

**Universidad Autónoma de Baja California**  
**Facultad de Economía y Relaciones Internacionales**  
**Maestría en Estudios del Desarrollo Global**



**Violencia obstétrica: una visión de la calidad en los servicios sanitarios ante la institucionalización de la violencia contra el parto respetado en Argentina, Chile, México y Venezuela como casos de estudio**

**Para obtener el grado de:**  
**Maestro en Estudios del Desarrollo Global**

**Presenta:**  
**Lic. Kevin Sander Tiburcio Zamudio**

**Directora:**  
**Dra. Martha Cecilia Jaramillo Cardona**

**Codirector**  
**Dr. Rogelio Zapata Garibay**

**Tijuana, B.C agosto de 2021**

## INDICE

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO DECONSTRUYENDO EL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA (VO) .....</b>	<b>22</b>
1.1 DE LAS VIOLENCIAS A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA, UNA ABSTRACCIÓN HACIA EL GÉNERO .....	22
1.2 LA VIOLENCIA INSTITUCIONALIZADA .....	25
1.3 LA CONCEPTUALIZACIÓN NORMATIVA DE LA VO .....	28
1.4 DERECHOS HUMANOS COMO UN EJE PARA LOS SERVICIOS PÚBLICOS .....	32
1.5 VO LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS .....	33
1.6 LOS SERVICIOS PÚBLICOS UNA APROXIMACIÓN A LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA .....	35
1.6.1 <i>¿Qué es la calidad?</i> .....	35
1.6.2 <i>La calidad en los servicios públicos de salud.</i> .....	38
1.6.3 <i>El parto humanizado</i> .....	40
<b>CAPÍTULO II. ANÁLISIS NORMATIVO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....</b>	<b>43</b>
2.1 <i>Normatividad ante la VO en Argentina</i> .....	46
2.2 <i>Normatividad ante la VO en Chile</i> .....	47
2.3 <i>Normatividad ante la VO en México</i> .....	51
2.4 <i>Normatividad ante la VO en Venezuela</i> .....	52
2.5 <i>Condiciones de la normatividad ante la VO en los casos de estudio</i> .....	53
<b>CAPÍTULO III. ESTRUCTURA DE LOS SISTEMAS DE SALUD .....</b>	<b>58</b>
3.1 ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN ARGENTINO.....	59
3.2 ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN CHILENO .....	64
3.3 ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MEXICANO .....	75
3.4 ESTRUCTURA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN VENEZOLANO .....	86
3.5 CONDICIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD .....	91
<b>CAPÍTULO IV. POLÍTICA PÚBLICA CON ENFOQUE DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y/O ERRADICACIÓN DE LA VO .....</b>	<b>93</b>
4.1 PROGRAMA SOBRE EL PARTO RESPETADO PARA LA PREVENCIÓN, ASISTENCIA Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA ARGENTINA.....	93
4.1.1 <i>Estructura analítica del programa</i> .....	95
4.1.2 <i>Población Objetivo</i> .....	101
4.1.3 <i>Presupuesto</i> .....	102
4.1.4 <i>Vinculación a los ODS</i> .....	103
4.1.5 <i>El tópico de la sociedad civil contra la VO</i> .....	104
4.1.6 <i>Opinión de las mujeres</i> .....	106
4.2 CHILE PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPICOSOCIAL .....	118
4.2.1 <i>Estructura analítica del programa</i> .....	119
4.2.2 <i>Población Objetivo</i> .....	128
4.2.3 <i>Presupuesto</i> .....	130
4.2.4 <i>Vinculación a los ODS</i> .....	131

4.2.5 El tópico de la sociedad civil contra la VO en Chile .....	134
4.2.6 Opinión de las mujeres .....	136
4.3 MÉXICO PROGRAMA DE SALUD MATERNA, SEXUAL Y REPRODUCTIVA .....	148
4.3.1 Estructura analítica del programa.....	149
4.3.2 Población objetivo.....	166
4.3.3 Presupuesto.....	166
4.3.4 Vinculación a los ODS .....	168
4.3.5 El tópico de la sociedad civil contra VO en México .....	170
4.3.6 Opinión de las mujeres.....	171
4.4 VENEZUELA PLAN PARTO HUMANIZADO .....	184
4.4.1 Estructura analítica del programa.....	185
4.4.2 Población Objetivo.....	187
4.4.3 Presupuesto.....	188
4.4.4 Vinculación a los ODS .....	188
4.4.5 El tópico de la sociedad civil contra la VO en Venezuela.....	189
4.4.6 Opinión de las mujeres .....	190
4.5 RESULTADO ESPECÍFICOS .....	202
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>212</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>215</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>243</b>
ANEXO 1.....	244

## Índice de tablas

Tabla 1. Razón de mortalidad materna en Chile, México, Argentina y Venezuela 2017.....	14
Tabla 2. Categorías de muertes maternas .....	15
Tabla 3. Elementos conceptuales de la VO considerados en la normatividad de los países de estudio .....	31
Tabla 4. Perspectivas de calidad propuestas por la AEVAL.....	39
Tabla 5. Diferenciaciones de parto y características .....	43
Tabla 6. Instrumentos internacionales adoptados para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y maternidad.....	45
Tabla 7. Reformas e iniciativas sin seguimiento sobre VO en el Congreso Chileno .....	50
Tabla 8. Relación de diferencias y similitudes en la normatividad ante la VO en los países de estudio .....	55
Tabla 9. Tipos de intervenciones de la política nacional de salud .....	59
Tabla 10. Forma y vinculación a los servicios de prepaga en Argentina .....	62
Tabla 11. Atención de nacimientos según asociación de la madre en Argentina .....	63
Tabla 12. Partos atendidos por personal de la salud (registro de nacidos vivos) 2015-2019 Argentina .....	63
Tabla 13. Partos (nacidos vivos) atendidos por personal sanitario en Argentina .....	64
Tabla 14. Número de camas de obstetricia disponibles por año 2016-2018 en Argentina.....	65
Tabla 15. Número de nacimientos en argentina según lugar de ocurrencia .....	65
Tabla 16. Grupos de clasificación en FONASA Chile .....	66
Tabla 17. Características de infraestructura y servicios para categorizar el costo de los Bono PAD Chile.....	67
Tabla 18. Modalidades de atención en ISAPRE Chile .....	70
Tabla 19. Relación de planes con ISAPRES de afiliación abierta y cerrada 2021 Chile .....	71
Tabla 20. Relación de Nacimientos y partos registrados según afiliación al sistema 2015-2019 Chile .....	72
Tabla 21. Histórico de partos en Chile por atención y lugar de ocurrencia 2015-2018* .....	72
Tabla 22. Matronas y matrones en el servicio chileno por cada 1000 nacimientos 2015-2019.....	74
Tabla 23. Cuota anual de afiliación voluntaria al IMSS México .....	78
Tabla 24. Relación de mujeres afiliadas en México según subsector al año 2020 .....	78
Tabla 25. Nacimientos atendidos en México por sector de afiliación de la madre 2015 - 2017 .....	81
Tabla 26. Ocurrencia de nacimientos respecto a tipo de establecimiento de atención México .....	83
Tabla 27. Relación de personal especializado para la atención del parto en subsectores público y privado México 2015-2019 .....	84
Tabla 28. Obstetras y enfermeras en el servicio mexicano de atención obstétrica por cada 1000 nacimientos 2015-2020 .....	84
Tabla 29. Salas de expulsión en México 2015-2020 .....	87
Tabla 30. Financiamiento para la atención en el sistema de salud público en Venezuela .....	88
Tabla 31. Acciones entorno a la VO del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019 Argentina.....	98
Tabla 32. Acciones entorno a al VO del Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de Género 2020-2022 .....	100
Tabla 33. Muertes de gestantes (tipo de causas obstétricas) en Argentina 2016-2018.....	102
Tabla 34. Presupuesto de los Planes Nacionales de Acción contra la Violencia hacia las Mujeres 2017-2020 .....	104
Tabla 35. Razón de mortalidad materna (RMM) Argentina 2015 a 2020.....	105
Tabla 36. Medición de la calidad en las condiciones del trato Argentina .....	113
Tabla 37. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura en Argentina .....	115
Tabla 38. Medición de la calidad de las intervenciones Argentina.....	117

Tabla 39. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Argentina .....	118
Tabla 40. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2015.....	124
Tabla 41. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2016.....	125
Tabla 42. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	126
Tabla 43. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2018.....	127
Tabla 44. Relación de monitoreo de resultados de los indicadores de atención propuestos para la atención personalizada del parto en Chile 2015-2017 .....	128
Tabla 45. Comparativo porcentual de partos y nacimientos de beneficiarias en Chile 2015-2016.	130
Tabla 46. Relación del presupuesto asignado al PADBP por mujer beneficiaria y nacimiento 2015-2018 Chile .....	131
Tabla 47. Número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos Chile.....	133
Tabla 48. Medición de la calidad en las condiciones del trato Chile .....	143
Tabla 49. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura Chile.....	145
Tabla 50. Medición de la calidad de las intervenciones Chile .....	147
Tabla 51. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Chile .....	148
Tabla 52. Árboles de problemas del Programa de Salud materna, sexual y reproductiva.....	152
Tabla 53. Construcción de la MIR del P20 a través de los árboles de problemas y objetivos.....	156
Tabla 54. Ficha de indicadores de fin y propósito del P020 2016 a 2020.....	157
Tabla 55. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	161
Tabla 56. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	162
Tabla 57. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	163
Tabla 58. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	164
Tabla 59. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017.....	165
Tabla 60. Indicador de resultados para atención de partos a nivel institucional 2017 a 2020 .....	166
Tabla 61. Presupuesto del P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2016 a 2020.....	168
Tabla 62. RMM México 2015-2020.....	169
Tabla 63. Número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos .....	170
Tabla 64. Porcentaje de partos atendidos en instituciones con profesionales de la salud México...	171
Tabla 65. Medición de la calidad en las condiciones del trato México .....	178
Tabla 66. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura México .....	180
Tabla 67. Medición de la calidad de las intervenciones México.....	183
Tabla 68. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en México .....	184
Tabla 69. Medición de la calidad en las condiciones del trato Venezuela .....	197
Tabla 70. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura en Venezuela .....	199
Tabla 71. Medición de la calidad de las intervenciones en Venezuela .....	201
Tabla 72. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Venezuela .....	202
Tabla 73. Proporción del puntaje obtenido en la medición de la calidad en los servicios públicos	205
Tabla 74. Descripción para la interpretación del grafico 29 .....	209

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados Argentina .....	108
Gráfico 2. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? Argentina .....	110
Gráfico 3. Situaciones que vivieron las mujeres en los servicios relacionadas a la calidad de la atención en Argentina .....	111
Gráfico 4. Situaciones que vivieron las mujeres con relación a la atención durante el proceso de parto en Argentina.....	113
Gráfico 5. Intervenciones realizadas en el parto Argentina .....	115
Gráfico 6. Resultado de la medición de los servicios de atención en Argentina.....	117
Gráfico 7. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados Chile .....	139
Gráfico 8. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? .....	140
Gráfico 9. Situaciones que vivieron las mujeres en los servicios relacionadas a la calidad de la atención en Chile.....	141
Gráfico 10. Situaciones que vivieron en relación con la atención durante el proceso de parto Chile .....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 11. Intervenciones realizadas en el parto Chile .....	145
Gráfico 12. Resultado de la medición de los servicios de atención en Chile .....	147
Gráfico 12. Resultado de la medición de los servicios de atención en Chile.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Gráfico 13. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados en México .....	174
Gráfico 14. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? México .....	175
Gráfico 15. Situaciones que vivieron con relación al trato en el parto mujeres en México.....	176
Gráfico 16. Situaciones que vivieron en relación con la atención durante el proceso de parto en México .....	178
Gráfico 17. Intervenciones realizadas en el parto México .....	180
Gráfico 18. Resultado de la medición de los servicios de atención en México.....	183
Gráfico 19. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados en Venezuela.....	193
Gráfico 20. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? Venezuela.....	194
Gráfico 21. Situaciones que vivieron en los servicios relacionadas a la calidad en Venezuela.....	195
Gráfico 22. Situaciones que vivieron con relación a la atención durante el proceso de parto en Venezuela.....	197
Gráfico 23. Intervenciones realizadas en el parto Venezuela .....	199
Gráfico 24. Resultado de la medición de los servicios de atención en Venezuela .....	201
Gráfico 25. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Argentina ..	204
Gráfico 26. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Chile .....	204
Gráfico 28. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Venezuela ..	205
Gráfico 27. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos México .....	205
Gráfico 29. Dispersión de los valores alcanzados en las variables analizadas para la medición de la calidad.....	207

## **Siglas y acrónimos**

ACEVAL: Academia Nacional de Evaluadores

AEVAL: Agencia de Evaluación y Calidad

Bonos PAD: Bonos Pago Asociado a diagnóstico

ChCC: Chile Crece Contigo

DDHH: Derechos Humanos

DIPRES: Dirección de Presupuesto (Chile)

FONASA: Fondo Nacional de Salud (Chile)

GIRE: Grupo de Información en Reproducción Elegida

INE: Instituto Nacional de Estadística (Chile)

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional (Chile)

ISP: Internacional de Servicios Públicos

MINSAL: Ministerio Nacional de Salud (Chile)

MMEIG: Grupo Inter-Agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas

ODM: Objetivos del Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivos del Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PADBP: Programa de Atención al Desarrollo Biopsicosocial (Chile)

RIE: Red Internacional de Evaluadores

RMM: Razón de Mortalidad Materna

VO: Violencia Obstétrica

## Agradecimientos

*“La iglesia está llamada a ser crítica del Estado cuando este deja de cumplir su mandato sujeto a Dios.”*

**-R.C. Sproul**

Agradecer se torna complejo al momento de esbozar y recordar que decirle a cada cual. Esto es así porque cada persona que ha estado en este camino ha aportado algo preciado para que este trabajo pueda ser presentado. El mérito, bien merecido siempre es expresado hacia la persona que redacta el escrito, quien pasó horas quizá dejando a un lado la convivencia familiar o a los amigos por trasnochar o porque necesitaba acomodar sus ideas.

Mi primer agradecimiento siempre es y será a Dios. Previo a iniciar esta maestría mi vida no era nada agradable, estaba deprimido, no tenía ganas de seguir con mi vida, había un enojo generalizado de mi parte contra muchas personas. En esos momentos no fui capaz de apreciar todo lo que me rodeaba, aunque tenía un trabajo en el que me podía sentir realizado, amistades con quienes pasar un buen rato, una familia que me apoyaba, simplemente para mí eso no representaba nada. Todo esto cambió al entender que Dios me ha dado un regalo que no merezco y que a pesar de que quiera hacer algo para decir “me lo he ganado”, nada podrá hacerle frente a ese regalo. Nada es por casualidad en esta vida, así que agradezco a Jesús por hacerme continuar y caminar diariamente a su lado, por permitirme entender que la salvación es el regalo más preciado que tengo y que de no ser por él, no podría haber culminado esta etapa.

Agradezco a mi madre por siempre ser un apoyo, por el amor que tiene hacia mí y hacia mi hermano, por esforzarse cada día para mostrarnos que es el esfuerzo diario y que el trabajo es una carga soportable cuando se hace con amor. Agradezco a mi hermano, por las veces que me pedía jugar con él, pero cambiaba de opinión para preguntar si me ayudaba, y por esos abrazos que aligeraban la carga. Agradezco a mi futura esposa por la paciencia y el apoyo brindado durante este proceso, por entender y aceptar que no nos viéramos durante un largo periodo para escribir esta tesis. Agradezco a la doctora Jaramillo por apoyarme, escucharme y ser una gran guía durante los últimos años. Por siempre ser amable, aunque su carga de trabajo era grande, siempre hubo amabilidad en sus respuestas y aún más en los momentos que me animó para continuar cuando no lograba acomodar mis ideas. Gracias a la doctora Erika por participar en la lectura y aportaciones de anotaciones de este trabajo, gracias por el tiempo empleado para brindarme de sus conocimientos. Gracias al doctor Zapata por haberse integrado como codirector, por sus sugerencias y el tiempo que tuvo para

responder con un gran gesto de amabilidad dudas y plantear sugerencias que mejoraron en gran medida el contenido de esta tesis.

Agradezco al CONACYT, a la Universidad Autónoma de Baja California y a la Facultad de Economía y Relaciones Internacionales por emplear recursos para mi formación, por darme la oportunidad de integrarme a este prestigioso programa que me permitirá continuar con mi proyecto de vida. Gracias porque tuve compañeros, compañeras y docentes que aportaron conocimientos, información y enseñanzas durante esta etapa de mi vida.

También expreso un agradecimiento muy especial al equipo del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Gracias por sus observaciones, sugerencias y especialmente a Michelle por compartir los avances de su investigación y a Gonzalo por darse el tiempo para leer y sugerir cambios en la estructura. Gracias a Javiera y Nicole por haberme aceptado para participar con ustedes en la estancia virtual.

Gracias a Bani, Celeste, Gabriel, Glenda y Josué por compartir esta experiencia conmigo.

## **Abstract**

The main objective of this research paper is to analyze the regulatory and institutional differences that deal with public health care services in terms of care quality to prevent and eradicate obstetric violence. This research is carried out under a comparative study with a mixed method research which answers the following question: What is the relation between quality of obstetric health care services and the national and international regulatory frameworks on the institutionalization of violence against women's sexual and reproductive rights? The main research hypothesis is that public health services may not grant a monitoring of the regulatory framework that allows to provide quality care in the full exercise of women's sexual and reproductive rights during labor and childbirth. The countries that are taken as samples in this research are Argentina, Chile, Mexico and Venezuela. They are analyzed from the regulatory and public policy approach and referenced to programs that seek to guarantee care quality in obstetrics and gynecology services.

**Keywords:** obstetric violence, care quality, reproductive rights, maternal mortality, regulation, public policy

## **Resumen**

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo analizar las diferencias normativas e institucionales que versan en los modelos de atención pública de salud, desde la perspectiva de la calidad para prevenir y erradicar la violencia obstétrica. Esta tesis es realizada bajo un modelo comparado con un enfoque mixto; que responde a la pregunta ¿Qué relación existe entre la calidad de los servicios de atención obstétricos y los marcos normativos internacional y nacional ante la institucionalización de la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres? La hipótesis central planteada es que los servicios públicos de atención al parto carecen de un seguimiento a los lineamientos normativos que permitan brindar una atención de calidad para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de parto. En este trabajo los países que se toman como muestra son Argentina, Chile, México y Venezuela, los cuales son analizados desde el enfoque normativo y de políticas públicas referenciados a programas que buscan garantizar servicios de calidad durante los servicios ginecobstétricos.

**Palabras clave:** violencia obstétrica, calidad, derechos reproductivos, mortalidad materna, normatividad, política pública.

## Introducción

A raíz de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se marcó una tendencia a consolidar en la justicia internacional el reconocimiento de la dignidad humana, permeando en el interior y construyéndola hacia el exterior de los Estados. De manera que los derechos humanos resultan de la visión en la cual las personas se enfrentan a un mundo globalizado, donde lo económico y lo monetario desculturaliza y engendra sociedades violentas e inequitativas (López, 2017).

De tal manera que los derechos que tutelan los diversos instrumentos internacionales llevan a consagrar una visión compartida por dar soluciones inexorables a las diversas circunstancias y vivencias que frenan el desarrollo de las personas. El contexto global permite dar cuenta que existen interconexiones y transformaciones. La propia integración de los temas de género al debate de los derechos ha permitido impactar en legislaciones internas nacionales (Ayala, 2003).

La violencia obstétrica (VO) es un problema de salud pública que se ha naturalizado a nivel social dando la percepción de un fenómeno ajeno a la violencia institucional (Luna & Ramos, 2015)<sup>1</sup>. El fenómeno de la VO se traslapa con más de uno de los denominados tipos de violencia, puesto que hace evidente la presencia de daños físicos y psicológicos (Díaz & Fernandez, 2018)<sup>2</sup>.

Alguno de los detonantes son los casos en los que las mujeres son llevadas a la anticoncepción obligada o la realización de cesárea sin necesitarla, lo que culmina en muertes maternas relacionadas con una atención inadecuada.

Venezuela fue el primer país de América Latina en considerar sanciones hacia los actos de violencia obstétrica, esto en el año 2007, el segundo país en sancionar estas prácticas fue Argentina en el año 2009, México el tercero en 2014.

El caso de Chile es un ejemplo en el contra abordaje normativo y una oposición a las incidencias. Esto es porque presenta sanciones con respecto a la violencia obstétrica (desde las generalidades) pero no se define en su totalidad el concepto, no hay leyes específicas,

---

<sup>1</sup> GIRE 2015. Manifestaciones de violencia obstétrica, Violencia Institucional. *En Violencia Obstétrica un enfoque de Derechos Humanos* eds. Luna, K. & Ramos, R. 13-14. México: Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C.

<sup>2</sup> Al hablar de violencia obstétrica se utilizan conceptos que tienen como común denominador la deshumanización y la relación que guarda la violencia contra la restricción de los derechos humanos.

solo se refieren a un maltrato en el proceso. Sin embargo, las muertes maternas registradas en 2017 en comparación con los países mencionados en este trabajo tienen una incidencia menor (Tabla 1).

<b>País</b>	<b>Razón de Mortalidad Materna por cada 100,000 nacidos vivos</b>	<b>%</b>
Chile	13	6%
México	33	16%
Argentina	39	19%
Venezuela	125	60%
<b>Total, de defunciones</b>	<b>210</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe (2017)<sup>3</sup>.

Las muertes maternas tienen relación con la violencia obstétrica, esto lo muestra la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el indicador “Razón de Mortalidad Materna” (RMM) (Eternod, 2012)<sup>4</sup>. Para el cálculo RMM se utilizan como datos de muertes maternas todas aquellas que resultan del proceso de parto y periodo de puerperio (WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank & United Nations Population División, 2019).

Las muertes maternas son consideradas en tres categorías (Tabla 2), causa obstétrica directa, indirecta y no obstétrica (Gonzaga Soriano, Anzaldo Campos, Zonana Nacach , & Olazarán Gutierrez, 2014), esta última es la que se excluye en el conteo estadístico para la RMM.

En Argentina durante el año 2018 se registraron un total de 257 muertes maternas, de las cuales 61% (157) correspondieron a causas obstétricas directas y 25% (65) se vinculan a causas obstétricas indirectas (Ministerio de Salud Argentina, 2019). En Chile, el mismo año registra 51 muertes maternas, estos casos corresponden a un 21% (11) relacionados a causas obstétricas directas, mientras que se registra un 78% (40) como otras y no clasificadas en otra parte (Ministerio de Salud: DEIS, 2020).

<sup>3</sup> El observatorio menciona que: con fines de comparabilidad entre los países y en el marco de los ODM, el Grupo Inter-Agencial para la Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG) hace el cálculo de la tasa de mortalidad materna para cada país. Esta información no siempre corresponde con la información con la que cuentan los países de acuerdo con sus registros. Si bien los datos considerados para el seguimiento de los ODS (antes de los ODM), corresponden a la información provista por el MMEIG.

<sup>4</sup> OMS en Eternod, Marcela (2012), Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicador deficiente. *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*. pp. 24-69, Vol. 3, No. 1, enero-abril 2012.

Para el caso de México se registraron 718 muertes maternas en el año 2018 (Dirección General de epidemiología, 2019), de las cuales 56% (403) corresponden a causas obstétricas directas, 24% (178) se cataloga como causas obstétricas indirectas, mientras que el 11% (86) no se encuentra clasificada o refiere a otras causas, mientras que un 7% (51) no se encuentra registrado (Dirección General de epidemiología, 2018).

La condición que guarda Venezuela en estas cifras no refiere datos claros, puesto que la información no es pública y es provista a través de los boletines emitidos por la OPS, quienes reciben la información del propio Estado. En todo caso, el Estado contaba con un boletín epidemiológico que era publicado cada semana, sin embargo, dejó de ser publicado en el año 2008, representando un reto informativo para las personas profesionales de la salud de dicho País (Avila, 2008).

El boletín de la OPS (2019a) refiere que en 2019 fueron notificadas 190 muertes maternas hasta el 6 de abril mientras que en el 2018 ese mismo periodo registró 216 muertes. De las muertes del año 2019, 132 fueron por causa obstétrica directa, mientras que 58 corresponden a causa indirectas.

<b>Tabla 2. Categorías de muertes maternas</b>	
<b>Causas obstétricas de muertes</b>	<b>Definición</b>
Directa	Resulta de complicaciones obstétricas del embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.
Indirecta	Resultado de alguna enfermedad existente antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo. No se debe a causas obstétricas directas, pero sí a efectos fisiológicos del embarazo.
No obstétrica	Relacionada a causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo o su cuidado.

**Fuente:** Elaboración propia con base en (Gonzaga Soriano, Anzaldo Campos, Zonana Nacach , & Olazarán Gutierrez, 2014).

Los registros de la OMS correspondientes al año 2015 muestran que Chile, México y Venezuela tienen una tasa de aplicación de cesáreas menor o igual al 30%, mientras que Argentina tiene una estimación de entre el 25% y 29.9% (OPS/OMS, 2018). Estos resultados representan una contraposición a la recomendación de la OMS sobre la cantidad de cesáreas aconsejadas, ya que se establece que la tasa ideal de cesáreas debe oscilar entre el 10% y el 15% (HRP & OMS, 2015).

América Latina es la región con la tasa más alta de procedimientos de cesáreas realizadas en el mundo, con una estimación de 47% por cada 100 nacimientos registrados con vida (Biccard, 2018).

La VO necesita ser tratada desde una perspectiva transversal, esto es a través de políticas públicas que permitan erradicar las prácticas autoritarias y carentes de calidad. Además se debe integrar una estructura normativa que establezca las pautas presupuestales y de procedimientos que garanticen un trato humanizado y personalizado.

Los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) fueron una serie de acciones concretadas por 189 países que destacaron la necesidad de enfrentar la inequidad de género y los problemas sanitarios<sup>5</sup>. Puntualmente, el objetivo número cinco se enfocó en la búsqueda por mejorar la salud materna. Así, se propuso la reducción de la RMM entre 1990 y 2015, al lograr la cobertura universal de la asistencia al parto (WHO, 2005).

Los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) se entienden como un conjunto de acciones sectoriales que buscan la satisfacción de las necesidades actuales sin afectar la capacidad de generaciones futuras para que también satisfagan sus necesidades. Siguiendo esta lógica, se presentan como ejes fundamentales el crecimiento económico, la inclusión social y la protección al medio ambiente.

De tal manera que, pensar en el desarrollo de las mujeres debe abordarse desde una base jurídica y política relativa a los derechos. De esta manera, se ve implicada la participación de diversos actores que en conjunto buscan la igualdad a través de un cambio estructural y de las propias políticas públicas, siendo herramientas que permiten el alcance del desarrollo sostenible (Machado, Morales, & Chávez, 2018).

Es entonces el desarrollo sostenible un vínculo entre el desarrollo económico, social y los efectos sobre el medio natural. Propiamente una de las características es que las necesidades humanas elementales sean satisfechas, entre estas destaca la salud y la sanidad (Gómez C. , 2009)<sup>6</sup>.

En los ODS los objetivos tres y cinco se complementan para buscar garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el acceso a métodos anticonceptivos y la reducción de las muertes maternas (ONU, 2015).

---

<sup>5</sup> Únicamente se mencionan estos puntos debido a que son temas relevantes para este escrito.

<sup>6</sup> Las otras necesidades referidas son educación, vivienda, fuentes de empleo que permita el aseguramiento de la subsistencia, energía y acceso a agua potable.

En el ODS número tres resalta las metas: 3.1) Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacimientos registrados vivos; 3.7) Para 2030 garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

El ODS número cinco tiene como metas relacionadas: 5.2 Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación; 5.6 Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.

La meta 5.6 de los ODS busca que la salud sexual y reproductiva, así como los derechos reproductivos de las mujeres sean asegurados. Esto sólo se podrá dar a través de un riguroso proceso institucional en el que el personal del servicio médico cumpla con lineamientos que no obstaculicen el ejercicio de los derechos de las mujeres durante el proceso de embarazo.

Argentina, Chile, México y Venezuela forman parte del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (aprobado por 179 estados en 1994 en el Cairo). Este programa plantea que todas las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, asignando los derechos y libertades proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, esto, sin ningún tipo de distinción.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo, establece como primicia que todas las mujeres tienen derechos que deben ser respetados y promovidos, pues son fundamentales para el desarrollo de las personas. El desarrollo al ser considerado como un derecho universal intransferible, es parte integral de los derechos humanos fundamentales, asumiendo que la falta de desarrollo no es justificable para la violación de dichos derechos.

La eliminación de todo tipo de violencia en contra de las mujeres, y el aseguramiento de que sea ella quien controle su propia fecundidad (UNFPA, 2014) forman parte de las pautas necesarias para garantizar un desarrollo humano. Al percibir este comportamiento por

parte del Estado, se puede asumir que se encuentra en una búsqueda para garantizar estos derechos.

La VO es una práctica médica en la que se remarca la falta de calidez y calidad en el servicio (dos propiedades necesarias en los servicios de atención pública). La calidad en la prestación del servicio regularmente es definida considerando diversos factores como los técnico-científicos, administrativos, recursos económicos, recursos humanos y relaciones interpersonales (Vargas, J., Vargas, V. & Hernández, C., 2013).

En cuestiones de normatividad, la red Mira que te Miro realizó un estudio a países de América Latina y el Caribe que firmaron compromisos en el Consenso de Montevideo en 2013. El estudio busca conocer la situación que guardan las estrategias normativas, el marco político, los recursos, los sistemas de denuncias, las campañas, el marco de operación institucional y programático en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos (IPPF/RHO, 2018).

El estudio realizado por la Red Mira que te Miro muestra que Argentina ha cumplido con el 91% de los compromisos asumidos en el Consenso de Montevideo, México y Venezuela comparten un resultado de 81% de cumplimiento. En términos del parto humanizado, Chile muestra tener un marco legal deficiente al igual que la capacitación en esta materia; Argentina muestra un marco legal óptimo, pero una capacitación deficiente; Venezuela tiene un marco legal óptimo al igual que la capacitación; México muestra un marco legal óptimo pero una capacitación deficiente.

Como pregunta tópica de esta tesis se describe lo siguiente ¿Qué relación existe entre la calidad de los servicios de atención obstétricos y los marcos normativos internacional y nacional ante la institucionalización de la violencia contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres?

Es relevante tomar en consideración como la conceptualización de la VO puede ser referente para el ámbito normativo y así condicionar la serie de acciones que el Estado debe tomar para dar atención al fenómeno. Es así, como se hace primordial enmarcar las características de esta violencia para poder establecer una conceptualización normativa, permitiendo la restructuración de pautas institucionales y sociales para reconocer y atender la problemática.

Este trabajo se direcciona a observar medidas de atención que permitan la implementación del trato humanizado, la calidad y la calidez en los servicios ginecobstétricos. Además, de considerar los elementos transversales para el diseño y elaboración de políticas públicas que busquen erradicar esta violencia institucionalizada.

El análisis del marco normativo permite conocer la visión de las instituciones sanitarias para brindar atención ginecobstetricia. Este análisis se realiza considerando los lineamientos internacionales a los que se encuentran suscritos los países y los elementos que debe contener el concepto de violencia obstétrica.

Dentro de la atención sanitaria juegan un papel elementos tangibles como los recursos humanos (vistos como capital humano y la cantidad de personal necesario), materiales y financieros; también otra serie de elementos que son la política institucional, así como la política pública y de Estado.

A conocimiento de la existencia de un marco normativo de influencia internacional en los países que aquí se estudian, la información existente sobre el abordaje de la VO es reducida. Con esto se hace énfasis en las condiciones nulas de medición de incidencias o existencia de indicadores que permitan mostrar esta parte de la realidad.

Como objetivo general del presente texto se busca analizar las diferencias normativas e institucionales que versan en los modelos de atención pública de salud desde la perspectiva de la calidad para prevenir y erradicar la violencia obstétrica. Siendo descritos los objetivos específicos como los siguientes:

1. Comparar el funcionamiento del sistema sanitario en la atención del parto con la normatividad internacional y nacional que establece un marco común de reconocimiento y acción para el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.
2. Identificar las políticas públicas enfocadas en mejorar la calidad de los servicios públicos para la atención del parto, así como los programas integrados para la medición de la calidad.
3. Distinguir las acciones de los Objetivos del Desarrollo Sostenible con sus respectivos alcances en la reducción de incidencias de muertes maternas y violación a los derechos humanos de las mujeres en el control natal, parto y puerperio.

La hipótesis que versa entorno a la investigación establece que los servicios públicos de atención al parto carecen de un seguimiento a los lineamientos normativos que permitan brindar una atención de calidad para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de parto.

Este proyecto se propone desde la aplicación del método comparado que permite hacer un análisis introspectivo de las pautas normativas que lleva a la aplicación de políticas institucionales para la calidad en la atención del parto de los países en cuestión. Este método permite la integración de un análisis mixto (cualitativo y cuantitativo).

El análisis cualitativo se aboca a revisar los aspectos normativos en los países que son abordados en esta tesis (Argentina, Chile, México y Venezuela). Considerando como primer punto la propia conceptualización de la violencia obstétrica descrita en los lineamientos internacionales a los que los países se han vinculado. Por otro lado, permite considerar aquellas pautas institucionales que han sido integradas para hacer frente a la problemática.

En el análisis cuantitativo los datos que son analizados provienen de fuentes institucionales y organizaciones que dan seguimiento al problema. La intención de integrar el análisis cuantitativo es que se permitan comparar aquellos alcances que la aplicación de los programas para la prevención y atención de la VO han generado. Sin embargo, uno de los mayores inconvenientes refiere a la información estadística de Venezuela, si bien es el país que normativamente cumple un amplio espectro de la aplicación internacional en la normatividad interna, aparentemente carece de estructuras de seguimiento a la información de los fenómenos sanitarios.

Se realiza un sondeo a las mujeres que han tenido experiencia de parto. El sondeo se realiza a través del cuestionario de medición de la calidad y VO considerando las recomendaciones de la OMS para un parto personalizado, respetado y protagónico. En todo caso, se define como población a estudiar a mujeres que han tenido procesos de parto en un rango de edad de 15 a 60 años. La manera de recolectar estas observaciones es utilizando la herramienta “cuestionarios” de Google. A través de la herramienta de Google se generó un cuestionario que fue reproducido para cada uno de los países (Anexo 1).

La distribución de los cuestionarios se realizó a través anuncios por medio de la página de Facebook “Parto Respetado<sup>7</sup>”, los cuales fueron segmentados por país, edad, sexo

---

<sup>7</sup> <https://www.facebook.com/Parto-Respetado-359863138387480>

y temas con más menciones identificados con etiquetas: parto, bebé, embarazo, paternidad, maternidad, obstetricia, ginecología, recién nacido, artículos para bebés, madres primerizas, madres, padres.

El cuestionario está dividido en cuatro temas, el primero es la calidad y calidez del trato que recibieron las mujeres, el segundo se enfoca en la atención, el tercero toma en consideración la infraestructura en cuanto a percepción de confortabilidad y el cuarto apartado se enfoca en las intervenciones durante el proceso de parto. El cuestionario se conforma por 63 preguntas estructuradas y semiestructuradas con la intención lograr describir las características de la calidad y su relación con la VO desde la experiencia de las mujeres (Anexo 1).

El periodo de aplicación de los cuestionarios abarcó desde el 1 de enero hasta el 13 de febrero para Chile y Argentina, del 13 de febrero hasta el 31 de marzo el cuestionario estuvo en circulación para México y Venezuela. La aplicación del cuestionario permite tomar los resultados desde dos puntos, el primero es para conocer las diversas situaciones relacionadas al trato, atención, confortabilidad y procesos a los que las mujeres se enfrentaron durante el parto. En segundo lugar, estos lineamientos proponen una medición de la calidad percibida considerando la calidad esperada que partiría del documento base de la OMS para una experiencia de parto respetado.

El primer capítulo de este proyecto corresponde al marco conceptual y referencial de la violencia obstétrica. Así como el estado del arte que existe en torno a los servicios públicos vistos desde la calidad en la atención ginecobstetrica.

El capítulo dos se aboca al análisis normativo nacional de los países, que dentro de los compromisos internacionales adquiridos para promover mecanismos normativos para enfrentar la VO. De antemano se tiene la consideración de que las legislaciones de Argentina y Venezuela son las que presentan una mayor amplitud conceptual (Gherardi, 2016), mientras que Chile parece que poco a trabajado con el tema de violencia obstétrica.

El tercer capítulo se enfoca en la revisión institucional para el alcance de la calidad en los servicios públicos de atención obstétrica. Se consideran elementos como la estructura del sistema sanitario, la relación de profesionales de la salud especializados para la atención del parto, el número de muertes maternas y el acceso a servicios públicos y privados para la

atención de la salud. Esto con la intención de identificar la necesidad de tener servicios relacionados al parto humanizado.

El cuarto capítulo se centra en para analizar las políticas públicas que se han implementado con la finalidad de hacer visibles los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como la salud y la promoción del parto humanizado. Al hablar de política pública es importante observar la construcción desde la integración de aquellas personas que sufren el problema, por ello es relevante para este capítulo abordar la relación con colectivos u organizaciones de la sociedad civil para construir estos programas o proyectos enfocados en la erradicación de la VO.

Es también en este capítulo donde se realiza el análisis de los resultados de la aplicación del cuestionario para medición de la calidad y VO, integrando en un apartado llamado “opinión de las mujeres” en el que se destacan las palabras más utilizadas durante la narrativa de la experiencia del parto que algunas mujeres escribieron a la página “Parto Respetado”. Como segunda parte se realiza el análisis de las experiencias cuantitativamente y la medición de la calidad a través de las variables enmarcadas en el cuestionario.

Finalizando con el apartado dedicado a presentar conclusiones y recomendaciones que ayuden a la realización de un protocolo de atención para la prevención y atención de la violencia obstétrica, así como la emisión de sugerencias normativas y de política pública que puedan ser funcionales para la erradicación del fenómeno.

## **Capítulo I: Marco teórico deconstruyendo el concepto de Violencia Obstétrica (VO)**

En este capítulo se discuten los elementos conceptuales que permiten enmarcar y delimitar la VO. Por esta razón se pretende realizar una deconstrucción conceptual del término violencia para así llegar a establecer el porque la VO es una violencia institucionalizada.

Con este capítulo la discusión permite entender porque la conceptualización en los instrumentos normativos es importante para entender y atender la realidad a la que se enfrentan las mujeres que sufren violencia obstétrica. En este sentido, una correcta conceptualización permite desnaturalizar el fenómeno.

### **1.1 De las violencias a la violencia obstétrica, una abstracción hacia el género**

De las “violencias” se pueden abstraer particularidades y la consideración de tres elementos, necesario para poder entender su conformación, así como la abstracción singular de violencia, además de entender que su objetivo es el mismo (aunque sus formas sean diversas) la finalidad es diferenciada.

El objetivo de la violencia es mostrar la capacidad de poder sobre una persona o colectividades, de manera que pueda establecerse un vínculo de sometimiento. La finalidad tiene relación con el sometimiento ya que esto determina cual es la intención con la que se está buscando ese dominio, es decir, el objetivo se refiere al por qué, y la finalidad al para qué (motivación).

