11.5%) y falta de conocimientos (8.2%). (Castañeda et al., 2008). En nuestro medio las principales causas fueron el desconocimiento de los métodos y el rechazo de la pareja (58.3%), tomando en cuenta que nos encontramos en una comunidad en donde la toma de las decisiones aún se lleva a cabo principalmente por la figura masculina aunado a los problemas en materia de género que aún se atraviesan en México. (**Gráfica 25**)

La promoción de la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos para hombres, mujeres y parejas es esencial para asegurar la salud sexual y la autonomía reproductiva y desarrollar la salud comunitaria. Es importante que los métodos contraceptivos estén a la disposición de todos los usuarios sexualmente activos, pero sobre todo en adolescentes ya que son la población más vulnerable.

Violencia de Género y Familiar

Se planteó la interrogante de violencia familiar, en donde solo se obtuvo un caso de las 84 pacientes entrevistadas, esta es una determinante social de suma importancia, ya que las mujeres que lo sufren pueden experimentar maltrato físico, psicológico, emocional, verbal, sexual, etc., lo que, en consecuencia, puede traer problemas psicológicos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, trastornos alimentarios, adicciones y otros problemas de salud mental como inestabilidad para controlar las emociones, dificultad en la toma de decisiones, mal apego entre el lazo madre e hijo; y físicos como mal nutrición y lesiones físicas que pueden ser un riesgo para la integridad y la vida de la mujer y su embarazo. En cuanto a las consecuencias sociales, la violencia familiar puede afectar la vida laboral, familiar y escolar de las víctimas, ya que pueden tener dificultades para mantener un empleo o para asistir a la escuela o formar lazos con las personas que las rodean. También puede tener un impacto en la economía familiar, debido a los costos médicos y legales asociados con la violencia. (Centro de estudios sociales y de opinión pública, 2015-2022)

El caso reportado es un caso de agresión sexual a una paciente menor de edad, la cual ingresó a nuestro servicio durante el inicio del segundo trimestre de gestación posterior a que a la madre, quien es su única red de apoyo, se le comunicara por medio de su profesora comportamientos erráticos y un descenso abrupto en desempeño académico, así como cambios físicos como el aumento del volumen abdominal, al llegar a nuestra unidad con un reporte de ultrasonido abdominal que reportaba un embarazo de aproximadamente 20 SDG se inició inmediatamente con el manejo integral que se debe otorgar a estos casos, iniciando con el asesoramiento legal y el reporte inmediato a las instancias pertinentes para el levantamiento de una denuncia por medio de la familia acompañado de la institución

y áreas de servicio social, además de la atención de primera vez y referencia a un centro de tercer nivel para el seguimiento y conducta a seguir de este caso al tratarse de una agresión sexual y un embarazo de alto riesgo por todo lo que implica, aunado al tratarse de una menor de edad. También se refirió a los módulos de salud mental y servicio social para el seguimiento en este tipo de casos. En nuestro centro y en el centro de tercer nivel durante el seguimiento y acompañamiento se le ofreció la posibilidad del aborto seguro al tratarse de un embarazo no deseado, otorgando información acerca del procedimiento, la seguridad que conlleva y posibles riesgos, para la toma de decisiones informada, sin embargo, la familia y ella se negaron a llevarlo a cabo por cuestiones principalmente aunadas a creencias religiosas y morales. Su caso es muy importante debido a que se trata de una mujer que es menor de edad, que vive en una población indígena de muy bajos recursos, que estuvo expuesta a una experiencia de violencia de género, que no cuenta con una red de apoyo amplia que esté totalmente al tanto de su integridad, que vive bajo usos y costumbres que aún generan una limitación en la toma de decisiones libres en cuanto a sus derechos sexuales y a la decisión de ser o no madre, que no cuenta con servicios de atención a la salud con todos los recursos necesarios para atender su caso, ya que la unidad no cuenta con Ginecólogo Obstetra, por lo que es referida a un centro de tercer nivel en otro estado (Tabasco) al ser el más cercano geográficamente, sin embargo, se trata de una familia en la que el único ingreso esta dado por la madre la cual no cuenta con el capital mínimo mensual impuesto por el Estado ni un trabajo que le proporcione seguridad social ni a ella ni a su familia, esto hace que no puedan trasladarse constantemente a las citas de control a centros más especializados y que no puedan costear los estudios, atenciones, traslados o recursos necesarios para su atención integral. Aunado, también existe un trauma psicológico tras una agresión de este tipo, generando sentimientos de rechazo hacia su embarazo, incluso cuando la decisión que se toma es continuar con este por las razones ya comentadas, estados de ánimo depresivos comprometiendo incluso su autocuidado y la relación con su madre, desarrollando conductas agresivas contra ella, su ámbito social también se vio comprometido ya que abandono la escuela y sus relaciones interpersonales. Es un ejemplo claro de gran parte de lo expuesto en este trabajo y parte de lo que se quiere visibilizar como un problema social y multifactorial que repercute en el bienestar total de las poblaciones, en especial aquellas más vulnerables.

La relevancia de esta información hace evidente la necesidad de tomar medidas para abordarlo, ya que el hecho de solo contar con 1 reporte de caso no excluye el hecho de que no exista algún tipo de violencia ejercida contra este grupo de mujeres, debido a que la pregunta efectuada a esta población fue con base a la percepción de lo está considera conductas violentas, más no hace énfasis en

situaciones específicas que podrían estar normalizadas pero que cuentan con cierto grado de agresión que podría ser física, psicológica o verbal, pero que por cuestiones históricas o tradicionales se siguen considerando normales. La violencia familiar y de género es una problemática relevante en México, pues ocupa el tercer lugar en incidencia nacional de delitos.

Uso de sustancias nocivas en el embarazo y puerperio

De acuerdo con nuestras encuestas no obtuvimos ningún caso de abuso o consumo de sustancias nocivas entre las mujeres en control del embarazo, parto o puerperio, rubro importante ya que se sabe que las sustancias nocivas son perjudiciales para el desarrollo del producto de la concepción. La exposición a sustancias adictivas durante el embarazo conduce a riesgos derivados del consumo en sí, de las conductas relacionadas con su consumo (mala alimentación, pobre control prenatal y una alta posibilidad de contagio de enfermedades virales como la hepatitis y el virus de la inmunodeficiencia humana). Los efectos directos del consumo de sustancias adictivas dependen del tipo de droga utilizada; sin embargo, es importante mencionar que muchas de las usuarias de drogas no consumen una sustancia única, lo que dificulta conocer directamente el efecto de una droga sobre el neonato (Kelly et al., 2021)

Antecedente de infección de transmisión sexual

De acuerdo con nuestra base de datos, existe registro de una paciente con antecedente de infección de transmisión sexual, la cual durante la primera cita de control prenatal al realizar citología cervical, se observan lesiones verrugosas en zona de genitales exteriores, al realizar estudios pertinentes y al recibir reporte de resultados que muestran presencia de infección por Virus de Papiloma Humano, se recaban datos de acuerdo a factores de riesgo los cuales fueron las prácticas sexuales desprotegidas, edad de inicio de las relaciones sexuales temprana y la falta de acceso a servicios de salud o instituciones que cuenten con asesoría y cobertura en métodos de anticonceptivos, especialmente de barrera y educación sexual enfocada a la prevención de ITS. Este caso fue referido a un centro de tercer nivel para su abordaje, sin embargo la paciente no acudió a citas de valoración posteriores ni a la otorgada en centro de tercer nivel, al realizar visita domiciliar se nos reporta cambio de domicilio a otro estado por lo que no contamos con datos de evolución de esta paciente.

Si una madre tiene una infección de transmisión sexual, es posible que el feto o el recién nacido pueda adquirir la infección. Algunas infecciones de transmisión sexual pueden transmitirse de la madre al bebé durante el parto, cuando el bebé pasa a

través del canal de parto infectado; o antes de nacer, durante el embarazo. Es importante que una mujer embarazada se haga pruebas de detección de infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y la sífilis, como parte de los cuidados prenatales. Realizar pruebas de detección de infecciones de transmisión sexual como parte de los cuidados prenatales puede determinar si una mujer embarazada o su pareja sexual tienen una infección que podría causar complicaciones gineco obstétricas potenciales. Instaurar un tratamiento temprano disminuye las probabilidades de que el bebé contraiga la enfermedad y existan complicaciones derivadas de esta como: (Baigry et al., 2023)

- Aborto espontáneo.
- Mayor riesgo de embarazo ectópico.
- Trabajo de parto y parto prematuro
- Peso bajo al nacer
- Defectos de nacimiento, entre ellos ceguera, sordera, deformidades en los huesos o discapacidad intelectual
- Enfermedad en el recién nacido (primer mes de vida)
- Muerte del recién nacido

Se convierte en una determinante muy importante para la salud de la madre como la del feto, aunado al uso racional de un método de barrera se puede llegar a disminuir la frecuencia de aparición de este tipo de enfermedades, por lo que es necesario contar con los medios de información para el conocimiento de cada uno de los métodos que se ofertan en cada centro de asistencia a la salud y mantener su cobertura. Con esto logramos un correcto control prenatal en caso de que se llegue a detectar tempranamente una infección de transmisión sexual y otorgar el tratamiento según sea el caso. Con respecto a la vigilancia de la pareja, también es importante indagar en prácticas sexuales de riesgo, ya que este puede ser la puerta de entrada para desarrollar una infección de transmisión sexual.

Estado de salud de la pareja

El núcleo familiar es de las estructuras más importantes para la conformación del desarrollo humano, crecimiento de una sociedad y obtención de bienes, sin embargo, para que todo funcione correctamente es necesario que cada uno de sus miembros gocen de un buen estado de salud, en el que no haya impedimento de realizar las distintas actividades que corresponden. La salud de la pareja es un determinante social fundamental cuya relación con los resultados de salud materna se puede visualizar desde diversas perspectivas, incluyendo factores emocionales, económicos y sociales.