El analizar la motivación<sup>8</sup> de la violencia puede presentar un grado de subjetividad debido a que siempre existe un pensamiento individualizado sobre para qué actuar de cierta manera y no de otra. Además, existe una gran influencia del contexto socio-cultural y el medio en el que se viven las violencias (Martínez, 2016).

Un arquetipo de las violencias es la violencia contra las mujeres, se presenta en diversas modalidades que se refieren al contexto en el que se da la violencia, y diversas maneras con las que son ejecutados los actos de violencia (tipos).

Debe entenderse que la VO atenta contra los derechos humanos (DDHH) [fundamentales] de las mujeres. Integra no solo las acciones u omisiones de la atención

---

<sup>8</sup> La esencia es mostrar un grado de dominación de un agente sobre otro, sin embargo, también juegan un pie las motivaciones emocionales que llevan a este comportamiento de dominación.

sanitaria, sino que también se refiere la falta de información en la que los procedimientos no son explicados, y al intervencionismo excesivo, por citar algunos ejemplos.

A través de testimonios Medina (2009) construye un concepto de la VO en donde hace visible sus características y la relación que guarda con los DDHH. La primera característica se refiere a la vulneración del derecho a la intimidad, debido a la intromisión no consentida en la privacidad y el exhibicionismo y/o revisión masiva del cuerpo y genitales. La segunda característica corresponda la violación del derecho a la información y toma de decisiones. Una tercera característica corresponde a los actos crueles, degradantes e inhumanos.

Los actos relacionados a la VO tienen una línea muy delgada para reconocer si están únicamente relacionados con la práctica médica o con la violencia contra las mujeres. Esta última se refiere a todo acto o amenaza que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual y psicológico, así como la coacción o la privación arbitraria de la libertad (Velázquez 2003 en Tiburcio, Jaramillo, & Aguilar:186) motivado por incentivar la superioridad de un género sobre otro.

La VO la vive un grupo poblacional con características muy específicas en el contexto institucional. En este trabajo al grupo que se hace referencia es a mujeres<sup>9</sup> que se encuentran en el proceso de embarazo, parto y puerperio (y por ende en edad reproductiva). Esta violencia es propia de actos en el contexto del parto y nacimiento, categorizados en la tipología de la violencia física y psicológica a través de un trato deshumanizado y la intervención médica injustificada (Quattrocchi, 2018).

Otras características de la VO es la privación por parte de servicios de salud para que las mujeres decidan sobre su cuerpo y los procesos reproductivos. En muchas ocasiones, se manifiesta de forma jerárquica e insensible como parte de un abuso de poder, lo cual trae consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decisión libre de las mujeres sobre su sexualidad (Villegas 2009 cit. en Frías, M, 2017).

Existe una línea difusa para poder aseverar en este momento si la violencia obstétrica (VO) tiene una motivación por el género o es por circunstancias de la práctica médica. García, M. (2018:43) expresa que es necesario reconocerla como violencia de género. Argumenta

---

<sup>9</sup> Independientemente de las acepciones que la teoría de género establece con la identidad de género, cuando esta tesis menciona mujeres, lo hace en el sentido pleno del sexo abordando las características biológicas.

que la diferencia se puede encontrar en que a las mujeres en muchas ocasiones se les hacen tactos genitales sin permiso o vejaciones sobre la concepción y el acto sexual, mientras que a los hombres en el caso de la atención en urología la dinámica es totalmente distinta.

A lo que se refiere García es que, al ser una violencia tan difusa debe ser categorizada como violencia simbólica, en la cual no se percibe de una manera sólida porque son actos naturalizados que, dentro de la dinámica colectiva y social no son considerados como actos violentos.

El concepto de violencia simbólica trabajado por Bourdieu es retomado por Fernández (2005) explicando que es la manera invisible o imperceptible en la que se establece el poder y la sumisión apoyándose en las expectativas colectivas. Es así, como institucionalmente se instaura refinadamente una contradicción institucional que produce un capital simbólico.

La abstracción de la violencia de género a partir de las violencias corresponde a una estructura social en la que la búsqueda de la sumisión se hace presente, donde el contexto abre las puertas para que la violencia se transforme en un rito simbólico, prestando el carácter de visible sólo cuando se ha hecho palpable la evidencia de un daño extremo.

La violencia se presenta en diferentes formas, no es un fenómeno actual y tampoco ajeno a la contemporaneidad, mucho menos la violencia que sufren las mujeres. Es un problema social del cual no hay una categorización que pueda ser la excepción. En el caso de la violencia contra la mujer, solo cuando las situaciones ponen en peligro la vida, es cuando se hace evidente el acto (Faneite, Feo, & Toto, 2012).

Ahora bien, es importante cuestionar por qué se considera como una violencia institucionalizada. La VO forma parte de las organizaciones propias del Estado, que en su carácter de mecanismos de vinculación para el ejercicio de los derechos terminan por dar un trato distinto.

La modalidad de violencia en contra de la mujer no se determina por condiciones educativas, laborales, económicas o étnicas, puesto que son acciones que se presentan en cualquier ámbito sin considerar variables sociales por parte de las y los agresores. Aunque el tipo de violencia ejercida en contra de las mujeres puede ser determinada por condiciones sociodemográficas y socioeconómicas, debe tenerse en cuenta que la VO se presenta en mayor proporción en servicios de atención pública.

## 1.2 La violencia institucionalizada

Existe una marcada conducta de reproducción de actos violentos por parte del Estado, en este sentido pueden ser actos perceptibles o difusos (violencia directa e indirecta respectivamente). La violencia estructural puede vincularse a la violencia institucional, esto se debe a que ambas refieren a la construcción socio-estatal que crea y mantiene las desigualdades y dificultades sociales.

El mantenimiento de una violencia estructural es indicativo de que la organización del Estado reproduce y en ocasiones, permite que la sociedad viva desigualdades o limitaciones en el acceso a condiciones dignas de vida (La Parra & Tortosa, 2003).

La VO debe identificarse como un problema de salud pública. Una aproximación hace pertinente referirse a la policía médica, conceptualizada como la intervención del Estado en su relación con la sociedad para la preservación de las fuerzas productivas. Esto es a través del control del agua y la limpieza, además de algunos aspectos sobre el modo de vida, como el control de alimentos y de las enfermedades (Ramos, 2000).

Es interesante como el concepto de policía (*policy*) se empalma con la imperiosa necesidad de que el Estado preserve la salud, con la condición de mantener la fuerza de la producción a través de mecanismos institucionales que impacte en la relación con quienes son administrados.

El concepto de policía médica se relaciona con una visión economicista, mientras que la salud pública tiene un referente en la medicina social, dicho concepto establece que las condiciones sociales impactan la salud de manera individual. En este sentido si es posible plantear las políticas públicas para bajo la perspectiva de la salud pública, se encuentra el dinamismo y la multidisciplinariedad que caracteriza a las políticas públicas como un campo específico de estudio direccionado a la salud pública.

El concepto de VO indica la falta de respeto y abuso durante la atención del parto. El término identifica cualquier acto de violencia dirigido contra la mujer gestante o su bebé, durante el control natal, parto o puerperio. De manera que se resume en las condiciones de la práctica durante la asistencia profesional, conllevando la falta de respeto sobre la autonomía, integridad física, mental, sentimientos, opciones, opiniones y preferencias de las mujeres (Lansky, y otros, 2019).

Otra manera de abordar el término como una violencia institucionalizada refiere a que el acto ignora la espontaneidad, posturas, ritmos y tiempos que requiere el para progresar con naturalidad, las necesidades emocionales de la madre y el bebé, así como la autoridad y la autonomía que la mujer tienen sobre su sexualidad, su cuerpo, sus bebés y sus experiencias de gestación y parto (Ricoy 2013 en Asociación el Parto es Nuestro, 2016:2).

Las acciones que gestan la VO muestran que la persona profesional especialista de la atención sanitaria cuenta con la legitimación estatal para apropiarse del lugar de saber (y de poder), haciendo a un lado los derechos humanos para la libre elección y el parto humanizado, además de contar con el prestigio social necesarios para afirmarse en la condición centralizada de poder sobre las decisiones del propio parto (Belli, 2013).

La VO es un problema del Estado ya que se vulneran los derechos humanos de segunda generación, se manifiesta la violencia en contra de las mujeres, atentando también contra el derecho a la salud sexual y reproductiva (Araujo, 2019) los cuales deben ser garantizados por el Estado.

Cuando el Estado falla en garantizar la convivencia social permitiendo la impunidad y el abuso, el negar el derecho social de recibir el servicio y la protección de la salud, construye la violencia institucional. Pero también es necesario reconocer que esta violencia institucional es causada por desconocimiento u omisión del personal médico que, aunque existe personal que actúa con clara ética, la VO se va derivando a la ginecobstetricia como una consecuencia y no como el origen (Carreño & Sánchez, 2019).

Que la ginecobstétrica se vea como la consecuencia y no como el origen hace referencia a que la práctica por parte del personal puede desempeñarse completamente desde la ética de su profesión y/o especialización. Sin embargo, si institucionalmente no se cuenta con los mecanismos y herramientas adecuadas para la atención, es parte de la institucionalización de la violencia.

La ginecobstetricia se define como la rama de la medicina que se ocupa de la reproducción humana y de las afecciones génito-mamarias. Por lo tanto, está relacionada con el estudio anatómico, fisiológico y patológico del aparato génito-mamario, así como el embarazo, parto, puerperio normal y patológico (Facultad de Ciencias Médicas de la Univeridad de Cuyo, 2009).

Siguiendo la idea anterior, puede verse la VO como una violencia institucionalizada debido a la existencia de fenómenos como la precarización del sistema de salud, inversión reducida en maternidades, conductas irrespetuosas y sin ética. La VO lesiona la dignidad y los derechos de las mujeres, se vive desde la construcción de las relaciones de poder sobre el cuerpo femenino, a través de la comunicación, y en la forma de recibir el servicio (Cassadio, y otros, 2016).

Otra concepción de la violencia institucional la brindan Bejarano & Arellano (2014), se ejerce a través de los procedimientos no adecuados, de las omisiones, del actuar cotidiano de personas del servicio público y de la falta de recursos suficientes para garantizar la vida libre de violencia para las mujeres.

En estas situaciones parece que las mujeres se encuentran ante un Estado ciego, incapaz de brindar mecanismos que garanticen y permitan que las mujeres ejerzan sus derechos, Estados donde en las instituciones existen paradigmas institucionales, organizativos e instrumentales que forman parte de los tipos de violencia que son institucionalizadas (Aremy, Tinoco, & Tuñón, 2016).

Entorno a la violencia institucional se pueden marcar características relevantes que podrían resultar en un concepto amplio para amalgamarlo con la VO, además que hacen que se encuentre intrínseca la construcción de una barrera para el ejercicio de los derechos humanos.

La violencia institucional en este contexto se caracteriza primordialmente por la posible falta de recursos organizacionales o instrumentales que permitan brindar una atención adecuada, por la utilización de una estructura de poder legitimada por el Estado, se integra un trato por parte del personal que puede carecer de ética (que no es aplicativo en todos los casos), una falta de información en los procedimientos o existencia excesiva de algunos de ellos. Este tipo de acciones se contraponen a los derechos humanos en especial con la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La secretaría de salud de México toma el concepto de violencia en modalidad institucional para definir que guarda relación con las normas y los procedimientos institucionales. También coloca en contexto los actos u omisiones de las y los servidores públicos resultantes de prejuicios de género, como de patrones estereotipados de

comportamiento o prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad de las mujeres o de su subordinación a los hombres.

Las omisiones y acciones de violencia institucional tienden a la discriminación y tienen como fin dilatar, obstaculizar, impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres. Así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (García, H., Almaguer, G. & Vargas, V., 2010).

La VO como violencia institucionalizada puede ser entendida como la omisión del Estado ante conductas que vulneran los derechos de información, privacidad, libertad de elección y decisión de las mujeres gestantes o en proceso de parto. Ya sea por condiciones organizacionales o por falta de concepciones normativas que permitan sancionar estas conductas que dañan física y psicológicamente.

### **1.3 La conceptualización normativa de la VO**

Como preámbulo en la continuación de este apartado se hace una aclaración sobre la intención de este. Ya que en este trabajo hay un capítulo específico para abordar los aspectos normativos entorno a la violencia obstétrica, este apartado únicamente se centra en establecer la importancia conceptual de los fenómenos dentro de la normatividad, esto con la aseveración de que toda acción emanada del Estado debe busca tratar las situaciones de la manera más holística posible.

El Estado tiene como pilar la administración pública, la cual se encarga de disponer y reglamentar la manera en la que las decisiones deben ser orientadas para satisfacer las necesidades de la sociedad. Pero para esto es preciso que a través de un orden legal se otorguen las herramientas institucionales que permitan cumplir con estas funciones (Andrade, 2018).

Lo anterior muestra que el actuar del Estado estará delimitado por aquellas normas y contenidos que les dan cuerpo a las acciones estatales. Sin lugar a duda, una institución no actuará más allá de sus atribuciones legales cuando se busca preservar el orden jurídico, y tampoco existirán sanciones sobre acciones no consideradas en la normatividad.

Heller, H. (2017:288) precisa que las instituciones que organizan el Estado, por perfectas que se imaginen, sólo pueden garantizar la observancia de las formas y la seguridad

jurídicas. Tomando en consideración lo anterior, es una vía para atender cómo el servicio público necesita de una certeza jurídica que busque garantizar el bienestar de la sociedad. En este trabajo se trae a colación al Estado en su actividad institucional como el rector de los servicios de salud.

En este sentido, se valora la relevancia conceptual que el Estado debe de otorgarle a las leyes, normas y reglamentos con la intención de reconocer todas las aristas posibles del fenómeno que debe ser atendido. Es por lo que a continuación solo se describen las conceptualizaciones que los países relevantes para este trabajo le dan a la VO.

Venezuela en la Ley Orgánica sobre los derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, conceptualiza la VO como la apropiación del cuerpo femenino y de los procesos reproductivos por parte de los profesionales de salud. La violencia obstétrica implica un trato deshumanizado, uso abusivo de la medicalización e intervenciones innecesarias sobre procesos fisiológicos, generando la pérdida de autonomía y libertad de elección, reflejando de manera negativa la calidad de vida de las mujeres (Modena, Celina & Barbosa, Danubia, 2018).

En México la VO es descrita como un tipo de violencia que se acompaña de la modalidad institucional, con esto se entiende que es una violencia ejercida desde las instituciones (ya sea por la omisión del personal o de los propios lineamientos institucionales), estos conceptos se encuentran en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV), aunque abiertamente no se utiliza el concepto de VO.

En Argentina se refiere que la VO es ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresa un trato deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Representa la discriminación y se vincula a otros tipos de violencias (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, s.f.).

En el caso de Chile, no se cuenta con una conceptualización normativa que permita reconocer la existencia de la VO. Aunque existen algunas leyes relacionadas a las a la protección de los derechos humanos y la humanización en los servicios de salud, no hay lineamientos normativos que permitan atender, prevenir y erradicar este tipo de prácticas.

Para poder abordar la necesidad de una fuerte conceptualización sobre el fenómeno, (Tabla 3), la cual enumera que aspectos de observancia son los que los Estados analizados han marcado como parte del fenómeno de la VO.

<b>Elemento conceptual</b>	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Venezuela</b>
Violencia institucionalizada	Sí	No	Sí	Sí
Trato deshumanizado	Sí	Sí	Sí	Sí
Considera otras violencias	Sí	No	Sí	Sí
Impacta la calidad de vida	Sí	No	No	Sí
Existe discriminación	No	No	Sí	Sí
Responsabilidad del Estado	No	No	No	No

**Fuente:** Elaboración propia con base en el contenido de la conceptualización de la VO en los países de estudio.

La tabla anterior (Tabla 3) aborda elementos importantes que deben ser considerados al momento de considerar el concepto de la VO. En la tabla se hace notoria la omisión de términos como violencia o calidad de la atención, pero esto se debe a que propiamente forman parte como variables independientes de los términos contemplados. En suma, forman el fenómeno con una atención desvinculada de la concepción normativa<sup>10</sup>.

La violencia institucionalizada fue un término que se trató anteriormente, pero a manera de refrescar la memoria se resume en: una violencia que se produce desde el entorno institucional, aceptada e incentivada por el Estado al no existir lineamientos que sancionen estas conductas, o al hecho de omitir un seguimiento a dichas sanciones.

Por otro lado, al hablar del trato deshumanizado, es necesario que las normas lo reconozcan como un momento donde la atención provista por el personal médico se encuentra con una falta de integralidad con la intención de lograr la eficacia. Dando como resultado un reduccionismo en la atención, lo que significa que existe una alta tecnificación que deja de lado la confianza y las opiniones del paciente arrastrándolo a entrar en procesos mecánicos (Zeppelin, 2016).

Al referirse a la responsabilidad del Estado se hace hincapié en las determinaciones que la ONU ha establecido en cuestiones presupuestales y de atención relacionadas a los derechos humanos de las mujeres. Es así como los esfuerzos del Estado deben tomar como

<sup>10</sup> Claro que, esto es en el caso de que la conceptualización normativa reconozca las aristas del fenómeno.

una prioridad presupuestal la salud de las mujeres, aunado a la capacitación entorno a la ética y la obligación de brindar un trato respetuoso y sin discriminación por parte del personal de la salud (ONU, 2019).

Referente a la calidad de vida, tratar de definirla de una manera concreta en este trabajo sería ambicioso, debido a que ya existe una larga discusión sobre el concepto. Sin embargo, esta discusión ha logrado establecer que la calidad de vida se encuentra rodeada de múltiples indicadores provenientes de una construcción multidimensional de la propia individualización (Rapley, 2003).

En tanto, calidad de vida y calidad social han sido establecidos como conceptos para el análisis de las necesidades y satisfacciones individuales y colectivas respectivamente, pero éste último siendo enfático en las relaciones inequitativas entre la política económica y la política social<sup>11</sup> (Walker & Van Der, 2004). Mientras que la calidad de vida argumenta que para que exista esta calidad, las personas deben de encontrarse en la capacidad de percibir lo físico, psicológico, relacional, social y espiritual en cumplimiento con sus expectativas (Schwartzmann, 2003).

Entonces, la calidad de vida relacionada a los servicios públicos de salud podrá ser entendida desde el establecimiento de acciones que den como resultado una atención que busque cubrir expectativas físicas, emocionales y de confianza con el personal encargado de los procedimientos para el parto.

En cuanto a la discriminación la OPS (2019:72) menciona que las mujeres que son pobres, con menos estudios o que residen en zonas rurales y remotas tienen un menor acceso a la cobertura de intervenciones de salud que mujeres más favorecidas.

En suma, este apartado propone que la conceptualización normativa de la VO integre los siguientes elementos: 1) Reconocimiento de una responsabilidad del Estado para que las mujeres reciban servicios gineco-obstétricos libres de discriminación y violencia en cualquiera de sus tipos. 2) La relevancia de una presupuestación enfocada en las necesidades del área, donde se conjuguen elementos de insumos, infraestructura, tecnología y capital humano. 3) La necesidad de implementar protocolos que establezcan lineamientos y procedimientos en los que las expectativas de las mujeres sean escuchadas, de manera en que

---

<sup>11</sup> Enfocado en el alcance de la cohesión social, empoderamiento social, inclusión social y seguridad social y económica.

la asistencia médica sea de utilidad para el parto, pero también respetando los procesos y sensaciones de las mujeres.

#### **1.4 Derechos humanos como un eje para los servicios públicos**

Hobbes expresó que es un deber de la sociedad la preservación de la vida humana. Así es como las personas buscan la transformación de su entorno para cambiar su situación al sentir una pertenencia implícita en el establecimiento de un Estado que es justo.

En un principio, los derechos humanos surgieron posterior a la Segunda Gran Guerra, aquí fue el punto culminante donde se reconocieron los derechos de las personas por el hecho de ser personas, pero que no siempre son accesibles para todas. Esto lo expresa Sarquís (2019) al decir que la concepción de los derechos humanos es sustentada en una condición igualitaria o equitativa, que contrastados ante la realidad terminan siendo un sueño inalcanzable.

Desde una visión normativa los servicios públicos deben de cumplir con ser continuos al satisfacer las necesidades mientras existan; deben de ser adaptativos al presentarse con elementos técnicos más actuales, que sean modificables para que la prestación sea mejor y satisfactoria y; deben de cumplir con la igualdad al permitir el acceso sin algún tipo de discriminación (Gutierrez, G. 2003 en Armienta, 2013:93).

La acepción jurídica anterior da la posibilidad de replantear los servicios públicos ya no sólo como parte de los compromisos y mecanismos de acción del Estado, si no que también permite verlos como parte integral de los derechos humanos. La falta de estos servicios vulnera los derechos individuales y colectivos, sabiendo que los servicios de salud representan la protección de la comunidad (Cordero, 2011).

Los derechos humanos son una fuente generadora de cambio, pero también se encontrarán limitados encuan to al regimen y las ideologías que son ejecutadas desde la acción estatal. Los derechos humanos en su conceptualización y busca de su práctica se refiere a la idea de que el individuo por el hecho de ser humano tiene derechos que deben ser respetados y velados por la autoridad pública. Estos representan un concepto joven que puede escucharse en casi cualquier circunstancia que lastime o dañe las condiciones favorables de vida (Anaya, 2014).

Otra concepción que especifica la característica primordial de los derechos humanos y su universalidad es que representan la individualidad, que son universales, que existen en para todas las personas por igual, y que se encuentran ligados a la realización del propio destino de la humanidad (Ruíz, 2007).

El concepto de los derechos humanos es un sustantivo de los problemas públicos en tanto su concepción y reconocimiento han sido conquistados por las formas en las que el poder público se ha ejercido con límites escasos frente a los gobernados. Lo que lleva a visualizar un proceso de institucionalización para la incorporación del enfoque de derechos humanos (del Pilar & Aguilar, 2016).

Por otro lado, se tiene el sentido de la legislación, que, en el caso de los cuatro países analizados, la influencia del Consenso de Montevideo ha sido fuerte. Sin embargo, la política normativa de las instituciones de salud que brindan atención obstétrica no ha sido fortalecida en términos de prácticas relacionadas a la prestación del servicio.

La atención a la violencia obstétrica es un tema que se trata desde los ODM (aunque el término no fue especificado) los cuales lograron obtener una ligera reducción pero que remarcan la necesidad de sumar esfuerzos por tener personal altamente capacitado para mejorar la salud materna (OPS/OMS, 2017).

Anteriormente se mencionó que la VO lesiona los derechos humanos de segunda generación, esto son la seguridad social, oportunidades económicas y culturales. Considerando que es responsabilidad del Estado garantizar el ejercicio de los derechos humanos, será por medio de los servicios públicos la aproximación para cumplir con este papel garante.

A este punto puede darse por sentado que a través de los servicios públicos se establece un vínculo entre Estado y sociedad, sirven como un medio de respuesta a las necesidades sociales. Sean entendidos los servicios públicos como el conjunto de acciones técnicas ofertadas para suplir las necesidades, que en su estructura funcional debe de priorizar el alcance del ejercicio de los derechos humanos.

### **1.5 VO la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos**

Entorno a la VO, Itzel Sosa (2018) menciona que existe una relación entre las prácticas médicas coercitivas y este tipo de violencia que vulnera los derechos sexuales y

reproductivos de las mujeres. Es así como se establece una relación entre las prácticas médicas que generan un clima donde la mujer atendida se vuelve sumisa ante las decisiones que el personal médico toma en el proceso de atención.

Los derechos reproductivos responden a reconocer que en la vida en pareja en individual existe una decisión libre y responsable sobre el número de hijos y los lapsos de tiempo para ello, esto sin que exista discriminación, coacciones o violencia (ONU, 1995). Lo anterior quizá deja algunas condiciones importantes como el acceso de información a los métodos anticonceptivos o de planificación familiar y la libre elección de estos, acceso a la atención médica para el seguimiento y cuidado del proceso de planificación y embarazo.

La existencia de procedimientos quirúrgicos sin que las mujeres ejerzan su derecho para establecer los aspectos respectivos a la reproducción es uno de los problemas más graves que enarbolan la existencia de la VO. La anticoncepción forzada tiende a ser una práctica autoritaria pues el personal de medicina implanta algún método anticonceptivo en las mujeres sin que estas les brinden autorización. Los anticonceptivos femeninos representan casi la totalidad de los métodos para el control del embarazo, siendo la oclusión tubaria bilateral (OTB) o salpingoclasia la forma de control natal más utilizada en el mundo (Engender Health 202 cit. en Erveti, J. & Castro, Roberto, 2015).

El concepto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres refiere a la existencia y prevalencia general de bienestar físico, mental y social entorno a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos (Cruz P. , 2015).

En ocasiones durante el parto algunas mujeres reciben tocamientos excesivos y no se les brinda información de por qué o cuál es la finalidad en estas acciones, también se tiende a la utilización de procedimientos que pueden llegar a representar un problema físico para poder volver a embarazarse, en este sentido el Estado debe garantizar que no existan presiones, discriminación, inducción al remordimiento o castigo por ejercer o no actividades relacionadas con el conocimiento, exploración y disfrute de su cuerpo y de su sexualidad (CNDH, 2016:9).

El vulnerar los derechos sexuales y reproductivos implica que las acciones atentan contra la autonomía, las libertades individuales y contra el derecho de disponer del propio cuerpo a través de las decisiones. Estos derechos implican que los servicios médicos deben ser de calidad y accesibles para la libertad reproductiva así como para los asuntos

relacionados con la sexualidad de todo ser humano dándole importancia al placer sexual así como a las decisiones libres y responsables sobre esto (Juárez, 2009).

La VO además de representar una amenaza para los derechos de integridad física y mental también converge con la autonomía de decidir sobre como ejercer la sexualidad y sobre la planificación familiar cuando resulta invasiva. Sin hablar de lo que fisiológicamente puede causar el negar la atención o el mantener largas horas de espera para aguardar por el nacimiento, son entre otros, algunas de las amenazas a las que día a día se deben enfrentar las mujeres para poder tener un parto.

## **1.6 Los servicios públicos una aproximación a la calidad en la atención obstétrica**

### **1.6.1 ¿Qué es la calidad?**

A manera reflexiva se proponen dos cuestionamientos, ¿qué es la calidad en los servicios públicos? ¿Cómo debe ser reflejada la calidad en los servicios públicos de salud? Las dos preguntas permitirán entrelazar la calidad en los servicios públicos de salud como un efecto sobre la existencia de la violencia obstétrica.

Para responder la primera pregunta es necesario ver a las instituciones públicas como el brazo que mantiene el funcionamiento del Estado. A través de ellas ejecutan las decisiones que permiten cumplir con el fin del ente. De esta manera es necesario considerar si estas decisiones son las que están ocasionando que exista una serie de acciones violentas en contra de las mujeres en las instituciones sanitarias que se encargan de proveer los servicios públicos para el proceso de parto.

Primeramente, debe de reconocerse que la calidad en los servicios públicos o privados se rodea de factores organizacionales, con esto se refiere a los recursos financieros, humanos, tecnológicos, políticas, filosofía, valores, especialización técnica y normas internas.

Hoy en día debe hablarse de los servicios públicos desde una perspectiva empresarial, no alineada excepcionalmente la motivación lucrativa, más bien de servicios que garanticen la satisfacción completa de las personas demandantes para reconocerlas como clientas y clientes.

Para poder abordar esta conceptualización empresarial, es de cabal importancia remarcar que la administración pública ha transmutado de una visión clásica en ocasiones

discrecional y casi estática, a una visión enfocada en la mejora continua a través de los cambios y adaptaciones.

Esta visión clásica de la administración pública contaba con un personal meramente administrativo fue precisamente el inicio de algunos problemas que culminaron en la crisis de legitimidad. Dicha crisis, se refiere a los diversos cuestionamientos y descontentos que surgieron a nivel social sobre como el Estado respondía a los nuevos paradigmas económicos del mundo contemporáneo y la complejidad de los problemas que acarreaban. Al existir un descontento sobre la actuación, el Estado comenzó a perder legitimidad donde no quedó más que reinventar la estructura económica, administrativa y política guiada hacia la eficiencia y la eficacia (Cabrero, 1997).

La reestructuración de la que se habló anteriormente se refiere a la existencia de la nueva gerencia pública. Esta visión se enfoca en el manejo de los recursos públicos bajo criterios gerenciales, competencia de lo público en el mercado, el logro de resultados por parte del personal, así como la medición del desempeño. Esto significa una adaptación de la visión de la empresa privada en el ámbito público (Flores, 2018).

Podría propiamente para el personal del servicio público ser difícil cambiar esta visión ya que representa replantear el fundamento del Estado. No es el replantear su función social, más bien, es en su abstracción como una institución. Esto implica reformar mecanismos y acciones para reconocer que su estatus no solo como un rector sino como un reproductor de las exigencias técnicas y jurídicas que existen sobre el medio privado.

La nueva gerencia pública considera la noción del desempeño en un marco de competencia, la visualización del mercado donde las personas en cierto sentido ya no son vistas como ciudadanos sino como clientes, consumidores y usuarios. Precisamente es a través de los agentes (instituciones) que proveen los servicios públicos los servidores públicos transmutan a gerentes aptos para vender, así las personas se caracterizan como clientes activos y no como recipientes pasivos (Guerrero, 2004).

La nueva visión de lo público lleva a considerar a las personas ya no sólo como usuarias y usuarios de los servicios, pues el propio concepto solo los limita al uso, mientras que al ser vistos como clientela su papel cambia a una utilización en la que se espera que se cumplan con ciertas condiciones de satisfacción, es así como existe una relación de estímulos mutuos entre el ente oferente y quienes demandan. Los ciudadanos han dejado de ser los

“administrados”, más o menos conformes con los servicios que les “daba” la administración, han pasado de ser ciudadanos a ser clientes, que saben que pagan y, en consecuencia, exigen a cambio servicios de calidad (Gadea, 2000).

En este sentido los gerentes públicos son encargados de diseñar programas considerando la medición de los resultados. Posteriormente los clientes tendrán la oportunidad de opinar sobre el programa público, lo que lleva a reconocer que cuenta con un buen diseño basado en la eficiencia, la eficacia y la calidad (Arellano & Cabrero, 2005).

En resumen, la nueva gerencia pública implica visualizar que los servicios públicos ya no solo se otorgan como una mera respuesta rápida a los problemas sociales. La nueva gerencia pública permite incorporar herramientas de vinculación social que permean en el buen funcionamiento de programas y servicios públicos, así las personas son vistas como clientes y no como usuarios<sup>12</sup> pues son quienes de manera determinada contribuyen a la existencia de estos servicios.

Existe un fundamento primordial que frena el avance en la calidad de los servicios públicos, esto es que institucionalmente se ve a las personas cautivas de los servicios, que el financiamiento no proviene de ella sino de los parlamentos, a servicios estandarizados libres de competencia o de calidad muy baja, que no se busca la satisfacción manteniendo la idea de que donde no puede actuar (mejor) el sector público que lo haga el privado (Osbourne & Gabler, 1995).

La calidad en la gestión pública puede ser vista como la búsqueda de excelencia en el servicio, lo cual implica cambios en las relaciones humanas (Contreras, 2014): de aquella figura que provee el servicio hacia la clientela (interacción hacia el exterior); de aquellas personas que forman la organización institucional en sus relaciones laborales interpersonales (en el interior); de la interacción que tiene la organización con los valores, metas, visión y objetivos de la organización (identidad y pertenencia organizacional compartida).

El concepto de calidad en los servicios públicos tiene un acercamiento a la revisión de la evolución que ha tenido toda la administración pública hacia la mejora continua (SAE,

---

<sup>12</sup> Se puede diferenciar al consumidor como la persona que compra un producto o servicio; a usuario como la persona que disfruta habitualmente de un servicio o del empleo de un producto; mientras que el cliente es la persona que compra habitualmente en la misma empresa, a quién se dirigen los planes de marketing y acción empresarial (Chao & Fernández, 2011).

2018), se debe a la intención de considerar una nueva perspectiva direccionada a la atención bajo una estandarización perteneciente a una esfera global.

La Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios de España, refirió que la evaluación de la calidad puede verse desde tres perspectivas: calidad programada, calidad esperada y la calidad percibida (AEVAL, 2009). A manera explicativa de las perspectivas de calidad propuestas por la agencia (Tabla 4).

<b>Tabla 4. Perspectivas de calidad propuestas por la AEVAL</b>		
<b>Perspectiva de calidad</b>	<b>Característica</b>	<b>Elementos que integran la perspectiva.</b>
Calidad Programada	La calidad que la organización que entrega el servicio ha pensado proporcionar.	Visión, misión y objetivos institucionales.
Calidad Esperada	La calidad que las clientas y clientes del servicio esperan obtener al utilizar este servicio.	Referenciación del ideario sobre el funcionamiento del servicio ante el intercambio o redistribución impositiva y la visión de la competencia económica en los servicios.
Calidad Percibida	La calidad que fue recibida, resultante tras la comparación de lo esperado con lo recibido.	Expresión de satisfacción de las clientas y clientes que utilizado el servicio público.

**Fuente:** Elaboración propia con base en el texto Guía para la evaluación de la calidad de los Servicios Públicos, AEVAL (2009).

### **1.6.2 La calidad en los servicios públicos de salud**

La calidad en la atención médica es fundamental para mantener un sistema de salud que logre satisfacer de manera adecuada las necesidades sanitarias de la población. La falta de una visión que busque la calidad en la atención implica que existen aspectos administrativos-institucionales que no están siendo atendidos.

La calidad en la atención médica versa sobre la cantidad óptima de salud que puede ser demandada. Regularmente las instituciones públicas de atención a la salud limitan los beneficios para la clientela debido a la existencia de desequilibrios financieros, a la poca o nula definición de los derechos, se encuentran también los castigos al desempeño del personal administrativo y médico ya que en ocasiones al personal más eficiente se le asigna una carga mayor de trabajo, lo anterior se reduce en que los incentivos para la atención de calidad es limitada debido a que los ingresos no dependen de la satisfacción del cliente que no puede premiar o castigar la calidad del servicio (BBVA, 2002)

La conceptualización propia de la VO lleva a considerar que existen factores de jerarquización sociocultural, calidad, calidez para el parto humanizado, estructura

organizacional y su relación con los recursos humanos, financieros y estructurales en las instancias de salud.

El brindar la capacidad para que las mujeres atendidas expresen lo que esperan y perciben del servicio en el área de ginecología y obstetricia es brindar la capacidad de una apropiación de lo público y de sus derechos. Por otro lado, abre las puertas para que institucionalmente puedan establecerse indicadores de monitoreo específicos relacionados con la calidad programada de manera que sea posible realizar cambios cuando sean necesarios.

Puede asumirse el uso del concepto de VO de manera integral como todo acto producido por las condiciones institucionales, así como por parte de profesionales de la salud en instituciones públicas (para el caso de esta tesis) que ejercen un trato abusivo y autoritario sobre la libertad de elección, integridad física y psicológica sobre las mujeres durante el estado grávido y puerperal (Zerquera, 2010).

Los derechos humanos de las mujeres deben ser considerados y validos en todos los ámbitos ya que representan una forma próxima al desarrollo individual que tiene un impacto desde los ámbitos en los que se desenvuelven.

Vázquez & Stein (1999) conceptualizan el aspecto humano de la calidad como la identificación y mejora de los componentes para lograr que las pacientes obtengan la satisfacción, revisando la relación entre el personal médico y no médico con las pacientes. Así la organización sanitaria generará estrategias en conjunto con el personal y las clientes con la intención de que el personal pueda integrarse y ser capaz de participar en el establecimiento de objetivos e incentivos organizacionales que permitan brindar servicios de calidad.

La mejora en los procesos de atención solo puede llevarse a cabo por medio de la medición. Esto es estructurar indicadores para que a través de un análisis sea posible la implementación de decisiones para la mejora de las prácticas clínicas (Pettker & Grobman, 2015).

Algunos escritos relacionados con la calidad en la atención médica separan las características y los procesos organizacionales de la atención. Pero el entramado de toda la actividad institucional tiene un impacto sobre la atención que reciben las personas. Por ejemplo, Salinas, y otros (2006) mencionan que los elementos que intervienen en la calidad de la asistencia médica son factores internos referentes a los conocimientos, destrezas, y

tecnologías, así como factores duales que influyen de manera interior y externa, esto se refiere a la asistencia humana como el trato a pacientes y familiares y la accesibilidad.

La atención en el proceso de parto debe corresponder a una atención centrada en las pacientes y no en la atención del parto como un símil de productividad, este tipo de comportamientos solo sigue pensionando simbólicamente a la mujer como una vasija reproductora que su única finalidad de estar allí es terminar con el proceso de parto para continuar con otra paciente o simplemente invadir sus derechos reproductivos.

A lo largo de este escrito se habló de como la VO representa una vulneración a los derechos debido a que en las instituciones hay ciertos procesos que aunque no son planeados terminan en una violencia difusa para su percepción, además que dentro del entramado institucional existen omisiones que contribuyen a vulnerar el derecho de la integridad física, emocional así como las decisiones futuras sobre la sexualidad y reproducción no únicamente sobre las mujeres atendidas, también representa una victimización hacia la familia.

Por otro lado, también se mencionó que existen una serie de condiciones sociales que en ocasiones tienen que ver con la aceptación de esta violencia, con la manera en la que es percibida y que, en ocasiones, aunque la satisfacción no es la esperada, las propias condiciones económicas no permiten que algunas mujeres puedan acudir a recibir atención en clínicas o centros donde consideren que existe mejor atención.

Los indicadores que permitirían observar si la calidad es real deben de iniciar con el reconocimiento de la calidad programa ante la calidad percibida. Si institucionalmente no se ha estructurado una planeación en a que se especifique cuál es la calidad programada y a través de que no existirá una base comparativa para diseñar un proyecto o programa que permita cambiar las condiciones para alcanzar una calidad total.

El ámbito de la salud ha sido un área en la que los estudios no han generado la información cuantitativa suficiente para evidenciar el impacto del problema de la violencia obstétrica. Esto reduce en cierta medida el impacto de las políticas públicas para desnaturalizar y erradicar la violencia obstétrica.

### **1.6.3 El parto humanizado**

Uno de los últimos tópicos a tocar en esta sección se refiere al parto o atención humanizados del parto. Este desarrollo pudo bien haber sido abordado en la sección de derechos humanos

como continuación de los derechos sexuales y reproductivos, pero el hilo conductor lleva a considerar esto como parte de las estrategias gubernamentales para incentivar la calidad en los servicios de atención obstétrica.

Se pueden concebir tres tipos de parto que se caracterizan por el grado de intervención médico (Tabla 5).

El parto humanizado es la búsqueda de la satisfacción del trabajo de parto y el parto a través de la asistencia sanitaria con la aplicación del conocimiento técnico científico cuidando la fisiología del parto, identificar y comprender los aspectos socioculturales de la gestante, brindar apoyo emocional, respetar su derecho a decidir y garantizar la autonomía y privacidad. Aún con esto, el personal seguirá teniendo la prevalencia para tomar decisiones en favor del bienestar de la mujer y el bebé (Cáceres & Nieves, 2017:129).