La salud mental del compañero está directamente relacionada con el bienestar de la mujer embarazada. Según un estudio de Leach et al. (2019), las mujeres que tienen parejas con problemas de salud mental son más propensas a experimentar ansiedad y depresión durante el embarazo, lo que puede afectar negativamente tanto su salud como la del feto. Además el apoyo emocional de la pareja juega un papel fundamental. Un estudio de Stapleton et al. (2020) encontró que las mujeres embarazadas que perciben un alto nivel de apoyo de sus parejas reportaron menos síntomas de estrés y ansiedad, lo que se traduce en mejores resultados perinatales. Las relaciones conflictivas pueden aumentar el estrés en la mujer embarazada y pueden derivar en situaciones de violencia contra ella.

Otro aspecto importante es la prevención de infecciones de transmisión sexual las cuales representan un riesgo significativo para las mujeres embarazadas, especialmente cuando se transmiten a través de la pareja. La detección temprana, el tratamiento adecuado y la educación en salud son esenciales para reducir este riesgo y mejorar los resultados de salud materna y neonatal. Abordar este tema requiere un enfoque integral que involucre a los profesionales de la salud, educadores y las propias parejas en la promoción de prácticas sexuales seguras y la atención prenatal adecuada.

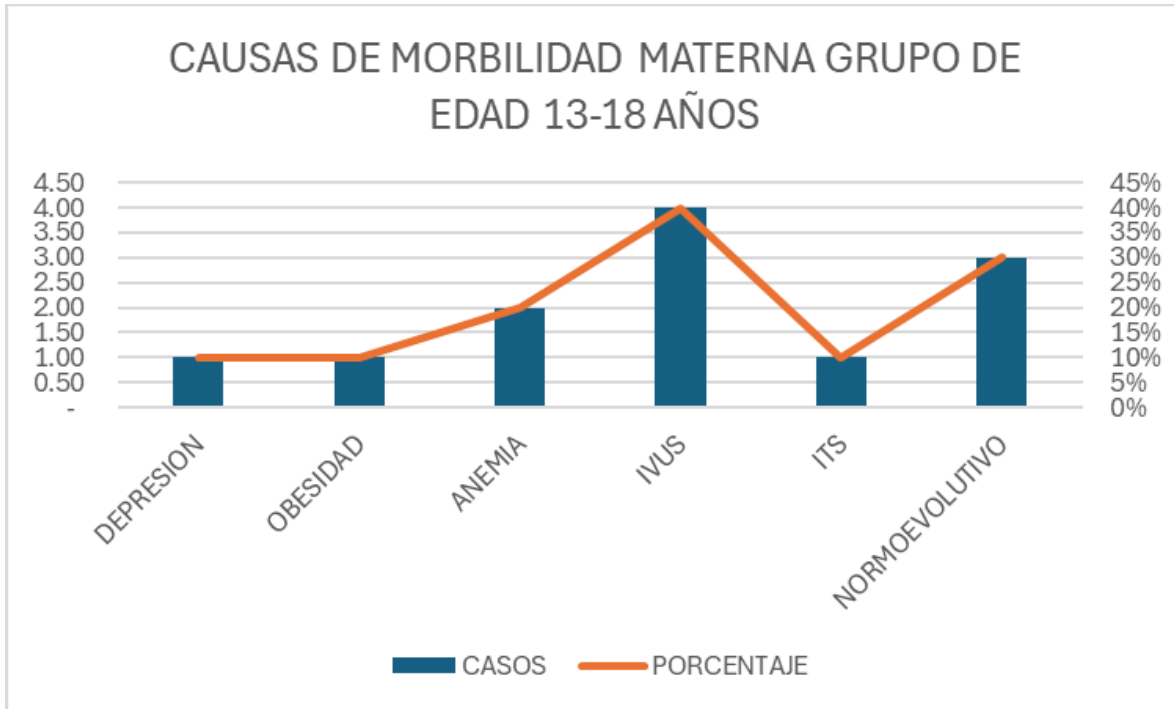
La situación económica de la pareja también influye en la salud materna. Un estudio de Feng et al. (2022) señala que las parejas con enfermedades que requieren de parte importante de los recursos económicos que percibe la familia, tienen mayores probabilidades de enfrentar desafíos en el acceso a atención prenatal adecuada y otros aspectos de la vida diaria como una adecuada alimentación, condiciones de vivienda adecuadas, etc. Las parejas con mayores recursos económicos y que pueden tener un desempeño activo adecuado al gozar de salud plena pueden proporcionar un entorno más estable y acceso a atención médica adecuada

En los datos obtenidos con respecto a los padecimientos de la pareja en nuestra encuesta se obtuvieron 3 varones con Hipertensión Arterial Sistémica, 2 con Diabetes Mellitus tipo 2 y un hombre portador de Virus de Papiloma Humano (VPH) que culminó en la transmisión sexual a su pareja. Las enfermedades crónico-degenerativas, como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas y enfermedades respiratorias crónicas, son condiciones de salud que requieren atención a largo plazo y manejo continuo. Estas enfermedades tienen un alto costo para los sistemas de salud y representan una carga significativa para los pacientes y sus familias, las cuales suelen gastar un porcentaje mayor de sus ingresos en salud, lo que puede limitar su capacidad para cubrir otras necesidades básicas.

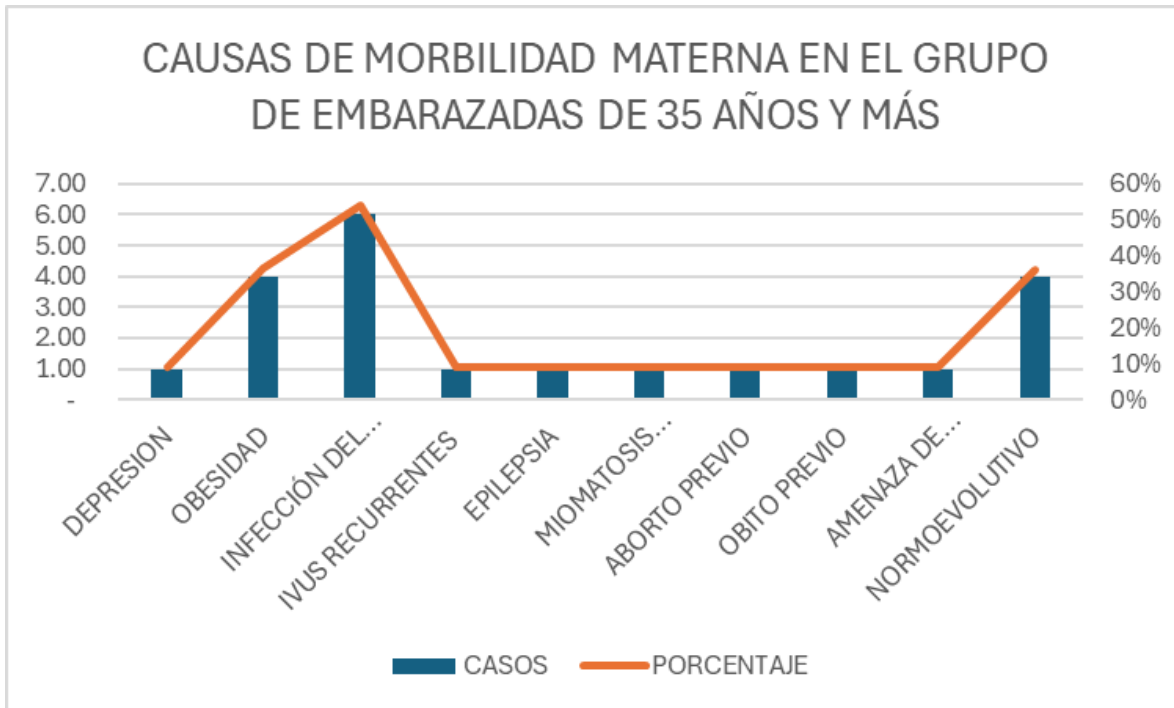
Morbimortalidad Materna

Durante el estudio se cuenta con el registro de 84 mujeres que se encuentran en control del embarazo, parto y puerperio durante los periodos comprendidos entre octubre de 2023- mayo 2024, de las cuales, como ya se mencionó con anterioridad se clasificaron en primera instancia de acuerdo con la edad en 3 grupos de edad de acuerdo con el riesgo reproductivo que presentan: 13-18 años, 19-34 y > o igual de 35 años, tomando en cuenta que las mujeres en ambos extremos de la vida presentan mayor probabilidad de complicaciones obstétricas. Se observa que el 79% de nuestra población se encuentra dentro del rubro de 19-34 años, edad que de acuerdo con la literatura presenta un menor riesgo de complicaciones; en cuanto a las grupos de edades de riesgo encontramos un 9% para el de 13-18 años y 12% para las mujeres con 35 años o más, que en conjunto representan el 25%, una cuarta parte de nuestra población.

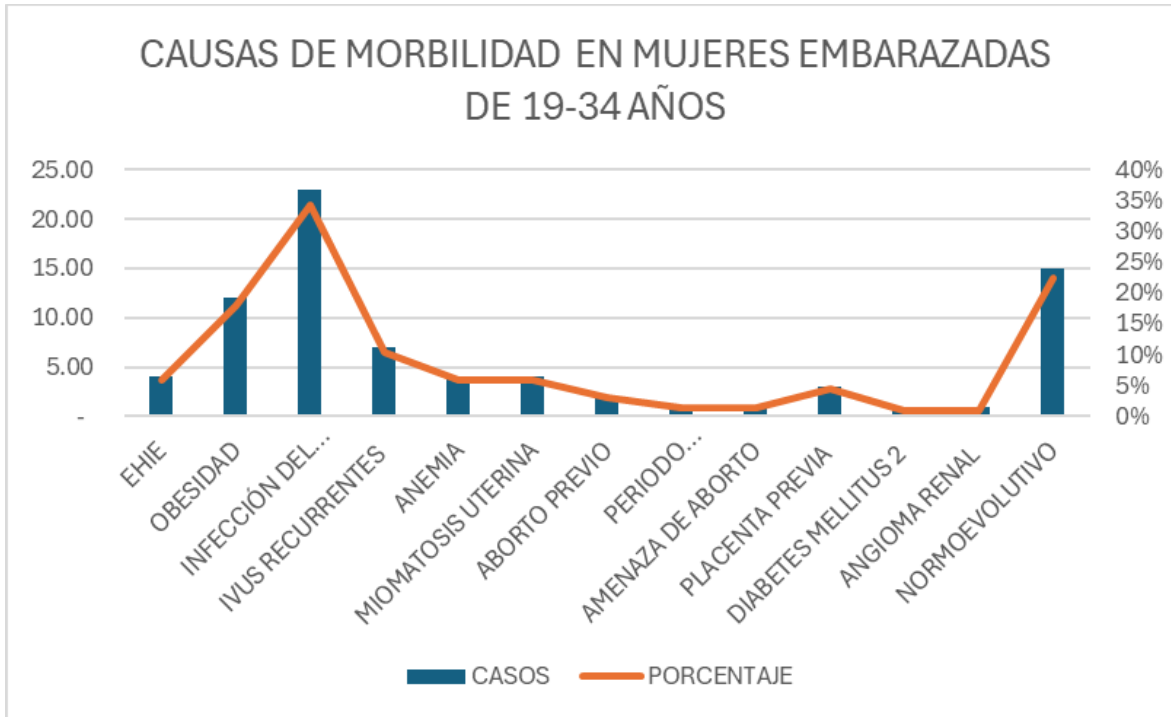
El 70% de la población de 13-18 años presentó alguna causa de morbilidad materna durante el transcurso del embarazo, mientras que solo el otro 30% se mantuvo normo evolutivo durante el lapso estudiado, las causas que se presentaron en este grupo de edad fueron: Infecciones del tracto urinario 40%, Anemia 20%, Infecciones de transmisión sexual (ITS) 10%, Obesidad 10% y depresión 10% (**Gráfica 26**). En cuanto al grupo de 35 años y más 64% de las mujeres presentaron alguna causa de morbilidad, mientras el otro 36% se mantuvo normo evolutivo, las causas presentadas en este grupo fueron: Infecciones del tracto urinario 54% e IVUS recurrentes 9%, Obesidad 36%, Depresión 9%, Epilepsia 9%, Miomatosis uterina 9%. Aborto previo 9% y amenaza de aborto 9%; y Óbito previo 9% (**Gráfica 27**). Y finalmente en el grupo de 19-34 años el 78% presentó alguna causa de morbilidad, mientras que el 22% cursa un embarazo normo evolutivo, las causas fueron principalmente: Infecciones del tracto urinario 34% e IVUs recurrentes 10%, Obesidad 18%, Enfermedades hipertensivas del embarazo 6%, Anemia 6%, Miomatosis uterina 6%, Placenta previa 4% y Otras 4%; en este grupo de acuerdo a nuestro estudio existe una mayor variedad de patologías, con un mayor número de casos, esto puede deberse a que es el grupo con mayor cantidad de mujeres que cursan con un embarazo y que dichas patologías pueden estar influenciadas de manera multifactorial y no solo por la edad de las mujeres.



Gráfica 26. Causas de morbilidad materna en el grupo de embarazadas de 13-18 años.



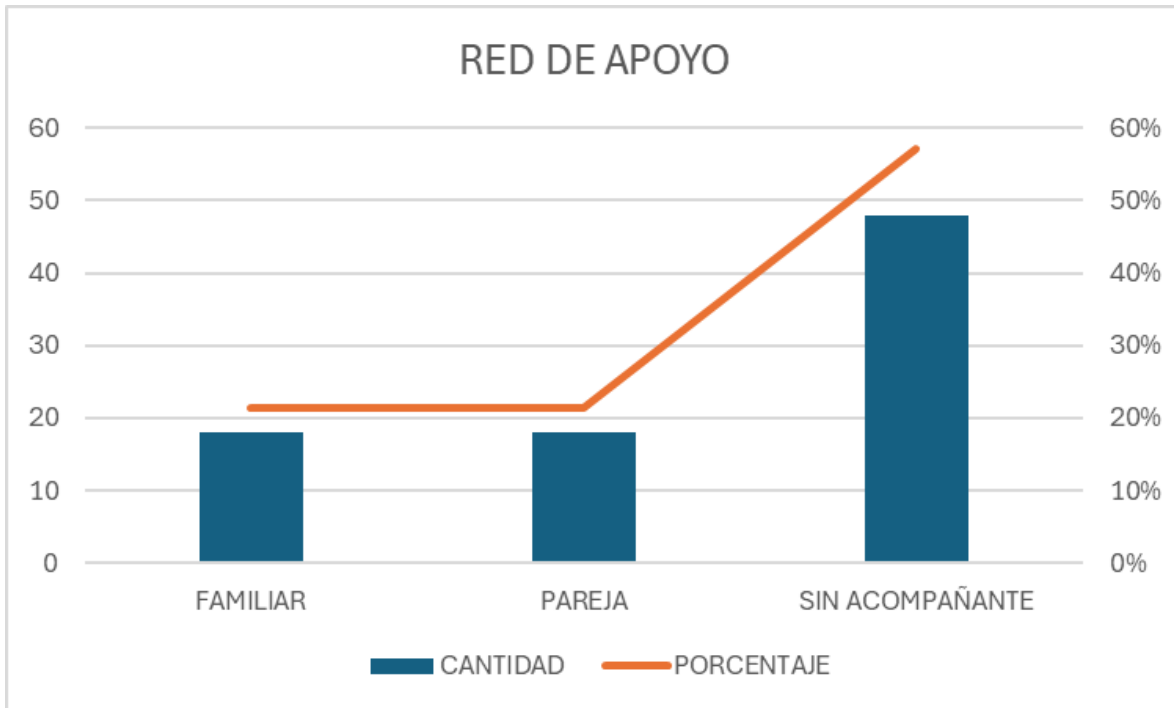
Gráfica 27. Causas de morbilidad materna en el grupo de embarazadas de 35 años y más



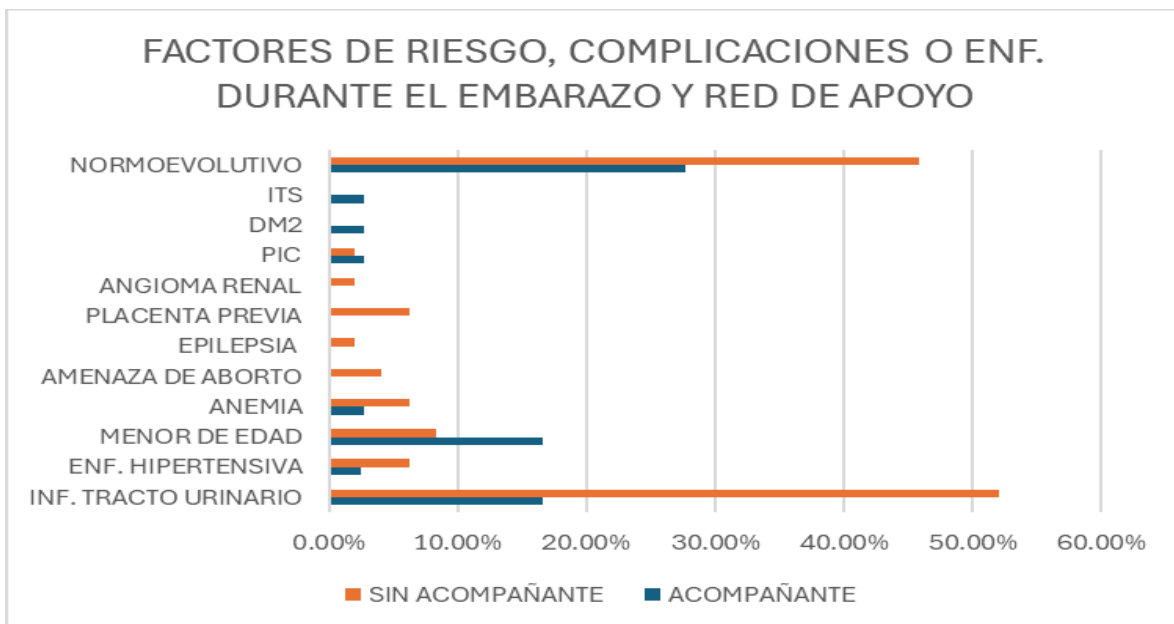
Gráfica 28. Causas de morbilidad materna en el grupo de embarazadas de 19-34 años

Durante la primera cita prenatal se evaluó la presencia de la red de apoyo por medio del acompañamiento de al menos una persona, ya sea la pareja o algún familiar, a la que se considera una de las revisiones más importantes durante el embarazo; del 100% de las mujeres encuestadas solo el 42% asistieron con una persona acompañante, mientras que el 57% acudió sola por no contar con la disponibilidad de una persona de la familia o fuera del núcleo familiar para brindar acompañamiento o asistencia. Sin embargo, solo el 25% continuó con dicho apoyo durante el resto de sus citas de control prenatal. **(Gráfica 29)**. Del 25% de las pacientes que contaron con asistencia durante todas sus citas de control prenatal el 27.7% de las mujeres cursan con un embarazo normo evolutivo, mientras que el 72.3% presenta un factor de riesgo, complicación o patología importante (resumidos en la **Gráfica 30**), por lo que es de suma importancia que cuenten de con una red de apoyo familiar sólida en caso de circunstancias que pongan en riesgo su integridad y la del bebé, además, está persona se debe encontrar informada de los cuidados generales, signos de alarma tempranos y las instituciones oportunas a las que debe acudir de manera inmediata en caso de que se presenten. Del porcentaje de mujeres que no cuentan con acompañamiento durante todas sus citas de control prenatal el 45.8% cursa con un embarazo normo evolutivo, sin embargo más de la mitad de estas mujeres presenta factores de riesgo, complicaciones o patologías importantes que no son informadas de manera adecuada a un familiar responsable,

lo que podría influir en el desarrollo de desenlaces menos favorables en la salud de la mujer embarazada y el producto.