El parto humanizado también integra el uso de métodos y herramientas que permitan que el parto adopte nuevos métodos que conforten y ayuden durante el proceso de parto para la reducción del dolor y que las necesidades de las mujeres sean consideradas con la intención de dignificar este proceso.

Es un modelo de atención que responde a necesidades individuales y familiares, así como la valoración de las emociones, opiniones de atención en el embarazo, parto y puerperio considerando el nacimiento como un momento especial, placentero donde prevalezca la dignidad humana haciendo protagonista a las mujeres o las parejas tomando decisiones sobre este acto (Almaguer, Harcía, & Vargas, 2012:45).

A este punto puede concluirse que la atención obstétrica no depende únicamente del personal médico, es un conjunto de factores organizacionales y limitaciones y alcances del Estado con la intención que prevalezcan sobre cualquier circunstancia los derechos humanos de las mujeres durante el proceso de parto. Esto implica una modificación en la visión pública administrativa con la intención de buscar mejores canales de atención, en donde la normatividad es un punto relevante para esto.

Es importante replantear lo público cómo una manera de alcanzar el bienestar social, visualizar que la atención en las instancias de salud necesita ver a las personas como clientes del Estado, no como receptores de servicios porque no hay otro lugar al que puedan acudir.

La VO puede ser evitada si desde los marcos normativos se integran y modifican conceptualizaciones que son capaces de brindar la autonomía en el proceso de parto a las

mujeres. Integrar perspectivas de género en la atención médica y verla desde un enfoque social y humano con la intención de retomar una medicina social.

Dar el derecho a las mujeres de protagonizar su proceso de parto, escuchar sus necesidades y expectativas de atención, abre un canal para que los paradigmas existentes ante la maternidad y la atención pública puedan ser transformados. Replantear a las instituciones públicas como catalizadoras de la calidad en los servicios implica des institucionalizar la violencia e institucionalizar la atención humana.

**Tabla 5. Diferenciaci3nes de parto y caracteristicas**

<b>Tipo de parto</b>	<b>Caracteristicas</b>	<b>Razones para practicarlo</b>
Medicalizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Control continuo del estado fetal.</li> <li>2. Inducci3n del parto.</li> <li>3. Aceleraci3n de la dilataci3n.</li> <li>4. En ocasiones existe una intervenci3n m3dica excesiva.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensi3n o diabetes.</li> <li>2. Crecimiento restringido del feto.</li> <li>3. T3rmino tardio</li> </ol>
Natural o normal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reducida integraci3n tecnol3gica o de medicalizaci3n.</li> <li>2. La mujer conduce el proceso de parto conforme a su comodidad.</li> <li>3. No se administran f3rmacos ni sedantes, la mujer puede deambular y adoptar la posici3n que ella elija para la expuls3n.</li> <li>4. No hay monitoreo fetal y no siempre se cumplen normas de asepsia.</li> </ol>	Embarazos de bajo riesgo cuando las mujeres deseen controlar el proceso de parto.
Humanizado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es un parto mixto que cumple con las caracteristicas del parto natural, pero con la asistencia del parto medicalizado sin procedimientos que conlleven una alteraci3n del proceso.</li> <li>2. Asistencia psicol3gica y vigilancia del estado materno fetal.</li> <li>3. Presencia de la pareja durante el parto.</li> <li>4. La episiotomía es realizada en caso de ser necesaria.</li> <li>5. Cuidados individualizados.</li> <li>6. Favorece el clima de confianza.</li> <li>7. Informaci3n sobre las intervenciones realizadas por el personal m3dico</li> </ol>	Las razones para realizarlo son con la intenci3n de que las libertades de las mujeres sean respetadas, que su integridad f3sica, psicol3gica y seguridad prevalezcan durante el proceso de parto.

**Fuente:** Elaboraci3n propia con informaci3n de (Hospital Sanitas, 2020).

## **Capítulo II. Análisis Normativo de la Violencia Obstétrica**

Es propio que, al hacer esta relevante revisión, se pueda partir primeramente desde una perspectiva internacional ya que esto tiene un reflejo sobre la normatividad nacional que en consecuencia estable para la implementación de políticas el camino a seguir.

Uno de los principales documentos vinculantes en América Latina es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (MESECVI) o también conocida como Convención Belém do Pará. En esta tesis se especifica en el artículo 9 que los Estados Parte deben de tener especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer entre otras razones, cuando está embarazada (OEA, s.f).

Otro de los instrumentos refiere a la Declaración y a la Plataforma de Acción de Beijing. Este documento refiere que el control de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva es un derecho humano que debe ser reconocido, que es un derecho de las parejas decidir libremente el número de hijos que desean tener, sin la necesidad de enfrentarse a discriminación y coacción por esta decisión. También expresa que la salud de las mujeres se ve comprometida cuando existen servicios inadecuados o falta de los mismos para atender la salud sexual y reproductiva. En su gran mayoría, las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar mejorando el acceso a los servicios de atención de salud como la atención obstétrica. Por ello remarca la importancia de contar con un fácil acceso a cuidados obstétricos, esenciales, servicios de salud materna bien equipados además de personal adecuado, asistencia profesional, atención después del parto como algunas de las iniciativas para reducir la morbilidad y mortalidad maternas (ACNUR, 2000).

Un instrumento que aborda la erradicación de la discriminación contra las mujeres es la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), establecida en 1979. Precisamente el artículo 12 aborda la calidad de los servicios y la atención durante el embarazo, parto y postparto. También establece que los Estados miembros deben de adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica para asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres al acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (ONU, 1979).

El Consenso de Montevideo se desprende del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), es un conjunto de medidas enfocadas y direccionadas para que las personas se integren de manera igualitaria y bajo el respeto de los derechos humanos al desarrollo sostenible. El Consenso marca que es necesario eliminar causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando prestaciones integrales de servicios de salud sexual y reproductiva, además de que exista acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en la atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad durante el embarazo, parto y puerperio (CEPAL, 2013).

El ver cada uno de los instrumentos antes mencionados es perceptible que existe un común denominador: la calidad. En este sentido, sería necesario que, en la normatividad nacional de los homólogos, se contemple este concepto con la intención de que como se abordó con anterioridad<sup>13</sup> integra la garantía de los derechos humanos y todo el aparato de gestión institucional que permite el cumplimiento de estos.

En la actualidad uno de los instrumentos más relevantes que se postulan como las diversas políticas que llevan a una realidad activa aquellos instrumentos en los que los países han participado y adoptado como compromisos son los ODS.

A continuación, se presenta la tabla número 6, la cual muestra aquellos instrumentos de protección a las mujeres que los países analizados han adoptado en relacionados a la salud sexual y reproductiva, así como a los servicios de calidad y adecuados para el seguimiento del embarazo, parto y puerperio.

Instrumento	Argentina	Chile	México	Venezuela
Belem do Pará	S: 1994 A:1996	S: 1994 A: 1996	S:1994 A: 1999	A: 1994 S:1995
CEDAW	S: 1979 A:1985 A:2006**	1979 S:1999* A:2019*	S:1979 A:1981	1980
Plataforma de acción de Beijing	1995	1995	1995	1995
Consenso de Montevideo	2013	2013	2013	2013

\*Protocolo facultativo suscrito en 1999 y aprobado por el Senado en 2019 pero sin promulgación presidencial.

\*\*Aprobación del Protocolo Facultativo

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de (OEA, 2020), (SAIJ, 2020), (OVDHM, s.f.) & (ACNUDH, 2020).

Al abordar los ODS es necesario remontarse a un punto anterior a los ODM, debido a que estos solamente fueron el resultado del aprendizaje después de replantear aquellos

<sup>13</sup> p.31

objetivos establecidos en el Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo en los años 60's (Jackson, s.f.). Así se estableció que para luchar contra el hambre era necesario enfocarse en el desarrollo económico.

Los resultados tras esta campaña no fueron los esperados, esto ocasionó que poco a poco se fuera notando la necesidad de implementar un enfoque holístico para tratar los problemas de aquellos países que se encontraban rezagados en el desarrollo.

Precisamente fue en la década de los 80's cuando en América Latina se entendió que las políticas tenían no solo que enfocarse en las acciones económicas, sino también en la relevancia del factor humano (Bárcena, 2016).

Con la llegada de los ODM se entiende que este ha sido uno de los instrumentos fundamentales para reconocer y hacer valer los derechos de las mujeres. Aunque el enfoque fue referenciado en una perspectiva economicista, es necesario también remarcar que el desarrollo tiene un vínculo directo con los derechos humanos. En este sentido, el cumplimiento de los Objetivos debe ser tomado como una obligación estatal que recuperan los estándares fijados en los instrumentos internacionales de progresividad que fijaran las pautas para las políticas públicas (Fur, 2005).

Los postulados anteriores sirven como un referente para interpretar los actuales ODS, precisamente por lo que se mencionó con anterioridad sobre el aprendizaje y replanteamiento de los propios objetivos. La diversidad, profundidad y ambición que caracterizan los compromisos en la Agenda Regional de Género en América Latina enriquecen los ODS y direcciona el rumbo para implementar políticas que aborden las causas estructurales de la desigualdad de género (Bidegain, 2017:35).

La lógica institucional lleva a interpretar que el primer concepto a reconocer, en la normatividad sea precisamente el de violencia obstétrica, pues de él podrán partir los lineamientos subsecuentes para su prevención, erradicación y atención. Con anterioridad se mencionó que tanto Argentina, México y Venezuela consideran el concepto, pero con amplias diferencias en la que la calidad no es el común para ninguno de ellos, siendo el caso de Chile un concepto apartado y no reconocido.

## 2.1 Normatividad ante la VO en Argentina

La Ley de Protección Integral de Mujeres (2009) en el artículo 6º, en los incisos d) identifica la violencia contra la libertad reproductiva como aquella que vulnera el derecho de las mujeres para decidir de manera libre y responsable el número de embarazos o el intervalo entre nacimientos; e) identifica que la VO es ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.

El Reglamento de la Ley de Protección Integral a las Mujeres (2010) describe que dicha ley fue creada considerando que, tanto la CEDAW como la Convención Belem do Pará, obligan a los Estados a impulsar normas y políticas a fin de prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. También reconoce la importancia de las transformaciones que la plataforma de acción de Beijing ha traído para las mujeres de Argentina.

El reglamento menciona que la violencia contra la libertad reproductiva en el ámbito de la salud proviene del personal<sup>14</sup> de instituciones públicas o privadas de estos sectores, siendo que en especificidad también se da cuando no se brinda el asesoramiento o la provisión de los medios anticonceptivos o negar realizar prácticas lícitas para la salud reproductiva.

Por otro lado, identifica que el trato deshumanizado es un trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en la atención del embarazo, parto y posparto hacia la mujer o recién nacido/a. También especifica que la mujer tiene el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud. Por ello todas las instituciones públicas de salud, privada o de seguridad social deben exponer gráficamente y de forma visible, con un lenguaje claro y accesible para todas las usuarias sus derechos.

La Ley del Parto Humanizado (2015) en el artículo 2º establece que todas las mujeres en relación con el embarazo, parto y posparto tienen derecho a recibir información sobre las intervenciones médicas para que opte de manera libre cuando existan alternativas; deben ser tratadas con respeto y de un modo individual y personalizado garantizando la intimidad así como la consideración a sus pautas culturales (etnia, religión, nivel socioeconómico,

---

<sup>14</sup> Todo aquel o aquella que trabaja en un servicio, se trate de las o los profesionales (de la medicina, enfermería, trabajo social, psicología obstetricia, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

preferencias); ser protagonista de su propio parto; derecho al parto natural respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando las prácticas invasivas y suministros de medicación no justificados; ser informada sobre la evolución de su parto; no ser sometida a examen de investigación sin consentimiento bajo el protocolo del Comité de Bioética; tener acompañamiento de una persona en la que confíe y elija; tener a su lado a su hijo o hija durante su permanencia en el establecimiento sanitario.

La reglamentación de la Ley del Parto Humanizado menciona que ante el parto vaginal la persona profesional de la salud debe evitar las prácticas que impidan la libertad de movimiento, así como evitar las prácticas invasivas innecesarias; tanto la mujer como su núcleo familiar deben recibir información comprensible y suficiente sobre el avance del embarazo, estado de salud de su hijo o hija, así como del trabajo de parto, posparto y puerperio.

Otra de las leyes<sup>15</sup> de protección que existen en Argentina refiere al Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica, la cual establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de la ligadura a las trompas de Falopio<sup>16</sup>. Para esta práctica tiene que darse un consentimiento informado bajo el cual ninguna persona exceptuando los casos de personas declaradas jurídicamente incapaces puede tomar una decisión sobre este procedimiento. La intervención médica debe ser de cobertura gratuita.

Argentina también cuenta con la Ley del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable el cual entre otros objetivos busca la disminución de la morbilidad materno-infantil; garantizar el acceso a información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

## **2.2 Normatividad ante la VO en Chile**

Aunque Chile se ha suscrito a instrumentos internacionales enfocados en la defensa de los derechos de las mujeres, hasta la fecha no presenta avances en el sentido de la tipificación de

---

<sup>15</sup> Ley 26.130 (Regimen para las Intervenciones de Contracepcion Quirurgica, 2006)

<sup>16</sup> En su caso esta reglamentación al hablar de mayores de edad también está protegiendo a menores de edad, por otro lado, también aborda la ligadura de los conductos deferentes o vasectomía.

la violencia Obstétrica y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Sin embargo, tiene una norma técnica publicada en el año (2015).

En la Norma Técnica para la Atención del Puerperio se reconocen los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, donde destaca la toma de decisiones sobre los mismos, así como la atención de los servicios de salud de calidad; también la relevancia de la maternidad segura; la información u la decisión sobre estos procedimientos; menciona que la atención en el parto debe ser personalizada.

Hasta la fecha se encuentran registrados dos intentos por reformar el código penal y reconocer el concepto de violencia obstétrica en Chile. Sin embargo, uno de esos proyectos fue desestimado, pero tomó un auge de participación social que aunque desestimado, dio pie para la presentación del segundo que al día en que se escriben estas líneas, aún se encuentra en tramitación.

El primer proyecto fue presentado en el año 2015 que llevaba por nombre Proyecto de Ley que Establece los Derechos de la Mujer Embarazada Durante el Trabajo de Parto, Parto y el Post Parto, además de Sancionar la Violencia Gineco-Obstétrica. Desde el día de su presentación no se le dio seguimiento, aun cuando la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH) ha realizado recomendaciones que es un problema de salud pública que el Estado debe atender (Diario de la Universidad de Chile, 2017).

En el año 2016 el Instituto Nacional de Derechos Humanos (INDH) emito en su informe la necesidad que el Estado Chileno reconozca la violencia obstétrica. Esto seguido de una denuncia que tuvo el apoyo de diferentes actores de la sociedad (Caso Lorenza Cayuhan). Lorenza es una mujer mapuche que cumplía un conde de cinco años por el delito de robo con intimidación, siendo esto una causa para que su parto fuera con grilletes, de manera que este parto fue deshumanizante.

En todo caso la INDH establece que existen lineamientos internacionales a los que se encuentra suscrito el Estado, el cual no ha reflejado un compromiso por dar el reconocimiento a la problemática (INDH, 2016).

También se encuentra el proyecto que Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica<sup>17</sup> bajo el número de boletín 12148-11.

Es preciso mencionar que existe una Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes (2016). Dicha Ley establece como pilares que las personas tienen derecho a ser tratados en los servicios de manera digna, con autonomía e igualdad. Establece que la atención debe ser de calidad y segura; que en lo tocante al trato digno y respetuoso el lenguaje debe ser adecuado e inteligible, debe existir cortesía y amabilidad, proteger la vida privada y la honra; se remarca el derecho a la información tanto administrativa como clínica; garantizando que la voluntad de la persona sea respetada para el sometimiento de cualquier procedimiento.

En el año 2017 se presentó una iniciativa de modificación en la cámara de diputados, la modificación se dirigía hacia la Ley N°20.584<sup>18</sup>. Esta iniciativa se encuentra bajo el boletín 11549-11<sup>19</sup>. La modificación proponía incorporar el Título III que abordaba específicamente derechos de las mujeres gestantes, parto, postparto y del neonato. Sin embargo, la modificación no fue realizada, aunque dicha la modificación se basa (entre otros instrumentos) en la CEDAW, la Convención Belem do Pará y el propio informe de derechos humanos del INDH del año 2016.

Chile tiene una lista larga de trabajos de modificación y reforma legislativa que no han pasado de la primer o segunda etapa de trabajo, quedando en las discusiones de las comisiones sin presentar avance alguno (Tabla 7).

**Tabla 7. Reformas e iniciativas sin seguimiento sobre VO en el Congreso Chileno**

Boletín	Título*	Reforma a	Tema	Estado	Año de ingreso
12148-11	Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual y sanciona la violencia gineco-obstétrica	Código Penal	Violencia contra la mujer embarazada	En comisión de salud	2018
9902-11	Modifica el código Penal para sancionar la violencia obstétrica	Código Penal	Violencia contra la mujer embarazada	Primer informe de comisión de salud	2015

<sup>17</sup> Cámara de Diputados, (2020). Disponible en: [https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/proyectos\\_ley.aspx](https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/proyectos_ley.aspx)

<sup>18</sup> Ley de Derechos y Deberes del Paciente

<sup>19</sup> Cámara de Diputadas y Diputados, (2017). Disponible en: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12065&prmBoletin=11549-11>

11732-18	Dispone un sistema de atención preferente para mujeres embarazada en servicios y establecimientos públicos Modifica la ley N°20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto	Sistema de Salud	Cuidados a las mujeres en el embarazo	Comisión de Familia y Adulto Mayor	2018
11549-11	Confiere derechos a la mujer embarazada y al niño que está por nacer y establecer un sistema de acompañamiento efectivo e integral a la maternidad	Sistema de salud	Cuidados a las mujeres en el embarazo	Comisión de Salud	2017
10220-11	Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del embarazo.	Sistema de Salud	Cuidados a las mujeres en el embarazo	Comisión de Salud	2015
9902-11	Establece un régimen de protección integral de la mujer con embarazo vulnerable y del hijo que está por nacer, y modifica la Ley que Establece Medios Contra la Discriminación.	Sistema de Salud	Cuidados a las mujeres en el embarazo	Comisión de Salud	2015
9873-11	Establece derechos en el ámbito de la gestación, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica	Sistema de Salud	Derechos Sexuales y Reproductivos	Comisión de Salud	2018

\*Aunque se registran más temas en favor de la mujer, así como en relación con el trato en el embarazo y la salud sexual y reproductiva, únicamente se tomaron las propuestas relacionadas al tema que atañe a esta tesis.  
**Fuente:** Realizado con base en datos de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2018)

### **2.3 Normatividad ante la VO en México**

A nivel federal el Estado Mexicano no cuenta con la conceptualización de la VO, sin embargo, en algunas entidades federativas se cuenta con la conceptualización de dicha violencia. Aunque a nivel federal se tiene como referente la Ley General de Salud.

En el año 2019 se realizaron reformas a la Ley General de Salud y la Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. La intención de la reforma fue para incorporar el concepto de VO para garantizar servicios de salud libres de estas prácticas. Esta reforma implica la modificación de los artículos 61,62, 64 y 65 de la Ley General de Salud y el artículo 6 de la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia. La definición ha quedado instaurada como: toda acción u omisión por parte del personal de salud médico o administrativo perteneciente a los servicios de salud públicos o privados del Sistema Nacional de Salud, que violente los principios rectores que señala el artículo 4 de la presente ley, o bien, que dañe física o psicológica, lastime, discrimine o denigre a mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Así como la negación del servicio médico y la vulneración o limitación de los derechos humanos sexuales y reproductivos de las mujeres (Cámara de Diputados, 2019). Cabe destacar que la última reforma realizada en materia de la VO aún se encuentra en el Senado a Espera de análisis y ratificación.

La Ley General De Salud (2020) contempla la protección a las mujeres que se encuentran en el periodo de embarazo, parto, postparto y puerperio en razón de la vulnerabilidad que representa ese periodo; refiriendo también que las prestaciones de salud deben ser de calidad, oportunas e idóneas, recibiendo atención profesional y responsable éticamente, recibir un trato respetuoso y digno por parte de los profesionales, técnicos y auxiliares; se remarca el derecho a la información suficiente, clara y oportuna; derecho para decidir libremente sobre los procedimientos; así como la estriación forzada como una práctica sancionable.

La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, es una norma técnica que busca el cumplimiento y visualización de criterios para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida. Esta norma observa que deben ser respetadas las posiciones de la mujer siempre que no representen una contradicción médica; la no empleabilidad de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto natural,

en caso de que sea necesario se aplicará con información previa y autorización; también menciona que la calidad en la atención de la salud se da en conformidad con el grado de obtención de los mayores beneficios de la atención médica; por otro lado se refiere a que la atención debe ser integral y enfocada en considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos; los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas; la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución; incluso se apertura la posibilidad de la atención por parteras en establecimientos de atención médica autorizado (DOF, 2016).

#### **2.4 Normatividad ante la VO en Venezuela**

En la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela el artículo 76 establece que tanto la maternidad es protegida de manera integral; que las parejas tienen el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que deseen concebir, así como disponer de la información que les permita el ejercicio de este derecho. También establece que el Estado garantizará la asistencia y protección integral a la maternidad, en general a partir del momento de la concepción, durante el embarazo, parto y puerperio, además, de asegurar servicios de planificación familiar integral basados en valores éticos y científicos<sup>20</sup>.

En este país la VO es reconocida en la Ley Orgánica sobre Derechos de las Mujeres a Una vida Libre de Violencia (2007). Se describe que es la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, siendo un trato deshumanizador, así como el abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales, de manera que se trae consigo una pérdida en la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

---

<sup>20</sup> Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, título III, capítulo V, artículo 76. Disponible en : <https://venezuela.justia.com/federales/constitucion-de-la-republica-bolivariana-de-venezuela/titulo-iii/capitulo-v/#articulo-76s>

Venezuela también cuenta con un decreto constituyente para la promoción y protección del parto humanizado, publicado en la gaceta oficial en (2018). Este decreto busca la promoción y garantizar el derecho humano de quienes integran las familias a una gestación, parto y nacimiento humanizado; generar condiciones necesarias para la expresión y desarrollo de las relaciones humanas fundamentadas en amor, afecto, seguridad, solidaridad, respeto recíproco y esfuerzo común.

El decreto establece la humanización de los procedimientos y las prácticas médicas durante el parto siendo que la madre sea la protagonista de este proceso. Así establecen una serie de derechos como la igualdad y no discriminación; persona sana; información integral; asistir a la consulta prenatal; formación para la gestación, parto y nacimiento; derecho a decidir; protección en el parto y el nacimiento humanizado; asistencia en la salud de manera integral; un trato digno; acompañamiento de la madre; acompañamiento y alojamiento conjunto del recién nacido y nacida; derecho al apego; espacios de trabajo de parto y nacimiento en condiciones adecuadas; privacidad y confidencialidad; derecho de las mujeres con VIH o SIDA; protección socioeconómica; y defensa de sus derechos.

También se cuenta con un Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (2013). Este protocolo reconoce que tiene un compromiso para disminuir la mortalidad materna mediante el equipamiento y creación de servicios especializados. Así se busca que médicos y médicas se encuentren con la capacitación para su labor se encuentre centrada en los avances científicos para beneficiar a las madres y sus hijos.

## **2.5 Condiciones de la normatividad ante la VO en los casos de estudio**

Hasta este punto se resalta el esfuerzo de los países por tener normatividad que reconozca y sancione la VO. A continuación, se presenta en la tabla 8 una matriz de análisis para encontrar diferencias y similitudes entre los temas que en relación con los instrumentos internacionales previamente mencionados deben de cubrir las normatividades nacionales.

También es importante destacar que existen, aunque la normatividad es existente, en tres de los cuatro países solamente debe tomarse como un punto de referencia que permita la ejecución de acciones por parte del mecanismo Estatal para la atención a esta problemática.

Si bien esta tesis no refiere a una construcción de un problema público, es relevante destacar que el reconocimiento normativo le hace tomar ese papel.

El caso de Chile puede tomarse como un caso aislado, debido a que la discusión parlamentaria no ha dado frutos concretos sobre la VO. Los trabajos han sido presentados, pero han permanecido en el limbo, incluso después de la resolución de la Corte Suprema por el caso de Lorenza Cayuhan donde se remarcó la discriminación, la falta de información, el parto deshumanizado y la pérdida de la autonomía de la mujer ante el proceso.

La tabla número 8 presenta una ponderación porcentual que al tomar de referencia los principios descritos en los instrumentos internacionales. Así se permite observar aquellos conceptos que rodean las prácticas para la prevención y erradicación de la VO. Esta ponderación no es determinante para el abordaje de la VO y tener resultados positivos para su erradicación.

<b>Tabla 8. Relación de diferencias y similitudes en la normatividad ante la VO en los países de estudio</b>				
<b>Variables a considerar</b>	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Venezuela</b>
Identifica la condición de vulnerabilidad	0	0	1	1
No discriminación en el servicio y atención	1	1	1	1
Atención sin omisión o falta del servicio	0	1	0	1
Toma libre de decisiones (Protagonismo)	1	1	1	1
Respeto a procesos naturales (tiempos y posturas)	1	0	1	1
Atención con personal capacitado	0	1	1	1
Instalaciones adecuadas	0	1	1	1
Acceso a la información	1	1	1	1
Medicalización y revisiones no excesivas	1	0	1	1
Atención y seguimiento del embarazo, parto, postparto y puerperio	1	1	1	1
Decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos	1	0	1	1
Decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva	1	1	1	1
Disminución de la mortalidad materna	1	0	1	1
<b>Ponderación</b>	<b>69%</b>	<b>61%</b>	<b>92%</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en los instrumentos internacionales a los que se encuentra suscritos los países analizados y la normatividad nacional aplicable.

La variable relacionada a la identificación de una vulnerabilidad es expuesta por la CEDAW, estableciendo que el periodo de parto es un momento en el que la mujer se encuentra en un periodo de vulnerabilidad emocional y física que debe ser respetado por las personas que presten los servicios. En este caso tanto México como Venezuela identifican que existe dicha consideración de vulnerabilidad. El caso de Argentina y Chile no mencionan que sea un momento de vulnerabilidad.

La variable relacionada a la no discriminación en el servicio y atención se hace presente en los cuatro países ya que reconocen que el acceso a la atención debe darse sin ser

condicionado y en condiciones de igualdad para todas las mujeres. El caso de Chile lo cumple, pero de manera atípica ya que no presenta una ley o reglamentación específica sobre la atención obstétrica, pero en la Ley de derechos y deberes del paciente presenta los pilares sobre lo que se fundamenta el acceso a la atención de salud.

En atención sin omisión o falta del servicio, únicamente Chile y Venezuela consideran que la misión o falta de los servicios adecuados vulnera los derechos. Sin embargo, Argentina y México no lo mencionan que la omisión puede representar una vulneración.

La toma libre de decisiones (protagonismo) refiere a que la mujer es la encargada de establecer la manera en la que desea que su proceso de parto sea realizado respetando sus decisiones sin verse obligada a hacer cosas con las que no se siente cómoda. Aunque todos los países hablan de esta condición Chile al no tener una norma específica se a tomado como referencia la libre decisión sobre los procedimientos que tiene el paciente.

Respeto a procesos naturales (tiempos y posturas) refiere a al respeto a las sensaciones físicas de la mujer para colocarse en determinadas posiciones y el tiempo que naturalmente se refiere a un proceso fisiológico para poder expulsar al a su hijo o hija (tanto Argentina, México y Venezuela consideran la intervención para modificar el tiempo siempre y cuando sea necesario y prioritario).

Atención con personal capacitado describe a que se considera que la atención tiene que ser brindada por personal que se encuentra capacitado técnica y profesionalmente para dar atención al proceso dese embarazo hasta el puerperio. El único país que no menciona esto en su normativa relacionada con la atención obstétrica es Argentina. El que no se cumpla con estas determinaciones no significa que el personal que se encuentra en estas áreas no sea profesional, pero se realiza la necesidad de establecerlo en los medios normativos competentes al tema.

Instalaciones adecuadas abarca el tener los recursos materiales y humanos necesarios para dar atención durante el proceso, incluso en México en las atenciones de emergencia se pide estipula que si una unidad médica no cuenta con los recursos es importante atender a la mujer en una unidad adecuada.

Acceso a la información es necesario que las mujeres y sus familias tengan información oportuna y visible sobre sus derechos además de los procesos que se pueden

llevar a cabo para que tome decisiones libres y conozca su situación. En el caso de los cuatro países la información se aborda como un derecho humano.

Medicalización y revisiones no excesivas se refiere a que no deben existir aplicaciones de medicamentos como analgésicos o anestesia sin la autorización de la mujer y sin que sea necesario hacerlo, esto en el sentido de mantener el parto de una manera natural. En el caso de Chile esta variable está generalizada para las y los pacientes.

Atención y seguimiento del embarazo, parto, postparto y puerperio, esta variable se refiere a que exista un seguimiento adecuado de todo el proceso fisiológico (partiendo desde el embarazo hasta el puerperio). En este caso Chile agrega la atención psicológica como parte de la norma técnica para la atención del puerperio. Venezuela considera la necesidad del seguimiento desde el momento de la concepción. México se refiere a la atención desde el embarazo, parto, postparto y puerperio.

Decisión libre de las parejas sobre intervalos y cantidad de nacimientos esto se encuentra relacionado a los derechos de las parejas para decidir libremente sobre la procreación.

Decisiones libres sobre salud sexual y reproductiva remarca los derechos individuales de las mujeres para decidir sobre el método anticonceptivo con la intención de proteger ante la anticoncepción obligada.

Disminución de la mortalidad materna mención de la intención de que la normatividad funcione como instrumentación que permita aportar acciones para que la disminución de la mortalidad materna sea una realidad. En el caso de México y Venezuela también se agrega el término “morbilidad materno-infantil”, buscando dar también protección al neonato y sus posteriores etapas de crecimiento ante las posibles enfermedades.

Se hace claro que la ponderación que alcanza Chile debe mucho a la falta de conceptualización de la violencia obstétrica, si bien es de aplaudir que se reconocen otro tipo de violencias, la violencia obstétrica no está siendo un punto de referencia para brindar la atención a las mujeres. La información considerada para ponderar a Chile parte de la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, así como de la Norma Técnica para la Atención en el Puerperio.

Una de las cuestiones que llaman la atención se debe a que Chile a pesar de presentar varios trabajos legislativos en favor de reconocer esta problemática que vulnera los derechos

de las mujeres, no se han realizado los seguimientos necesarios. El informe sombra de seguimiento a la Convención Belem do Pará describe que, aunque las leyes sean promulgadas únicamente será un primer paso para que las autoridades reconozcan y penalicen las practicas violentas (OAS, 2016).

### Capítulo III. Estructura de los sistemas de salud

Las políticas de Estado son aquellos objetivos a largo plazo que son perseguidos por este con la intención de mantener y dar seguridad general. De tal manera que estos objetivos serán determinados en lineamientos normativos que darán vida a instituciones que reflejen la actividad estatal mediante una estructura.

Esto tendrá una relación directa con la concepción de la violencia obstétrica como parte de una violencia estructural propiciada por las propias omisiones en la estructura de atención durante el embarazo, parto y puerperio. Es importante considerar que las políticas de Estado engloban a nivel estructural diversos objetivos de atención a nivel social que garanticen el bienestar general.

El Estado considerado como unidad de acción, tiende a aplicar y desplegar el poder social organizado para cuidar y asegurar la ordenación humana. De tal manera que a través del poder organizado y ejercido por órganos especiales pueda dar forma al soporte a un estatus de vida común a través de la política eclesiástica, militar o económica (Heller H. , 2017b).

En relación con lo anterior, debe tomarse la política de salud como la serie de acciones que en el largo plazo debe tener objetivos para brindar la seguridad que la comunidad necesita. Navarro (2018) explica que la política de salud va más allá de la atención médica, puesto que, es una ínfima parte de los componentes de esta política. De tal manera, que la responsabilidad del aseguramiento de las condiciones de buena salud recae sobre las instituciones o agencias que representas los intereses de la población (Tabla 9).

**Tabla 9. Tipos de intervenciones de la política nacional de salud**

Componentes de la política de salud (tipos de intervenciones)	Descripción o características
Intervenciones públicas para establecer, mantener y fortalecer los determinantes estructurales de la buena salud.	Intervenciones encaminadas a mejorar la salud: <ul style="list-style-type: none"><li>• Económicas</li><li>• Sociales</li><li>• Culturales</li></ul>
Políticas dirigidas a nivel individual, enfocadas en lograr cambios en el comportamiento individual y del estilo de vida.	Quienes formulan este tipo de intervenciones las perciben como opciones más fáciles de implementar en comparación con los de primer tipo. La responsabilidad se enfoca sobre los individuos y no sobre las instituciones públicas quienes son las responsables estructurales.
Socialización y empoderamiento	Establece la relación entre las responsabilidades colectivas que aseguran la buena salud. Se enfocan en reducción de desigualdades sociales, condiciones de opresión o marginación que producen enfermedades.

**Fuente:** Elaborado con base en datos de Navarro (2018).

Seguí, Toledo, & Jiménez (2013) abordan las características de los sistemas de salud bajo la perspectiva de la OMS, hacen hincapié en que hay elementos interrelacionales como las instituciones, organismos y servicios que tienen como finalidad la mejora de la salud. Enumeran a los factores sociales, el desarrollo científico y técnico de la medicina, la especialización e interdependencia de los profesionales sanitarios, el crecimiento del gasto y la financiación del sistema como elementos principales de la organización y logro de los objetos en temas de salud.

### **3.1 Estructura del servicio de atención argentino**

El sistema de salud de Argentina se observa como un sistema descentralizado en el cual el Ministerio de Salud es el rector de la política y la intervención de salud (PENUD, 2011). Considera tres subsectores de atención: público, obras sociales y seguro voluntario o prepago (el cual refiere a lo privado):

1. El subsector público brinda servicios por medio de hospitales y centros de salud a cargo de los gobiernos de las provincias y municipales. Dan atención a personas con bajos ingresos, a quienes no cuentan con atención por falta de contrato de trabajo o por no tener capacidad de pago. Se encuentra estrechamente ligado a una complementariedad con programas de salud específicos (Arce, 2020).
2. El subsector de obras sociales da servicio a trabajadores que cuentan con relación de dependencia laboral y a sus familiares directos. Es un seguro obligatorio que agrupa a los trabajadores por sus ramas de actividad. En este subsector las personas beneficiarias aportan a un fondo común que es administrado por organizaciones sindicales. En este sentido, el sistema de aportaciones es mixto ya que tanto la persona empleada como el patrón aportan un porcentaje equivalente del sueldo 3% y 6% respectivamente, además de aportar un 1.5% de la remuneración bruta por cada familiar afiliado (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).
3. El sistema de prepago consta de pagos directos para dar cobertura bajo empresas denominadas de Medicina de Prepagas. Las personas usuarias generalmente tienen medianos y altos ingresos. Se caracteriza por un enfoque diferenciador de productos con la intención de captar un mayor número de afiliaciones (Maceira, 2018).

Las personas que son atendidas a través del subsector público no cuentan con una cobertura de seguros. En este caso, la atención de la salud es otorgada de manera descentralizada a cargo de gobierno provincial y municipal. En este sentido, los entes responsables son quienes regulan, planifican y evalúan los servicios de atención médica, esto es un punto que resalta la desarticulación que da como resultado servicios superpuestos, doble regulación y fiscalización, así como sobreabundancia de normas para habilitaciones y acreditaciones (Salta, 2005). En el año 2018 el subsector público registró una cobertura de 14 millones de personas (CAEME, 2020).

El subsector de las obras sociales considera cuatro subsectores propios, en este caso, se recuerda que este subsector se financia por el Estado, pero también ingresan aportaciones de las personas trabajadoras. En este sentido el primer subsector interno considera a las obras sociales nacionales (285 para cobertura de 11 millones de personas); el segundo corresponde a las obras sociales provinciales que brindan cobertura para cinco millones de personas; las obras sociales de las Fuerzas Armadas y de Seguridad que cubren alrededor d 80 mil personas; y las obras sociales de las universidades nacionales y poderes legislativo y judicial para 320 mil beneficiarios (Galli, Pagés, & Sieszkowski, 2019). La cobertura registrada en 2018 para este subsector las obras sociales registraron 93, 551,222 personas (CAEME, 2020).

El subsistema de prepago da servicios considerados en un Plan de Salud, los cuales tienen variantes, no cuentan con un límite máximo de prestaciones, pero si se ven obligadas a respetar un límite mínimo. Quienes ingresan a esta modalidad de cobertura lo hacen de manera voluntaria que a través de un contrato en el cual adquieren la obligación de pagar una cuota mientras que la entidad de prepaga se obliga en garantizar el acceso a los servicios (Garay, 2017). Para el año 2018 el subsistema de prepaga registró una cobertura a 6,029,000 personas (CAEME, 2020). La tabla 10 muestra la forma de vinculación mediante las que se puede acceder a los beneficios con las entidades de prepaga. Que, si bien puede darse de manera individual, también puede darse en manera colectiva a través de dos mecanismos.

El registro de las afiliaciones o cobertura de salud que las mujeres tienen en Argentina no se presenta de tal manera en los registros oficiales, sin embargo, tampoco se descarta que la estadística exista para uso y utilidad interna institucional. Uno de los datos más aproximados proviene de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), aplicada en 2013 en la cual se registra que el 56.1% de las mujeres tienen

afiliación a obras sociales o prepaga, mientras que 43.4% se encuentran sin cobertura (INDEC, 2013).

**Tabla 10. Forma y vinculación a los servicios de prepaga en Argentina**

Forma	Tipo de vínculo	Característica
Individual	Directo	La persona se incorpora de manera individual o con su grupo familiar.
Corporativa Empresarial	Indirecto	Una empresa contra a una empresa de medicina de prepaga para la cobertura de salud para todo su personal o para distintos niveles operativos. La empresa y el empleado deben contribuir a la aportación de manera tributaria, pero la empresa se hace cargo del precio del vínculo con la prepaga.
Corporativa Obra Social	Indirecto	La obra social subcontrata con la medicina de prepaga para que se le brinde las prestaciones de salud a sus afiliados. La obra social con los fondos que ingresan por contribuciones y aportaciones financia el costo de la cobertura de salud a sus afiliados vía la medicina de prepaga.

**Fuente:** Elaborado con información de Garay (2017).

La fiscalización del Sistema Nacional de Salud se encuentra a cargo de la Superintendencia de Servicios de Salud (Decreto 1400/2001). En la estructura organizacional del sistema de salud argentino (en relación con el tema que atañe este escrito) se encuentra la Dirección de Salud Perinatal y Niñez. Tiene como objetivo general la redacción de normas para atender y distribuir insumos, así como la realización de actividades de capacitación dirigida al sector salud de las distintas jurisdicciones del país. De manera que, entre sus objetivos generales se encuentra la reducción de la morbilidad y mortalidad de niñas, niños, adolescentes y mujeres embarazadas (Dirección de Salud Perinatal y Niñez , s.f.).

El área de ginecología y obstetricia se enfoca en acciones relacionadas a la mejora del servicio donde destaca la evaluación de la calidad en la atención; capacitación del recurso humano; promover los controles preconcepcional, prenatal y puerperal; mejorar la calidad de la atención post-parto; perfeccionar los instrumentos de registro; analizar de manera permanente las causas de morbilidad y mortalidad materna, así como asistencia para organizar redes perinatales.

Esta dirección también cuenta con un área de monitoreo y evaluación que tiene como objetivo proveer información para que las áreas técnicas puedan realizar sus tareas, así como para la toma de decisiones de las autoridades del Ministerio de Salud; participa en la planificación de actividades directivas, y específicamente en la elaboración de indicadores para el monitoreo y evaluación; además de nutrir y desarrollar el Sistema Informático Perinatal.

El Ministerio de Salud de Argentina resalta la importancia que tiene la atención primaria para el seguimiento y control del embarazo (Ministerio de Salud, s.f). La guía de

atención al parto con un enfoque centrado en la familia (UNICEF & Ministerio de Salud, 2010) le da importancia a la presencia familiar y acompañamiento en el proceso de gestación hasta el puerperio. Además, remarca la importancia de grupos de apoyo y servicios de voluntariado hospitalario para promover la lactancia y actividades contra la violencia familiar.

La tabla 11 muestra la relación de nacimientos atendidos según la afiliación de la madre desde 2015 hasta 2019. En promedio desde 2015 hasta 2019 se registra un 43.38% de nacimientos atendidos de madres que estaban asociadas a algún subsistema de salud.

**Tabla 11. Atención de nacimientos según asociación de la madre en Argentina**

Año	Nacimientos	Asociada	Sin asociación	Sin especificar
2015	770,040	377,963	333,543	58,334
2016	728,035	358,932	316,624	52,479
2017	704,609	242,797	198,838	262,974
2018	685,394	310,198	287,549	87,647
2019	625,441	242,797	198,838	26,2974

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de estadísticas vitales (DEIS, 2015), (DEIS, 2016a), (DEIS, 2017a), (DEIS, 2018a) y (DEIS, 2019a).

En el año 2015 el MINSAL registró que la mayor tasa de especialidades por 100 mil habitantes son pediatría, clínica médica, neonatología, obstetricia y ginecología. En este caso se registra que existían 9681 especialistas De ginecología y obstetricia, representando una tasa de 22.69 por 100 mil habitantes (Ministerio de Salud, 2015). La información disponible no permite hacer una aproximación del cálculo de cuantos profesionales en el área se encuentran habilitadas para atender los partos, pero si existen estadísticas de cuantos nacimientos (vivos) han sido atendidos (Tabla 12).

**Tabla 12. Partos atendidos por personal de la salud (registro de nacidos vivos) 2015-2019 Argentina**

Año	Personal sanitario			No sanitario			Sin atención	Sin especificar
	Personal médico	Patera	Personal de enfermería	No especificado	Comadre	No especificado		
2015	580,770	185,810	502	360	539	354	228	1,477
2016	533,846	181,404	678	280	400	496	206	10,725
2017	449,316	210,377	1,423	461	431	730	544	41,327
2018	434,218	224,230	1,221	461	311	833	364	23,756
2019	362,141	214,459	763	278	201	705	251	46,643

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de estadísticas vitales (DEIS, 2015), (DEIS, 2016a), (DEIS, 2017a), (DEIS, 2018a) y (DEIS, 2019a).

La atención del parto por personal médico se dio en promedio al 66.75% de los nacimientos desde 2015 hasta 2019. En promedio 29.18% de los partos han sido atendidos por personal

de enfermería. En este sentido, se encuentra que en promedio el 87.82% de los partos han sido atendidos por personal sanitario.

Es importante destacar que el porcentaje de atención de personal sanitario año con año ha ido disminuyendo. Lo anterior puede tener relación a que también existe incremento de los datos de nacimientos en los cuales no se encuentra especificado el tipo de atención por parto (Tabla 13).

<b>Año</b>	<b>Nacidos vivos</b>	<b>Atenciones</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Variación</b>
2015	770040	767,082	99.62%	
2016	728035	715,928	92.97%	-6.67%
2017	704609	661,116	85.85%	-7.66%
2018	685394	659,669	85.67%	-0.22%
2019	625441	577,363	74.98%	-12.48%

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de estadísticas vitales (DEIS, 2015), (DEIS, 2016a), (DEIS, 2017a), (DEIS, 2018a) y (DEIS, 2019a).

La guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia describe que para asegurar las competencias de atención en la sala de partos se debe contar con una enfermera por paciente, tanto en bajo como en alto riesgo. El resto del personal profesional de la salud que debe estar presente en el parto no se especifica cuantos, por paciente, sin embargo, se menciona la necesidad de contar en la sala de partos con neonatólogos, obstetras o tocoginecólogos, anestesiastas, médicos generales, pediatras, entre otros (UNICEF y Ministerio de Salud, 2018)

En la tabla 14 se puede observar la cantidad de camas obstétricas disponibles a partir de 2016. Las camas obstétricas son camas utilizadas específicamente para maternidad en todos los tipos de establecimientos y camas de unidades de terapia intensiva habilitadas en establecimientos de atención a la maternidad/materno infantil (DEIS, 2019b).

En todo caso no muestra una relación directa con la que se pueda determinar el alcance o cobertura que existe tanto en camas como de personal profesional obstétrico disponible para la atención de las mujeres al momento del parto. Algo importante en la estadística disponible, es que no se encuentra información disponible de salud que en los casos necesarios para este trabajo no hay desagregación por sexo e incluso por subsistema de pertenencia puesto que los datos son generales.

<b>Año</b>	<b>Número de camas</b>	<b>Variación</b>
2016	8,835	-
2017*	8,835	0%
2018	8,531	-0.04%

\* Los datos en la agenda de indicadores refieren al número de camas del 2016.

**Fuente:** Elaboración propia con datos de Agenda de Indicadores Básicos (DEIS, 2016b), (DEIS, 2017b), (DEIS, 2018b) y (DEIS, 2019b).

El lugar de ocurrencia los establecimientos oficiales (relacionados a la atención pública) atendieron en promedio el 57.86% de los nacimientos, mientras que los establecimientos no oficiales (atención privada) presentan en promedio el 41.13% de los partos, para apreciar a con mayor detenimiento (Tabla 15).

<b>Año</b>	<b>Nacidos vivos</b>	<b>Establecimiento oficial</b>	<b>Establecimiento no oficial</b>	<b>Domicilio particular</b>	<b>Sin especificar</b>
2015	770,040	442,571	323,314	2,268	1,887
2016	728,035	419,878	303,127	2,293	2,737
2017	704,609	399,040	289,172	2,011	14,386
2018	685,394	405,952	272,986	1,084	4,652
2019	625,441	364,710	257,328	1,443	1,960

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de estadísticas vitales (DEIS, 2015), (DEIS, 2016a), (DEIS, 2017a), (DEIS, 2018a) y (DEIS, 2019a).

### **3.2 Estructura del servicio de atención chileno**

Chile cuenta con una estructura centralizada en función de los planes nacionales en torno a la atención de la salud y seguimiento de esta política. El Ministerio de Salud (MINSAL) es el órgano rector, el cual se apoya de la Subdirección de Salud Pública y la Subdirección de Redes Asistenciales. La Subsecretaría de Salud Pública diseña políticas, normas, planes, programas, administra el financiamiento de los servicios de salud pública y sus programas. La Subsecretaría de Redes Asistenciales articula y desarrolla la red de asistencia del sistema de la regulación de la prestación de acciones de salud, define normas sobre la calidad en la atención de la salud, formula políticas, normas y programas, así como vela por el cumplimiento y coordinación de la ejecución de los servicios de salud (González, Castillo, & Matute, 2019).

La proveeduría de los servicios responde a un sistema mixto (público y privado) al cual las personas en correspondencia a sus recursos se integrarán a alguno de ellos. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) integra a trabajadores dependientes e independientes (es de

atención universal); este fondo consta de aportaciones del 7% de los ingresos mensuales<sup>21</sup>. Además de esto, existen cuatro supuestos para agrupar a las personas beneficiadas por medio de este fondo (Tabla 16). En todo caso FONASA también provee bonos que permiten el acceso a consultas o procedimientos médicos con un prestador que se encuentre en convenio con el régimen.

Grupo	Característica	Aportación
A	Personas que carecen de recursos, son atendidos de manera gratuita en Hospitales y Consultorios Públicos	Gratuito
B	Personas cuyo ingreso mensual es menos o igual a \$276,000 pesos chilenos (\$350.28 dólares) *.	Gratuito
C	Personas cuyo ingreso mensual es mayor a \$276,001 y menos o igual a \$402,960 pesos chilenos (\$350.29 y menos o igual a \$511.41 dólares) *	Pagan 10% de arancel en hospitales públicos
D	Personas con un ingreso mensual mayor a \$402,961 pesos chilenos (\$511.42 dólares) *	Pagan 20% del arancel en hospitales públicos.

**Fuente:** Superintendencia de Salud (s.f.) & Banco Central de Chile (2020)

\*Precio promedio anual del dólar en Chile (1 dólar corresponde a 787.93 pesos chilenos), calculado con datos de 2020.

Dentro de la propia división del sistema existe una fragmentación para la atención del parto. Pues la atención se brinda por la vía de la atención pública a través de FONASA, los servicios de atención privada (ISAPRES) o un modelo mixto de atención llamado Bono PAD (Sadler, s.f.)<sup>22</sup>.

Los Bonos PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) permiten acceder a una consulta o procedimiento médico con un prestador de servicios que cuente con un convenio. Alternativamente a la atención pública, estos bonos permiten la libre elección (llamada Modalidad de Libre Elección o MLE). En este sentido, se vincula directamente al FONASA debido a que únicamente las personas pertenecientes a los grupos “B”, “C” y “D” pueden comprar estos bonos.

El valor de los bonos depende de dos factores, el nivel de profesionalización que tiene el personal de la salud o de la infraestructura y áreas médicas de atención del lugar donde se

<sup>21</sup> *op. cit.*

<sup>22</sup> Esta fecha no se encuentra definida ya que la tesis doctoral se encuentra en proceso de defensa.

otorgan los servicios de salud (Tabla 17). Los bonos contemplan paquetes de servicios relacionados a 73 problemas de salud.

El bono cubre honorarios de profesionales de la salud participantes en procedimientos, derecho a pabellón, costo por los días de cama, medicamentos, exámenes e insumos utilizados, estudios, atención postoperatoria 15 días después del alta. En el caso del parto el bono no cubre problemas médicos inesperados, como embolia de líquido amniótico, coagulopatías de consumo o trombofilia, nacimiento antes de 37 semanas, complicaciones que requieran tratamientos adicionales como malformaciones, patologías previas al nacimiento ni embarazo de alto riesgo (Gobierno de Chile, 2018).

**Tabla 17. Características de infraestructura y servicios para categorizar el costo de los Bono PAD Chile**

Nivel	Características de infraestructura	Servicios prestados por los profesionales
3 o Alta Complejidad	Cuando hay una unidad destinada a la atención de pacientes críticos.	Cuando se efectúan cirugías ambulatorias como colecistectomías, cirugías ginecológicas por vía laparoscópica, artroscopías, mastectomías parciales, acceso vascular complejo, y demás de semejante nivel de riesgo sanitario.
2 o Mediana Complejidad	Si no, poseen la unidad anteriormente mencionada, cuenta con pabellón de intervención quirúrgica para práctica de cirugías generales que no requieran la participación de subespecialidades quirúrgicas.	Si no realiza procedimientos de la categoría anterior, pero realizan procedimientos invasivos de tipo diagnóstico o terapéutico que pudiere requerir sedación moderada a profunda.
1 o Baja Complejidad	Si no incluye alguna de las categorías anteriores.	Si no incluye alguna de los servicios anteriores.

**Fuente:** Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (Diario Oficial, 2007).

Estos bonos categorizan el parto en el grupo de “Problemas exclusivos de la mujer” en este caso los servicios obstétricos para el parto tienen un valor total de \$1,153,630 pesos chilenos que representa \$1,464.13 dólares a precio promedio del año 2020. El copago o la contribución que realiza la paciente o la familia corresponde a \$288,410 pesos chilenos que se traduce en \$366.03 dólares, este copago puede ser objeto de un préstamo del 100% por parte de FONASA para la cobertura del servicio (FONASA, s.f.).

El préstamo anteriormente mencionado es pagado en cuotas mensuales que no deben exceder el 10% de los ingresos de los asegurados y aseguradas, en caso de ser atención médica de emergencia no deben superar el 5% (Chile Atiende, 2021).

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema de Bonos PAD es a las condiciones de desigualdad que pueden prevalecer sobre el propio sistema. En el año 2015 la directora de la OPS/OMS afirmó que los copagos para la atención de la salud privan la universalización del acceso a los servicios de salud. Además, describió que un desembolso de más del 20% de las familias expone a que las personas vivan en pobreza no puedan acceder a los servicios adecuados y de calidad (OPS Chile, 2015).

Con los datos aportados con anterioridad se estima que el desembolso en el bono PAD para el parto, corresponde a un 25% del costo total de los servicios. Al considerar que el sueldo mínimo mensual en Chile corresponde a \$320.500 pesos brutos (a partir de marzo 2021) traducido a \$406.76 dólares (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2020). Esto representa el 89.98% de desembolso de un sueldo mínimo mensual. Considerando que al Bono PAD únicamente son accesibles para las personas que se encuentran a partir de la categoría “B”<sup>23</sup> el costo abarcaría más del sueldo mensual de aquellas personas que se encuentran en esta categoría.

Cabe destacar que el Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud contempla que estas instituciones deben permanecer en una evaluación constante con la intención de preservar a acreditación. Además, se determina que la calidad es un factor para considerar en todo momento, de manera que el propio reglamento refiere que los estándares de calidad abarcan condiciones sanitarias, seguridad en instalaciones, equipo y su mantenimiento, practicas técnica y tecnológicas, personal necesario para las prestaciones, calificación labora y cobertura, cumplimiento de protocolos de atención.

El Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud aplicable para la Red Asistencial de Salud en Chile<sup>24</sup> describe que se deben establecer mecanismos se orientación e información para los usuarios, proponer y mantener instancias permanentes de participación

---

<sup>23</sup> Ingreso mensual de menor o igual que \$276,000 pesos chilenos (350.28 dólares) mensuales.

<sup>24</sup> El artículo 3° describe que esta red se conforma por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del servicio, los establecimientos municipales de atención primaria (...) y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el servicio de Salud.

social que permita recibir la opinión de los usuarios sobre la calidad de las prestaciones; evaluar de manera continua el grado de satisfacción de los usuarios con la calidad de la atención (Periódico Oficial, 2005).

Para el caso de la atención del parto puede ser atendido tanto en el nivel de mediana complejidad como de alta complejidad. La atención en baja complejidad debe derivar los partos a un hospital de complejidad mayor, exceptuando que el parto sea inminente y/o se trate de una urgencia obstétrica; en el caso de la complejidad media considera la sala de atención integral del parto. Atención del parto quirúrgico, si se cuenta con especialistas, lo que determina en base a la demanda y rol del hospital en la red; la atención de alta complejidad deriva en aquellas instituciones que realizan atención integral del parto de manera especializada (Ministerio de Salud, 2015).

La Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad (MINSAL, 2019) contempla el parto dentro de su categoría de atención. De tal manera, contempla la existencia de cuatro áreas que coadyuvan entre sí para dar atención al parto: el área pública, la cual refiere a la satisfacción de necesidades por primer contacto (área de espera, servicios higiénicos generales, sala de entrevistas para ingreso); el área administrativa se encarga de la dirección y administración de los centros (se puede encontrar oficina de coordinación matrona y sala de informes); el área técnica es un área restringida se refiere al área de atención especializada por parte de las personas profesionales de la salud y sus espacios correspondientes (sala de monitoreo, sala de procedimientos, espacio para deambular); y el área de apoyo técnico la cual corresponde a los recintos de apoyo para el funcionamiento (bodega de insumos, bodega de equipos, bodega de ropa limpia, ducha para el personal, vestidores, estación de prelavado).

La segunda parte del Sistema de Salud son las Instituciones de Salud Provisional Privadas (ISAPRE), la cual se divide en tres modalidades (Tabla 18). En este caso también se presenta una cotización obligatoria de salud por el 7%, las personas y trabajadores pueden optar por estos servicios en lugar de formar parte del FONASA. Los planes son contratados en las ISAPRES abiertas o cerradas, además de poder realizar la contratación del seguro complementario de manera voluntaria (Tabla 19 cantidad de ISAPRES registradas según su tipo).

<b>Tabla 18. Modalidades de atención en ISAPRE Chile</b>	
<b>Modalidad</b>	<b>Característica</b>
Prestadores en Convenio Preferente	Cubre las prestaciones de salud a través de un determinado prestador o Red de Prestadores individualizados en el plan con prestador preferente, siendo la bonificación mayor si se atiende con el prestador establecido en el Plan. Así además cubre las prestaciones de salud bajo la modalidad de libre elección, pero en menos bonificación
Libre Elección	La ISAPRE bonificará cualquier prestador médico en el que el afiliado o beneficiario se atienda.
Cerrada o Médico de Cabecera	La ISAPRE bonificará si el afiliado o beneficiario e atiende sólo en el prestador que señala el plan de salud.

**Fuente:** Superintendencia de Salud (s.f.)

Las ISAPRES abiertas ofertan los planes de aseguramiento a todo público, mientras que las cerradas, tienden a establecer complejos procesos para la selección de riegos con la intención de minimizar las pérdidas en los productos que venden (Fuentes, 1995). Las ISAPRES cerradas están atienden a colectivos de trabajadores activos o jubilados que forman parte de una empresa específica y han realizado la constitución de la ISAPRE para dar acceso a su colectivo (Cifuentes, Bello, & Vásquez, 2018).

En la estructura orgánica la Superintendencia de Salud se cuenta con el Observatorio de Calidad en Salud. Este tiene la labor de recopilar y divulgar información que permita la comunicación, acción y acreditación en salud de los prestadores de los servicios, además de ser un referente para la mejora continua de los procesos en las instituciones de salud ( Observatorio de Calidad en Salud, s.f.). Sin embargo, este observatorio únicamente funge como un conductor para las acreditaciones de las instancias del sistema y las personas profesionales del ramo.

Para antes del 1 de diciembre del año 2019 existía una desproporción en la oferta y cobro de planes de salud para mujeres y hombres generando una brecha de género para la cobertura en los planes de salud. Además de ello, entre el año 2007 y 2015 la cobertura ambulatoria por parte del plan pasó de 57% a 54%, los copagos en este sentido reflejaron un aumento de 35% a 38% respectivamente. Sin embargo, también se tenía la atención del parto desde dos sentidos, una atención del parto en una cobertura reducida o una completa que difería entre el porcentaje de cobertura hospitalaria y ambulatoria cubierto (Aguayo, 2017).

**Tabla 19. Relación de planes con ISAPRES de afiliación abierta y cerrada 2021 Chile**

Nombre de ISAPRE	Afiliación	Número de planes preferentes	Número de planes libre elección	Número de planes cerrados
Banmédica	Abierta	314	0	29
Colmena	Abierta	86	46	0
Consalud	Abierta	204	97	20
Cruz Blanca	Abierta	195	25	14
Nueva Masvida	Abierta	82	27	0
Vida Tres	Abierta	159	0	0
<b>Subtotal planes de afiliación abierta</b>		<b>1040</b>	<b>195</b>	<b>63</b>
Chuquicamata	Cerrada	0	8	0
Cruz Del Norte	Cerrada	0	0	0
Fundación	Cerrada	0	0	0
Fusat	Cerrada	5	12	0
Río Blanco	Cerrada	0	0	0
San Lorenzo	Cerrada	0	4	0
<b>Subtotal planes de afiliación cerrada</b>		<b>5</b>	<b>24</b>	<b>0</b>
<b>Total de planes ISAPRES</b>		<b>1045</b>	<b>219</b>	<b>0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en datos de (QuePlan.cl, 2021)

Lo anterior se debe a que Chile contaba con 10 tabuladores que diferenciaban por sexo y edad el cálculo de la cobertura y aportaciones de esta. En este sentido, se estableció una tabla única para estos cálculos la cual permitió reducir la brecha de cotización entre mujeres y hombres del 25% al 1% (Superintendencia de Salud, 2020). Sin embargo, el estudio de enfoque de género<sup>25</sup> arroja que las cotizaciones en lugar de bajar tuvieron un aumento, siendo que entre abril y junio de 2019 un hombre pagaba en promedio \$97,775 pesos chilenos y una mujer \$122,654 pesos chilenos. Para el mismo periodo del año 2020, los hombres cotizaron \$1026,020 pesos chilenos mientras que las mujeres \$126,826 pesos chilenos.

El resultado anterior puede tener relación con la integración de las modificaciones a las acciones contractuales de las ISAPRES para prohibir que los planes de cobertura sean reducidos con respecto al parto. De tal manera que ahora las tres modalidades consideran como parte de la cobertura un plan amplio para el parto (Superintendencia de Salud, 2019).

Los últimos datos disponibles arrojan cambios no tan sustanciales en los nacimientos entre FONASA e ISAPRES (Tabla 20). En el año 2015 de 244670 nacimientos el 82.35% fueron realizados en FONASA en el nivel público, a través de Bonos PAD corresponde el 1.09%; mientras que en el año 2019 de 210863 nacimientos el 81.06% corresponden a FONASA en nivel público, 0.36% responde a Bonos PAD y 18.58% a las ISAPRES.

<sup>25</sup> *op. cit.*

**Tabla 20. Relación de Nacimientos y partos registrados según afiliación al sistema 2015-2019 Chile**

Año	Nacimientos	ISAPRE	FONASA		Número de mujeres afiliadas	
			Bonos PAD	Público*	FONASA	ISAPRES
2015	244670	40508	2671	201491	7054493	1560124
2016	231749	50035	3094	178620	7239486	1565837
2017	219186	43925	2424	172837	7362608	1549678
2018	221731	42525	1982	177224	7556526	1552376
2019	210863	39178	760	170925	7728300**	1556613

\*Es calculado con los datos disponibles e identificados como ISAPRES y establecimientos privados.

\*\*Es un dato proporcional de elaboración propia calculado a través de una media geométrica.

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de INE (2021), Superintendencia de Salud (2021) y FONASA (2018).

En la tabla anterior (20) puede notarse que una gran proporción de los nacimientos se ha dado en FONASA. Sin embargo, no ha sido posible encontrar información sobre la medición de la calidad de los servicios de manera general. En FONASA se reportan los estudios de satisfacción no de los consultorios o ciertos servicios en específico, más bien se toma a FONASA como un entramado conjunto que puede ser evaluado respecto al acercamiento que tiene las y os usuarios con el sector público de atención.

**Tabla 21. Histórico de partos en Chile por atención y lugar de ocurrencia 2015-2018\***

Tipo atención/lugar		2015	2016	2017	2018
Atención profesional	Clínica-Hospital	243889	227255	218318	220729
	Casa-Habitación	108	144	219	203
	No especificado	51	3700	109	406
Sin atención profesional	Clínica-Hospital	127	99	97	101
	Casa-Habitación	30	36	43	50
	No especificado	9	25	27	34
Sin especificar	Clínica-Hospital	0	0	20	14
	Casa-Habitación	0	0	211	97
	No especificado	456	490	142	97
Total		244670	231749	219186	221731

\*Datos disponibles hasta el año 2018

**Fuente:** Datos del INE (2021)

En relación con la atención de los partos por personal profesional se reporta que en el año 2015 equivale a un porcentaje de 99.75%, para 2016 el porcentaje resultó en un 99.72%, el año 2017 el 99.75% de los partos fueron atendidos por profesionales y para 2018 el porcentaje equivale a 99.82%. De tal manera que esto permite determinar un promedio de atención del 99.76% siendo superado únicamente en el año 2018. En relación con los partos sin atención profesional, se registra un 0.07% del promedio de tal manera que estos datos se mantuvieron en los años 2015 y 2016, mientras que para 2017 y 2018 el porcentaje fue de 0.08% teniendo un incremento (Tabla 21).

Es importante destacar estos porcentajes ya que la tendencia debería ser en un sentido negativo buscando que incremente el número de parto que reciben atención profesional. En todo caso, la información no permite establecer la relación causal de este pequeño incremento. Por lo que no se puede conocer si estos partos sin apoyo profesional se deben a que las mujeres no lograron llegar a tiempo para recibir la atención, si se debió a un seguimiento inadecuado del periodo de gestación, si fue por temas relacionados a costumbres o porque el servicio les fue negado.

En relación con el lugar de ocurrencia del parto, el año 2016 registró el porcentaje más bajo de ocurrencia en hospitales o clínicas con un 99.10%, seguido del año 2018 con un 99.60%, 2017 con un 99.66% y en el año 2015 se registró el mayor porcentaje de partos en clínicas u hospitales con 99.73% del total de las frecuencias.

Al igual que en las ISAPRES, en FONASA se cuenta con un área de evaluación de la atención para la gestión y mejora continua, en el caso de los servicios obstétricos se cuenta con el Programa para Evaluar Servicios de Obstetricia Ginecológica y Neonatología, esto a cargo del MINSAL y el SEREMI (Secretaría Regional Ministerial de Salud). Este programa permite mantener activo el ciclo evaluativo para la gestión, de tal manera que se puedan encontrar circunstancias adversas para la mejora del proceso (MINSAL, 2013).

Aunque el documento presenta un amplio entramado técnico del proceso evaluativo, instrumentos, consideraciones y categorías de análisis a evaluar, el programa parece no arrojar resultados, por lo menos no se aprecian de manera pública. Una de las situaciones a destacar es que la poca información estadística que llega a encontrarse en relación con los partos termina siendo difusa en su contenido y dispersa (además de no siempre actualizada) entre las diversas plataformas.

Otro aspecto que destacar sobre la estadística encontrada es que la información únicamente se presenta para la cobertura de aspectos económicos que en su momento permiten monitorear el comportamiento el sistema privado de salud. De tal manera que, no se encuentra contabilización que pueda desagregar los partos por grupo de afiliación a FONASA, puesto que la información respecto a los partos queda cerrada a nacimientos, mientras que la contabilización de parto, puerperio y ginecología se contabiliza como servicios unificados.

Anteriormente se mencionó que la calidad versa sobre condiciones de los recursos humanos, materiales, económicos, los lineamientos que establezcan una política de calidad organizacional postulando la calidad que se pretende brindar y la calidad que las personas usuarias de los servicios perciben (calidad planificada, esperada y percibida). En todo caso, las estadísticas no reflejan un seguimiento a estos factores. Aunque existen los planes de calidad no hay seguimiento a estos indicadores, o por lo menos no se muestran públicos.

Una de las herramientas existentes es el Sistema Nacional de Información Perinatal (SNIP), el cual funciona como un repositorio nacional de salud Materno-Infantil en tiempo real que genera reportes y ayuda en la automatización de las Estadísticas Vitales. Sin embargo esta plataforma solamente se encuentra habilitada para la utilización de profesionales que operan en el área de atención, por lo que los datos no son accesibles.

Algunos de los escasos datos que han sido publicados sobre la temática de la atención obstétrica, es que en marzo de 2019 había 13,592 matrones/as y 3,115 enfermeros/as matrones/as, cifras que tuvieron un incremento del 3.47% y 0.54 puntos porcentuales de manera respectiva con referencia al año 2018 (Tabla 22).

<b>Año</b>	<b>Nacimientos</b>	<b>Matrones/as</b>	<b>Enfermero/as matrón/a</b>	<b>Matrones/as por cada 1000 nacimientos</b>	<b>Enfermeros/as matrón/a por cada 1000 nacimientos</b>
2015	244670	11515	3100	47	13
2016	231749	11511	3054	50	13
2017	219186	12257	3077	56	14
2018	221731	13136	3098	59	14
2019*	210863	13592	3115	64	15

\*Cifras de profesionales de la salud con datos disponibles hasta marzo de 2019.  
**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de INE (2021) y Registro de Prestadores Individuales de Salud (Registro de Prestadores Individuales de Salud, 2019).

En la tabla 15 puede apreciarse el indicador que muestra la capacidad de atención por parte de matronas/es así como enfermeras matronas/es por cada nacimiento. Esto indica la relación de personal habilitado en un periodo anual para la atención de los nacimientos. En este sentido se puede apreciar que existe una tendencia incremental por cada 1,000 nacimientos. En 2015 había una relación de 47 matrones/as por cada mil nacimientos y 13 enfermeros/as matrones/as por cada mil nacimientos.

Es importante identificar esta información ya que permite ver la cantidad de recursos humanos disponibles en este ámbito profesional para la atención del parto, esto quiere decir que, si se considera una proporción diaria de nacimientos durante el año (suponiendo que el

total de personal habilitado estuviera disponible ese día) resulta en 578, de tal manera que habría una disponibilidad diaria de 27 matrones/as por nacimiento y 7 enfermeros/as matron/a.

El cálculo de las cifras explicadas con anterioridad corresponde a la fórmula siguiente:

$$IPS = \frac{CPHP}{CNP} \times 1000$$

Donde:

IPS: Indicador de personal de la salud por cada 1,000 nacimientos

CPHP: Cantidad de personal habilitado en el periodo

CNP: Cantidad de nacimientos en el periodo

El cálculo diario de personal respecto a los nacimientos se realizó mediante el siguiente cálculo:

$$CDPN = \frac{\left(\frac{CNP}{365}\right)(IPS)}{1000}$$

Donde:

CDPN: Cantidad Diaria de Personal por Nacimiento diario

CNP: Cantidad de nacimientos en el periodo

CPHP: Cantidad de personal habilitado en el periodo

IPS: Indicador de personal de la salud por cada 1,000 nacimientos

Aún con esto, es difícil poder observar el comportamiento de este indicador en su ejecución, debido a que la atención durante el parto también se encuentra supeditada a periodos relacionados al proceso fisiológico del parto o la preparación del parto y el parto mismo. El Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (Ministerio de Salud, 2008) establece que para la recepción de la mujer gestante es necesario contar con una matrona o matron, médico obstetra, técnico paramédico y auxiliar de apoyo. Estas figuras tendrían un rendimiento de dos gestantes por hora con mínimo una hora de concentración; mientras que para el trabajo de parto fisiológico deben estar presentes medico obstetra, matrona o matron, médico anesthesiologo, técnico paramédico y auxiliar de apoyo, el rendimiento debe ser de seis horas matrona por periodo de dilatación o dos gestantes en trabajo de parto simultáneos por matrona por turno de doce horas.

La proporción diaria de nacimientos arroja que, en las 12 horas estipuladas por el manual, se tendrían 2 matrones/as. De tal manera que el número de nacimientos en esas doce horas sería de 48 nacimientos, prácticamente 2 nacimientos por hora, siendo una desproporción entre nacimientos y personal. Esto puede llegar a ser contra productivo en dos sentidos, el primero que el personal deba cubrir más de los partos estipulados para el parto personalizado; y el segundo que también pueden terminar trabajando largas jornadas para la cobertura de este tipo de servicios.

Aquí se encuentra un problema ya mencionado con anterioridad, esto en cuanto al servicio por parte del personal, esta carencia suficiente de personal para la atención del parto termina siendo parte importante para proveer servicios con el recurso humano necesario. Puede ser tomado suficiente más no podría ser eficiente al superar los propios lineamientos que el propio manual de procedimientos marca.

### **3.3 Estructura del servicio de atención mexicano**

El sistema Nacional de Salud se encuentra a cargo de la Secretaría de Salud (SSalud) la cual establece y conduce la política nacional en materia de salud; coordina los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal; promueve e impulsa la implementación de programas con objeto de brindar atención médica integrada de carácter preventivo acorde a la edad, sexo y factores de riesgo de las personas a través del Sistema Nacional de Salud (Ley General de Salud, 2021).

El Sistema Nacional de Salud está conformado por las dependencias y entidades de la Administración Pública federal y local, las personas físicas o morales de los sectores social y privado que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, que tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección a la salud<sup>26</sup>.

En México existen tres subsectores de atención de los servicios de salud, servicios públicos para la población general, los cuales son universales. Los servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social se dirigen hacia las personas que cotizan o las que hubieran cotizado en este subsistema o que con sus propios recursos pertenecen a este. Los servicios sociales y privados las personas físicas o morales bajo

---

<sup>26</sup> *op. cit.*

condiciones de acuerdo con las personas usuarias; los servicios de salud social son aquellos que prestan mediante la o directamente ante la contratación se servicios individuales o colectivos.

El Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) es el organismo de atención pública universal para personas que no cuentan con seguridad social (no afiliados o cotizantes del subsistema de derechohabencia a instituciones públicas). Previamente a la existencia del INSABI existía el seguro popular el cual constaba de brindar atención a través de cuotas de recuperación, de tal manera que la atención en el INSABI es gratuita para atención de primer y segundo nivel (en el que se incluye la atención ginecobstétrica).

Las principales instituciones de seguridad social en México son el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) los cuales presentan un ingreso de afiliación dependiendo del sector en el que encuentre cotizando la persona beneficiaria, en todo caso uno es del ámbito exclusivo para trabajadores cotizantes en la iniciativa privada, mientras que el segundo para el sector gubernamental. Además, existen otros segmentos para las fuerzas armadas o petróleos mexicanos.

A partir del artículo 105 hasta el 108 de la Ley del Seguro Social (2020) se describe que el régimen financiero que contempla los recursos necesarios para cubrir las prestaciones en dinero, especie<sup>27</sup> y los gastos administrativos del seguro de enfermedades y maternidad se obtendrán de las cuotas que patrones, trabajadores y demás sujetos se ven obligados presentar.

En este sentido, las aportaciones en especie para el IMSS se establecen<sup>28</sup> como una aportación patronal diaria que equivale el 13.9% de un salario mínimo. En caso de que la persona beneficiaria tenga un salario diario mayor a tres salarios mínimos, la aportación patronal será de un 19.9% de un salario mínimo (compuesto por el 13.9% de la aportación patronal más un 6% adicional), más un 2% de aportación de la persona trabajadora. Además, el Gobierno Federal realizará una aportación mensual de una cuota diaria correspondiente al

---

<sup>27</sup> El artículo 91 de la Ley del Seguro Social describe que las prestaciones en especie son aquellas que en caso de enfermedad no profesional el IMSS otorga como asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que se necesaria. El artículo 94 menciona que en caso de maternidad las prestaciones son la asistencia obstétrica entre otras.

<sup>28</sup> Artículo 106 de la Ley del Seguro Social

13.9%. En suma, hay dos posibles opciones en aportaciones la primera sería un total de un 27.8% de un salario mínimo diario, cuando el salario mínimo sea igual o menor que tres salarios mínimos vigentes para la Ciudad de México; la segunda opción es con referencia a quienes reciban más de 3 salarios mínimos diarios, en este caso la aportación sería de 35.8% del salario mínimo.

Ahora bien, en el servicio público de cotizaciones existe la posibilidad de que las personas puedan recibir atención en el IMSS a través de una cuota anual que cubre entre otros atención hospitalaria y materna para atención en embarazo, alumbramiento y puerperio. Las cuotas son determinadas con relación al rango de edad de las personas solicitantes (que ampara a su núcleo familiar), tabla 23.

Rango de edad	Cuota anual en pesos**	Cuota anual en dólares*
0-19	\$4,650.00	\$215.08
20-29	\$5,550.00	\$256.71
30-39	\$5,850.00	\$270.59
40-49	\$8,100.00	\$374.66
50-59	\$8,450.00	\$390.85
60-69	\$12,250.00	\$566.61
70-79	\$12,700.00	\$587.43
80 y más	\$12,750.00	\$589.74

\*Cotización promedio de dólar al 2020 \$21.61 pesos por dólar.

\*\*Cuotas vigentes a marzo de 2020

**Fuente:** Costos de Seguro de Salud para la Familia (IMSS, 2020) y Series del Sistema de Información Económica (BANXICO, 2021).

Actual mente en México existe 92,582,812 personas que cuentan con afiliación a algún servicio de salud. De la cifra anteriormente mencionada, el 52% de las afiliaciones pertenece a mujeres y el 48% a hombres (INEGI, 2020). Del total de mujeres que cuentan con afiliación el 96% se encuentran en el sector público mientras que el 3% en el privado. De acuerdo con los datos previos al año 2020 se presentó una reducción considerable de mujeres afiliadas al sector público (Tabla 24). Esta reducción se compagina con la situación de desempleo a raíz de la pandemia del SARS Covid-19 (Vargas, 2021), (Saldivar, 2021) y (Herrera, 2021).

Subsector de afiliación	Público*	Privado
2015	50,532,138	1,598,340
2017	51,604,536	952,622
2018	52,699,692	1,600,308
2020	47,389,109	1,303,516

\*Incluye ISSSTE, PEMEX, MARINA, IMSS (incluyendo IMSS Bienestar), INSABI

**Fuente:** Estimaciones de elaboración propia con base en datos del Informe de Hombres y Mujeres en México (INEGI, 2015), (INEGI, 2017) e (INEGI, 2019); Encuesta Intercensal (INEGI, 2015); Encuesta Nacional de

Hogares (INEGI, 2016); Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (INEGI, 2017); Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INEGI, 2018); y Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2020)

En este caso también es importante denotar que la información contenida en la tabla 24, a partir de 2017 son datos que se proyectaron con la información disponible en diversas encuestas, módulos e informes de resultados presentados por el INEGI en colaboración con el IMSS, IMMujeres y la SSalud.

Los datos del Censo 2020 realizado por el INEGI registra que el IMSS es el que atiende a la mayor parte de las mujeres del país con el 50% de las mujeres que cuentan con algún tipo de afiliación en el sistema público (considerando afiliación al IMSS e IMSS Bienestar). En el caso del INSABI únicamente representa una afiliación ya que los servicios son prestados en el IMSS y los Centros de Salud, de tal manera que estas filiaciones representan un 36% de las mujeres afiliadas. La atención que se da por parte de las instancias para personas afiliadas al subsistema de salud para el servicio del Estado corresponde al 11% de las mujeres que registran algún tipo de afiliación. En la atención privada se encuentra un 3%, y otras instituciones representa el 1%.

El IMSS para la comunidad ha casado un impacto debido a que su objetivo de creación ha sido el brindar asistencia sanitaria para los trabajadores del sector privado, además que fue la piedra angular para su homólogo el ISSSTE.

El IMSS se encarga de organizar, administrar y ejecutar la política de salud emanada de la Secretaría de Salud. La misión del IMSS es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias; mientras que la visión Por un México con más y mejor seguridad social (IMSS, 2018).

La institución trata de incentivar la pertenencia institucional en la vida laboral con la intención de al brindar la atención sea una atención personalizada y de calidad. En el año 2019 a través del correo electrónico se realizó el envío del mensaje “Nuestros valores los vivimos desde el interior” y “Valores de las personas servidoras públicas”, es importante remarcar que estos mensajes los realizaron utilizando un lenguaje no sexista, estos mensajes fueron un total de 160 mil, 80 mil en cada envío (número total de personal que cuenta con correo electrónico) (Comité de ética del IMSS, 2019).