Gráfica 29. Red de apoyo durante la primera cita de control prenatal.



Gráfica 30. Factores de riesgo, complicaciones o enfermedades importantes presentes durante el embarazo y red de apoyo durante las citas de control prenatal. Infección de transmisión sexual (ITS), Período Intergenésico corto (PIC), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2)

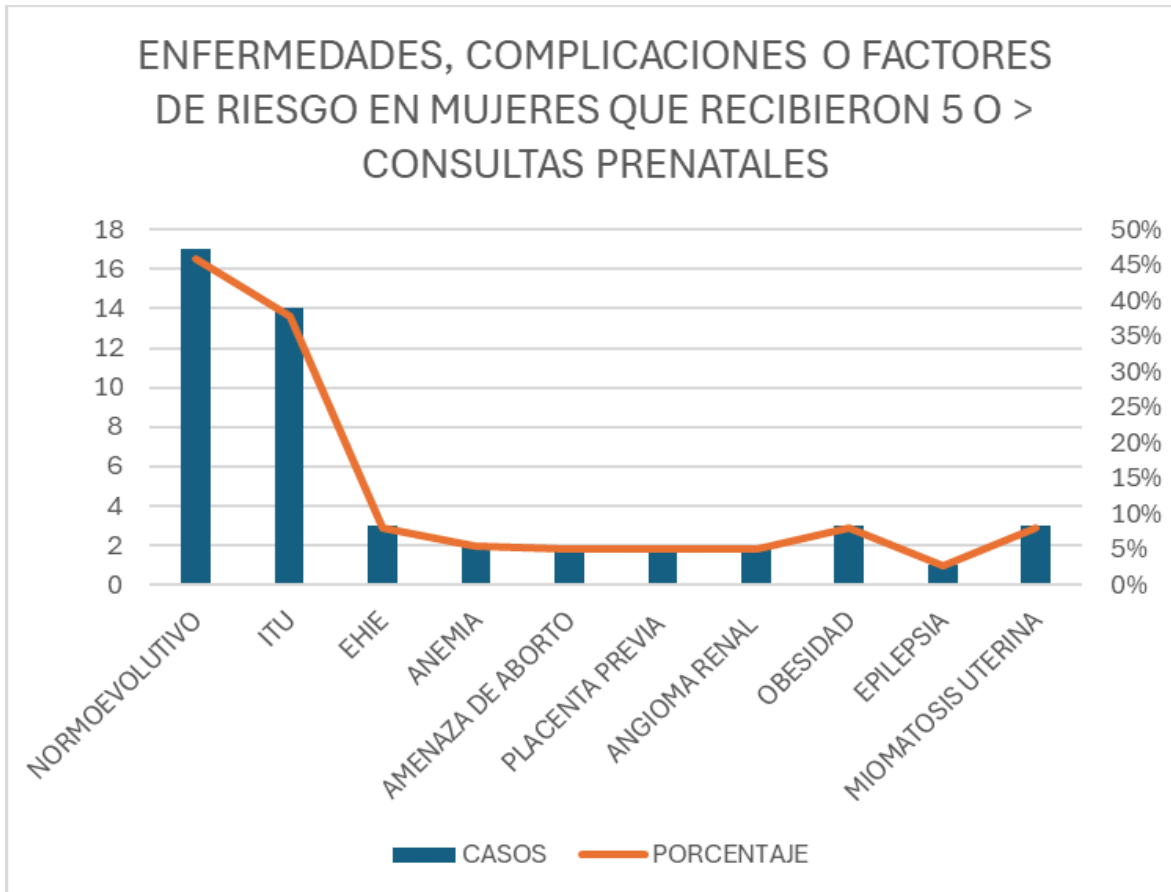
De acuerdo con la atención prenatal otorgada por medio del personal médico, de enfermería, psicología y trabajo social a través de entrevistas y visitas programadas de la embarazada, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida, y que de acuerdo con las pautas establecidas en la Norma Oficial Mexicana incluye un mínimo de 5 consultas prenatales; se cuenta con un total de 41 mujeres que se encuentran en periodo de puerperio y han culminado el embarazo, representando el 48.8% de la población estudiada, de este porcentaje 90.2% (37) recibieron 5 consultas prenatales o más y el 9.8% (4) < de 5 consultas, el resto de las mujeres aún se encuentran en periodo gestacional recibiendo citas de control. **(Gráfica 31)**



Gráfica 31. Citas de control prenatal en mujeres en periodo de puerperio.

De las mujeres que recibieron 5 consultas prenatales o más, el 46% (19) cursaron con un embarazo normo evolutivo sin la presencia de factores de riesgo, patologías o complicaciones durante el mismo; mientras que en el resto la complicación que se presentó con mayor frecuencia son las infecciones del tracto urinario en un 38% de las mujeres, las cuales fueron tratadas en nuestra unidad de atención y con resolución de los cuadros mediante tratamiento médico, seguido de las mujeres que como factor de riesgo presentaban obesidad en un 8% y miomatosis uterina 8%, y aquellas que desarrollaron algún estado hipertensivo del embarazo 8%, estas últimas se instauró tratamiento antihipertensivo temprano y además se realizó la

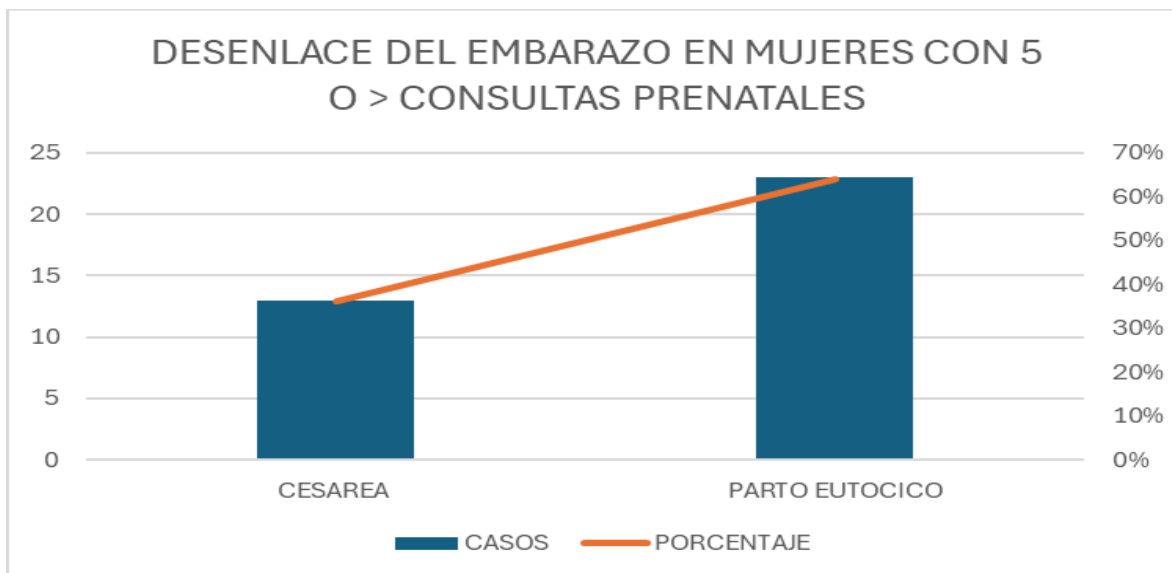
referencia pertinente al centro de tercer nivel de atención más cercano (Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer, Villahermosa) para su evaluación por especialistas, al igual que los casos de placenta previa detectados por estudio ultrasonográfico 5%, angioma renal 3% y epilepsia 3%. Las mujeres con amenaza de aborto 5% y anemia 5% fueron atendidas en nuestra unidad, con resolución de los casos y culminación del embarazo.



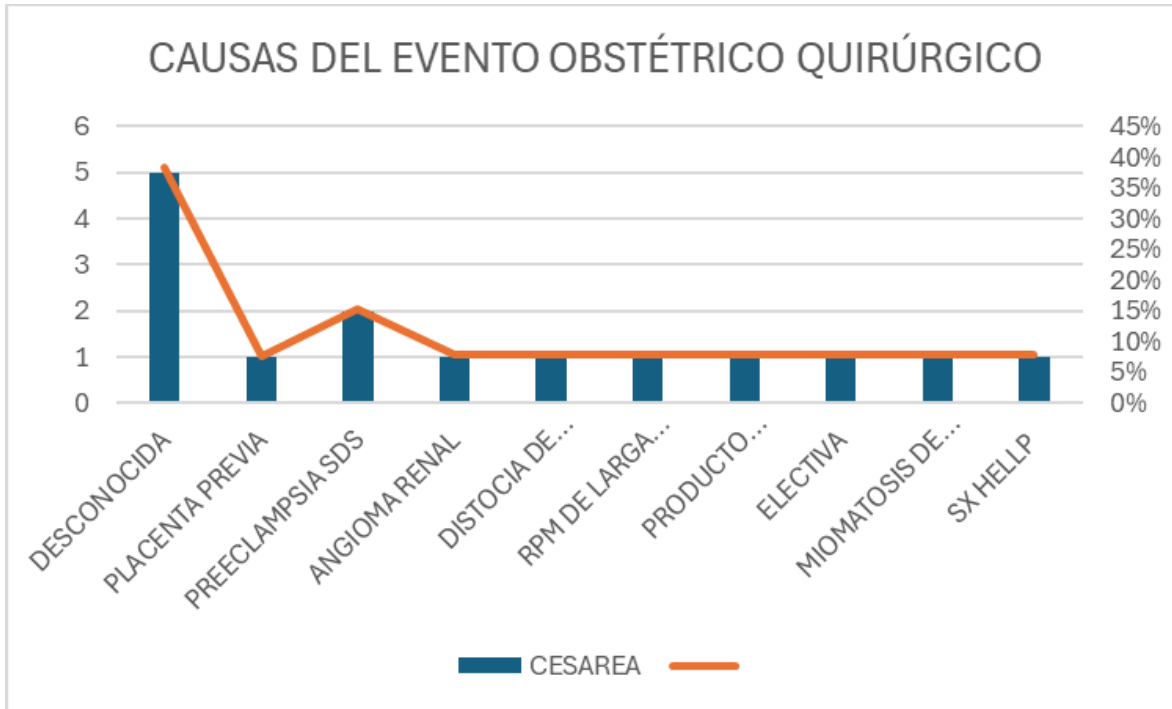
Gráfica 31. Enfermedades, complicaciones o factores de riesgo presentadas en mujeres que recibieron 5 o más consultas de control prenatal.

De estas mismas mujeres que recibieron 5 o más consultas de control prenatal además se documentó el desenlace del embarazo; en donde el 64% (26) ocurrió el parto por vía vaginal sin ninguna complicación y el 36% (15) fue a partir de cesárea por diferentes causas (**Gráfica 32**) de las cuales el 38% (6) de las mujeres desconocen totalmente la razón al ser entrevistadas o no se cuenta con un registro adecuado en los expedientes clínicos, el 15% fue a causa de preeclampsia sin datos de severidad en 2 mujeres que desarrollaron una enfermedad hipertensiva durante el embarazo y que en ambos casos después del monitoreo, seguimiento y tratamiento posterior al evento quirúrgico remitieron las elevaciones de la tensión

arterial; 1 caso de Síndrome de HELLP que representa el 8%, fue atendido en un centro de tercer nivel y se encontraba en seguimiento con nuestra unidad, fue dada de alta con normalización de criterios de laboratorio y cifras de tensión arterial sin complicaciones funcionales ni orgánicas posteriores, 1 caso de una rotura espontánea de un Angioma Renal que estaba en vigilancia por un centro de tercer nivel en una mujer con antecedente de preeclampsia en un embarazo previo y que requirió interrupción del embarazo obteniéndose producto pretérmino e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos, además de transfusión sanguínea; a pesar del evento y complicaciones fue dada de alta por mejoría posterior a una nefrectomía radical y cesárea, junto con recién nacido que no presentó ninguna complicación posterior. Otro caso de una mujer con múltiples factores de riesgo como edad materna, miomatosis uterina de grandes elementos, antecedente de aborto gemelar, antecedente de muerte perinatal, obesidad, multigesta y que se encontraba en seguimiento por nuestra unidad y manejo en centro de tercer nivel; presentó una distocia de la presentación por producto trasverso en el momento del parto que se complicó con una hemorragia obstétrica y el cual culminó en la muerte del producto de la gestación e histerectomía, posterior al evento quirúrgico la mujer se encuentra en seguimiento por personal médico y de psicología por presentar depresión postparto y preeclampsia sin datos de severidad que a pesar de tratamiento antihipertensivo no remitió y se convirtió en un caso de hipertensión crónica. Un caso de ruptura prematura de membranas y hallazgos de producto macrosómico, otro por placenta previa por estudio ultrasonográfico que se encontraba programada para interrupción quirúrgica y una cesárea electiva. **(Gráfica 33)**

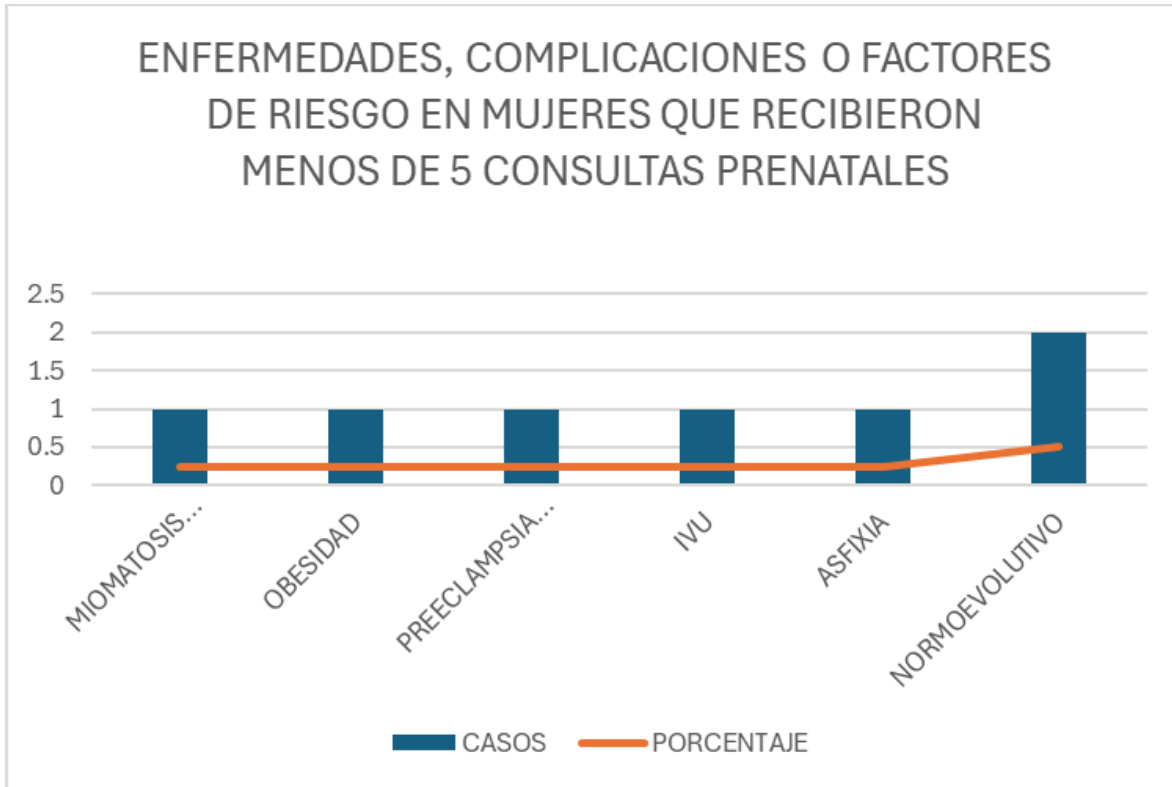


Gráfica 32. Desenlace del embarazo en mujeres con 5 o más consultas de control prenatal.



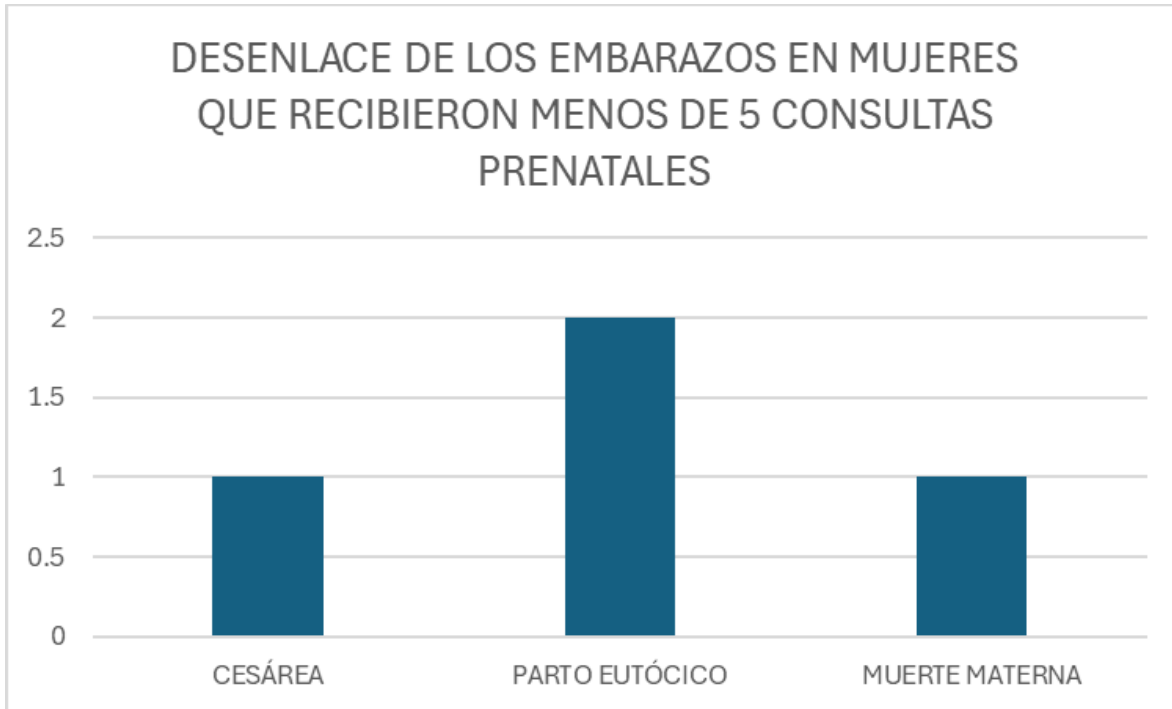
Gráfica 33. Causas de evento quirúrgico en mujeres con 5 o más consultas de control prenatal.