El IMSS establece que la mujer embarazada tiene derecho a recibir un trato digno y respetuoso; recibir atención médica adecuada; recibir atención de urgencia; expresar dudas,

emociones, necesidades y expectativas con respecto del embarazo y posterior al parto o cesárea; ser respetada en su intimidad, con confidencialidad y privacidad; que ella o su acompañante reciba información suficiente, clara, oportuna y verás en un lenguaje sencillo y comprensible, sobre la atención y los procedimientos que se realicen; participar libremente en las decisiones sobre tu atención y otorgar o no consentimiento informado; establecer un vínculo inmediato con la hija o hijo recién nacido piel a piel; decidir el espaciamiento entre los embarazos con el método anticonceptivo adecuado; ser atendida cuando se inconforme con la atención y o tratos recibidos; y recibir incapacidad por maternidad (IMSS, s.f.).

En cuanto a la evaluación directa sobre la calidad de los servicios, existe el Sistema Integral de Medición de la Calidad de los Servicios el cual a través de la Coordinación de Investigación Estratégica (CIE) realiza las Encuestas nacionales de Satisfacción de los Usuarios Médicos del IMSS (ENSAT Servicios Médicos) hasta el año 2018. A partir de 2019 la encuesta fue sustituida por el Estudio Nacional de la Atención de los Servicios de Salud del IMSS (ENCAL Servicios de Salud). Esta coordinación depende de la Dirección de Planeación Estratégica Institucional, cuenta con la división de Información y Procesos Estadísticos, así como con una División de investigación y Estudios de Usuarios (ambas en el tercer nivel).

El ENCAL Servicios de Salud en el cuestionario considera la atención del parto como variable para ser observada<sup>29</sup>. Sin embargo, esta no considera una sección específica para este tipo de atención. Se enciende que el cuestionara considera la atención en primer y segundo nivel, y en relación con el parto lo que podría brindar información sobre la experiencia sería el apartado de cómo califica la atención de personal con el que pudo tener contacto.

En dicha encuesta, de un total de 7825 observaciones únicamente se registró un total de 105 correspondientes a la atención del parto. En este sentido, el 26% de las 105 observaciones refirió que califica como excelente el servicio recibido en el IMSS, mientras que el 73% refirió una calificación buena; de estas últimas respuestas 8.43% fueron realizadas por hombres (Sistema Integral de Medción de la Satisfacción de Usuarios, 2019).

---

<sup>29</sup> Sección II, pregunta cinco, opción 46 (ENCAL Servicios de Salud, 2019)

Por otro lado, se cuenta con el Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS), el cual monitorea siete indicadores básicos<sup>30</sup> y 26 subindicadores en las unidades de servicio de salud para establecer comparaciones entre dichas unidades (INDICAS, 2020). Este Sistema se encuentra vinculado a la SSalud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Este sistema en relación con la atención del nacimiento solamente considera la tasa de cesáreas la cual al cierre del tercer trimestre del 2020 equivale a 38.1 (DGCEs, 2020).

Cabe destacar que el INDICAS cumple un rol en el que considera todas las instituciones del Sistema de Salud del país. Mientras que el ENCAL Servicio de Salud se enfoca en el IMSS. La SSalud tiene a su cargo el Sistema de Información de la Secretaría de Salud, el cual recopila datos de salud nacionales, este no registra mediciones de calidad de los servicios, pero registra datos absolutos sobre diversos temas de salud, entre los que se registran nacimientos, muertes maternas y personal de la salud entre otros.

Al momento de analizar la información se encuentra un problema al momento de cruzar información con el INEGI. En este sentido se toman como referencia los nacimientos registrados en la SSalud, registrándola como fuente primaria.

**Tabla 25. Nacimientos atendidos en México por sector de afiliación de la madre 2015 - 2017**

Año	Número de nacimientos	Pública	Privada y otras*	Ninguna	No especificado**
2015	2145199	1715560	32868	355802	60969
2016	2080253	1696143	31461	306122	46527
2017	2064503	1687020	32808	296561	48114
2018	1940656	1578492	28781	266237	67146
2019	1868219	1507699	26553	263569	70398
2020	1468219	707029	58659	552103	10428

\*Los datos contienen información de instituciones que no pertenecen al sistema administrado por el Estado o de afiliación pública.

\*\* Los datos contienen información sobre datos clasificados como: se ignora, NE y no aplica.

**Fuente:** Elaborado con datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021a).

En la tabla 25 se muestra la cantidad de nacimientos en relación con la cobertura de salud. Es importante el considerar que un 15.65% de los nacimientos en 2015 no tienen registro en alguna institución de afiliación, los datos no permiten ir más allá, pero este número puede

<sup>30</sup> 1. Organización de los Servicios en Consulta Externa urbano; 2. Organización de los Servicios en Primer Nivel Rural; 3. Organización de los Servicios Urgencias; 4. Atención Médica Efectiva Consulta Externa; 5. Atención Médica Efectiva en Segundo Nivel; 6. Atención de Enfermería; y 7. Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud

reflejar que existe un gran número de Mujeres que en México no acceden a este servicio de salud ya sea por personales o incluso por la carencia al acceso a este tipo de servicios para ser afiliadas. El año 2018 presenta el menor porcentaje (13.72%) de nacimientos relacionados a que la madre no contaba ningún tipo de afiliación.

Ahora bien, en el año 2020 es importante considerar que existe una disminución de los nacimientos por afiliación en el sector público a un 48.16% a diferencia de un promedio de 81% de 2015 a 2019. Se nota un aumento en los nacimientos pertenecientes a la afiliación del sector privado y teniendo un aumento a 37.60%. En este sentido, se puede considerar que estos datos se deben a los cambios realizados por el ejecutivo Federal en la eliminación y absorción de los programas de salud de prospera/oportunidades y seguro popular.

En relación con la ocurrencia de los nacimientos registrados, la tabla 26 presenta las proporciones de los nacimientos según el lugar o establecimiento de ocurrencia de dichos nacimientos. Se puede notar que del año 2015 al 2020 existe un incremento de casos en un 23%, en todo caso no se puede aseverar concretamente que se debe a casos en los que regresan a las mujeres o no las atienden si no se encuentran en labor de parto. Sin embargo, diversas evidencias periódicas revelan que existen casos en los que el parto ocurre en la vía pública debido a la omisión de la atención<sup>31</sup>.

También es importante notar que los nacimientos en el hogar se han encontrado en un promedio anual de ocurrencia de noventa y nueve puntos porcentuales, siendo superado por el año 2020 resultando en un 1.14%. En general los nacimientos atendidos en instituciones privadas se han mantenido en un 23% anual, siendo superada en el año 2020 por un 6%. Mientras que el sector público ha presentado un promedio anual de atención del 75%, fue en el año 2020 donde se encuentra una reducción al 67% de las atenciones públicas que pasaron a ser parte de las atenciones en el sector privado.

---

<sup>31</sup> Aurelia Ramírez Reyes se dirigía al hospital de Coalcomán (en Michoacán) para ser atendida, el parto se le adelantó y al solicitar atención en el Centro de Salud, le fue negada debido a que no había personal médico (eso le expresaron en el Centro de Salud). De tal manera que dio a luz en la vía pública siendo asistida por otros habitantes. En la nota se especifica que este fue el segundo caso similar a otro ocurrido el 2 de febrero del 2020, donde fueron las personas que se encontraba en la sala de espera quienes ayudaron a la madre y no el personal del hospital (INFORMADOR, 2020).

<b>Año</b>	<b>Número de nacimientos</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Vía Pública</b>	<b>Hogar</b>	<b>No especificado</b>
2015	2145199	1,672,032	444,782	777	20563	7,045
2016	2080253	1,595,641	456419	816	20599	6,778
2017	2064503	1,572,905	463826	927	20034	6811
2018	1940656	1,460,836	449063	821	17274	12662
2019	1868214	1,402,323	414217	943	17967	32764
2020	1468219	990,599	431431	955	16754	28480

**Fuente:** Elaboración con base en datos del Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021a).

La tabla anterior (26) también permite observar que los partos atendidos en el sector público y privado representan un promedio del 98.08% de atenciones profesionales. Propiamente se encuentra una tendencia a la reducción de esta cifra, durante el año 2015 el porcentaje correspondía a 98.68% y para 2020 este porcentaje cerró en 96.85%, lo que equivale en una reducción de 1.85%.

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 (NOM-007-SSA2-2016, 2016) establece que los partos de bajo riesgo pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas. La norma no establece la continuidad ni temporalidad que el personal debe estar con la mujer. Sin embargo, la Guía para el Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio: Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro (SSallud, s.f.), delimita algunas cuestiones relevantes en el proceso de atención que aún no se esclarecen en la NOM-007.

En la Guía anteriormente mencionada se especifica que en regiones indígenas se privilegia la participación de parteras tradicionales, mientras que en regiones no indígenas. También se especifica que se debe estimular la presencia de una persona que la mujer elija como acompañante durante el trabajo de parto y parto; se deben controlar los signos vitales cada cuatro horas; brindar y asegurar acompañamiento psicoemocional durante este proceso; cuando existan los espacios se acompaña a la mujer en la deambulaci3n y péndulo, favoreciendo la deambulaci3n con zapatos de tela.

En este sentido el IMSS a través del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud actualizó en el año 2019 la Guía de Práctica Clínica para la Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo se especifica que el acompañamiento continuo por parte de personal profesional es recomendable e incluso por parte de algún familiar. Además, también establece que es importante que si en el lugar de

atención existen los materiales necesarios se incentive el parto vertical, y en caso de no existir, dar respeto hacia las posturas (CENETEC, 2019).

En la tabla 27 se muestra la distribución del personal de la salud especializado para la atención obstétrica. En dicha tabla no ha sido posible integrar información referente al personal técnico de enfermería especializado ya que los datos no se encuentran desagregados hasta ese nivel. Incluso al observar la relación del personal de enfermería especializado del subsector privado, únicamente se tomó en consideración aquel que el INEGI especificó enfermería obstétrica laborando en centro especializados de obstetricia.

**Tabla 27. Relación de personal especializado para la atención del parto en subsectores público y privado México 2015-2019**

Año	Ginecobstetras		Enfermeras/os obstetras	
	Público	Privado	Público	Privado*
2015	10518	10442	19479	89
2016	10694	9857	19950	173
2017	10798	10887	20557	123
2018	10827	12414	21338	124
2019	10823	12474	21161	120

\*Este dato contempla solamente a personal de enfermería obstétrica que labora en centros especializados de ginecobstetricia, esto se debe a que los datos disponibles no tenían una desagregación específica entorno a la participación de este personal en otro tipo de centros.

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021b), Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE, 2021) y las Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares series de 2015 a 2019 (INEGI, 2021).

La cantidad de obstetras que existen en México es un alto número que se encuentra casi a la par de quienes son profesionales de enfermería obstétrica. En todo caso, estas cifras aún son una cantidad muy reducida para la atención de los nacimientos registrados en el país. Considerando lo anterior, la tabla 28 muestra la relación de atención de profesionales de la salud especializados por cada 1000 nacimientos.

**Tabla 28. Obstetras y enfermeras en el servicio mexicano de atención obstétrica por cada 1000 nacimientos 2015-2020**

Año	Nacimientos	Ginecobstetras	Enfermeras/os obstetras	Ginecobstetras por cada 1000 nacimientos	Enfermeras/os obstetras por cada 1000 nacimientos
2015	2145199	20960	19568	10	9
2016	2080253	20551	20123	10	10
2017	2064503	21685	20680	11	10
2018	1940656	23241	21462	12	11
2019	1868214	23297	21281	12	11

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos del del Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021b), Sistema de Información de Recursos Humanos de Enfermería (SIARHE, 2021) y las Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares series de 2015 a 2019 (INEGI, 2021).

La tabla anterior (28) permite identificar que por cada 1000 nacimientos en el año 2015 había una disponibilidad de 10 obstetras y 9 personas especializadas en enfermería obstétrica; de

tal manera que en el año 2019 se encuentra un aumento de 2 obstetras (12) y 2 profesionales de enfermería obstétrica (11) para 2019. Esto significa un aumento de 28% y 25% de manera respectiva al comparar 2019 con 2015.

Al considerar lo anterior como una estimación diaria del año 2019 se tendrían 519 nacimientos al día. Suponiendo que en ese día se encuentren trabajando todo el personal, habría una disponibilidad de 57 ginecobstetras para esos partos y 54 profesionales de enfermería obstétrica. Lo que representaría que los obstetras atenderían 9 partos mientras el personal de enfermería 10.

Lo anterior se expresa recordando que se realiza con los datos disponibles de personal especializado en ginecobstetricia. Sin embargo, no es posible establecer valores para personal técnico obstétrico o la existencia de matronas ya que los datos no se encuentran desagregados hasta tal punto. Por lo que estas son estimaciones realizadas con lo que se dispone en los registros públicos.

El cálculo de las cifras explicadas con anterioridad corresponde a la fórmula siguiente:

$$IPS = \frac{CPHP}{CNP} \times 1000$$

Donde:

IPS: Indicador de personal de la salud por cada 1,000 nacimientos

CPHP: Cantidad de personal habilitado en el periodo

CNP: Cantidad de nacimientos en el periodo

El cálculo diario de personal respecto a los nacimientos se realizó mediante el siguiente cálculo:

$$CDPN = \frac{\left(\frac{CNP}{365}\right)(IPS)}{1000}$$

Donde:

CDPN: Cantidad Diaria de Personal por Nacimiento diario

CNP: Cantidad de nacimientos en el periodo

CPHP: Cantidad de personal habilitado en el periodo

IPS: Indicador de personal de la salud por cada 1,000 nacimientos

A este punto se puede observar que México tiene un amplio entramado de seguimiento a la calidad, sin embargo, no es de manera específica para el servicio obstétrico, y aún no se ha logrado ubicar información referente a la medición de calidad de estos tipos de servicios en

las instituciones públicas. En este sentido se encuentra que la medición de la calidad para este nivel de atención no se le ha prestado la importancia individual que merece.

También es necesario destacar que la cantidad de nacimientos asistidos en el sector público tuvo una variación que resultó nacimientos llevados a cabo en hogares, vías públicas y en el sector privado. Además de esto, se encontró que en el año 2020 los nacimientos ocurridos en relación con mujeres sin ningún tipo de afiliación aumentaron. Es importante tomar en cuenta estos datos debido a que es posible que un alto número de mujeres se encuentran desprotegidas en el área de salud.

Otro punto importante para destacar es que el personal disponible para la atención del parto es reducido en comparación con el número de nacimientos. De tal manera que estos números pueden ser evidencia de que existe personal de la salud que puede tener una carga laboral muy grande en consideración con la atención de los nacimientos.

También es necesario tomar en cuenta que el sistema está fragmentado, en este escrito en el sector público se incluyeron a instituciones operadas por el Estado. Además, es importante considerar que este modelo de atención pública no es semi descentralizado. El IMSS por su parte se encuentra centralizado ya que responde de manera directa a la Junta de Gobierno de la SSalud, por lo que no debería considerarse como un organismo público autónomo si no, más bien desconcentrado.

En cuanto al modelo de atención, se nota que existe una guía modelo de atención para el parto humanizado y respetado, además de contar con la NOM-007-SSA2-2016, ambas son de observancia general para el Sistema de Salud. Esto quiere decir que es de aplicación y atención por parte de las instituciones del subsector público y privado

En este sentido también existe la NOM-016-SSA3-2012 (2013) la cual establece la infraestructura mínima que debe existir (entre otras) en las unidades de obstetricia. Se especifica que debe contar con las áreas de valoración, preparación, labor, expulsión y recuperación, además con una central de enfermeras, cuarto de aséptico y cuarto séptico; la sala de labor debe tener medidas adecuadas para albergar en cubículos para la instalación de una cama-camilla además que permita el fácil movimiento y traslado de las camillas. En el año 2019 en el subsector público se registraron un total de 2,221 (Tabla 29) salas de expulsión mientras que en el año 2015 se contaban con 3,520 (SINAISCAP, 2021b), las cuales en relación a lo que establece la norma son importantes para el proceso de parto.

<b>Tabla 29. Salas de expulsión en México 2015-2020</b>				
<b>Año</b>	<b>Sala de expulsión</b>		<b>Porcentaje</b>	
	<b>Público</b>	<b>Privado</b>	<b>Público</b>	<b>Privado</b>
2015	3520	2712	56%	44%
2016	2719	2577	51%	49%
2017	2581	2532	50%	50%
2018	2204	2482	47%	53%
2019	2221	2454	48%	52%

**Fuente:** Elaboración propia con datos de (SINAISCAP, 2021b) y Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares series de 2015 a 2019 (INEGI, 2021).

Un punto que no se debe pasar por alto es que actualmente no existe una medición nacional oficial concreta para reconocer y dar seguimiento a las incidencias de violencia obstétrica. Esto tiene una relación con lo que se comentó en parte del capítulo I y el II, en donde se remarca la relevancia que tienen los conceptos en la normatividad con la intención de vislumbrar un fenómeno.

Sin embargo se nota un esfuerzo para que institucionalmente se realicen protocolos y procedimientos adecuados para la atención durante el parto. Sin embargo, también parece que este sistema de seguimiento y medición se encuentra desvinculado del sector privado. Es la SSalud, la instancia encargada de establecer la política para la atención del parto.

### **3.4 Estructura del servicio de atención venezolano**

El sistema de salud de Venezuela como sectores de servicio cuenta con los sectores público y privado. En este sentido, ambos sectores no distan del resto de características de los países ya mencionados. En este sentido, el sector público es el que presenta mayor solicitud de servicios debido a su estructuración (Bonvecchio, Becerril, Carriedo, & Landaet, 2011).

El sector público cuenta con el Ministerio de Salud (MPPS) como instancia rectora del sistema. El sector público tiene un sistema de financiamiento que parte desde tres fuentes: 1) cotización patronal; 2) cotización de los trabajadores; y 3) las aportaciones del gobierno central. En todo caso el sector privado es financiado por los gastos de los hogares o familias y algunas otras organizaciones empresariales privadas, estos servicios dan atención por parte de prestadores y aseguradoras<sup>32</sup>. En la tabla 30 se muestra la estructura de financiamiento del sector público.

<sup>32</sup> *op. cit.*

<b>Tabla 30. Financiamiento para la atención en el sistema de salud público en Venezuela</b>	
<b>Fuente de financiamiento</b>	<b>Porcentaje de financiamiento</b>
	Existe una variación entre el 11% y 13% del salario fijo mensual.
Cotización patronal	En el caso de trabajadores de instancias del Estado, otorgan un financiamiento del 3% del salario fijo mensual.
Cotización de trabajadores	La aportación es del 4% del salario fijo mensual.
Financiamiento del Estado	La aportación mínima es de 1.5% del salario fijo mensual.

**Fuente:** Elaborado con datos de Bonvecchio, Becerril, Carriedo, & Landaet (2011)

Aún con la estructura de financiamiento existente Venezuela cuenta con una baja prioridad de financiamiento por parte del Estado al sector salud, los gastos de bolsillo en salud son altos, además de la existencia de fondos extrapresupuestarios utilizados discrecionalmente (Carrillo, 2018).

La identificación de los recursos financieros en el sistema público de salud es como en otros sectores, poco confiable y fidedigna. Además, que la atención que se establece como pública parte desde una gran cantidad de gastos de bolsillos. Por otro lado, el Ministerio de Salud ha tenido tres cambios de nombre, lo que podría parecer un avance novedoso, sin embargo, ha sido desmantelando y sustituido al personal para integrar personas poco capacitadas incapaces de mostrar liderazgo científico (Polanco, 2016).

La estructura del MPPS cuenta con los despachos operativos para la dirección de los servicios de atención. El MPPS cuenta con los siguientes viceministerios (MPPS, 2015):

1. Salud integral: entre sus funciones se encuentra la definición, propuesta y ejecución de la política de salud en todos los niveles. Es además encargada de definir políticas que regulen los servicios privados de atención, de tal manera que dé seguimiento y control de la calidad de dichos establecimientos. Debe encargarse de la gestión de los proyectos de investigación y desarrollo tecnológico en el área de salud, cuidar del enfoque intercultural y de personas con discapacidad para que la salud sea garantizada de manera integral (MPPS, 2017a).
2. Redes de atención ambulatoria de salud: Define políticas y estrategias para el diseño y ejecución de planes y programas para la atención comunal. Establece mecanismos de seguimiento, control y evaluación de la red de atención ambulatoria, define criterios técnicos y lineamientos para la acreditación de la red de atención comunal,

determina sistemas y estrategias para la obtención de datos de la red de atención comunal y ambulatoria (MPPS, 2017b).

3. Red Hospitalaria: este viceministerio define y difunde los reglamentos que guían los Planes Estratégicos de Salud en la Red Hospitalaria. Establece mecanismos de estandarización para los procesos de la Red. Define mecanismos que permitan determinar el cumplimiento de normas de atención médica, establece el seguimiento, evaluación y control de la política de salud a nivel nacional dirigidas a la Red. Establecer mecanismos de coordinación con los órganos y entes en materia de educación universitaria para la incorporación de egresados a la Red (MPPS, 2017c).
4. Redes de salud colectiva: Dirigir las políticas, estrategias, planes, programas y proyectos relacionados con la Red de Salud Colectiva, para fortalecer las estrategias y políticas del Ministerio. Proponer estudios de investigación sobre el comportamiento de las variables de la situación de salud, con el propósito de identificar las necesidades de salud y desarrollar mecanismos que limiten el progreso de las enfermedades. Evaluar el cumplimiento de las normas por parte de empresas públicas y privadas en lo relacionado con registro sanitario de personas naturales, licencias sanitarias de productor, sustancia y equipos para uso y aplicación ambiental. Establecer normas y estrategias que permitan la obtención y calidad de datos e información correspondiente a su Despacho, a los efectos de disponer de manera oportuna y útil, de los instrumentos de vigilancia y análisis para la atención en salud. Implementar mecanismos que permitan la recolección sistemática de datos, para la elaboración de los perfiles epidemiológicos y los análisis de situación de salud, en apoyo en la toma de decisiones en el área de salud colectiva. Dirigir el Sistema de Información y Estadísticas de Salud Colectiva, a fin de recolectar, analizar, integrar y difundir los indicadores de salud producidos en los subsistemas de información, con el objeto de orientar la definición de políticas y toma de decisiones de los diferentes niveles jerárquicos del Ministerio (MPPS, 2017d).
5. Recursos, tecnología y regulación: Evaluar las políticas y lineamientos estratégicos que permitan medir el impacto de la ejecución de planes, programas y proyectos en materia de suministro y producción de insumos, tecnología y regulación en salud, que orienten su fortalecimiento y optimización. Establecer y proponer políticas y revisar

las normas de control sanitario que implementa el ente, adscrito a este Ministerio, con competencia en la materia, además de evaluar su ejecución. Diseñar políticas y coordinar acciones interinstitucionales para lograr la integración de iniciativas, destinadas a estimular el desarrollo de la industria nacional de insumos, a través de la creación de empresas, acuerdos binacionales y demás convenios que apliquen a la materia, en coordinación con el órgano rector en la materia de relaciones exteriores. Dictar y proponer las políticas y lineamientos en materia de producción y suministro de insumos las cuales regirán para el sector salud (MPPS, 2017e).

Una observación que podría ser precisa en torno a la estructura de los viceministerios es que existen algunas funciones presentan una aparente duplicidad. Concretamente, esto se puede apreciar entre el viceministerio de la red hospitalaria, la red de salud colectiva y redes de atención ambulatoria.

En relación con la evaluación de la calidad de los servicios no se especifica si esta función existe y cuál de los viceministerios lo realiza. Existen funciones que se establecen como la evaluación de cumplimiento de normas por parte de instancias públicas y privadas, y la evaluación de la política de salud.

La atención del parto se realiza en el segundo nivel de atención en la red ambulatoria y hospitales de tipo 1, es aquí a donde llegan y se evalúa el nivel del riesgo. Es importante destacar que la atención del parto en cuanto a elección de posición queda a consideración de la embarazada en acuerdo con el médico siempre y cuando el establecimiento lo permita (MPPS, 2014).

La institución de servicios públicos de salud con mayor relevancia es el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. En este sentido, la asistencia médica por maternidad contempla los cuidados prenatales, asistencia obstétrica y los cuidados posnatales para las mujeres beneficiarias a través de sus esposos o concubinos que tengan afiliación y genere derechos sobre ella, así como los derechos adquiridos por afiliación directa patronal (IVSS, 2015).

La OPS (2017) describe que en Venezuela se cuenta con un Plan de acción para el fortalecimiento de las estadísticas vitales y de salud. Este plan busca contribuir a fortalecer la obtención de datos básicos para entregar el certificado de nacimiento o defunción en el lugar de ocurrencia. Estos datos de estadísticas vitales se encuentran administrados por el

Instituto Nacional de Estadística (INE), sin embargo, la información que se describe en la página web sobre los hechos vitales tiene un corte al año 2012.

Cabe destacar que no se logró ubicar los datos desagregados sobre la cobertura de salud. Entre otros casos, los datos disponibles que sirven para la realización de este análisis provienen de fuentes externas de organizaciones internacionales (en su mayoría de la OPS), además de considerar que la disponibilidad corresponde a años no actualizados.

Esto es un problema debido a que la información no permite realizar un análisis amplio de la cobertura y la atención del parto, la OMS registra que entre 2000 y 2008 el 95% de los nacimientos fueron cubiertos por personal profesional cualificado (OMS, 2009), para el año 2015 este porcentaje reflejó un 99% (WHO, 2020).

Un informe técnico realizado por la CEDAW describe que en el año 2016 se presentó un déficit de personal, incluyendo enfermeras, ginecoobstetras y neonatólogos. Además, describe que un hospital de referencia nacional que se encuentra en Caracas de 490 camas únicamente se presentaba 100 operativas, de atender 850 partos mensuales, el número se redujo a una atención menor de 100 (CEDAW, 2018).

Los últimos datos que pretendieron ser publicados en Venezuela en relación con la mortalidad materna durante 2017 culminaron en la destitución de la ginecóloga Antonieta Caporale (quien en ese entonces era la ministra de Salud). Esto sucedió tras evidenciar el aumento de las muertes maternas, desde ese momento no se difunden los informes y boletines sanitarios que dan evidencia del retroceso de la salud por el colapso de hospitales y el deterioro de las condiciones de vida (Salud con Lupa, 2020).

Los datos publicados por el ministerio en 2017 mostraban que con respecto al año 2015, en 2016 hubo un aumento de un 65.79% de muertes maternas (BBC, 2017). Esta cifra representa un total de 756 muertes, 300 más de las que hubo en 2015, poniendo en entredicho la calidad de los servicios de atención que reciben las mujeres (BBC, 2017). Otro dato que se presentó fue la muerte neonatal debido a la neumonía, sepsis neonatal, nacimiento prematuro y algunas relacionadas a la mala alimentación, los datos mostraban que el total de muertes en 2016 fue de 11,466, mientras que en 2015 el registro fue de 8,812 (20 Minutos, 2017).

En el año 2018 la Encuesta Nacional de Hospitales (ENH) realizada por Médicos por la Salud (2018) registró que existía 33% de camas hospitalarias inoperativas, 53.66% de los hospitales presentaron fallas de luz y 18.63% sufrió fallas en los equipos post apagones.

Las condiciones precarias de salud impactan en muchos aspectos la vida postparto, los escasos de métodos anticonceptivos y los altos costos de estos han establecido como un método ideal la esterilización. Las anteriores son condiciones actuales del sistema de salud, las cuales empujan a que las mujeres nieguen sus derechos a ser madres o a tomar el rol acompañadas de carencias (Carrero, 2019).

A este punto, ha quedado claro que la inexistencia de datos no es algo que afecte solamente la manera de percibir o entender el entorno de la salud. Es evidente que esta inexistencia de datos por parte de las instancias de gobierno se relaciona a un ocultamiento de las condiciones de precariedad. De tal manera que este trabajo lo realizan organizaciones no gubernamentales, académicas y de otros indoles dentro de sus posibilidades.

En todo caso, la atención obstétrica que reciben las mujeres se encuentra bajo condiciones inadecuadas y con carencias y falencias de calidad, la cual únicamente es mencionada en algunos documentos, pero en ningún caso se está viendo reflejada en la práctica.

### **3.5 Condiciones de los sistemas de salud**

En los cuatro países se puede encontrar que existe un sistema de salud que brinda servicios bajo una red de descentralización pero que funciona bajo condiciones de instancias desconcentradas, puesto que el presupuesto parte desde el poder ejecutivo central nacional. Además de ello se puede encontrar que paralelamente a los servicios de atención pública existe la posibilidad de que las personas accedan a servicios privados, con las excepciones de que tanto en Argentina como Chile existe el acceso a servicios mixtos.

Con relación a la estructura de la atención obstétrica, se encuentra que los países de Argentina, Chile y México tienen bien delimitada la estructura para brindar este tipo de atención. La excepción es Venezuela ya que no se encuentra publicada información concerniente a este tipo de estructura, por razones obvias se sabe que existe, sin embargo, se omite el número de camas obstétricas, número de salas de parto, así como la cantidad de personal profesional especializado en obstetricia.

Dando continuidad al punto anterior, se puede observar que el resto de los países analizados presentan una cantidad de personal especializado en obstetricia baja para la atención del nacimiento (considerando la cantidad de personal que debe atender a cada paciente).

Bajo estos criterios, los cuatro países referirían a que existe una cobertura de nacimientos con asistencia profesional del 96%. En este sentido si se excluye a Venezuela ya que el último dato disponible es de 2015, el promedio es de 95.22%, sobrepasado tanto por México como por Chile, mientras que Argentina se encuentra en un 87.82%.

De los cuatro países, México es el único país que muestra evidencia de la aplicación de un instrumento para la medición de la percepción de las personas usuarias. Sin embargo, este instrumento no es de aplicación directa para los servicios de ginecología, si no que solamente existe un reactivo referente al identificador del servicio que se le dio a la madre.

En todo caso los cuatro países llegan a mencionar el término calidad como una generalidad en la entrega de los servicios (esta es la calidad programada), empero, tampoco se refiere a profundidad que implican los servicios de calidad. En todo caso, esta calidad no es medida como tal para conocer las expectativas y las percepciones de las personas.

Al ser la calidad visualizada desde la generalidad, no se encuentra una conceptualización para los servicios obstétricos. Esto llevaría a interpretar que todos los servicios deberían de establecer sus propios criterios de calidad, la respuesta organizacional no sería lo más adecuado, pero si es posible establecer lineamientos operativos que determinen la entrega de servicios de calidad identificando sus características puntualmente.

Un problema que se presenta tanto en Chile como Argentina refiere que la entrega de servicios mixtos implica grandes falencias en el acceso igualitario a la salud, representando que las familias tengan que realizar gastos de bolsillo para recibir la atención.

## **Capítulo IV. Política Pública con Enfoque de Prevención, Atención y/o Erradicación de la VO**

En este capítulo se realiza el análisis de los programas enfocados en prevenir, atender y/o erradicar la de cada país. De esta manera se toma en considera la estructura programática del programa (programación y vinculación a instrumentos superiores de planeación), población objetivo y los alcances o beneficios reflejados en una población beneficiaria, presupuestación y la vinculación con organizaciones de la sociedad civil en el diseño y ejecución de estos programas.

El segundo elemento que aquí se analiza es la información obtenida tras la aplicación del cuestionario de experiencia del parto para puntuar en términos de calidad percibida la vivencia de algunas mujeres en el momento del parto. Es importante destacar que este cuestionario no recopila datos personales de las participantes, únicamente se centró en recopilar información sobre sus experiencias durante el parto.

### **4.1 Programa sobre el Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica Argentina**

A través de la Defensoría del Pueblo de la Nación (DPN) fue creado el Programa sobre Parto Respetado para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia Obstétrica. Este programa tiene como objetivos identificar, intercambiar, promover y evaluar las políticas públicas respecto al efectivo cumplimiento de la Ley N°25.929<sup>33</sup> y las leyes provinciales, y en su caso presentar recomendaciones o exhortaciones al Estado Nacional y a los Estados Provinciales (DPN, 2018).

Este programa dentro de la tipología de las políticas públicas puede ser considerado bajo el esquema de las de índole regulativas. Las políticas públicas regulativas tienen como punto de enfoque la regulación de las conductas favoreciendo a individuos y grupos y en este caso se encuentra siendo implementado por una organización descentralizada (Pasquino, 2011:281).

En este sentido, el programa busca generar influencia en dos sentidos, el primero es sobre la manera en la que se brinda la atención del parto al ser revisores del cumplimiento de

---

<sup>33</sup> Se refiere a la Ley del Parto Humanizado, las principales características de esta ley se describen en el Capítulo II de este escrito.

la normatividad (en instituciones de obras sociales y prepaga, incluyendo las personas profesionales de la salud). El segundo punto es que se trata de brindar herramientas para que se realicen denuncias.

Este programa también tiene una relación con la implementación de las recomendaciones de la OMS sobre los cuidados del parto para una experiencia de parto positiva<sup>34</sup>, las cuales son 56 recomendaciones (DPN, 2018). Además de ello, el programa reconoce una vinculación directa para la aportación a los ODS.

El surgimiento de este programa además de surgir a la luz de la Ley del Parto Humanizado toma en consideración denuncias específicas realizadas hacia personal médico y hacia instituciones de la salud donde derechos como la integridad fueron violentados. En este punto se destaca aquella manera en la que un problema individual llega a ser considerado como un problema público.

Dicho lo anterior, no quiere decir que el resto de los programas presentados en este capítulo no tengan un mecanismo para llegar a un reconocimiento público del problema. Sin embargo, en el caso de Argentina las bases del proceso de reconocimiento del problema son más claras. En este sentido, se encuentran os precedentes sociales, normativos-institucionales que dan vida a esta política.

Ahora bien, el análisis de esta política es especialmente complejo debido a que su función principal no es de distribución o redistribución, más bien es de observancia, y las evaluaciones de este tipo de políticas llegan prácticamente a ser procesos de metaevaluación<sup>35</sup>. En este sentido, el programa se desprende del Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible Agenda 2030.

En este sentido, toma relevancia el proceso interno de operación revisora y de monitoreo que juega la institución, debido a que tiene una relación directa con el Congreso Nacional, pero es autónomo e independiente (DPN, 2021). Sin embargo, la limitante de este órgano es que no le compete modificar, sustituir o dejar sin efecto las decisiones administrativas, a pesar de ello, puede proponer las modificaciones que se consideren pertinentes desde el ámbito de sus competencias de atención (Ley N° 24.284, 1993).

---

<sup>34</sup> (OPS, 2019b)

<sup>35</sup> La metaevaluación es un proceso de evaluación de la evaluación, en este sentido, la evaluación es reconocida en un nivel de calidad con respecto al cumplimiento de ciertos parámetros estandarizados (Díaz F. , 2001).

#### **4.1.1 Estructura analítica del programa**

En primer lugar el programa reconoce que tiene vínculo con el ODS 5, y que estrictamente persigue aportaciones hacia las metas: 5.2 eliminar todas las formas de violencia en contra de las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado (...); la meta 5.c par aportar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres; así como de la meta 3.7 que garantizar al 2030 el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva y la integración de estos en las estrategias y programas nacionales (DPN, 2018).

Durante el gobierno de Mauricio Macri se estableció en el Plan de Gobierno la creación del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la violencia contra las mujeres (Casa Rosada, 2015). Su vinculación se dio a través de la siguiente estructura:

Objetivo IV: Desarrollo Humano Sustentable

Prioridad 53: Políticas de Género

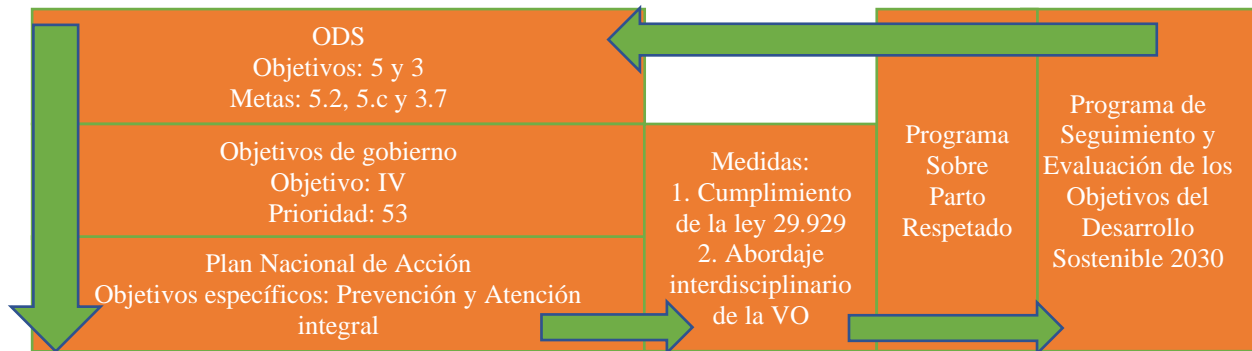
Al año 2020, el Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe describe que los Objetivos de Gobierno 2015-2019 no cuentan con un sistema de seguimiento, monitoreo o con un sistema de evaluación, sin embargo se cuenta con un sistema de monitoreo de planes, programas y proyectos institucionales<sup>36</sup>, además que el Plan correspondiente a la gestión actual se encuentra en proceso de creación (Observatorio de Planificación, 2021).

La estructura del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019 se presenta en la tabla 31. Aunque el Programa para Parto Respetado muestra una relación con dos de las medidas articuladas en el Plan de Acción para la Prevención de la violencia, no es posible identificar el cambio que la función de monitoreo de este programa está generando. La estructura de vinculación de la planeación del programa se puede observar en la figura 1.

---

<sup>36</sup> Sistema Integral de Seguimiento y evaluación de la Gestión (SISEG).

**Figura1.** Planeación programática Argentina



**Fuente:** Elaboración Propia con base en Objetivos de Gobierno 2015-2019 y Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019

**Tabla 31. Acciones entorno a la VO del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019 Argentina**

Objetivos vinculados	Medida	Acciones	Indicadores	Medios de verificación	Organismos responsables	Organismos Asociados	Plazos
General: Prevención Específico: Salud	Efectivo cumplimiento de la Ley Nacional 25.929 (Parto Humanizado)	Incorporación del Parto Humanizado en la curricula desde el inicio de las carreras de medicina, licenciatura obstétrica y enfermería (Ley 25.929)	Cantidad de Universidades/Institutos Superiores de formación con curricula modificada	Curricula Modificada	Consejo Federal de la Salud/Ministerio de Salud de la Nación/ CONSAVIG/Universidades Nacionales y Privadas	Consejo nacional de las Mujeres	Junio 2018
		Difusión de la ley 25.629	Cantidad de cursos que incorporan la difusión de la información	Cursos modificados	Consejo Federal de Salud/Centros Médicos de todo el país	Consejo Nacional de las Mujeres	Enero 2017-diciembre 2019
General: Atención Integral Específico: Salud	Abordaje interdisciplinario de la Violencia Obstétrica	Creación de un Programa de Atención a las mujeres que han sufrido Violencia Obstétrica en articulación con el Ministerio de Salud en línea con las disposiciones de la Ley 25.929 (Parto Humanizado)	Programa implementado	Resolución Ministerial	Consejo Nacional de las Mujeres	Consejo Federal de la Salud/Ministerio de Salud de Nación/ CONSAVIG	Enero-diciembre 2019

**Fuente:** Elaborado con información del el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019 (INAM, 2018).

En la figura 1 es posible apreciar que este programa tiene un ciclo de integración que parte desde el reconocimiento de los ODS y que secuencialmente impactó en los Objetivos de Gobierno del cual se desprendió el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres. Ahora bien, el programa de parto respetado aporta a un programa superior que es el que se encarga de dar seguimiento y evaluar el cumplimiento de los ODS.