De las mujeres que no recibieron un mínimo de 5 consultas de atención prenatal (4) y que culminaron o hubo interrupción del embarazo, 2 presentaron un embarazo normo evolutivo, el resto presentó las siguientes enfermedades, complicaciones o factores de riesgo durante el transcurso: Una mujer que contaba como factores de riesgo con miomatosis uterina y obesidad, solo tuvo 3 consultas de atención prenatal, y durante la última presentó criterios de preeclampsia sin datos de severidad, un caso de infección del tracto urinario que fue resuelto en nuestra unidad con tratamiento médico sin presentar ninguna otra complicación, y el caso de L. C. G, una mujer de 30 años, aparentemente sana y sin antecedentes médicos de importancia, que ingresa en urgencias traída por su esposo posterior a la broncoaspiración con contenido alimenticio, se intenta realizar la liberación de la vía aérea por familiares en su domicilio, sin éxito, por lo que es trasladada rápidamente a nuestra unidad después de 20 minutos de trayecto, a su llegada presenta escasos signos vitales, y no se logra la estabilización ni liberación de la vía aérea a tiempo, por lo que fallece por asfixia con embarazo de 30 SDG aproximadamente; el resto de datos y expediente clínico no pudieron ser recopilados al encontrarse en revisión por autoridades pertinentes para la vigilancia de muerte materna. **(Gráfica 34)**



Gráfica 34. *Enfermedades, complicaciones o factores de riesgo presentadas en mujeres que recibieron 5 o más consultas de control prenatal.*

El desenlace de los embarazos en las mujeres que recibieron menos de 5 consultas prenatales (4) fue el parto por vía vaginal sin ninguna complicación durante este o posterior, en 2 de las mujeres; en un caso se realizó cesárea debido al desarrollo de criterios de preeclampsia sin datos de severidad, cuyas cifras tensionales disminuyeron poco tiempo después de la resolución del embarazo; y un caso culminó en muerte materna por asfixia con muerte del producto de la gestación. Este es un ejemplo de cómo múltiples factores como el retraso en la atención por falta de personal médico capacitado y especialistas, la violencia que se ejerce contra ella y sus familiares en las áreas de primer contacto debido a la gran tensión que existe por tratar de resolver la urgencia que conllevó este caso en un intento de responsabilizar a la familia por el desenlace y quitar responsabilidad al personal médico y a las instituciones de salud y gubernamentales por la falta de centros de atención con infraestructura, recursos, equipos avanzados indispensables, accesibilidad geográfica, capacitación médica y protocolos adecuados de traslado influye en los desenlaces fatales que pueden ser prevenidos para evitar que sigan existiendo casos de muertes maternas.



Gráfica 35. *Desenlace del embarazo en mujeres con menos de 5 consultas de control prenatal.*

CONCLUSIÓN

Las determinantes sociales de la salud desempeñan un papel fundamental en la morbilidad materna, ya que influyen directamente en el acceso a servicios de salud de calidad, la educación, el nivel socioeconómico, las condiciones laborales, la vivienda y la alimentación, entre otros factores. Las mujeres en contextos de pobreza, discriminación o falta de acceso a atención médica adecuada tienen un mayor riesgo de enfrentar complicaciones durante el embarazo y el parto, lo que incrementa la probabilidad de sufrir morbilidad o mortalidad materna.

Además, factores como la violencia de género, la falta de información sobre salud reproductiva y la insuficiente preparación del personal de salud también contribuyen significativamente a estos desenlaces adversos. Es crucial abordar estas determinantes sociales de manera integral de manera que el estado garantice políticas públicas que promuevan la equidad en salud, mejoren las condiciones de vida y brinden acceso oportuno y adecuado a los servicios de salud materna. Solo a través de un enfoque multidimensional que involucre tanto a los gobiernos, las instituciones y a las comunidades se podrá reducir de manera efectiva la morbilidad materna y avanzar hacia un sistema de salud más justo y accesible para todas las mujeres.

La morbilidad materna es un fenómeno complejo y multifactorial que refleja las inequidades presentes en los sistemas de salud, las condiciones de vida y las estructuras sociales. Las determinantes sociales de la salud son factores clave que inciden de manera significativa en el bienestar materno, ya que afectan la capacidad de las mujeres para acceder a la atención adecuada, obtener información sobre su salud y recibir los cuidados preventivos necesarios durante el embarazo, el parto y el puerperio. Uno de los principales determinantes sociales que influyen en la morbilidad materna es el acceso desigual a servicios de salud de calidad. Las mujeres que viven en situaciones de pobreza o en zonas rurales a menudo enfrentan barreras económicas, geográficas y culturales que dificultan su acceso a la atención prenatal, al parto institucionalizado y al seguimiento postnatal. Estas barreras contribuyen a un retraso en la identificación de complicaciones durante el embarazo, lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves, como la hemorragia postparto, la preeclampsia o la sepsis, que son algunas de las principales causas de mortalidad materna.

Además, las mujeres que no cuentan con una educación suficiente también pueden tener menos capacidad para navegar en el sistema de salud y defender sus derechos, lo que se traduce en una mayor vulnerabilidad ante la falta de atención o el trato inadecuado por parte de los profesionales de salud.

El contexto socioeconómico, que incluye la pobreza, el empleo informal y las condiciones de vivienda precarias, también tiene un impacto significativo en la morbilidad materna. Además, las condiciones laborales y el trabajo informal, con horarios irregulares y falta de prestaciones sociales, afectan la capacidad de las mujeres para recibir atención médica o realizarse exámenes de control en el embarazo.

La violencia de género es otro factor determinante clave en la morbilidad materna. Las mujeres que sufren violencia física, sexual o psicológica corren un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo debido al estrés crónico, la desnutrición, la falta de autocuidado o el acceso limitado a servicios de salud. Además, la violencia obstétrica, que se refiere al trato abusivo por parte del personal de salud durante el parto, también contribuye a la desconfianza en el sistema de salud y a la reticencia a buscar atención, lo que aumenta los riesgos tanto para la madre como para el bebé.

Las políticas públicas desempeñan un papel crucial en la reducción de la morbilidad materna. Es esencial que los gobiernos implementen estrategias integrales que aborden las causas estructurales y sociales que perpetúan estas desigualdades. Esto incluye la promoción de la educación sobre salud reproductiva,

la mejora del acceso a servicios de salud de calidad en todas las regiones, el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria y la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. La implementación de políticas de equidad en salud debe ser un compromiso continuo, con un enfoque centrado en la mujer, que tome en cuenta las diversas realidades sociales y culturales de cada comunidad.

En conclusión, para reducir la morbilidad materna es indispensable comprender y abordar las determinantes sociales de la salud en su totalidad. No se trata solo de mejorar el acceso a la atención médica, sino también de crear condiciones sociales y económicas que favorezcan el bienestar de las mujeres. Solo a través de un enfoque integral que considere las diversas dimensiones del contexto social, económico y cultural se podrá garantizar que todas las mujeres, independientemente de su situación, tengan acceso a los cuidados necesarios para disfrutar de un embarazo seguro y saludable.

BIBLIOGRAFÍA

Baigry, M. I., Ray, R., Lindsay, D., Kelly-Hanku, A. y Redman-MacLaren, M. (2023). Barriers and enablers to young people accessing sexual and reproductive health services in Pacific Island Countries and Territories: A scoping review. *PLoS one*, 18(1), e0280667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280667>

Cámara de Diputados. (2023). Derechos sexuales y reproductivos en México: un análisis legislativo. Recuperado de www.diputados.gob.mx.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2022). Anticoncepción y planificación familiar. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/programa-de-planificacion-familiar-y-anticoncepcion>

Comité Estatal de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (CEIEG). (s.f.). Región XIV Tulijá Tseltal Chol. Gobierno del Estado de Chiapas. pp 1-10. https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/productos/files/MAPASTEMREG/REGION_XIV_tulija-chol_post.pdf

Congreso del Estado de Chiapas. (2023) Iniciativa con proyecto de decreto por el que se reforma la fracción VIII del artículo 9º de la constitución política del estado libre y soberano de Chiapas. En materia de derechos de las mujeres a un parto

humanizado, intercultural y seguro. https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/iniciativas/INI_0802.pdf?v=Mg==

Cano Montesdeoca, M.V. y Marrero González, D. (2024). Percepción de embarazadas sobre las barreras para el acceso al control prenatal. Revista Eugenio Espejo, 18(1), pp 39-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=572876500006>

Consejo de Investigación y Evaluación de la Política Social (CIEPS). (2019). Boletín del CIEPS: Perspectivas y opiniones sobre política pública desde el desarrollo social. Carencias Sociales 2018: Alimentación y servicios básicos en la vivienda. 9(10).
<https://cieps.edomex.gob.mx/sites/cieps.edomex.gob.mx/files/files/10%20OCTUBRE%20B%20.pdf>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). (s.f). Medición de la Pobreza. [internet].
<https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Acceso-a-servicios-basicos-vivienda.aspx>

Cornish, R. P., Magnus M. C., Urhoj, S. K., Santorelli, G., Smithers, L. G., Odd, D., Fraser, A., Haberg, S. E., Nybo Andersen, A. M., Birnie, K., Lynch, J. W., Tilling, K. y Lawlor D. A. (2024). Maternal pre-pregnancy body mass index and risk of preterm birth: a collaboration using routine health datasets. BMC medicine, 22(1).
<https://doi.org/10.1186/s12916-023-03230-w>

Corrales Aldana, L., Arroyo Herrera, S. y Galván Borja, D. (2022). Determinantes sociales de la salud relacionados con la morbilidad materna extrema departamento de Sucre 2018-2019. Revista Salud Uninorte, 38(2), 529-542. Epub May 23, 2023.
<https://doi.org/10.14482/sun.38.2.618.3>.