En el año 2020 se emitió el Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de Género. Este documento es el Plan sustituto del Plan Nacional de acción establecido para el periodo 2017 a 2019. En este Plan el fenómeno de la VO (Tabla 32) fue establecido en los ejes 1 y 4 (eje de prevención y eje de gestión de la información, transparencia y monitoreo). En este sentido, en el eje de prevención se identifica la medida de desarrollo de acciones específicas para la prevención de las violencias por motivos de género en todas sus modalidades y tipo del cual se desprende la medida de instrumentación de acciones para la prevención de las violencias con la libertad reproductiva, así se desprenden cuatro acciones entorno a la ley 25.929.

En el eje de gestión de la información, transparencia y monitoreo se encuentra la medida de fortalecimiento del sistema de indicadores de género a fin de obtener mejores diagnósticos, realizar análisis integrales en materia de violencias por motivos de género desde un enfoque interseccional que permita diseñar políticas públicas más informadas. En este sentido, se encuentra la medida de realizar investigaciones sobre violencia contra la libertad reproductiva y obstétrica (Ministerio de la Mujeres Género y Diversidad, 2020). Este plan no menciona encontrarse vinculado a alguna meta del ODS 3, únicamente menciona el ODS 5, y lo relaciona con cada una de las metas del objetivo. Además de esto, el plan también describe que la construcción se encuentra referenciado en los diversos instrumentos internacionales.

Otro de los puntos importantes que describe el documento es que el monitoreo y evaluación del plan anterior sirvieron como experiencias para realizar adaptaciones para el plan actual de manera que se garanticen mejores resultados en la implementación del plan. Es importante destacar que este nuevo plan se encuentra vinculado institucionalmente a un orden superior en el que se otorga la rectoría a una dependencia del ejecutivo y no solo como un instituto autónomo o descentralizado.

**Tabla 32. Acciones entorno a al VO del Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de Género 2020-2022**

Eje/Medida	Acción estratégica	Productos (Bienes, servicios o regulaciones)	Indicador de producto	Medios de verificación	Organismos responsables	Organismos Asociados	Plazos
Prevenición/ Desarrollo de acciones específicas para la prevención de las violencias por motivos de género en todas sus modalidades y tipos	Instrumentar acciones para la efectiva implementación y adhesión de las jurisdicciones a la Ley de Parto Humanizado (25.929) y Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673)	Mesas de trabajo para la efectiva implementación y adhesión de las jurisdicciones a la Ley de Parto Humanizado (25.929) y Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673)	4 mesas de trabajo en las jurisdicciones de CABA, PBA, Catamarca y Formosa - Cantidad de personas asistentes - Provincias adheridas a la ley	Informes de registro de las mesas de trabajo	Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad - Ministerio de Salud - Consejo Federal de Salud (CoFeSa)	Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad - Ministerios de Salud de las provincias/Secretarías de Salud de jurisdicciones	Junio 2020 - junio 2022
		Capacitaciones dirigidas a autoridades de establecimientos de salud acerca sobre la ley 25.929 con perspectiva de género y diversidad	Cantidad de capacitaciones - Cantidad de personas asistentes	Informe de registro de asistentes y de capacitaciones realizadas	Ministerio de Salud	Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad - Autoridades de establecimientos de salud nacionales y subnacionales	Junio 2020 - junio 2022
		Capacitaciones a equipos de salud de Maternidades CONE acerca de la ley 25.929	Cantidad de capacitaciones - Cantidad de personas asistentes	Informe de registro de asistentes y de capacitaciones realizadas	Ministerio de Salud	Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad - Ministerios de Salud de las provincias/Secretarías de Salud de jurisdicciones	Junio 2020 - junio 2022
		Protocolo sobre aplicación del estándar de cuidado esencial y las prácticas entorno a la "Primera Hora de Vida" para las personas recién nacidas	Protocolo elaborado - Cantidad de provincias adheridas al protocolo	Protocolo implementado y difundido - Informes de registro de las reuniones regionales - Seguimiento de la implementación	Ministerio de Salud	Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad - Ministerio de Cultura	Junio 2020 - diciembre 2021

<p>Gestión de la Información, Transparencia y Monitoreo/ Fortalecimiento del sistema de indicadores de género a fin de obtener mejores diagnósticos estadísticos, realizar análisis integrales en materia de violencias por motivos de género desde un enfoque interseccional que permita diseñar políticas públicas más informadas</p>	<p>Realizar investigaciones sobre violencia contra la libertad reproductiva y obstétrica</p>	<p>Estudios de investigación sobre violencia contra la libertad reproductiva de mujeres y personal LGBTI+</p>	<p>Informe consolidado que sistematiza los principales hallazgos de la investigación elaborado y publicado / Cantidad de informes publicados y difundidos en la web y/o redes sociales del Ministerio / Cantidad de descargas efectuadas</p>	<p>Informe publicado en la web del Ministerio / Informe estadístico de difusión de la producción del Observatorio</p>	<p>No especificado</p>	<p>Ministerios de Educación y Ministerio de Salud de la Nación y provinciales. SENNAF, entre otros.</p>	<p>Junio 2020 - junio 2022</p>
---	--	---	--	---	------------------------	---	--------------------------------

---

**Fuente:** Elaborado con información del Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de Género 2020-2022 (Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad, 2020)

El propio plan describe que el monitoreo y evaluación de los avances del plan son realizados por el Estado Nacional en colaboración con universidades y con el Ministerio de Ciencia y Tecnología e Innovación de la Nación. A diferencia de lo realizado en con el Plan anterior, pues el proceso fue realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres con una consultoría de cooperación internacional (Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad, 2020)

Ahora bien, ha sido difícil poder identificar los resultados de la intervención que el Programa de Parto Respetado, incluso los avances y evaluaciones a las que han sido sometidos cada uno de los planes para monitorear y conocer los alcances de las acciones contenidas. Sin embargo, al ser un programa que aporta información sobre el cumplimiento de los ODS, su aportación indirecta puede verse reflejado en el desarrollo y cumplimiento de los indicadores de las metas correspondientes.

#### 4.1.2 Población Objetivo

La población en los planes y en el propio programa no se hace una clasificación o definición de la población. Sin embargo, cada plan contiene información que describe las características del problema en el que se describen los alcances o afectaciones de este.

En el Plan de Acción 2017 se caracterizó que hasta el año 2011 la tasa de mortalidad materna era de 3.2 mujeres, también aborda que el 24.9% de las muertes maternas son muertes obstétricas indirectas. La presentación de los datos relacionados a la violencia obstétrica es somera, de tal manera que esta información no lleva a una definición específica de la población.

El Plan de Acción de 2020 el manejo de los datos es más amplio, en este sentido se especifica que las muertes en el embarazo, parto y puerperio las causas obstétricas directas ocupan el segundo lugar y las causas indirectas en tercer lugar. En la tabla 33 se presenta la información de mortalidad de mujeres gestantes de 2016 a 2018.

<b>Tabla 33. Muertes de gestantes (tipo de causas obstétricas) en Argentina 2016-2018</b>		
<b>Año</b>	<b>Causas obstétricas directas</b>	<b>Causas obstétricas indirectas</b>
2016	135	67
2017	118	54
2018	157	65

**Fuente:** Elaborado con datos del Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de Género 2020-2022 (Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad, 2020)

Es también importante recalcar que el Plan de Acción 2020-2022 describe que aquellas situaciones que caracterizan a la VO. En este caso registra que de las denuncias recibidas (en 2017) 82% se refiere a trato deshumanizado, 44% se refiere a la falta de información, 42% a patologización y medicalización, 34% no respeto a las decisiones, 28% contacto con bebé, 19% de invasión a privacidad e intimidad, 16% negar presencia de acompañante, 15% cesárea.

Aun considerando lo anterior se debe destacar que en los indicadores no se muestran líneas base e identificación específica de la población. En todo caso existe un indicador construido para el Informe de 2019 de la Estrategia de Montevideo donde se describe la capacitación para la implementación de la Ley de Parto Respetado, donde establece como meta la capacitación de 3,000 profesionales de la salud (Presidencia de la Nación, 2019).

#### **4.1.3 Presupuesto**

Presupuestalmente no se encuentra a un nivel de desagregación detallada el recurso implícito en la ejecución del Programa de Parto Respetado por la Defensoría del pueblo. Incluso en los Planes de Acción se muestran un presupuesto generalizado por ejes, pero no se muestran por partidas presupuestarias, incluso en el propio presupuesto de la Defensoría del Pueblo se presenta únicamente un presupuesto general para la operación de la Defensoría.

En el año 2017 la OEA mencionó que en el contexto financiero y presupuestario Argentina presenta que dispone de partidas para el cumplimiento de la Ley 26.485 pero la información no se presenta de manera completa y contextualizada para la erradicación de la violencia en contra de las mujeres (OEA, 2017). La tabla 34 se presentan el presupuesto estimado en los planes de acción, cabe destacar que en el Plan correspondiente para 2017 a 2019 se han aproximaciones de etiquetado presupuestal, sin embargo, para el plan presentado para 2020 a 2022 se generaliza por ejes, de tal manera que especifica que para los dos años de operación del programa se expresa un total de \$18,000,000,000.00 de pesos argentinos.

**Tabla 34. Presupuesto de los Planes Nacionales de Acción contra la Violencia hacia las Mujeres 2017-2020**

Año	Recursos humanos	Creación de áreas de la mujer	Fortalecimiento OSC's	Equipamiento	Materiales e insumo de comunicación	Total en dólares*
2017	\$27,514,500.00	\$10,000,000.00	\$5,000,000.00	\$1,996,000.00	\$3,000,000.00	\$2,867,857.50
2018	\$28,493,500.00	\$12,000,000.00	\$6,996,000.00	S/D	\$2,999,500.00	\$1,797,163.30
2019	\$28,493,500.00	\$14,000,000.00	\$6,996,000.00	S/D	\$2,511,000.00	\$1,077,902.43
2020-2022			\$18,000,000,000.00.00			\$24,374,337.7

\*Datos promediados anualmente, para la información que corresponde al Plan 2020 a 2022 se tomó en consideración el promedio de valor de dólar a partir de 2020 hasta 2021.

**Fuente:** Elaborado con datos de Planes de Acción (INAM, 2018), (Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad, 2020) y estadística de cotizaciones cambiarias (BCRA, 2021).

#### 4.1.4 Vinculación a los ODS

Como se mencionó anteriormente, esta serie de acciones por parte de las instituciones se identifican en los ODS 5 y 3. De tal manera que hay indicadores específicos a los que aportan avance hacia el desarrollo sostenible.

Al año 2021, Argentina cuenta con dos informes voluntarios de seguimiento a los ODS. Para el año 2017 (primer informe) se describe que solamente el 37% de las acciones del objetivo 5 cuentan con indicadores. Caso contrario, para el objetivo 3, el 65% de las metas producen indicadores.

El informe de 2017 arroja que para el 2015 la tasa de mortalidad materna era de 39 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, de tal manera para el año 2020, se propuso reducir este número de muertes a 13, y para 2030 a 10. Pero en la información presentada, no se especifica a qué tipo de muertes obstétricas corresponde la muerte materna. Con relación a la atención de nacimientos atendidos por personal profesional, se especificó que en 2015 la cobertura fue de 99.5% (Presidencia de la Nación, 2017).

El segundo informe presentado en 2020 no describe la proporción de metas maternas. Mientras que la atención de los nacimientos con personal profesional se describe que se ha mantenido desde 2014 con el 99.5%. Como primer punto a señalar, es que el número de muertes maternas (Presidencia de la Nación, 2020). La tabla 35 se muestra la evolución de las muertes maternas en Argentina por cada 100 mil nacidos vivos.

**Tabla 35. Razón de mortalidad materna (RMM) Argentina 2015 a 2020**

Año	Total de nacidos vivos	Total muertes maternas	Muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos	Variación de RMM
2015	770,040	336	44	-
2016	728,035	286	39	-10%
2017	704,609	246	35	-11%
2018	685,394	294	43	23%
2019*	625,441	247	39	-8%

\*Total de muertes maternas calculadas con información disponible en el Índice de ODS 2019 para América Latina y el Caribe.

**Fuente:** Elaboración propia con datos de Dirección Estadística de Salud (DEIS, 2021) e Índice de ODS 2019 para América Latina y el Caribe (CODS, 2020).

Cabe destacar que con relación a la meta establecida a cumplir a 2020 de disminuir a 13 muertes maternas, implicaría reducir un 67% la cifra del total de muertes con respecto al año 2019. Sin embargo, los datos públicos disponibles relacionados a nacimientos y muertes maternas en 2020 no se encuentran publicadas. Para el caso del año 2019 se encuentran disponibles el número de nacidos vivos, pero no el de muertes maternas.

Es necesario especificar que, con relación al monitoreo de los ODS y su apertura, se encuentran solamente algunas referencias, en los informes se menciona la existencia de una página interactiva pero la página no muestra la información de la manera especificada de los informes. En este sentido, el programa de monitoreo y evaluación de la agenda 2030 no muestra tampoco información específica. Los datos se encuentran muy dispersos entre las páginas de gobierno y no se explica concretamente el método de seguimiento que se está dando a los objetivos. Aunque la información existe, no es muy claro el planteamiento de la manera en la que se está generando y la actualización estadística.

#### **4.1.5 El tópico de la sociedad civil contra la VO**

El reconocimiento a la integración de la VO parte del reconocimiento e integración de la sociedad civil y sus demandas ante la problemática. La elaboración de los planes de acción integra la participación y reconoce la colaboración de las organizaciones civiles. En este sentido, parte del inicio de esta integración se reconoce desde el trabajo que la sociedad civil realizó dando como resultado la Ley 25.929 (parto respetado).

La Ley 25.929 surge desde dos vías, la primera a través de la iniciativa de la Diputada Mazza fundamentada desde el derecho humano a la salud, la tecnificación médica y

reconociendo el trabajo de las organizaciones civiles. La segunda es debido a la influencia de los compromisos acatados por el Estado Argentino ante la Conferencia de Beijing (Castrillo, 2016).

A pesar de esta integración, la Ley carecía de una reglamentación que no vio la luz hasta 11 años después de su creación (creada en 2004 y reglamentada en 2015). En este sentido, aunque se le dio reconocimiento a organizaciones de la sociedad civil en las que destacan las feministas no se dio un amplio sentido de utilidad o uso de Ley durante 11 años (Jerez, 2015).

En el año 2015 el primer Observatorio de Violencia Obstétrica presentó el informe de la encuesta de atención al parto/cesárea. Este Observatorio que es impulsado por la organización Las Casildas es autofinanciado y realiza diversas actividades que buscan visibilizar la violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos y diversas cuestiones de género, fortalecer la autonomía de las mujeres, generar redes entre la comunidad y el sistema de salud, así como alianzas con organismos nacionales e internacionales (Las Casildas, 2018) y (IDEP Salud, s.f.).

El informe emitido por el observatorio describe que existía un alto índice de maltrato verbal, que cuatro de cada 10 mujeres no pudieron moverse libremente de las camas asignadas, seis de cada 10 tuvo monitoreo fetal continuo, a siete de cada 10 mujeres les rompieron artificialmente las bolsas, seis de cada 10 no pudieron beber o comer durante el trabajo de parto, entre otras series de acciones que no dignificaron el parto (OVO Argentina, 2015).

Recientemente se presentó una denuncia pública a través de un medio de comunicación argentino. La narración se enfoca en mujeres embarazadas de la comunidad wichí (en Formosa) se esconden en el monte debido a que la policía local va a buscarlas para que sean sometidas a cesáreas y separadas de sus hijas/hijos hasta por 14 días para llevarlos a un hospital en el que existe área de neonatología. Lo relevante de esta noticia no solo es la situación que denuncian las mujeres, si no también que el Gobierno de la provincia catalogó la denuncia como un acto mediático y descartable debido a que en ese momento no se habían presentado denuncias formales (Jaramillo & Tiburcio, 2021)

Ante esta situación se han figurado posturas desde la academia y organizaciones de derechos humanos que dejan claro que este tipo de denuncias (además de casos de

discriminación y racismo) no es reciente y solicitan la intervención de recién creado Ministerio de las Mujeres. (Peker, 2021).

#### 4.1.6 Opinión de las mujeres

Para la integración de esta sección se pidió la cooperación de mujeres que han tenido partos. La cooperación se pidió a través de la página de parto respetado en la que se publicó el cuestionario de medición de la calidad y VO. Además podían contactarse con los administradores de la página para narrar experiencias y opiniones sobre sus procesos de parto o atención. Esta sección se divide en dos partes, la primera recopila la experiencia narrativa de las mujeres que participaron, mientras que la segunda parte recoge el análisis de las respuestas dadas en el cuestionario propuesto para medir la calidad del servicio desde cuatro factores.

##### 4.1.6.1 Comentarios

La mayoría de las experiencias narradas (correspondientes a años recientes) expresan buenas opiniones. Aunque existieron ciertas complicaciones, no impactó tanto en términos narrativos de la experiencia, experiencias menos recientes describen la existencia de una problemática que no estaba siendo atendida adecuadamente (Figura 2).

**Figura 2.** Narrativa de la experiencia del parto por mujeres en Argentina



**Fuente:** Testimonios enviados a la página parto respetado durante la aplicación del cuestionario de VO.

#### **4.1.6.2 Resultados del cuestionario**

En el llenado del cuestionario hubo 24 participantes. Como se mencionó anteriormente, el cuestionario se publicó a manera de petición para participación abierta, se segmentó a mujeres argentinas que hubiesen tenido partos. El instrumento permitió cruzar información referente a las condiciones del servicio público y privado. En este sentido, el porcentaje de mujeres que se atendieron en servicios privados es de 71% mientras que el 29% corresponde a mujeres que se atendieron en el sistema público. Esto se debe principalmente a las condiciones de afiliación, pues en la estructura del sistema de atención las instrucciones públicas van dirigidas a servicios universalizados para personas con carencias socioeconómicas, mientras que en el sector privado prevalece la utilización de las prepagas como un medio alternativo de atención.

Se preguntó cuánto tiempo había transcurrido desde su último parto, de tal manera que 37.50% (nueve mujeres) tuvieron su experiencia hace un año o menos, 25% (seis mujeres) mencionó que hace seis años o más, 16.67% (cuatro mujeres) corresponde a partos de hace dos años, 12.50% (tres mujeres) mencionó que su parto fue hace tres años, mientras que un 8.33% correspondió a partos de hace cuatro años. Al preguntar sobre el número de partos que han tenido 54.17% (13 mujeres) respondió que han tenido solo uno, mientras que 45.83% (11 mujeres) describió haber tenido dos o más partos.

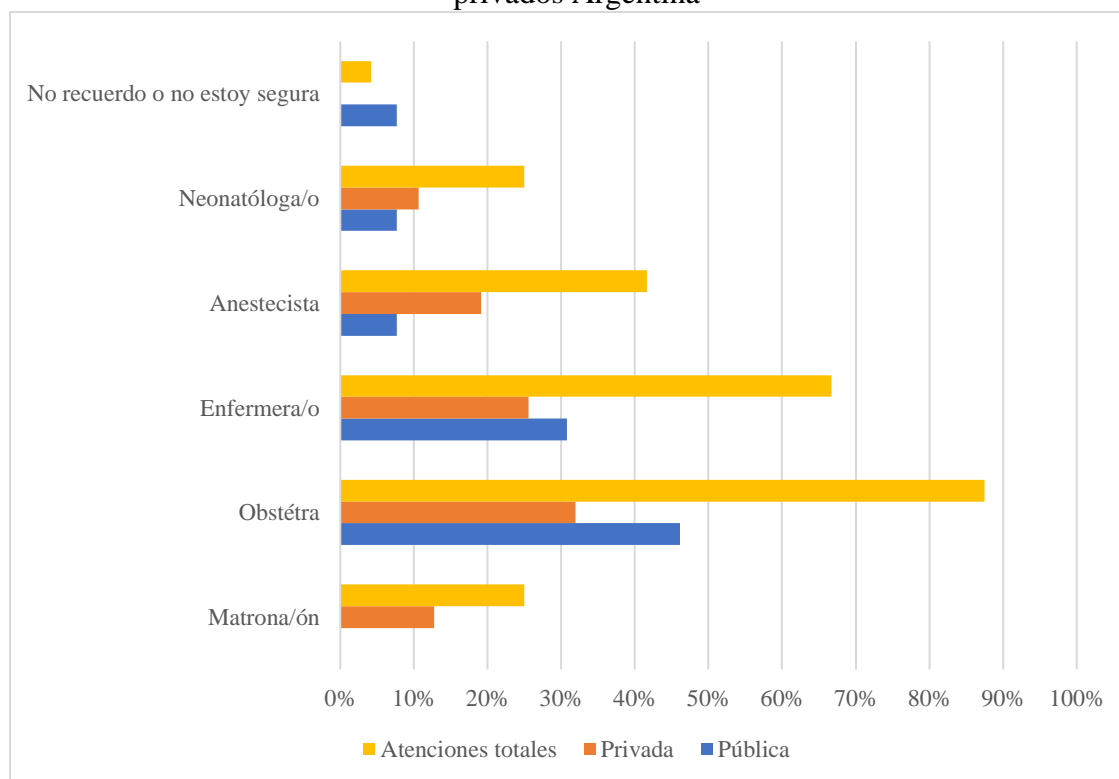
El 29% (siete mujeres) recibieron atención del parto a través de instancias públicas, mientras que el 71% restante (17 mujeres) fueron atendidas a en instituciones privadas a través de la modalidad de prepaga. En este sentido, se les pidió que seleccionaran el nivel de satisfacción de su experiencia de parto en la institución. De las siete mujeres que recibieron atención en instancias públicas 29% (dos) mencionaron que estaban nada satisfechas, con relación a quienes estaban medianamente satisfechas también aplica un 29% (dos de las siete mujeres), el 43% (tres mujeres) refirieron estar totalmente satisfechas. En relación con la atención privada de las 17 mujeres el 18% (tres mujeres) refirieron estar nada satisfechas, 35% (seis mujeres) mencionaron tener una satisfacción media, mientras que 47% (ocho mujeres) refirió encontrarse totalmente satisfechas.

En relación con lo anterior, se les pidió que seleccionaran en un intervalo de satisfacción de entre uno y tres, donde uno es nada satisfecha y tres totalmente satisfecha. El resultado muestra que de las 24 mujeres existe una media de 2.28 de tres puntos posibles,

esto da como resultado que de un 100% de satisfacción se encuentre un 76%. En este sentido, se estableció un rango donde del 0 al 33.33 existía una satisfacción baja con los servicios, de 33.34 a 66.67 la satisfacción sería media y de 66.68 a 100 la satisfacción sería alta. Haciendo una revisión separada según institución de atención, en la atención pública se alcanzaron 2.14 puntos de dando como resultado porcentual un 71%, mientras que en la atención privada se obtuvieron 2.33 puntos que refieren a un 78% de la escala de satisfacción.

Posteriormente se preguntó que profesionales de la salud estuvieron presentes en la atención del parto el 88% de las 24 mujeres (21) refirieron la presencia de obstetra, 67% (16) refirieron la presencia de personal de enfermería, 25% (seis mujeres) refirió haber recibido atención de matrona o matrón (en este caso corresponde únicamente a la atención privada), 42% (10) mencionó que estuvo presente personal anestecista, para el personal de neonatología se registró en un 25% (seis mujeres) de las atenciones. Para apreciar la comparativa de la presencia de personal profesional de la salud en la atención pública y privada (Gráfico 1).

Gráfico 1. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados Argentina



Fuente: Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

Con relación a la presencia del personal que les brindó la atención, se les preguntó si este personal siempre fue el mismo, ósea si se le dio un seguimiento continuo por parte de la misma persona. En la atención pública 43% (tres de siete mujeres) respondió que siempre fue el mismo personal, 43% (tres) respondió que no y 14% (una) dijo no estar segura o que no sabía. En la atención privada el 59% (10 de 17 mujeres) respondió afirmativamente, 29% (cinco) menciona que no fue el mismo personal y 12% (dos) dijeron no estar seguras o no saber.

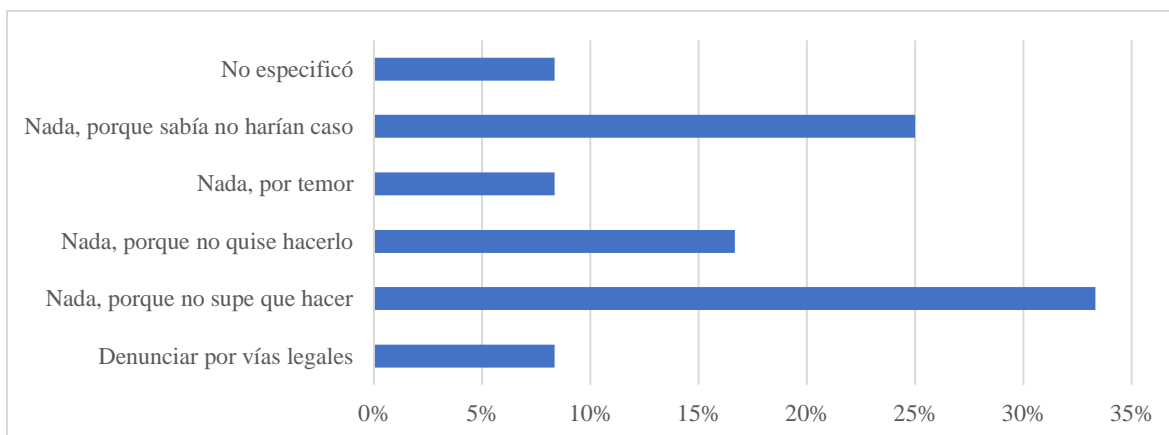
Posteriormente la pregunta fue si consideraban que en su proceso de parto consideraban que hubo omisiones o que sufrieron violencia obstétrica, el 50% (12) del total de las mujeres participantes respondieron afirmativamente. Considerando esta información, con relación al tipo de institución, cinco mujeres de las que fueron atendidas en instituciones públicas respondieron afirmativamente, mientras que en las instituciones privadas se encuentran siete afirmaciones, esto representa el 71% y 41% de manera respectiva.

De las 12 mujeres que consideraron que habían sufrido violencia obstétrica cinco refirieron que su satisfacción fue nula, cinco mencionaron que tuvieron una satisfacción media, mientras que dos refirieron que se sintieron totalmente satisfechas con el servicio.

Al preguntarles a las mujeres que consideraron haber sufrido VO u omisiones en la atención del parto, se les preguntó qué es lo que hicieron. En este sentido, el porcentaje más alto siendo de 35% de las respuestas (cuatro de 12) corresponde a que no hicieron algo porque no supieron que hacer, el segundo porcentaje más alto es del 25% de respuestas (tres de 12) que refirieron a que no hicieron algo porque sabía que no les harían caso, 17% (dos) refiere a que no quiso hacer algo al respecto, mientras que solamente 8% (una) realizó una denuncia, otro 8% refirió no hacer algo por temor, mientras que otro 8% no especificó qué es lo que hizo (Gráfico 2).

La única mujer que dijo haber presentado denuncia (que recibió atención en una institución pública) también menciona que no considera que se le ha dado un correcto seguimiento a la denuncia.

Gráfico 2. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? Argentina

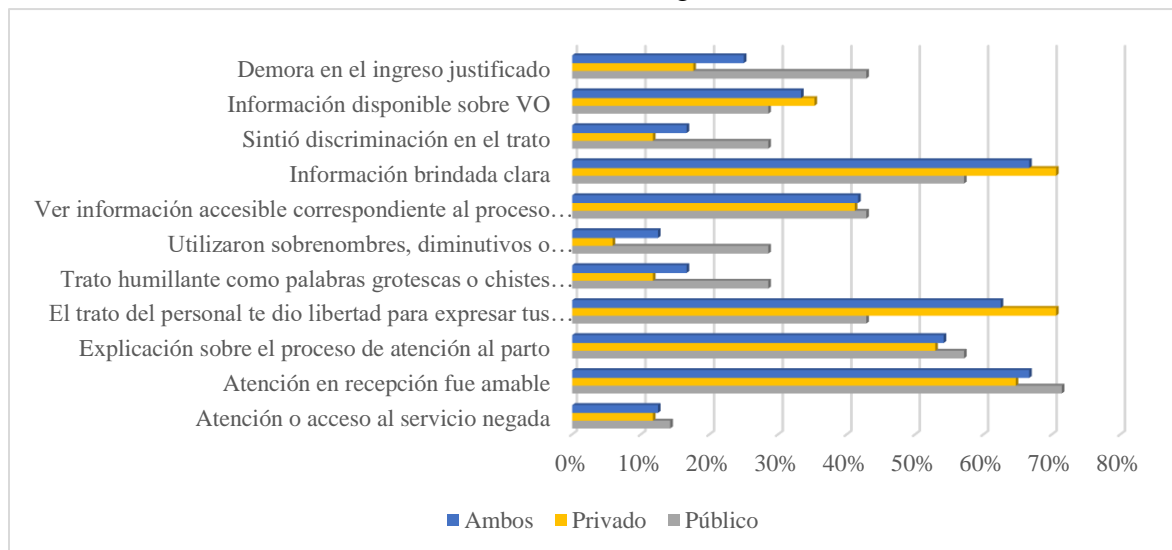


**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

Las preguntas subsecuentes tienen relación con el trato recibido. Se les preguntó si la atención o el acceso al servicio en algún momento les fue negado el 13% de las 24 mujeres respondieron afirmativamente (tres). También se preguntó si la atención en la recepción o en ventanilla fue amable, el 67% de las 24 mujeres respondió afirmativamente (16 mujeres), en este sentido, 71% de las siete mujeres atendidas en servicios públicos respondió afirmativamente (cinco), mientras los servicios de atención privados 65% (11 de 17) respondió que la atención fue amable. Otra de las preguntas refiere a considerar si el trato del personal les dio libertad para expresar sus emociones a lo que el 63% del total de las mujeres respondió afirmativamente, en este sentido 43% (tres) de las mujeres atendidas en el servicio público respondieron afirmativamente, mientras que el 71% (12) de quienes recibieron atención privada respondieron que si tuvieron oportunidad de expresar sus emociones y sentimientos. Un 67% de las mujeres refirió que la información que les brindaban fue clara, de tal manera que, el 57% de las mujeres que fueron atendidas en instancias públicas

respondieron afirmativamente, mientras que el 71% de quienes se atendieron en servicios privados respondieron que sí (para conocer a mayor detalle las variables (Gráfico 3).

Gráfico 3. Situaciones que vivieron las mujeres en los servicios relacionadas a la calidad de la atención en Argentina



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

Las preguntas aplicadas también permiten ser utilizadas para evaluar las condiciones del trato y otros tres factores más. En este sentido, para la evaluación en la calidad del trato se ponderó un total de 11 preguntas con un total de 11 puntos posibles. En este sentido existen tres resultados posibles medidos como: calidad baja o nula de 0 a 3.67 puntos, calidad media de 3.68 a 7.35 puntos y calidad alta de 7.36 a 11 puntos (Tabla 55).

La medición de esta sección considera otorgar un punto o cero puntos a respuesta negativas y positivas en relación con la pregunta presentada. Por ejemplo, al preguntar si la atención fue negada, la respuesta positiva (sí) genera cero puntos y la negativa (no) responde a un punto. Para obtener la relación de los puntajes se promedió el total de puntos obtenidos en relación con el total de observaciones para encontrar la aproximación al puntaje esperado, de tal manera que al sumar el puntaje obtenido resulta la ponderación del puntaje total esperado para la sección que es 11.

El resultado obtenido para la calidad del trato es de 6.96 puntos de 11 posibles, este puntaje se encuentra en rango de calidad media. La medición para los servicios públicos resulta en 6.42 puntos, correspondiente a un rango de calidad media. En la tabla 36 se pueden apreciar los resultados alcanzados en la aplicación y análisis de las variables.

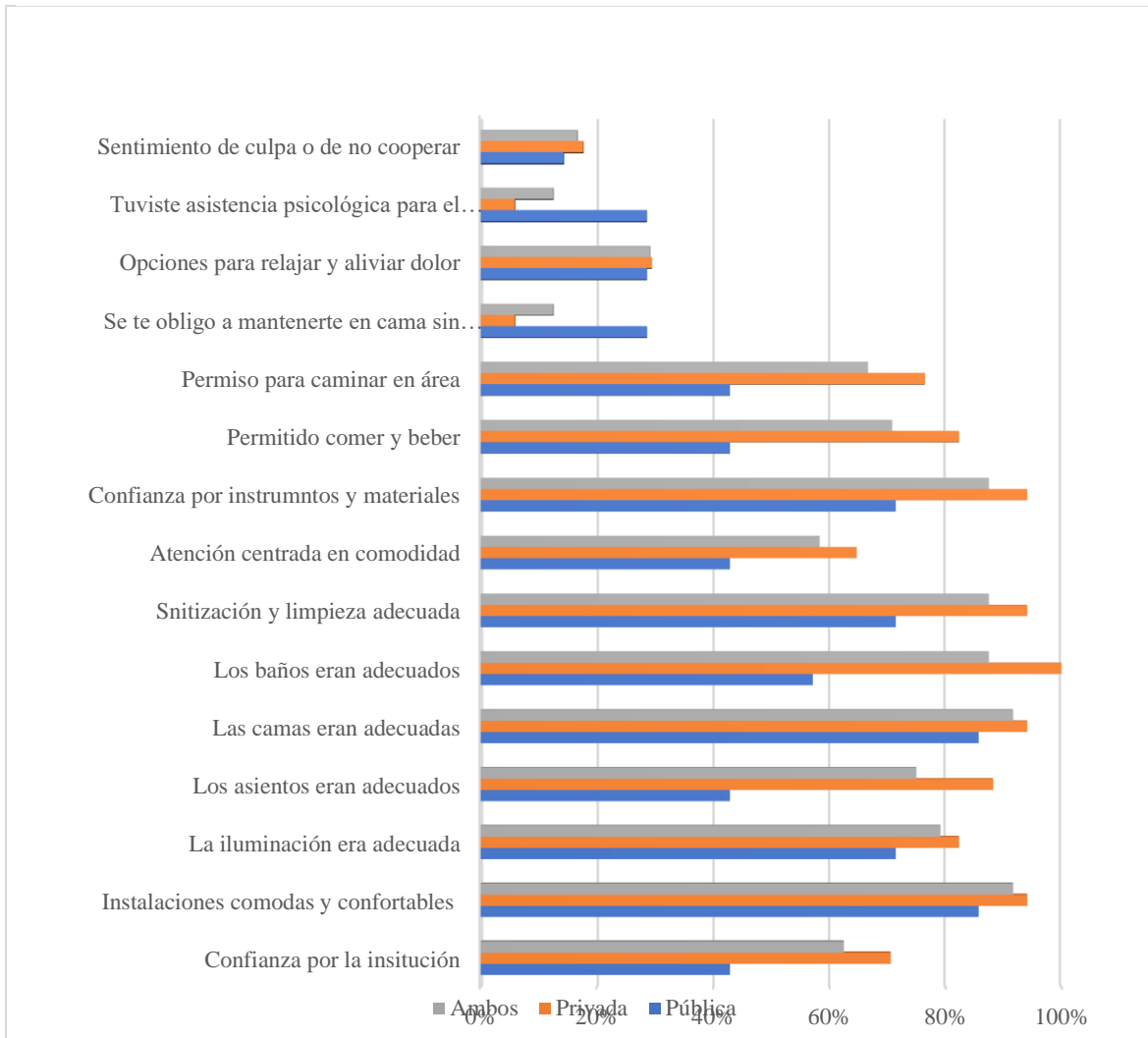
**Tabla 36. Medición de la calidad en las condiciones del trato Argentina**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
La atención o acceso al servicio fue negada	0	1	0.88	0.86	1
Atención en la recepción fue amable	1	0	0.71	0.71	1
Explicación sobre el proceso de atención	1	0	0.54	0.57	1
El trato del personal dio libertad para expresar emociones	1	0	0.63	0.43	1
El trato fue humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados	0	1	0.83	0.71	1
Utilizaron sobrenombres, diminutivos o infantilización de tu comprensión del proceso	0	1	0.88	0.71	1
Había información visible y accesible correspondiente al proceso de parto	1	0	0.42	0.43	1
La información brindada fue clara	1	0	0.67	0.57	1
Sintió discriminación en el trato	0	1	0.83	0.71	1
Existía información disponible sobre VO	1	0	0.33	0.29	1
Existió demora del ingreso de manera justificada	1	0	0.25	0.43	1
		$\Sigma$	6.97	6.42	11

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

En la segunda sección del cuestionario se establecieron preguntas relacionadas a la atención en el parto, en este sentido se consideraron variables relacionadas a la comodidad y la infraestructura. De las 24 mujeres que participaron el 92% mencionó que las instalaciones eran cómodas y confortables (22), 17% (cuatro) mencionó que la atención le hizo sentir culpa o sensación de no haber cooperado lo suficiente, 13% (tres) mencionó que tuvo asistencia psicológica después del parto, el 29% (siete) refirió que le fueron ofrecidas alternativas como música, paños calientes o masajes para el alivio del dolor (gráfico 4).

Gráfico 4. Situaciones que vivieron las mujeres con relación a la atención durante el proceso de parto en Argentina



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

En la tabla 37 se encuentra la segunda parte del análisis relacionado a la atención e infraestructura. La puntuación para esta sección pondera 15 preguntas, se distribuye de la siguiente manera: 0 a 5.99 puntos calidad baja o nula, 6 a 10.99 puntos calidad media y de 11 a 15 puntos calidad alta. En este caso el puntaje obtenido para los servicios públicos y privados es de 10.71, de tal manera que se cataloga como calidad media. En los servicios públicos, esta sección suma 8.72 puntos de 15 posibles, de tal manera que se encuentra también en una calidad media.

**Tabla 37. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura en Argentina**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Sensación de confianza por la institución de atención	1	0	0.63	0.43	1
Las instalaciones fueron cómodas y confortables	1	0	0.92	0.86	1
Iluminación adecuada	1	0	0.79	0.71	1
Asientos adecuados	1	0	0.75	0.43	1
Camas adecuadas	1	0	0.92	0.86	1
Baños adecuados	1	0	0.88	0.57	1
Sanitización o limpieza adecuada	1	0	0.88	0.71	1
Atención en comodidad (respeto de postura y brindando información al solicitarla)	1	0	0.58	0.43	1
Sentía confianza en instrumentos y materiales utilizados (inocuidad y buen estado)	1	0	0.88	0.71	1
Se le permitió comer y beber al solicitarlo	1	0	0.71	0.43	1
Se permitió caminar en un área designada	1	0	0.67	0.43	1
Se le obligó a mantenerse en cama	0	1	0.88	0.71	1
Se ofrecieron opciones para relajación y tratamiento del dolor (ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias)	1	0	0.29	0.29	1
Tuvo asistencia psicológica para el proceso de parto o posparto	1	0	0.13	0.29	1
La atención le hizo sentir culpable o que no colaboró lo suficiente en el parto	0	1	0.83	0.86	1
		$\Sigma$	10.74	8.72	15

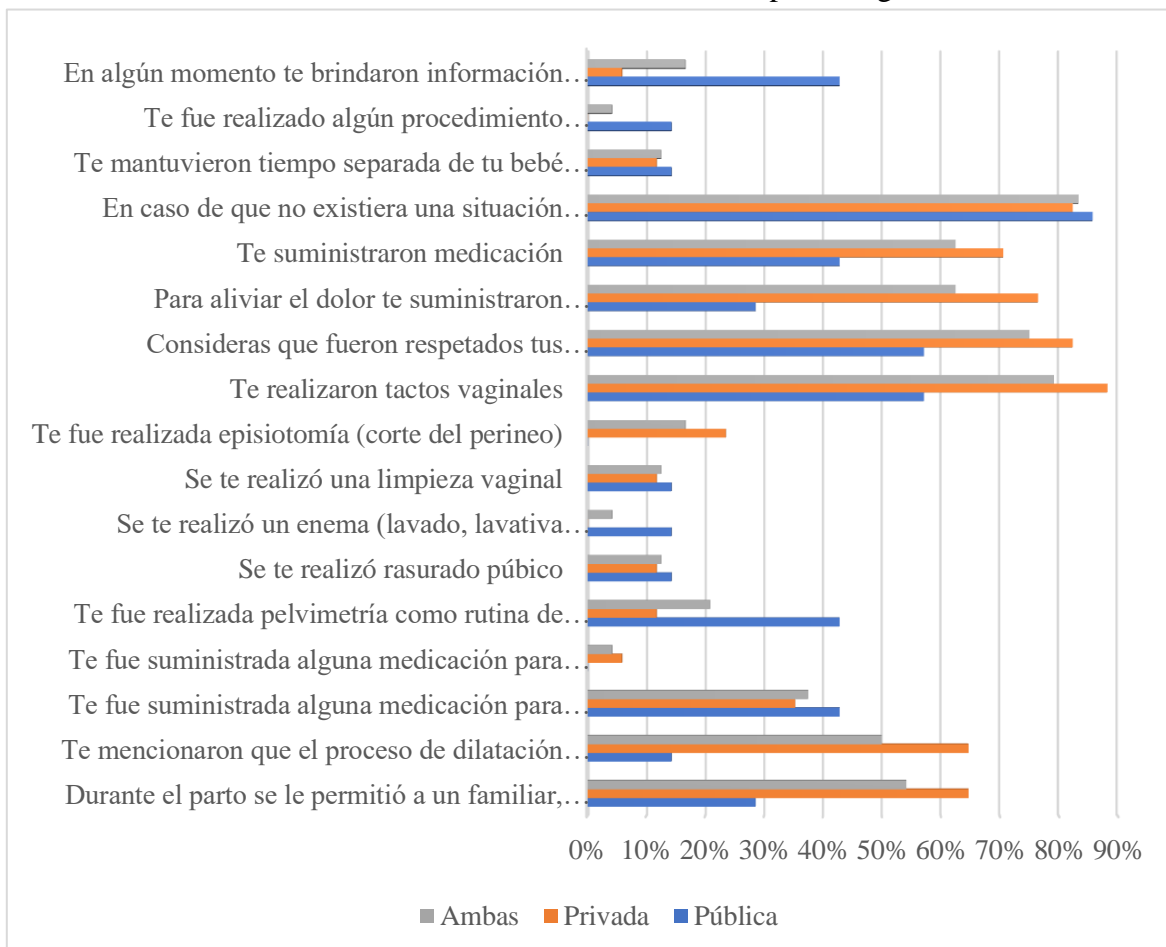
**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

En la tercera sección de la medición considera la calidad de las intervenciones en el sentido de saber que tan invasivas fueron los procedimientos (Gráfico 5). De las 24 mujeres participantes únicamente el 54% (13) refirió que se permitió la presencia de algún familiar o persona acompañante durante el parto, el 83% de las mujeres (20) refirió que tuvieron contacto inmediato con su bebé, 17% (4) refirió que le fue realizado el corte de perineo o episiotomía (corresponde solo a casos de atención privada).

Un 63% (15) afirmaron que les fue suministrada medicación, de estas 15 mujeres al 100% les dieron información de por qué y para que era necesaria, sin embargo, de medicación. Únicamente al 50% (12) de las mujeres se les explicó que el proceso de dilatación es variable y no debe de ser apresurado o retrasado, a 38% (nueve) se le suministró medicación para acelerar el proceso de parto, mientras que a un 4% (una) la intervención fue para retrasar el proceso de parto. El 79% (19) de las mujeres refirieron que les fue realizado

tacto vaginal, en este sentido, únicamente al 73% (11 de las 19) se les informó del porque se les realizaba, de igual manera, el 21% (4) consideran que el tacto fue excesivo.

Gráfico 5. Intervenciones realizadas en el parto Argentina



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

La evaluación de la sección aplica criterios para un total de 17 puntos. En este sentido los resultados de 0 a 5.66 puntos equivalen a calidad baja o nula, de 5.67 a 11.33 puntos se encuentra la calidad media y de 11.32 a 17 puntos corresponde a calidad alta. Al realizar esta sección se contabilizaron y cruzaron datos para la medición de tres preguntas, de tal manera que el resultado proviene de una suma de promedio de preguntas filtro que ayudan a relacionar las observaciones y ponderar el puntaje.

En la tabla 38 se aprecia que las preguntas están relacionadas con el tacto vaginal, la anestesia epidural y la aplicación de medicación. El resultado general para la atención pública y privada es de 13.32 puntos, que estaría catalogada en calidad alta. Al realizar la medición

individual de la atención de servicios públicos, se estiman un puntaje de 12.37, de tal manera que se ubica en una calidad alta.

**Tabla 38. Medición de la calidad de las intervenciones Argentina**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Presencia de familiar, pareja o persona de importancia durante el parto	1	0	0.54	0.29	1
Mención sobre la variación en el proceso de dilatación	1	0	0.50	0.14	1
Medicación suministrada para acelerar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.63	0.57	1
Medicación suministrada para retrasar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.96	1	1
Pelvimetría como rutina de ingreso	0	1	0.79	0.57	1
Se le realizó rasurado público	0	1	0.88	0.86	1
Se realizó enema o lavado rectal	0	1	0.96	0.86	1
Se realizó limpieza vaginal	0	1	0.88	0.86	1
Fue realizada episiotomía sin ser necesario	0	1	1	1	1
Se realizaron tactos vaginales					
Al realizar tactos vaginales se brindaba información del porque	1	0	0.74	0.75	1
Considera que el tacto vaginal fue excesivo	0	1	0.79	0.75	1
Considera que el tacto vaginal fue respetuoso	1	0	0.89	1	1
	Promedio		0.81	0.83	1
Considera que tiempos biológicos fueron respetados	1	0	0.75	0.57	1
Suministró anestesia epidural					
Se le suministró con su permiso	1	0	1	1	1
	Promedio		1	1	1
Suministro de medicación					
Al suministrarle medicación se le informó porque y para qué era necesaria	1	0	0.93	0.67	1
La medicación fue suministrada respetando la decisión de aceptarla	1	0	0.67	0.67	1
	Promedio		0.80	0.67	1
Se le permitió contacto inmediato con su bebé cuando no existía situación médica adversa	1	0	0.83	0.86	1
La mantuvieron separada de su bebé sin explicarle porque	0	1	0.88	0.86	1
Le fue realizado algún procedimiento relacionado con el control natal sin su permiso (como colocación de DIU)	0	1	0.96	0.86	1
En algún momento le fue brindada información sobre el control natal	1	0	0.17	0.57	1
	$\Sigma$		13.34	12.37	17

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

El resultado final de la evaluación se obtiene al sumar el puntaje de las tres secciones el cual se espera que sea de 43 puntos. La distribución de la puntuación es considerada como calidad baja o nula de 0 a 14.33 puntos, de 14.34 a 28.67 puntos se encuentra la calidad media y la

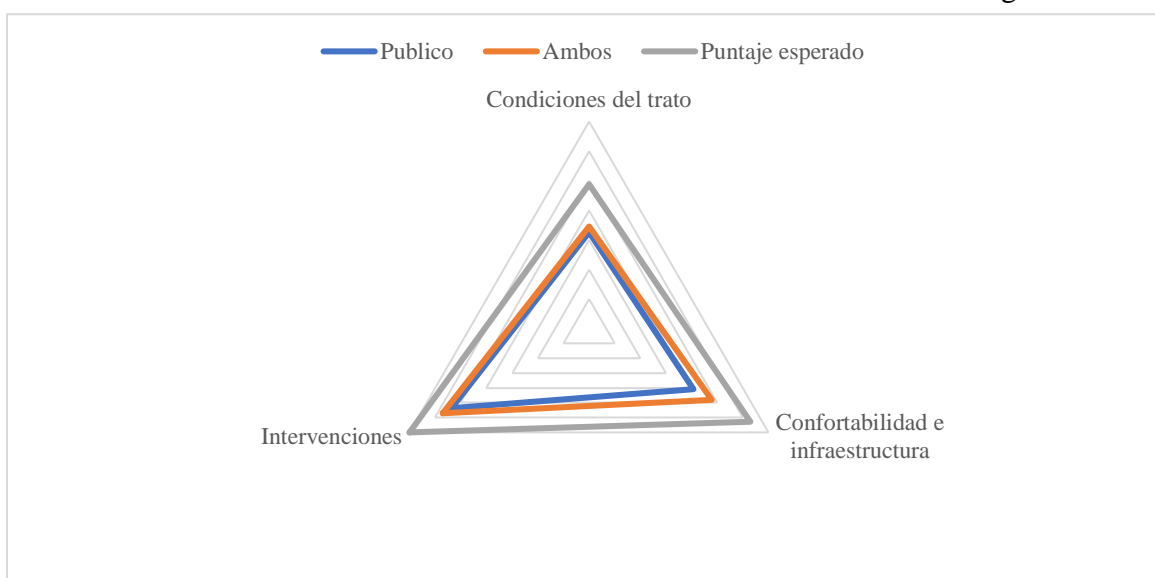
calidad alta se encuentra entre 28.68 a 43 puntos (Tabla 39 y Gráfico 6). En este caso la puntuación general alcanzada es de 30.98 puntos de 43 posibles, esto cae en el rango de la calidad alta. Al realizar la revisión únicamente del sector público, el resultado es de 27.50 puntos, de tal manera que está en el rango de calidad media.

**Tabla 39. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Argentina**

Área	Público	Ambos	Puntaje esperado	Baja o nula	Medio	Alto
Condiciones del trato	6.42	6.97	11	0 a 3.67	3.68 a 7.35	7.36 a 11
Confortabilidad e infraestructura	8.72	10.74	15	0 a 5.99	6 a 10.99	11 a 15
Intervenciones	12.37	13.34	17	0 a 5.67	5.68 a 11.35	11.36 a 17
$\Sigma$	27.51	31.05	43	0 a 14.33	14.34 a 28.67	28.68 a 43

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

**Gráfico 6. Resultado de la medición de los servicios de atención en Argentina**



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina.

## 4.2 Chile Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial

El Ministerio de Salud en su estructura integra la unidad de género ministerial, la cual busca contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población (MISAL, s.f). Esta unidad funge como vínculo entre las diversas estructuras del MINSAL relacionando de manera vertical la perspectiva de género.

La División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE) adscrita a la Subsecretaría de Salud Pública cuenta con el Departamento de Ciclo Vital, el cual cuenta con la Oficina de Salud de la Mujer y la Oficina Chile Crece Contigo. Esta última es la encargada de dar seguimiento al programa Chile Crece Contigo (ChCC), el cual establece una serie de acciones enfocadas a el desarrollo y la salud de niñas y niños a través del acompañamiento en su trayectoria desde la gestación hasta la finalización del primer ciclo básico escolar.<sup>37</sup>

ChCC forma parte del Sistema Intersectorial de Protección Sectorial, el cual contempla además del Chile Crece Contigo, al Chile Solidario. Este subsistema está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social pero que trabaja de manera intersectorial con los Ministerios de Educación y Salud. En este mismo sentido, la gestión, administración, monitoreo y evaluación del subsistema se encuentra a cargo del Ministerio de Desarrollo Social.

Este programa tuvo sus inicios en el año 2007 bajo la administración de Michelle Bachelet Jeria (2006-2010) como una serie de intervenciones y servicios sociales (MINSAL, 2017). Este programa puede verse reflejado en el Programa de Gobierno correspondiente a la administración ya mencionada. Este sistema se gesta en el Programa de Gobierno<sup>38</sup> se establece bajo los criterios de atención a la infancia.

En Chile la evaluación de los programas se realiza bajo los preceptos de la Metodología del Marco Lógico (MML) (DIPRES, 2021) desarrollado para la USAID a finales de los años 60 haciéndose una herramienta de aceptación general por organizaciones multilaterales y bilaterales (NORAD, 1990), que en 1979 se planteó que una readaptación a

---

<sup>37</sup> (Sadler, 2021)

<sup>38</sup> Este es el instrumento rector de la política gubernamental (que cambian en un amplio sentido en la transición administrativa) a través de este se delinear planeas sectoriales, intersectoriales o de materias específicas (CEPAL, 2021).

su estructura y tratamiento sería funcional para dar respuesta a través de una evaluación a los problemas del desarrollo y ya no solo desde una visión interno administrativa (Rosenberg & Posner, 1979).

De tal manera que se entiende que la planeación chilena se encuentra estandarizada a los procesos implementados en la MML. En este sentido, los criterios de atención a la infancia se establecieron en el eje “Proteger a nuestra gente” en la línea educación base de oportunidades, refiriendo que el sistema de protección a la infancia sería construido desde la percepción de la atención materno infantil, cobertura preescolar y básica y nutrición (BCN, 2005:13).

ChCC surge bajo un enfoque de equidad de oportunidades para las niñas y los niños del país. En tanto no tiene un enfoque directo sobre la atención, prevención o erradicación de la VO, sin embargo, tiene un enfoque bajo uno de los programas de la política que aborda la atención personalizada del parto.

ChCC es una política sectorial que se compone de 18 programas para cada una de las etapas de vida de las niñas y niños. En este sentido, se toma como referencia para este trabajo el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) el cual contempla la atención personalizada en el nacimiento y en una etapa previa al desarrollo prenatal, además es el programa de entrada para obtener los beneficios de ChCC (Chile Crece Contigo, 2021).

Este programa resulta en la consideración de elementos importantes para humanizar el parto, pero también tiene un amplio enfoque bajo la atención sobre la gestación, ya que el acompañamiento directo inicia desde esta etapa.

#### **4.2.1 Estructura analítica del programa**

La MML describe que los componentes de los programas responden a ¿qué es lo que entrega el proyecto? de tal manera que estos componentes son obras, estudios, servicios y capacitaciones específicas que se requiere que produzca la gerencia del proyecto. Por lo que se describen como resultados (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2015:23).

El PADBP (en relación con el tema de este escrito) describe los componentes que integran subcomponentes y actividades correspondientes al año 2019:

- I. Atención personalizada del proceso de nacimiento.
  - a. Atención personalizada del parto

#### i. Atención personalizada e integral en el parto y parto

La estructura que establece el programa presenta componentes y subcomponentes y posteriormente las actividades. Lo que establecería que existe una inconsistencia en la aplicación de la metodología del marco lógico. En dado caso la estructura debe ser descrita partiendo de un fin, un propósito, componentes y actividades.

Aunque para el año 2019 fue presentada la información del catálogo<sup>39</sup> de prestaciones del programa, en los medios de verificación de los indicadores al 4 de febrero de 2021 no se ha presentado la evidencia de esto indicadores referidos. Por lo que el análisis de este programa quedará delimitado abarcará de 2015 a 2018.

En toda planificación de políticas públicas es importante que los indicadores sean monitoreados por dos razones que son de suma importancia para la continuidad, transformación y mejora continua de los programas. La primera es que permite identificar si los recursos para la solución del problema son aplicados con eficiencia y se están generando los cambios propuestos por el objetivo del programa. El segundo si bien se relaciona con la condición matemática que puede existir en el indicador, tiene que ver con la propia percepción de los cambios que está efectuando el programa, por lo que toma una relevancia la manera en la que da el resumen narrativo del indicador que a su vez impactará en que elementos se integran al cálculo matemático.

En este sentido, es importante que los indicadores sean documentados de manera que se describan adecuadamente para posteriormente analizar su evolución. Mientras que la medición de la calidad estadística permite calificar un proceso de producción para mejorar o respetar la continuidad de los productos que se entregan al público, en este sentido se debe destacar que los datos deben cumplir con elementos clave: exactitud, disponibilidad, rigor, independencia, transparencia, imparcialidad y utilidad (Delmore & Chatelain, 2011).

Concretamente el ChCC tiene un componente para la atención personalizada del parto, como se mencionó anteriormente en Chile no se cuentan con programas específicos que permitan atender la violencia obstétrica. El programa cuenta con cuatro indicadores analizado a partir de 2015 hasta 2018 (Tablas 41, 42, 43 y 44).

---

<sup>39</sup> Consultar el catálogo en la siguiente página: [http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/10/catalogo-prestaciones-PADBP\\_-2019.pdf](http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2019/10/catalogo-prestaciones-PADBP_-2019.pdf).

Lo que se destaca de la construcción de estos indicadores es que en primera instancia no han tenido cambios sustanciales en el periodo observado. Además, es importante destacar que los cuatro indicadores en su método de medición son repetitivos en la utilización de las variables, aunque los nombres son diferentes (y no se muestra la descripción de lo que se pretende medir) las variables utilizadas son similares ya que la descripción se diferencia en la redacción, pero en la aplicación son las mismas variables. Otra observación destacable es que el nombre del indicador en los cortes de resultados no tiene el mismo nombre que el que se plantea en el catálogo de prestaciones, ocasionando ambigüedades al momento de ubicar el resultado y realizar un análisis correcto.

Los indicadores 18 y 19 correspondientes al año 2015 (que para los años posteriores se enumeraron como 14 y 15) presentan un objetivo distinto, pero tanto el nombre como el método de medición resulta en una ambigüedad. El primero de estos indicadores describe que se busca una atención personalizada y continua por parte del mismo personal de atención del parto en el parto para minimizar las intervenciones innecesarias y favorecer los procesos fisiológicos, pero el nombre del indicador describe que se refiere al porcentaje de mujeres acompañadas por el padre o un familiar cercano. En este sentido, el segundo indicador tiene como objetivo que se genere un espacio íntimo, seguro con autonomía y acogida donde la mujer y la familia sean tratadas como protagonistas respetando las diferencias culturales. Sin embargo, el nombre del indicador describe porcentaje de mujeres acompañadas de su pareja o familiar cercano en el parto.

Ahora bien, al buscar en las fichas de los indicadores (MINSAL, s.f.) mencionados, únicamente aparece el siguiente nombre “Porcentaje de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias” y es el mismo nombre que aparece en la hoja de monitoreo. Esto da entender que los indicadores no están cumpliendo con el objetivo de medición establecido.

La unidad de medida de los indicadores se establece como porcentaje, sin embargo, en el método de cálculo la operación no presenta ser un porcentaje debido a la carencia de la simbología matemática. Otra de las carencias encontradas en los indicadores refiere a que no se establece una periodicidad de medición, si bien la fuente de referencia o medio de verificación para consultar las variables son los Resúmenes Estadístico Mensual (REM) de

la información de salud emitida por las instituciones de salud, no es suficiente para determinar que este periodo es mensual.

Ahora bien, los indicadores tampoco establecen que dimensión están midiendo, esta dimensión puede ser en el caso de las actividades de eficacia, eficiencia o economía. Considerando que el indicador busca medir el cumplimiento de metas, le correspondería una medición de eficacia. Por otro lado, el tipo de indicador tampoco es definido, en este caso al ser actividades designadas para un componente, le corresponde identificarlo como indicador de gestión.

Aunque es entendible que el indicador debe establecerse en un sentido ascendente, esto no se encuentra descrito en la ficha. El conocer el sentido del indicador permite dimensionar qué tiene que ocurrir con lo que se está presentando, en este caso se reconoce que debe ascender el porcentaje de mujeres que son acompañadas por una persona cercana en el proceso de preparto y parto. Lo anterior se enlaza a la línea base del indicador, que permite describir qué es lo que se espera alcanzar y se establece como un 80%.

En lo tocante al indicador 20 (en el año 2015) que posteriormente es tratado como 16 (a partir de 2016) las situaciones son muy similares. Sin embargo, es el indicador que tiene una construcción más adaptada conforme a los lineamientos de la MML. En el caso de la línea base también se contempla un porcentaje del 80% de hijos/as que tienen contacto piel a piel desde el momento del nacimiento.

Para el indicador 21 (2015) que posteriormente es el 17, no se establece un objetivo vinculado a la medición. Además, que en la ficha de monitoreo no aparece el indicador con ese nombre, e incluso al momento de presentar los resultados hay dos indicaciones sobre lactancia que no registran concretamente lo que se establece en el indicador, además de repetir las mismas situaciones de carencias de información que los indicadores anteriores.

Otra de las situaciones a recalcar, es que desde la propia instancia gubernamental no se cuenta con un diagnóstico que dé cuenta sobre la situación de la calidad de los servicios entregados al momento del parto. En todo caso, no se encuentra una vinculación tampoco transversal que establezca directamente acciones concretas ante esta situación. Esto puede deberse a la inexistencia de la propia desconceptualización de la violencia obstétrica en la norma.

**Tabla 40. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2015**

	<b>Indicador 18</b>	<b>Indicador 19</b>	<b>Indicador 20</b>	<b>Indicador 21</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Atención personalizada y continua por el mismo profesional durante el trabajo de parto y parto favoreciendo la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias según el plan de atención	Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas del evento, respetando las diferencias culturales	Ejecutar el primer contacto físico piel a piel entre la madre, padre e hijo/hija, desde el momento del nacimiento hasta 60 minutos después del parto, a menos que existan contradicción médica.	No especificado
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de mujeres acompañadas por el padre o familiar cercano en el proceso de parto y parto	Porcentaje de mujeres acompañadas por su pareja o familiar cercano en el parto.	Porcentaje de recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo	Porcentaje de recién nacidos(as) que inician lactancia en el contacto piel a piel
<b>Método de cálculo</b>	No. de gestantes beneficiarias acompañadas por el padre o persona significativa en parto y parto/No. total de partos atendidos de mujeres beneficiarias	No. de mujeres beneficiarias acompañadas por el padre o persona significativa en el parto/No. total de partos atendidos de mujeres beneficiarias	No. de recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/No. de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos	No. de recién nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos que inician lactancia materna durante el contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/No. de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 30 minutos.
<b>Meta inicial o línea base</b>	80%	No especificado	80%	No especificado
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Tipo de indicador</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	Registro local
<b>Resultado</b>	61.5%	S/D*	73.7%	S/D

\*Estos datos no se encuentran especificados por el nombre en particular. Asimismo, el indicador presenta información similar al indicador 18, por lo que es repetitivo e innecesaria su integración al realizar la misma medición.

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Catálogo de Prestaciones 2015 del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (MINSAL, 2015) y corte de indicadores 2015 (MINSAL, s.f.)

**Tabla 41. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2016**

	<b>Indicador 14</b>	<b>Indicador 15</b>	<b>Indicador 16</b>	<b>Indicador 17</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Atención personalizada y continua por el mismo profesional durante el trabajo de parto y parto favoreciendo la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias según el plan de atención	Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas del evento, respetando las diferencias culturales	Ejecutar el primer contacto físico piel a piel entre la madre, padre e hijo/hija, desde el momento del nacimiento hasta 60 minutos después del parto, a menos que existan contradicción médica.	No especificado
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias	Porcentaje de mujeres acompañadas por su pareja o familiar cercano en el parto.	Porcentaje de recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo	Porcentaje de recién nacidos(as) que inician lactancia en el contacto piel a piel
<b>Método de cálculo</b>	Número de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias/Número de partos de mujeres beneficiarias	No. de mujeres beneficiarias acompañadas por el padre o persona significativa en el parto/No. total de partos atendidos de mujeres beneficiarias	No. de recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/No. de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos	No. de recién nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos que inician lactancia materna durante el contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/No. de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 30 minutos.
<b>Meta inicial o línea base</b>	80%	No especificado	80%	No especificado
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Tipo de indicador</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	Registro local
<b>Resultado</b>	63.6%	S/D*	76.2%	SD

\*Estos datos no se encuentra especificada por el nombre en particular. Además, el indicador presenta información similar al indicador 14, por lo que es repetitivo e innecesaria su integración al realizar la misma medición.

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Catálogo de Prestaciones 2016 del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (MINSAL, 2016) y corte de indicadores 2016 (MINSAL, s.f.)

**Tabla 42. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2017**

	<b>Indicador 14</b>	<b>Indicador 15</b>	<b>Indicador 16</b>	<b>Indicador 17</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Atención personalizada y continua por el mismo profesional durante el trabajo de parto y parto favoreciendo la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias según el plan de atención	Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas del evento, respetando las diferencias culturales	Favorecer el primer contacto físico piel a piel y afectivo entre la madre, padre e hijo/hija hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contradicción médica.	No especificado
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias	Porcentaje de mujeres acompañadas por su pareja o familiar cercano en el parto	Porcentaje de recién nacidos u nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisando por equipo	Porcentaje de recién nacidos (as) que inician lactancia en el contacto piel a piel
<b>Método de cálculo</b>	Número de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias/Número de partos de mujeres beneficiarias	No de mujeres beneficiarias acompañadas por el padre o persona significativa en el parto/No. total de partos atendidos de mujeres beneficiarias	Número de recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/No. nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos	Número de recién nacidos con peso mayor o igual a 2.500 gramos que inician lactancia materna durante el contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/ No de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos que tienen contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos.
<b>Meta inicial o línea base</b>	80%	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Tipo de indicador</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A
<b>Resultado</b>	66.7%	SD*	76.2%	S/D*

\*Los datos correspondientes al indicador son repetitivos en su medición, por lo que sus variables indican que existe una repetición de medición.

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Catálogo de Prestaciones 2017 del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (MINSAL, 2017) y corte de indicadores 2017 (MINSAL, s.f.)

**Tabla 43. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2018**

	<b>Indicador 14</b>	<b>Indicador 15</b>	<b>Indicador 16</b>	<b>Indicador 17</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Atención personalizada y continua por el mismo profesional durante el trabajo de parto y parto favoreciendo la evolución fisiológica del proceso, minimizando intervenciones innecesarias según el plan de atención	Generar un espacio de intimidad, seguridad, autonomía y acogida al interior de la maternidad, donde la mujer y su familia sean reconocidas y tratadas como protagonistas del evento, respetando las diferencias culturales	Ejecutar el primer contacto físico piel a piel entre la madre, padre e hijo/hija, desde el momento del nacimiento hasta 60 minutos después del parto, a menos que exista contradicción médica	No especificado.
<b>Nombre del indicador</b>	Centinela operativo meta 80%: Porcentaje de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias	Porcentaje de mujeres acompañadas por su pareja o familiar cercano en el parto	Centinela obligatorio meta 80%: Porcentaje de Recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo	Porcentaje de recién nacidos(as) que inician lactancia en el contacto piel a piel.
<b>Método de cálculo</b>	No. de partos con acompañamiento durante parto y parto de mujeres beneficiarias/Número de partos de mujeres beneficiarias	No. de mujeres beneficiarias acompañadas por el padre o persona significativa en el parto/No. total de partos atendidos de mujeres beneficiarias	Número de recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/ Número de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos	Número de recién nacidos con peso mayor o igual a 2500 gramos que inician lactancia materna durante el contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos/Número de nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2500 gramos que tienen contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos
<b>Meta inicial o línea base</b>	80%	No especificado	80%	93%
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Tipo de indicador</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	REM A24 Sección B/REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/ REM A24 Sección A	REM A24 Sección B/ REM A24 Sección A	Registro local
<b>Resultado</b>	68.9%	S/D*	71.6%	S/D

**Fuente:** Elaboración propia con datos del Catálogo de Prestaciones 2018 del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (MINSAL, 2018) y corte de indicadores 2018 (MINSAL, s.f.)

En la tabla 44 se muestra aquellos avances de los indicadores que contiene el programa con referencia al parto personalizado. En todo caso se reafirma que no todos los datos se presentan de la misma manera en la que se describen en el programa, puesto que las fichas de monitoreo y los datos de seguimiento presentan otros nombres.

**Tabla 44. Relación de monitoreo de resultados de los indicadores de atención propuestos para la atención personalizada del parto en Chile 2015-2018**

	2015			2016			2017			2018		
	LB	R	D	LB	R	D	LB	R	D	LB	R	D
Porcentaje de partos con acompañamiento durante preparto y parto	80	61.5	-18.5	S/M*	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M
Porcentaje de partos con acompañamiento durante preparto y parto de mujeres beneficiarias	N/A**	N/A	N/A	80	63.6	-16.7	80	66.7	-13.3	80	68.9	-11.1
Porcentaje de recién nacidos(as) con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos	80	73.7	-6.3	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M	S/M
Porcentaje de recién nacidos y nacidas con peso mayor o igual a 2.500 gramos con contacto piel a piel mayor o igual a 30 minutos supervisado por equipo	S/M	S/M	S/M	80	76.2	-3.8	80	76.2	-3.8	80	71.6	-8.4
Egresos de maternidad con lactancia materna exclusiva	90	89.2	-.8	90	90.2	.2	S/D***	90.3	S/D	95	93.2	-1.8
Egresos de neonatología con lactancia materna exclusiva	70	60.1	-9.9	70	60.4	-9.6	70	55.7	-14.3	70	54.3	-15.7

\*S/M refiere a que en la ficha de monitoreo o corte de resultados del indicador no se tiene medición

\*\* N/A refiere a que el nombre del indicador no es aplicable para el periodo anual

\*\*\* S/D refiere a que el indicador no tiene datos de medición

LB: Línea base del indicador.

R: Resultado obtenido en el año.

D: Diferencia de la línea base ante el resultado alcanzado.

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de los cortes de resultados anuales y fichas de monitoreo de los indicadores.

Se puede apreciar que dos de los indicadores del año 2015 para los periodos subsecuentes, aunque median lo mismo tuvieron un cambio de nombre. Se puede apreciar que con uno de los indicadores más importantes en consideración con los lineamientos y métodos de atención establecidos por la OMS<sup>40</sup> y el propio Manual para el Parto Personalizado de ChCC, la presencia de una persona acompañante tiene un promedio anual de cobertura del 65.1% de los

<sup>40</sup> Consultar las Recomendaciones de la OMS para los Cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. p.4, disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>

nacimientos del 80% fijado como línea base. Sin embargo, al cotejar información en los reportes de cierre (MINSAL, s.f.) respecto al acompañamiento que tiene las mujeres gestantes por parte de algún familiar, pareja o persona significativa a los controles prenatales existe un promedio de 33.8%.

Aún con estos datos, se dificulta establecer algunas otras variables importantes para determinar la verdadera experiencia del parto. El autor del presente texto se comunicó al Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM)<sup>41</sup> de ChCC<sup>42</sup>, para preguntar sobre la ubicación de los indicadores respectivos al monitoreo de la violencia obstétrica, refirieron que no se tienen tales indicadores.

Por lo que el programa al tratar de establecer un parto personalizado solamente está midiendo uno de los parámetros necesarios, por ejemplo, no se mide el tiempo promedio de atención por parte del matrn o matrona, el tiempo promedio de espera para el ingreso a la sala, la proporción de cesáreas o partos vaginales, la tasa de informes con denuncias o quejas sobre los procedimientos.

Incluso no se marca un procedimiento específico para una medición de la calidad del servicio por parte de la usuaria o su acompañante. Aunque no en todos los casos se presenta un acompañante, esta práctica permitiría destacar y observar si realmente el parto está marcando los parámetros para ser considerado como un parto personalizado.

#### **4.2.2 Población Objetivo**

El Catálogo de prestaciones define que es el 100% de las mujeres que atienden sus partos en servicios obstétricos públicos del país. Al hacer un recuento de los partos registrados en el sector públicos y cruzarlo con los informes técnicos de cierre de los periodos se puede notar que esta cobertura no se cumple al 100% como lo determina el componente (Tabla 45).

La modalidad de ingreso al ChCC está identificada bajo la condición del primer control natal o de gestación que tenga la mujer en el sistema público (Crececontigo.gob, 2021), dando la entrada al primer parte del sistema el PADBP. A este punto es complejo

---

<sup>41</sup> Plataforma informática en línea que recopila información que Visibiliza la atención caso a caso, de las gestantes, niñas y niños; genera alertas de vulnerabilidad que permitan activar oportunamente las acciones y prestaciones; registrar y monitorear la implementación de las acciones establecidas y apoyar la gestación local de la red ChCC (Chile Crece Contigo, s.f.).

<sup>42</sup> Método de contacto disponible en el siguiente enlace web: <https://sites.google.com/view/srdm/>

realizar una revisión estadística a profundidad debido a la dispersión y desarticulación de los datos, ya que cuando se identifica el número de nacimientos o partos no se especifica si corresponden propiamente al programa o al total de nacimientos a nivel nacional. Además, que no llegan a coincidir con la información de las estadísticas vitales, ya que en algunos documentos se registran como partos y en otros como nacimientos.

**Tabla 45. Comparativo porcentual de partos y nacimientos de beneficiarias en Chile 2015-2016**

Año	Número de partos de beneficiadas (A)	Total de gestantes ingresadas a control prenatal (B)	Nacimientos en FONASA* (C)	% de partos de beneficiadas respecto a gestantes beneficiadas (A/B) *100	% de partos de beneficiarias respecto a nacimientos registrados en FONASA (A/C) *100	% gestantes beneficiadas respecto a los nacimientos en FONASA (B/C) *100
2015	128517	182203	201491	71%	64%	90%
2016	123433	169457	178620	73%	69%	95%
2017	118730	168008	172837	71%	69%	97%
2018	124829	176156	177224	71%	70%	99%

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de Indicadores ChCC (ChCC/MINSAL, 2021) e INE (2021)

Esto lleva a tener uno de los primeros cuestionamientos sobre las cifras presentadas en los reportes de cierres anuales (MINSAL, s.f.), concretamente en la cobertura de las gestantes. En los reportes se describe que en el año 2015 se tuvo una cobertura de 96.7%, en 2016 se presentó el 97.4%, para 2017 se muestra un 96.1% mientras que para 2018 describen 97.5%. En dado caso al tratar de realizar el cruce de información con los datos de las estadísticas vitales la cobertura para 2015 representa el 90%, para el año 2016 se registra un 95%, en el 2017 se estima 97.2%, mientras que el 2018 refiere un 99.4%.

En la tabla 45 se puede apreciar la relación que existen entre el número de gestantes beneficiadas inscritas en ChCC ante el número de partos atendidos bajo el PADBP. El número de partos de beneficiarias del programa muestra un promedio de cobertura del 71.5%. Mientras que la relación de nacimientos atendidos bajos términos del parto personalizado del PADBP corresponde a un 68%. De tal manera que, el porcentaje promedio de mujeres beneficiarias del programa con respecto al total de nacimientos en FONASA cubre el 95.25%.

Ahora bien, no hay una división concreta para definir a la población que será atendida, desde un primer momento se apunta a que la población objetivo es la misma que la beneficiaria. Se entiende claramente que este programa trata de brindar la cobertura en las

Redes Públicas, sin embargo, no se describen concretamente que variables son utilizadas para realizar los cálculos o cómo se realizan las definiciones de las líneas base.

### 4.2.3 Presupuesto

El manejo presupuestario para el PADBP se realiza por transferencia a través de FONASA. Esta distribución de recursos se realiza hacia los servicios de Salud de las Redes de Atención. El presupuesto asignado no muestra reportes de la distribución del recurso por indicador, lo que dificulta en este sentido reconocer cuánto recurso es realmente empleado para la atención del parto. En este sentido, se retoma la idea de que es importante que los indicadores especifiquen la dimensión de la medición con la intención de saber la manera en la que el presupuesto es ejercido según lo alcanzado.

En la tabla 46 se realiza una estimación del presupuesto general del PADBP para la atención del nacimiento. Es importante remarcar que el presupuesto general para el programa ha tenido incrementos importantes desde su primer año de operaciones (2017) pues el presupuesto inicial fue de \$2,894,023. Considerando el año 2015 como año base, el presupuesto tiene un incremento promedio de 3.78%.

**Tabla 46. Relación del presupuesto asignado al PADBP por mujer beneficiaria y nacimiento 2015-2018 Chile**

Año	Presupuesto asignado	Variación presupuestal	Mujeres beneficiarias	Gasto por mujer beneficiaria	Nacimientos por mujeres beneficiarias	Gasto estimado por nacimiento
2015	\$16,909,411,439.00	-	182203	\$92,805.34	128517	\$131,573.34
2016	\$17,877,774,000.00	5.73%	169457	\$105,500.36	123433	\$144,837.88
2017	\$18,414,107,000.00	3.00%	168008	\$109,602.56	118730	\$155,092.29
2018	\$18,892,874,000.00	2.60%	176156	\$107,250.81	124829	\$151,350.04

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de informes finales PADBP (MINSAL, s.f.) y datos de la tabla 22.

El presupuesto en este programa es asignado conforme a tres criterios principales. El primero es la población para atender, el informe técnico establece que se hace una proyección anual con respecto al resultado del ejercicio inmediato anterior (considera gestantes, número de partos entre otros). El segundo criterio contempla las condiciones de vulnerabilidad como gestantes en riesgo psicosocial, gestantes con escolaridad inferior a sexto grado de educación básica, porcentaje de violencia de género. El tercer criterio considera las prestaciones que serán otorgadas.

Del presupuesto programado se realiza una distribución en dos cuotas la primer corresponde al 50% de los recursos presupuestados, mientras que el 50% restante vinculado a la segunda cuota responde a una evaluación de cumplimiento de metas establecidas por el programa a través de los 20 indicadores que se dividen en dos grupos: indicadores de inversión (un total de 12) e indicadores de contexto (un total de 8). Estos indicadores reciben una ponderación del 85% y 15% respectivamente. De tal manera que esto impacta en el recurso que termina recibiendo la región para la Atención Primaria de la Salud (APS) y los hospitales.

#### **4.2.4 Vinculación a los ODS**

Chile hasta febrero de 2021 cuenta con dos informes nacionales voluntarios de los avances en los ODS el primero de 2017 y el segundo de 2019. En este sentido, es el primer informe el que aborda los objetivos 3 (Salud y Bienestar) y 5 (Igualdad de Género). En el informe del año mencionado se especifica que en lo referente a la mortalidad materna (RMM) en 2014 representaba 13.5 por cada 100 mil nacidos vivos, siendo una cifra menor a la reducción que plantea la meta 3.1 (menos de 70 por cada 100 mil nacidos vivos). Además, que en ese mismo se registró que el 99.75% de los nacimientos se realizaron con atención profesional del parto. El informe destaca que existen diversas acciones relacionadas el tema de la reducción de la mortalidad materna: 1. Vigilancia y auditoría de muerte materna; 2. Parto asistido por equipo de salud y control de riesgo, lo que incluye el fortalecimiento de capacidades en emergencia obstétricas e implementación de la atención integral del parto; y 3. Controles pre y post natales (Gobierno de Chile, 2017:29).