Diario Oficial de la Federación. (28 de noviembre de 2023). Decreto por el que se formula la Declaratoria de las Zonas de Atención Prioritaria para el año 2024. Secretaría de Gobernación.
https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5672639&fecha=28/11/2022#gs.c.tab=0

Diario Oficial de la Federación. (04 de diciembre de 2023). Convenio de Coordinación que establece la forma de colaboración en materia de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos y demás insumos asociados para la prestación gratuita de servicios de salud, para las personas sin seguridad social, que celebran la Secretaría de Salud, Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) y el Estado de Puebla.

Secretaría de Gobernación.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5710285&fecha=04/12/2023#:~:t_ext=El%201%20de%20agosto%20de,brindar%20a%20las%20personas%20sin

Dirección General de Epidemiología. (2021). Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extremadamente grave. Subsecretaría de salud. pág. 11-47. https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/manuales/19_Manual_VE_SIVEMorbilidadMaternaSevera.pdf

Donoso, E., Carvajal, J. A., Vera, C., y Poblete, J. A. (2014). La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. *Revista Médica de Chile*, 142(2), 168-174. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872014000200004>

El Economista. (19 de Enero de 2023). En México 56% de las viviendas no tiene acceso a la infraestructura de transporte público). <https://www.economista.com.mx/econohabitat/En-Mexico-56-de-las-viviendas-no-tiene-acceso-a-la-infraestructura-de-transporte-publico-20230119-0076.html>

Espino, A. y Sauval, M. (2021). ¿Frenos al empoderamiento económico? Factores que limitan la inserción laboral y la calidad del empleo de las mujeres: el caso chileno. *Desarrollo y Sociedad*, 77(10), 305-360. <https://www.redalyc.org/pdf/1691/169146817008.pdf>

Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Declaración de la FIGO: Marco ético para una atención materna respetuosa durante el embarazo y el parto 2021. Disponible en: www.figo.org/resources/figo-declaraciones/ethic-framework-respectful-maternity-care-during-pregnant-and-childbirth.

Feng, T., et al. (2022). Economic strain and maternal health: The mediating role of partner support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10), 5862. <https://www.mdpi.com/journal/ijerph>

Flores-López, B., Naves-Sánchez, J., Sosa-Bustamante, G. P., González, A. P., Luna-Anguiano, J. L. F., & Paque-Bautista, C. (2023). Morbilidades materna y perinatal asociadas a edad avanzada en gestantes [Maternal and perinatal morbidities associated to advanced age in pregnant women]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(Supl 2), S83-S89. PMID: PMC10761194.

Fondo de Población de las Naciones Unidas América Latina y el Caribe (UNFPA). (26 de Noviembre de 2021). Consenso Estratégico Interagencial para la Reducción de la Morbi-mortalidad Materna: orientaciones estratégicas para el decenio 2020-

2030. <https://lac.unfpa.org/es/resources/consenso-estrat%C3%A9gico-interagencial-para-la-reducci%C3%B3n-de-la-morbi-mortalidad-materna>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas México (UNFPA). (2017, September 6). Salud materna. <https://mexico.unfpa.org/es/topics/salud-materna>

Ginecología Y Obstetricia De México (GOM). (2023). Descripción del nivel de conocimiento de los signos y síntomas de alarma obstétrica en mujeres embarazadas. Revista de Ginecología y Obstetricia de México. <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/descripcion-del-nivel-de-conocimiento-de-los-signos-y-sintomas-de-alarma-obstetrica-en-mujeres-embarazadas>.

Gobierno del Estado de Chiapas. (s.f.). Salto de Agua (Historia). <https://www.saltodeagua.gob.mx/municipio/historia>

Gobierno del Estado de Chiapas. (2021). Lineamientos para la programación y elaboración del Presupuesto de Egresos 2021. Capítulo XIV: Clasificación Municipal y Regional. <http://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-juridico/estatal/informacion/Lineamientos/Normativos/2021/XIV-Clas-Mpal-Regional.pdf>

Gobierno de México. (2024). Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2024 (Salto de Agua, Chiapas). Secretaria de Bienestar. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/887330/07077SaltoDeAgua2024.pdf>

Gobierno de México. (2024). Informe Anual Sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2024 (Salto de Agua, Chiapas). Secretaria de Bienestar. [Gráfica] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/887330/07077SaltoDeAgua2024.pdf>

Green, E. S. y Arck, P. C. (2020). Pathogenesis of preterm birth: bidirectional inflammation in mother and fetus. Seminars in immunopathology, 42(4), 413-429. <https://doi.org/10.1007/s00281-020-00807-y>.

Grupo Banco Mundial. (22 de Marco de 2024). Transporte: Panorama General. <https://www.bancomundial.org/es/topic/transport/overview>

Grupo de Trabajo Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna (GTR). (2017). Panorama de la Situación de la Morbilidad y Mortalidad Maternas: América Latina y el Caribe. <https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MSH-GTR-Report-Esp.pdf>.

Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México CENETEC; 2021 [25 DE JUNIO 2024]. Prevención y manejo de la hemorragia postparto. Disponible en: <http://www.cenetecdifusion.com/CMGPC/GPC-SS-103-21/ER.pdf>.

Harris, L. H. y Grossman, D. (2020). Complications of Unsafe and Self Managed Abortion. The New England journal of medicine, 382(11), 1029-1040. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1908412>.

Instituto Nacional para la Evaluación de la Educación (INEE). (2019). Desigualdades entre el sector educativo público y privado: una competencia aguerrida por un mercado inexistente. México. <https://www.inee.edu.mx/desigualdades-entre-el-sector-educativo-publico-y-el-privado-una-competencia-aguerrida-por-un-mercado-inexistente/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020) Educación: Chiapas. Censo de Población y Vivienda. <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/chis/poblacion/educacion.aspx?tema=me&e=07>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (Mayo 2024). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENOE/ENOE2024_05.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (Diciembre 2018). Mapa de Chiapas: División Municipal [Imagen]. https://cuentame.inegi.org.mx/mapas/pdf/entidades/div_municipal/chismpioscolor.pdf

Jiang, L. y Zhu, Z. (2022). Maternal mental health and social support from online communities during pregnancy. Health and social care in the community, 30(6), pp 6332-6344. <https://doi.org/10.1111/hsc.14075>

Karam Calderón, M.A., Castillo Sánchez, Y., Moreno Pérez, P. y Ramírez Durán N. (2019). ¿Qué son las determinantes sociales de la salud? Revista de Medicina de Investigación; Vol. 7 (1). pp. 61-65. <http://hdl.handle.net/20.500.11799/105506>.

Kelly J.J., Davis P.G. y Henschke P.N. (2021) The drug epidemic: effects on newborn infants and health resource consumption at a tertiary perinatal centre. J Paediatr Child Health 36: 262-264. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1440-1754.2000.00492.x>

Leach, L. S., et al. (2019). The influence of partner health on maternal health outcomes during pregnancy: A systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 1-10. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/>

Lozano Avendaño, L., Bohórquez Ortiz, A. Z., y Zambrano Plata, G. E. (2016). Implicaciones familiares y sociales de la muerte materna. *Universidad y Salud/Universidad y Salud*, 18(2), 364. <https://doi.org/10.22267/rus.161802.45>

Matta Ormeño, K.R. y Romano Diaz, C.E. (2019). Influencia del factor cultural en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil atendidas en planificación familiar en el Hospital de Santa María del Socorro. *Universidad Autónoma de ICA*. Disponible en: <http://hdl.handle.net/autonomadeica/1021>

Maughan, B. C., Marin, M., Han, J., Gibbins, K. J., Brixie, A.G., Caughey A. B., Kline, J. A. y Jarman, A. F. (2022). Venous Thromboembolism During Pregnancy and Postpartum Period: Risk Factor, Diagnostic Testing, and Treatment. *Obstetrical and gynecological survey*, 77(7), 433-444. <https://doi.org/10.1097/OGX.0000000000001043>.

Miranda Lara, V. R. (2019). Determinantes sociales de la muerte materna con énfasis en la actitud del varón. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 7(1), 1-4. https://salud.hidalgo.gob.mx/contenido/transparencia/armonizacion/2019/Gaceta-2019-1_DeterminatesMuerteMaterna.pdf.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (Abril de 2019). Elementos de una vivienda adecuada. *Hábitat*. <https://onu-habitat.org/index.php/elementos-de-una-vivienda-adecuada>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2023). Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Edición Especial. Por un plan de rescate para las personas y el planeta. https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report2023_Spanish.pdf?_gl=1*185sryc*_ga*Njc4ODQwMDI2LjE3MjU0OTY1NDg.*_ga_TK9BQL5X7Z*MTcyNTQ5NjU0OC4xLjEuMTcyNTQ5NzM0Ny4wLjAuMA.

Organización de las Naciones Unidas-Hábitat. (2019). *Vivienda y ODS en México*. México. https://publicacionesonuhabitat.org/onuhabitatmexico/VIVIENDA_Y_ODS.pdf

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] e Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación [IIPE]. (2019). *Educación y Género*. SITEAL.

https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_informe_pdfs/siteal_educacion_y_genero_20190525.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (6 de enero de 2021). Determinantes sociales de la salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_24-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2023). Salud sexual y reproductiva. Recuperado de www.who.int.

Organización Mundial de la Salud. (22 de febrero de 2023). Mortalidad materna. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality#:~:text=La%20mortalidad%20materna%20es%20inaceptablemente,la%20mayor%C3%ADa%20podr%C3%ADan%20haberse%20evitado>.

Organización Mundial de la Salud. (23 de febrero de 2023). Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto: organismos de las Naciones Unidas. [Comunicado de prensa] <https://www.who.int/es/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies#:~:text=La%20RMM%20mundial%20en%202020,y%20las%20339%20de%202000>.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2022). Directrices de la OMS sobre vivienda y salud. Washington (DC). [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583405/>

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (10 de mayo de 2024). Sepsis. <https://www.paho.org/es/temas/sepsis>

Piña Calle, E. A. (2020). Determinantes sociales de la salud que influyen en la adherencia al control prenatal. Revista Publicando, 7(26), 54-62. <https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2136>.

Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., McAuliffe, F., Da Silva Costa, F., Von Dadelszen, P., David McIntyre, H., Kihara, B. A., Di Renzo, G. C., Romero, R., D'Alton, M., Berghella, V., Nicolaidis, H. K. y Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia: A pragmatic guide for first-trimester screening and prevention. International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of International Federation of Gynaecology and Obstetrics, 145 Suppl 1(Suppl 1), 1-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>.

Rodríguez Corredor, Z.A. (2020). Las determinantes sociales y su importancia para los profesionales de la salud. (Generación de contenidos impresos N.º17). Bogotá:

Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi:
<https://doi.org/10.16925/gcnc.15>

Rojas, O. L. y Castrejón Caballero, J. L. (2020). El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. Revista Latinoamericana de Población (RELAP), 14(27), 77-114.
<http://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i12.n27.3>

Salvatierra Martínez, A.M., Lozano Cruz, M., Hernández López, N.A., Ramírez Trejo, L.M., Olvera Garrido, M., Cebrián Vargas, C.E., Maldonado Mendoza, L.J., Mendieta Ramírez, V., Cruz Olvera, J., Ruvalcaba Ledezma, J.C. (2019). La trascendencia de los determinantes sociales de la salud "Un análisis comparativo entre los modelos". JONNPR; 4(11): 1051-63. DOI: 10.19230/jonnpr.3065.

Sanchez, O., García, Y., Sanchez, J. y Bulfrano, P. (2019). Embarazo de alto riesgo y sus determinantes sociales en una comunidad rural de Guerrero. Revista de Técnicas de la Enfermería y Salud, 12. DOI: 10.35429/JNT.2019.9.3.12.17.

Secretaría de Comunicaciones y Transportes. (2020). ¿Cuántos usuarios de internet somos en México?. <https://www.gob.mx./sct/articulos/cuantos-usuarios-de-internet-somos-en-mexico>

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano. (2020). Diagnóstico del rezago habitacional por entidad federativa: Censo de Población y Vivienda 2020. Desarrollo Territorial y Comisión Nacional de Vivienda.
<https://siesco.conavi.gob.mx/doc/analisis/2021/Diagn%C3%B3stico%20del%20Rezag%20habitacional%20por%20entidad%20federativa.pdf>

Secretaría de Economía. (2020). Salto de Agua: Municipio de Chiapas. DataMéxico.
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/salto-de-agua?growthSelector1=indicatorOption&occupationMetrics=workforceOption&occupationSelectorGender1=gender2&peaSelector=peaOption&totalAndInformalJob=genderOption&totalGenderSelector=genderOption&workforceSelector=workforceOption&totalGenderEducation=genderOption>

Secretaría de Hacienda. (2021). Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Chiapas. Gobierno de Chiapas, 3ra Sección, Tomo III.
<https://www.haciendachiapas.gob.mx/marco-juridico/estatal/informacion/Leyes/ley-transparencia.pdf>

Secretaría de Salud [SSA]. (2016). NOM-007-SSA2-2016: Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Ciudad de México: SSA.

https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gs.c.tab=0

Secretaría de Salud. (2019). Manual de Organización Hospitales Básicos Comunitarios. Tuxtla Gutierrez, Chiapas. <https://saludchiapas.gob.mx/storage/app/uploads/public/5f8/a0c/487/5f8a0c487ef67989404553.pdf>

Secretaría de Salud de México. (2023). Informe sobre la situación de salud sexual y reproductiva en México. Ciudad de México: Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/imss/articulos/salud-sexual-elemento-fundamental-del-bienestar?idiom=es>

Secretaría de Salud [SSA]. (2024). Informe Semanal de Morbilidad Materna Extremadamente Grave. Semana epidemiológica 17 2024. En www.gob.mx/salud. Recuperado 5 de mayo de 2024, de <https://www.go.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilanciaepidemiologica-de-morbilidad-materna-extremadamente-grave-2024>

Secretaría de Salud de Chiapas. (06 DE JUNIO 2024). INSP y SS implementarán nueva estrategia para mejorar la salud de la embarazada y el recién nacido. <https://saludchiapas.gob.mx/noticias/post/insp-y-ss-implementaran-nueva-estrategia-para-mejorar-la-salud-de-la-embarazada-y-el-recien-nacido>

Smith, C., Teng, F., Branch, E., Chu, S., Joseph, K. S. (2019). Maternal and Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Anemia in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*, 136(6), 1234-1244. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003557>.

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Lappen, J. R. Pettker, C. M. y Luis, J. M. (2020). Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #54: Assessing the risk of maternal morbidity and mortality. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 224(4), B2-B15. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.12.006>.

Stapleton, L. R., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2020). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 26(3), 453–463. <https://doi.org/10.1037/a0028332>

Sundin, C. S., Rigg, K. y Ellis, K. K. (2021). Maternal Sepsis: Presentation, Course, Treatment and Outcomes. *MCN. The American Journal of maternal child nursing*, 46(3), 155-160. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000712>.

Sweeting, A., Wong, J., Murphy, H. R. y Ross, G. P. (2022). A Clinical Update on Gestational Diabetes Mellitus. *Endocrine reviews*, 43(5). 763-793. <https://doi.org/10.1210/edrev/bnac003>.

Thornburg, K. L., Boone-Heinonen, J. y Valent, A. M. (2020). Social Determinants of Placental Health and Future Disease Risks for Babies. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 47(1), pp 1-15. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.11.002>.

Torres Rojas, J. L. F. (2022). Diversidad y exclusión educativa en Chiapas. Los Herederos de Quintín Lame y del Zapatismo. Comunicación, paz-conflicto e incidencia política diálogos Colombia-México. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/99578154/Los_herederos_del_Quintin_Lame_2022_P.225-libre.pdf?1678273574=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAproximaciones_a_lo_justo_de_la_justicia.pdf&Expires=1722405277&Signature=OtuKzD9TqBjilTxQqMIEvUm5j6-le2YfY2~DJDFNtmAIWPF19NX2JPaeyBKFPw7r0jj~XTJwhSijcbbjurRkhHTeYCcoE7P8UZv1eYcCukYJKW2Dvu5rdnz6V5khxZFeCluEJr-2-WvpCbdiUFFu-gEaD7le35gsKhJjBv03KpW64KPwg~mgqQD5qdlwPe7TH5ODj~JgBE3IOcRyyBJWfPVXDHHwATCjCNOXj-B6AuaxuA524AR~p46RpSMOYShWFTK2Bk8bG-DV~-KJRP3-WWP7-z2g8QWeZS5ZWYVW65ycPHUd1e1UJjgEcZ59UF4wVsl5LL2Wbxe1u0a6s4HCfQ_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA#page=298

Triviño Ibarra, C. P., Acosta Castro, F. E. y Veintimilla Cedeño, J. B. (2019). Embarazo precoz: riesgos, consecuencias y prevención. *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 554-571. <https://doi.org/10.23857/dc.v5i2.1107>.

Tumas, N., Godoy, A. C., Peresini, V., Peisino, M. E., Boldrini, G., Vaggione, G. y Acevedo, G. E. (2022). El cuidado prenatal y los determinantes sociales: estudio ecológico en Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 224-244. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.47439>.

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Office of Health Equity. (2020) Health Equity Report 2019-2020: Special Feature on Housing and Health Inequalities. Rockville, Maryland. <https://www.hrsa.gov/sites/default/files/hrsa/about/organization/bureaus/ohe/hrsa-health-equity-report.pdf>.

Vinces-Centeno, M. R., y Campos-Vera, N. A. (2019). Determinantes sociales de la salud. *Políticas Públicas. Dominio De Las Ciencias*; 5(1), 477–508. <https://doi.org/10.23857/dc.v5i1.1056>.

Wang, L., Zhang, X., Chen, T., Tao, J., Gao, Y., Cai, L., Chen, H. y Yu, C. (2021). Association of Gestational Weight Gain With Infant Morbidity and Mortality in the United States. *JAMA network open*, 4(12).
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.41498>.

Watkins, E. J., Kelley, T. (2020). Postpartum hemorrhage. *JAAPA: official journal of the American Academy of Physician Assistants*, 33(4), 29-33.
<https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000657164.11635.93>

World Health Organization: WHO. (2019, September 23). Salud materna.
https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_3

World Health Organization: WHO. (2024, April 26). Maternal mortality.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

World Health Organization, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division. (2023) Trends in maternal mortality 2000 to 2020.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf?sequence=1>

Zavala García, A., Ortiz Reyes, H., Salomon Kuri, J., Padilla Amigo, C. y Ruiz, R. P. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. *Revista Chilena De Obstetricia Y Ginecología*, 83(1), 52–61. <https://doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052>

De Equidad de Género y Salud Reproductiva, C. N. (s. f.-b). Anticoncepción y planificación familiar. (2022) gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/programa-de-planificacion-familiar-y-anticoncepcion>.

Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, World Contraceptive Patterns. Serie de información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos anticoncepción y planificación familiar. Patterns. WHO; 2013. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Contra_FamPlan_WEB_SP.pdf

Castañeda-Sánchez O, Castro-Paz LS, Lindoro-López KG. Causas de no aceptación de métodos de planificación Familiar. Volumen 10 (2) abril-junio 2008.

Centro de estudios sociales y de opinión pública. Violencia familiar en México. (2015-2022). Documento de trabajo No. 402. chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcglclefindmkaj/https://portalhcd.diputados.gob.mx/PortalWeb/Micrositios/8657bfd2-a41c-46bc-837d-9a1d492c2c39.pdf