En el año 2018 se publicaron las acciones públicas relacionadas al cumplimiento de las metas del objetivo 3 (Gobierno de Chile, 2018). La acción vinculada a la meta 3.1 describe las mismas que se reportan en el informe voluntario del 2017 vinculándolo al programa Chile Crece Contigo, pero también refiriendo el Programa de Salud de la Mujer creado en 1997. Es interesante considerar este punto ya que ese programa contenía un apartado de hospitalización por parto y puerperio con el objetivo de otorgar atención oportuna, integral y personalizada a la embarazada durante el trabajo de parto, parto, alumbramiento, post alumbramiento y el puerperio (MINSAL, 1997).

Chile ha mantenido baja cantidad de muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio. Ahora bien, es importante destacar que el indicador utilizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) para el monitoreo de la mortalidad materna contempla las muertes en el embarazo o en los 42 días siguientes a la terminación (puerperio), por lo que el resultado arrojado en 2017 corresponde a 13 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

En relación con las muertes maternas descritas en el informe del año 2017, se encuentra una discrepancia con los cálculos propios, debido a que la información disponible no separa las muertes maternas dentro de los 42 días siguiente al parto. Aún con esto es destacable que las causas de muerte maternas por causas obstétricas directas se presentan en un promedio de 16 mujeres al año por cada 100 mil nacidos vivos. Sin embargo, esta cifra representa un promedio anual de 73% de las muertes. Este porcentaje se percibió sobrepasado en los años 2016 donde se registra un 90% de muertes por esta causa, mientras que 2017 y 2018 comparten un 76% (Tabla 47).

<b>Tabla 47. Número de muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivo Chile</b>						
	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>
Nacidos vivos	242005	250997	244670	231749	219186	221731
Muertes maternas totales	52	56	56	51	58	51
Muerte materna por cada 100,000 nacidos vivos	21.49	22.31	22.89	22.01	26.46	23.00
Muertes maternas por causas obstétricas directas	34	38	35	46	44	39
Muerte de causas obstétricas directas por cada 100,000 nacidos vivos	14.05	15.14	14.30	19.85	20.07	17.59

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de DIES (2021), INE (2016).

En términos generales, Chile lleva implementando un modelo de atención enfocado en brindar servicios de salud competitivos, sin embargo, esta búsqueda también ha llevado a que la salud sea un tema más enfocado en el manejo de capitales que por el cuidado de las personas. A pesar de las recomendaciones realizadas al país por parte de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la reducción de los gastos de bolsillo en la atención médica, las cuotas de desembolso para el caso del parto aún sobrepasan el 20% recomendado.

Un punto importante es que en Chile se ha establecido un estándar de calidad a través del programa de evaluación de la calidad de los servicios ginecobiobstétrico en su infraestructura. Sin embargo, esta información no se pudo localizar, además de que el manual redactado en el año 2013 parece ser de su aplicativo para aquellas entidades consideradas

como ISAPRES. De tal manera que, así se determina su aceptación den otro del padrón de atención en el área ginecobstetricia.

Sin embargo, Chile desde los años 90 trabajó bajo un programa de atención integral a la salud de las mujeres el cual consideraba la atención para el parto, post parto y puerperio. Ahora bien, no se logró localizar información específica sobre la existencia de una medición o vigilancia a los cuerpos profesionales de atención obstétrica, e incluso la integración de encuestas de satisfacción ante el servicio de ginecobstetricia.

Es importante considerar que, tras el nacimiento, las beneficiarias del Chile Crece Contigo siguen teniendo contacto a través de la atención especializada ofrece a los niños, incluso las mujeres que pertenecen a ISAPRES pueden integrar a sus hijos e hijas a los beneficios del Sistema de Protección a la Infancia. Por ello tras el inicio de estos controles sería adecuado realizar este tipo de entrevistas para evaluar cuál es la calidad del trato tanto en la red pública como en la atención privada.

Otro aspecto importante de abordar es que el PADBP en su estructura integra un apartado para brindar un parto personalizado. Sin embargo, los indicadores (funcionales) más cercanos a las consideraciones del parto respetado o humanizado, solamente contemplan la presencia de una persona que acompañe a la mujer durante el parto, el acercamiento al bebé y la condición de la lactancia (sin considerar los errores mencionados en páginas anteriores).

Es importante considerar que en cuestiones institucionales no es totalmente clara la asignación que se realiza por actividades al PADBP para identificar cuanto presupuesto es ejercido en la atención personalizada del parto. Además, comparando los datos presupuestales arrojados en la tabla 23, se destaca que el costo por nacimiento no es equiparable a lo que se destina a este proceso en las ISAPRES. Si se hace una retrospectiva, se destaca que en este sector el parto tiene un costo de \$1,464.13 dólares siendo equivalente a \$1,153,630 pesos chilenos (FONASA, s.f.), mientras que en la atención pública el costo en el año 2018 se estimó en \$151,350.04 pesos chilenos. La pregunta estribaría por qué es más elevado el costo del nacimiento en un sector que en otro.

En relación con la atención a los ODS, Chile no ha reportado avances de la meta 3.1 (Chile Agenda 2030, s.f.), los indicadores disponibles para su monitoreo permanecen estático en el año 2014 con la meta base de apertura. Además, es importante destacar que no se percibe un seguimiento propio por parte del Estado a las denuncias de violencia obstétrica.

Un dato importante es en la estimación del personal necesario para la atención obstétrica, pues propiamente con relación al manual de atención personalizada no se cuenta con el personal suficiente para atender el parto de la manera que se establece. Esto ocasionaría que el personal tenga que trabajar más tiempo de jornada o que no se cuente con las personas necesarias para la atención en el momento del parto.

#### **4.2.5 El tópico de la sociedad civil contra la VO en Chile**

En el año 2017 al presentarse la iniciativa para el Parto Respetado bajo el nombre de Ley Trinidad trajo un fuerte impulso por parte de diversas organizaciones civiles. Esto a raíz del trato que no recibió Adriana Palacios de 19 años, quien con 40 semanas de gestación acudió seis veces para recibir atención debido a intensos dolores de parto, sin que recibiera la atención, cuando fue atendida su hija ya estaba muerta (RadioUCHile, 2017).

Incluso también debe recordarse los casos de Macarena Valdés, Lorenza Cahuyan y Machi Francisca como situaciones detonadoras para la búsqueda de la visualización del problema de la VO que hasta hoy sigue sin tener un reconocimiento dentro del ámbito jurídico (Colectivo Kaosenlared, 2016).

Silva y otros (2020) realizan una recopilación de las diversas percepciones de los *stakeholders* entorno al parto humanizado en Chile. De tal manera que contemplan como actores sociales a las siguientes organizaciones:

1. Observatorio de Equidad de Género: Surge ante un proyecto de la OPS e incluye la observación crítica de políticas de salud sexual y reproductiva (inactivo).
2. Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN-Chile): Red de organizaciones que proponen el mejoramiento de la experiencia del nacimiento y promueven métodos de parto alternativos.
3. Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO): Inicia en 2015, organización multidisciplinaria que visibiliza a las víctimas de violencia obstétrica y desarrolla acciones de acompañamiento a las mujeres y denuncia.
4. Corporación Miles: En 2016 publicó un documento acerca de los derechos sexuales y reproductivos, en el que se reporta acerca de la violencia obstétrica en Chile.

5. Coordinadora por los Derechos del Nacimiento de Chile: Promueve el activismo en torno a los derechos de la gestación, el nacimiento, el postparto y la crianza.
6. Colegio de Matronas y Matrones de Chile: A partir del año 2014 la instancia ha publicado declaraciones en los medios en respuesta a denuncias públicas de violencia obstétrica. El Colegio argumenta que el Estado es responsable de este problema ya que no ha implementado las condiciones y servicios para proveer una atención digna del parto. En 2018 participó en la iniciativa legal para mejorar los servicios perinatales y avanzar en la ley de “derechos de la mujer a una vida libre sin violencia”. Para 2019 organizó un seminario acerca de avances y cuidados maternos respetuosos.
7. Sociedad Chilena de Obstetricia y ginecología: A partir de 2013 en la revista científica se realiza un cambio en cuanto a la visión del parto. Critica el modelo medicalizado de atención al parto.

De los anteriormente mencionados la RELACAHUPAN Chile es la organización que más trascendencia ha tenido en el tema. Surge en Brasil en el año 2000, coordinando 22 países entre los que se encontraba Chile, siendo particularmente atendido por matronas (Vera, 2010). Sadler (s.f) describe que en Chile esta red entre los años 2001 y 2010 se vinculó a matronas y obstetras que estaban implementando el parto humanista.

Sadler también menciona que el primer proyecto de ley presentado en 2015 no tuvo participación la sociedad civil, aunque hubo participación ante la cobertura de los medios, pero las organizaciones no participaron en su redacción. Precisamente en el proyecto presentado en 2016 tuvo la participación de la Coordinadora Nacional por los derechos del Nacimiento.

En 2018 se estableció la Mesa de Trabajo “Por UN Parto Respetado en Chile” la cual estaba conformada por las organizaciones: Corporación MILES, Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, Poderosas, Útera, Coordinadora por los Derechos del Nacimiento Chile, Humanas Centro Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, así como por la Diputada Claudia Mix. La intención de esta mesa fue la de llevar al pleno el proyecto de ley para proteger a las mujeres y recién Nacidos durante los procesos de embarazo y parto (Por una Ley de Parto Respetado para Chile, 2018).

Actualmente el Observatorio de Violencia Obstétrica y la Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica han avanzado en la observación y medición de la

problemática. Ambas agrupaciones presentan estudios recientes en la materia: el primer caso refiere a la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile (OVO Chile, 2018), la cual describe las experiencias de parto entre 1970 y 2017 de mujeres chilenas, referenciándose en el Manual de Atención Personalizada con Enfoque Familiar en el proceso Reproductivo, así como las recomendaciones realizadas por la OMS para la experiencia del parto positiva. El segundo caso presenta la Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile 2019-2020.

Aún con esto no se muestra una articulación directa con estas organizaciones para diseñar programas o complementar las acciones existentes con la intención de brindar partos respetados y humanizados. En este sentido se debe tomar en cuenta que las organizaciones han hecho un fuerte papel por impulsar una agenda en la que se reconociera o más bien se integrara la violencia que se sufre durante el proceso de parto.

#### **4.2.6 Opinión de las mujeres**

Para la redacción de esta sección se pidió la participación de mujeres chilenas que tuvieron partos. Esto se realizó a través de la página de parto respetado, de tal manera que se publicó un anuncio segmentado para mujeres chilenas que tuvieran hijas o hijos en los últimos 6 años. Se les pidió ayuda para el llenado de un cuestionario y que las que se sintieran cómodas expresaran su experiencia en el parto. En este sentido, esta sección se divide en dos partes, la primera transcribe las participaciones que algunas mujeres realizaron y la segunda en el análisis cuantitativo del cuestionario.

##### **4.2.6.1 Comentarios**

Se destaca en primer lugar que la mayoría de las mujeres aseveraron haber tenido cesáreas, además que también resaltaron el hecho de que para ellas un parto digno es alcanzable a través del pago (figura 3).



(13 mujeres) respondieron que han tenido solo uno, mientras que 38% (ocho mujeres) describió haber tenido dos o más.

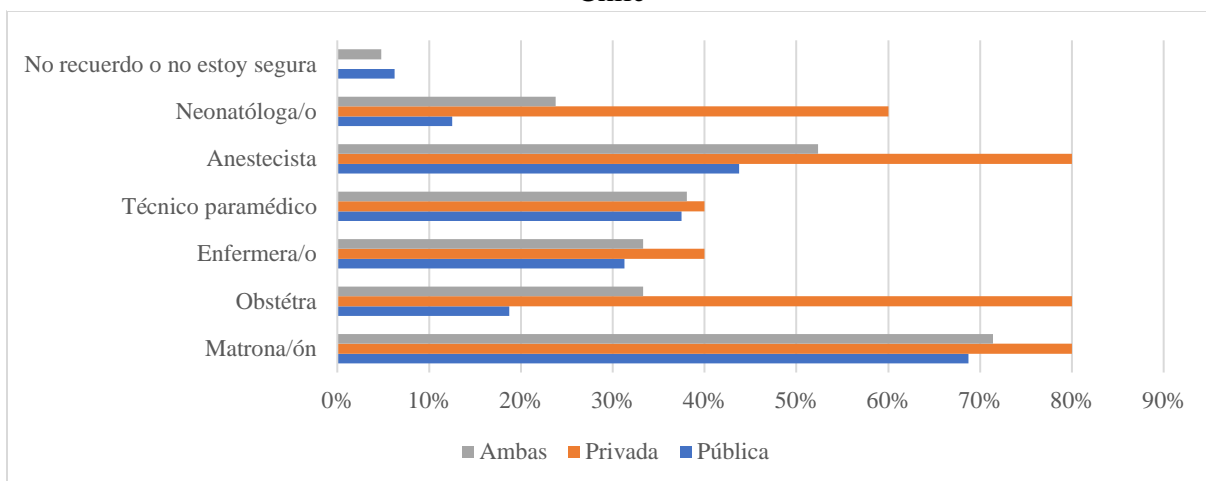
Cuando se preguntó a través de que modalidad del sistema de salud tuvieron los partos se observa una mayor cantidad de mujeres que lo hicieron a través de FONASA en la Red Pública 71% (15 mujeres), mientras que en el privado se destaca que 10% (dos mujeres) tuvo su procedimiento a través de Bonos PAD en establecimiento y 19% (cuatro mujeres) los realizaron de manera directa en ISAPRES.

Cuando se les preguntó a las mujeres sobre su satisfacción ante los servicios recibidos en la atención del parto de las 16 mujeres correspondientes a la Red Pública el 44% (siete mujeres) declaro estar medianamente satisfecha, 38% (seis mujeres) totalmente satisfecha y 19% (tres mujeres) dijo estar nada satisfecha. En relación con las cinco mujeres que tuvieron su parto en el sector público 60% (tres mujeres) dijeron estar totalmente satisfechas mientras que 40% (dos mujeres) declaró estar medianamente satisfechas. Ahora bien, para pedirles que midieran el nivel de satisfacción, se les solicitó que eligieran en una escala del uno al tres, donde uno es nada satisfecha y tres totalmente satisfechas.

En los resultados se encuentra que de las 21 participantes se establece un promedio de satisfacción de 2.85 puntos, de tal manera que esto referiría a 76% del grado de satisfacción de un 100%. De tal manera que, si se observa de manera independiente las respuestas de las mujeres que se atendieron en el sector público, se encuentra un puntaje de 2.18, que se interpreta como un 73% de grado de satisfacción del 100% esperado.

También se les preguntó qué profesionales de la salud se habían estado presentes en el parto. Del total de los casos el 71% (15 mujeres) mencionaron que fue una matrona o matró, de tal manera que para el caso de las 16 mujeres que se atendieron en la Red Pública once reportaron haber tenido esta figura presente (69%), mientras que, en la atención privada, cuatro de las cinco mencionaron que estuvo presente matrona o matró (80%). En el caso de la presencia de obstetra presentó el 33% del total de los casos, al observar de manera separada el sector público y privado se observa que en el sector público solamente tres mujeres (19%) mencionaron que estuvo presente esta persona profesional, mientras que cuatro de las cinco mujeres (80%) atendidas en sector privado mencionaron la presencia de obstetra (Gráfico 7).

Gráfico 7. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados Chile



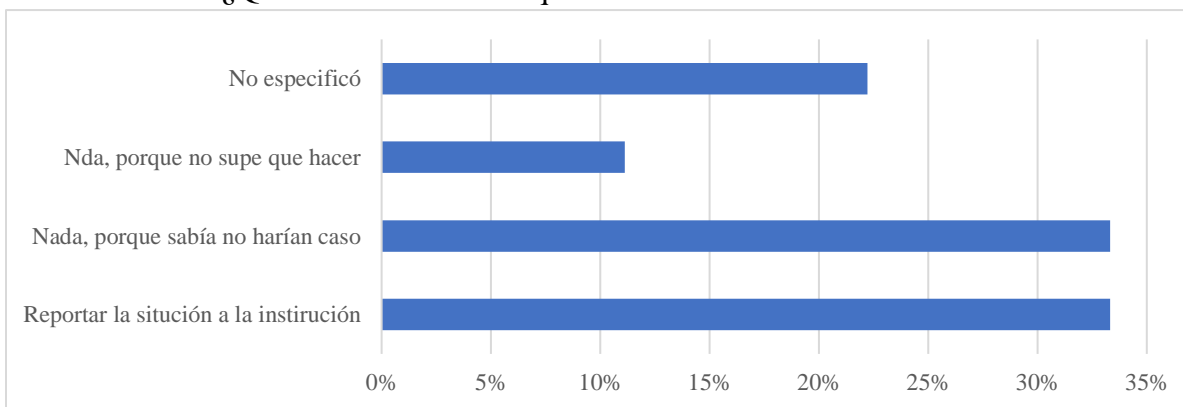
**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Chile

Al preguntar si consideraban que en la atención que recibieron hubo omisiones o sufrieron VO el 43% (nueve mujeres) del total de las mujeres respondió que sí, de las mujeres que se atendieron en el ámbito público 50% (ocho mujeres) respondió afirmativamente, y del sector privado únicamente el 20% (una mujer). De las mujeres que dijeron que sí habían sufrido omisiones o VO, tres refirieron haber estado nada satisfechas con el servicio de atención (atendidas en la Red Pública), mientras que seis respondieron que estaban medianamente satisfechas (cinco que recibieron atención en la red pública y una en la red privada), ninguna de estas mujeres afirmó estar totalmente satisfecha con la experiencia.

Ahora bien, a estas nueve mujeres se les preguntó cuál había sido su proceder al percatarse de estas omisiones o del considerar que fueron víctimas de violencia. Es importante destacar que se les preguntó si trataron de realizar algún procedimiento legal y hubo cero respuestas, esto puede ser en consideración a que no se cuentan con tales vías y el único procedimiento es hacer un reporte administrativo en la institución en la que recibió la atención. Solamente tres mujeres (33% de nueve) optaron por hacer el reporte administrativo, el resto refirió que no hizo algo porque consideraban que no serían escuchadas (33% de nueve), y dos mujeres no especificaron que hicieron (11% de 9). Al preguntarles a las tres

mujeres si consideraban que se había dado un seguimiento adecuado a su queja, las tres respondieron que no (Gráfico 8).

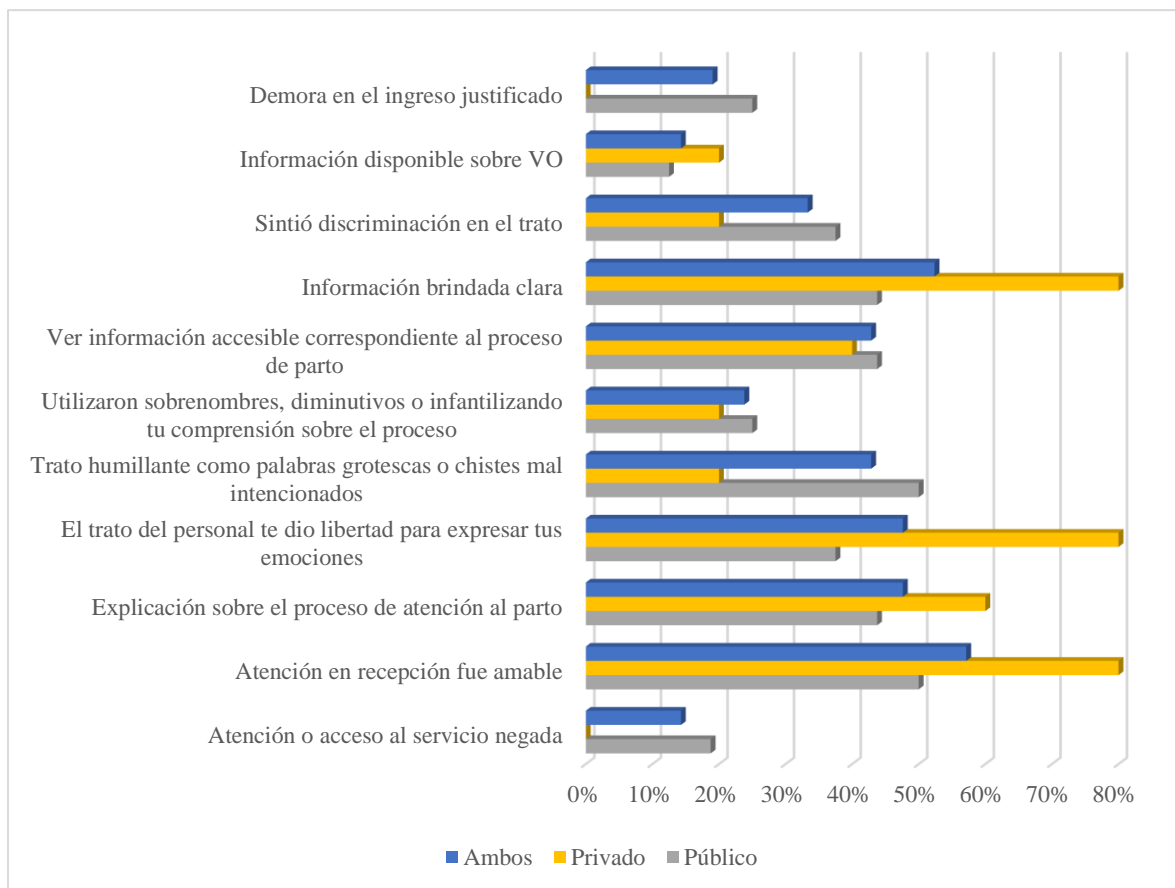
Gráfico 8. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica?



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Chile

Posteriormente, se presentaron una serie de preguntas relacionadas al trato recibido. Al preguntar si la atención fue negada en algún momento 19% (tres mujeres) de las atenciones públicas respondieron de manera afirmativa, mientras que en la atención privada no hubo afirmaciones. Se preguntó si la atención en la recepción fue amable, en el ámbito público el 50% (ocho mujeres) respondieron afirmativamente, mientras que en el privado 80% (cuatro mujeres respondieron de manera afirmativa). Es importante destacar que para el caso del sector público poco menos de la mitad de las mujeres que se atendieron en el servicio público afirman que recibieron una explicación sobre el proceso del parto, mientras que el 50% (ocho) sufrieron trato humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados (Gráfico 9).

Gráfico 9. Situaciones que vivieron las mujeres en los servicios relacionadas a la calidad de la atención en Chile



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Chile

Las preguntas utilizadas también cumplen la función para evaluar las condiciones del trato. Se ponderó el total de 11 preguntas de la sección en la que se esperaba que al final de las respuestas se obtuviera un total de 11 puntos para considerar que el trato es de alta calidad. De tal manera que, este puntaje llevaría a tener tres posibles resultados medidos como: calidad baja o nula de 0 a 3.67 puntos, calidad media de 3.68 a 7.35 puntos y calidad alta de 7.36 a 11 puntos (Tabla 48).

Para medir esta sección se consideró otorgar un punto o cero puntos a respuesta negativas y positivas en relación con la pregunta presentada. Por ejemplo, al preguntar si la atención fue negada, la respuesta positiva (sí) genera cero puntos y la negativa (no) responde a un punto. Para obtener la relación de los puntajes se promedió el total de puntos obtenidos en relación con el total de observaciones para encontrar la aproximación al puntaje esperado, de tal manera que al sumar el puntaje obtenido se logra obtener la ponderación del puntaje total esperado para la sección que es 11.

El resultado obtenido es de un total del 5.76, de tal manera que se puede considerar que la calidad es media, de tal manera que en los servicios públicos se estima 5.21 puntos que también se plantean en la calidad media.

**Tabla 48. Medición de la calidad en las condiciones del trato Chile**

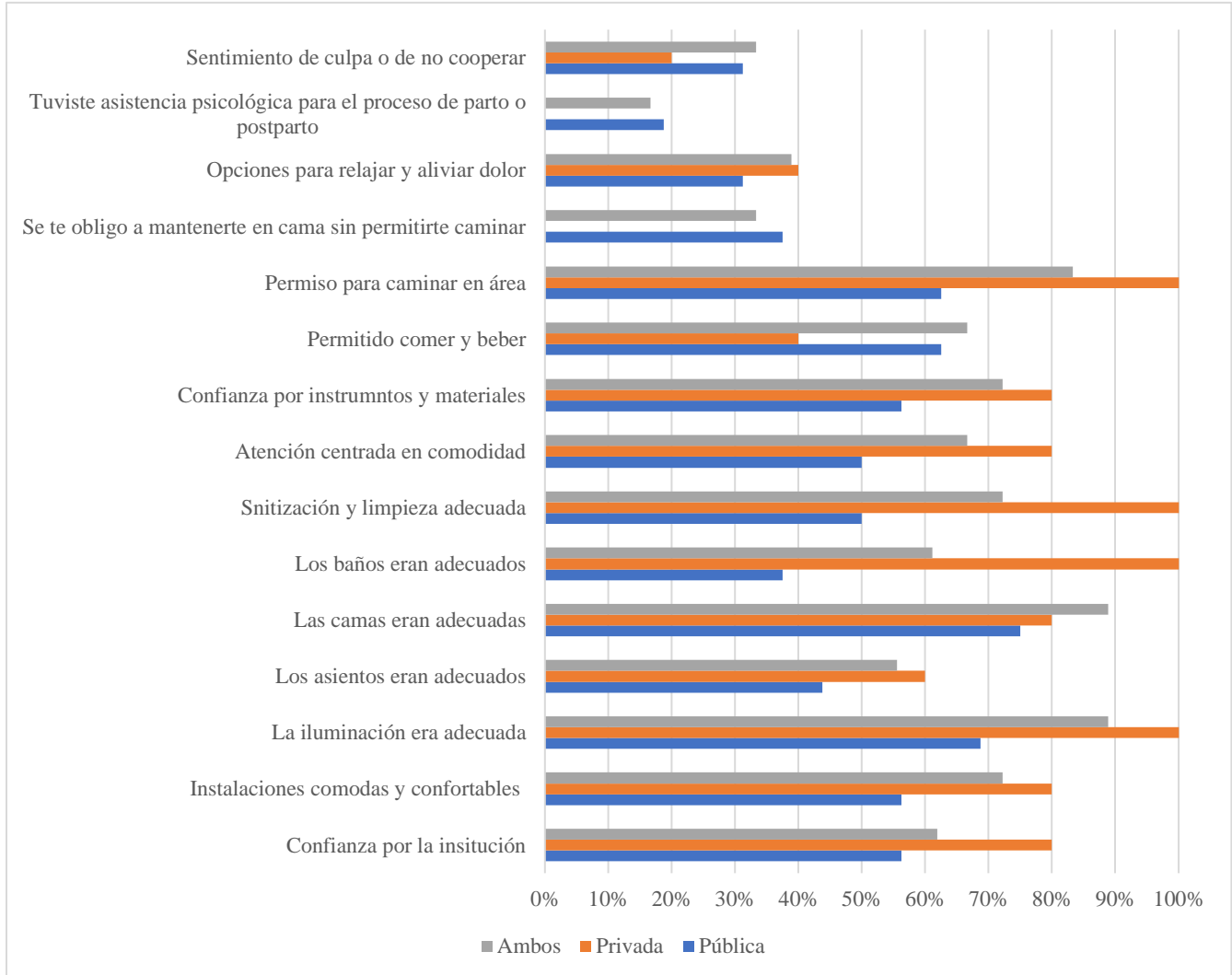
Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
La atención o acceso al servicio fue negada	0	1	0.86	0.81	1
Atención en la recepción fue amable	1	0	0.57	0.50	1
Explicación sobre el proceso de atención	1	0	0.48	0.44	1
El trato del personal dio libertad para expresar emociones	1	0	0.48	0.38	1
El trato fue humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados	0	1	0.57	0.50	1
Utilizaron sobrenombres, diminutivos o infantilización de tu comprensión del proceso	0	1	0.76	0.75	1
Había información visible y accesible correspondiente al proceso de parto	1	0	0.52	0.44	1
La información brindada fue clara	1	0	0.52	0.44	1
Sintió discriminación en el trato	0	1	0.67	0.63	1
Existía información disponible sobre VO	1	0	0.14	0.13	1
Existió demora del ingreso de manera justificada	1	0	0.19	0.25	1
		$\Sigma$	5.76	5.27	11

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Chile

En otra sección de preguntas se refirió si consideraban que a la atención se enfocó en su comodidad el 67% de las 21 mujeres respondió de manera afirmativa, en este sentido, de quienes se atendieron en el sector público únicamente el 50% (ocho mujeres) respondieron de manera afirmativa, mientras que el 80% (cuatro mujeres) de quienes se atendieron en el sector privado respondieron que sí.

También es interesante que cuando se les pregunta a las mujeres si el trato les hizo sentir que culpables o que no colaboraron suficiente en el parto los resultados son similares que cuando se les preguntó si consideraron que el trato recibido fue humillante, de tal manera que el 33% del total de las participantes respondió afirmativamente, de quienes se atendieron en el sector público solamente cinco (31%) de las 16 mujeres respondieron que se sintieron culpables, mientras que del sector privado solamente una (20%) respondió afirmativamente (Gráfico 10).

Gráfico 10. Situaciones que vivieron con relación a la atención durante el proceso de parto Chile



**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

En la tabla 49 se encuentra la segunda parte del análisis relacionado a la atención e infraestructura. La puntuación para esta sección está determinada para 15 preguntas, se distribuye de 0 a 5.99 puntos calidad baja o nula, 6 a 10.99 puntos calidad media y de 11 a 15 puntos calidad alta. En este sentido el puntaje para la evaluación general de servicios públicos y privados se obtuvo un total de 8.76 puntos de 15 esperados, mientras que en la atención pública el resultado fue de 8.02 puntos, en este sentido se considera conforme a la medición en un nivel medio.

**Tabla 49. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura Chile**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Sensación de confianza por la institución de atención	1	0	0.62	0.56	1
Las instalaciones fueron cómodas y confortables	1	0	0.62	0.56	1
Iluminación adecuada	1	0	0.76	0.69	1
Asientos adecuados	1	0	0.48	0.44	1
Camas adecuadas	1	0	0.76	0.75	1
Baños adecuados	1	0	0.52	0.38	1
Sanitización o limpieza adecuada	1	0	0.62	0.50	1
Atención en comodidad (respeto de postura y brindando información al solicitarla)	1	0	0.57	0.50	1
Sentía confianza en instrumentos y materiales utilizados (inocuidad y buen estado)	1	0	0.62	0.56	1
Se le permitió comer y beber al solicitarlo	1	0	0.57	0.63	1
Se permitió caminar en un área designada	1	0	0.71	0.63	1
Se le obligó a mantenerse en cama	0	1	0.71	0.63	1
Se ofrecieron opciones para relajación y tratamiento del dolor (ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias)	1	0	0.33	0.31	1
Tuvo asistencia psicológica para el proceso de parto o posparto	1	0	0.14	0.19	1
La atención le hizo sentir culpable o que no colaboró lo suficiente en el parto	0	1	0.71	0.69	1
		$\Sigma$	8.74	8.02	15

**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

Como tercera sección de la medición se considera la calidad de las intervenciones en el sentido de saber que tan invasivas fueron las intervenciones. Al preguntar si fueron realizados tactos vaginales el 12% de las mujeres respondió que sí, en el sector público esta respuesta corresponde a 81% (13 de las 16 mujeres) y en el privado únicamente se registraron dos respuestas afirmativas. Al preguntar si consideraban que el tacto vaginal fue excesivo 14% respondió afirmativamente, de manera que en el sector público se registró un 13% de respuestas afirmativas (dos mujeres) y en el sector privado solamente una (20%).

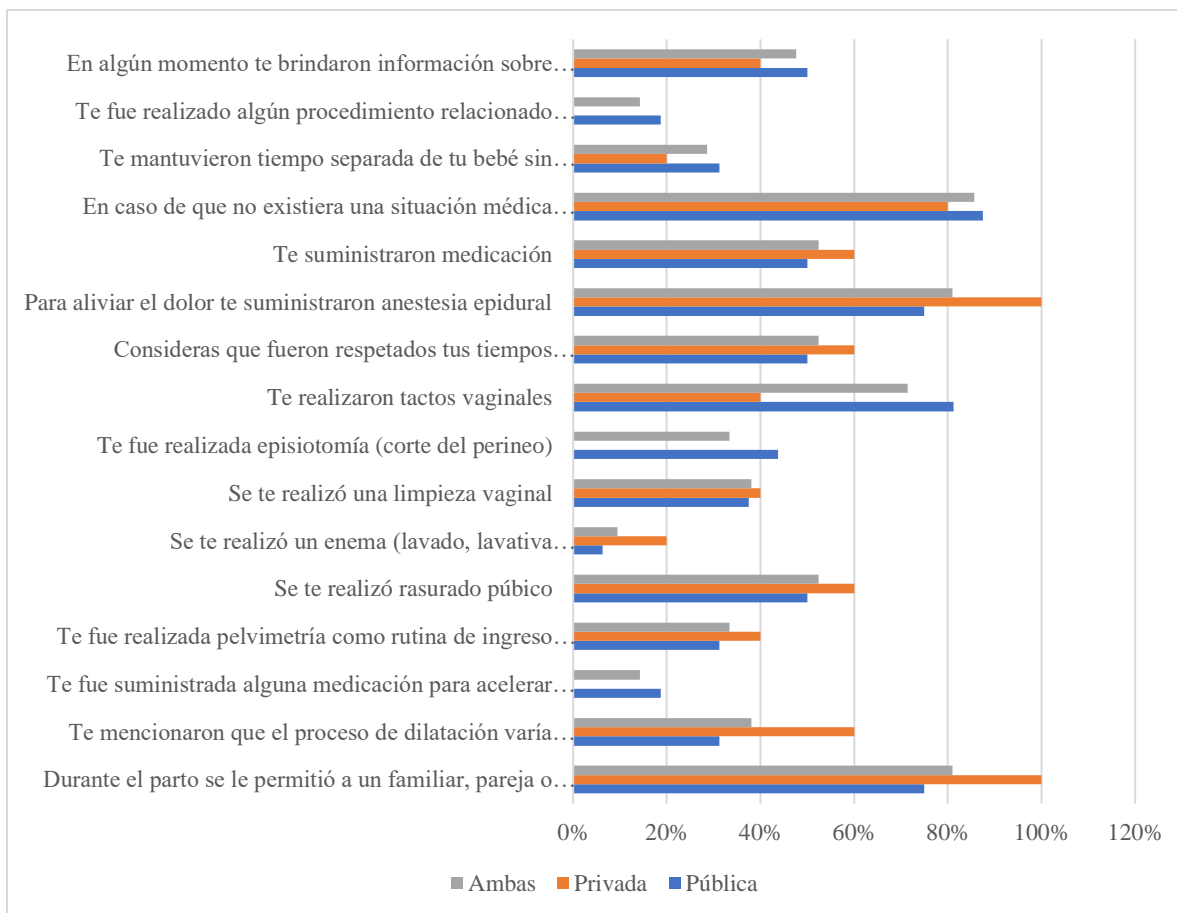
También el 52% de las mujeres refirió que se le realizó un rasurado público mientras que un 10% de las mujeres mencionaron que les fue realizado un enema o lavativa. El 14% de las mujeres respondieron de manera afirmativa que se le realizó algún proceso relacionado al control de la natalidad sin su permiso este resultado corresponde únicamente a tres respuestas de mujeres que recibieron atención en el sector público (19% de 16 mujeres).

Al preguntar si se suministró alguna medicación para acelerar el proceso de parto sin que fuera informada 14% respondió de manera afirmativa, estas respuestas corresponden únicamente a tres mujeres que fueron atendidas en el sector público (19% de 16 mujeres).

Por el contrario, cuando se les preguntó si les fue suministrado algún medicamento para retrasar al proceso de parto sin informarles las respuestas positivas generales corresponden a 0%. También se preguntó si para el alivio del dolor se suministró anestesia con su permiso, el 71% declaró que sí, el sector público el 63% mencionó que sí, mientras que en el ámbito privado el 100% respondió afirmativamente.

Con relación al suministro de anestesia se preguntó si les fue aplicada, a lo que el 81% del total de mujeres respondió que recibieron anestesia epidural, al preguntar si esta anestesia fue aplicada con su permiso el 71% respondió que sí. Para ver a mayor detalle las categorías (gráfico 11).

Gráfico 11. Intervenciones realizadas en el parto Chile



Fuente: Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

**Tabla 50. Medición de la calidad de las intervenciones Chile**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Presencia de familiar, pareja o persona de importancia durante el parto	1	0	0.81	0.75	1
Mención sobre la variación en el proceso de dilatación	1	0	0.38	0.31	1
Medicación suministrada para acelerar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.86	0.81	1
Medicación suministrada para retrasar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	1	1	1
Pelvimetría como rutina de ingreso	0	1	0.67	0.68	1
Se le realizó rasurado público	0	1	0.48	0.50	1
Se realizó enema o lavado rectal	0	1	0.90	0.93	1
Se realizó limpieza vaginal	0	1	0.62	0.62	1
Fue realizada episiotomía sin ser necesario	0	1	0.71	0.62	1
Se realizaron tactos vaginales					
Al realizar tactos vaginales se brindaba información del porque	1	0	0.73	0.76	1
Considera que el tacto vaginal fue excesivo	0	1	0.80	0.84	1
Considera que el tacto vaginal fue respetuoso	1	0	0.80	0.84	1
	Promedio		0.78	0.82	1
Considera que tiempos biológicos fueron respetados	1	0	0.52	0.50	1
Suministró anestesia epidural					
Se le suministró con su permiso	1	0	0.88	0.83	1
	Promedio		0.88	0.83	1
Suministro de medicación					
Al suministrarle medicación se le informó porque y para qué era necesaria	1	0	0.72	0.87	1
La medicación fue suministrada respetando la decisión de aceptarla	1	0	0.81	0.75	1
	Promedio		0.77	0.81	1
Se le permitió contacto inmediato con su bebé cuando no existía situación médica adversa	1	0	0.82	0.88	1
La mantuvieron separada de su bebé sin explicarle porque	0	1	0.71	0.69	1
Le fue realizado algún procedimiento relacionado con el control natal sin su permiso (como colocación de DIU)	0	1	0.57	0.75	1
En algún momento le fue brindada información sobre el control natal	1	0	0.48	0.50	1
	<b>Σ</b>		11.96	12.00	17

**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

En cuanto a los resultados de la evaluación de la sección se aplican los mismos criterios para un total de 17 puntos. Ahora bien, para realizar esta sección se contabilizaron y cruzaron datos para la medición de tres preguntas, de tal manera que el resultado proviene de una suma de promedio de preguntas filtro que ayudan a relacionar las observaciones y ponderar las preguntas. En la tabla 50 se muestra que estas preguntas están relacionadas a la realización

del tacto vaginal, la anestesia epidural y la aplicación de medicación. Los resultados obtenidos siguen postulándose como una calidad media para la evaluación de ambos grupos en los que el puntaje es de 12.00, mientras que para el ámbito público el puntaje se establece en 13.73.

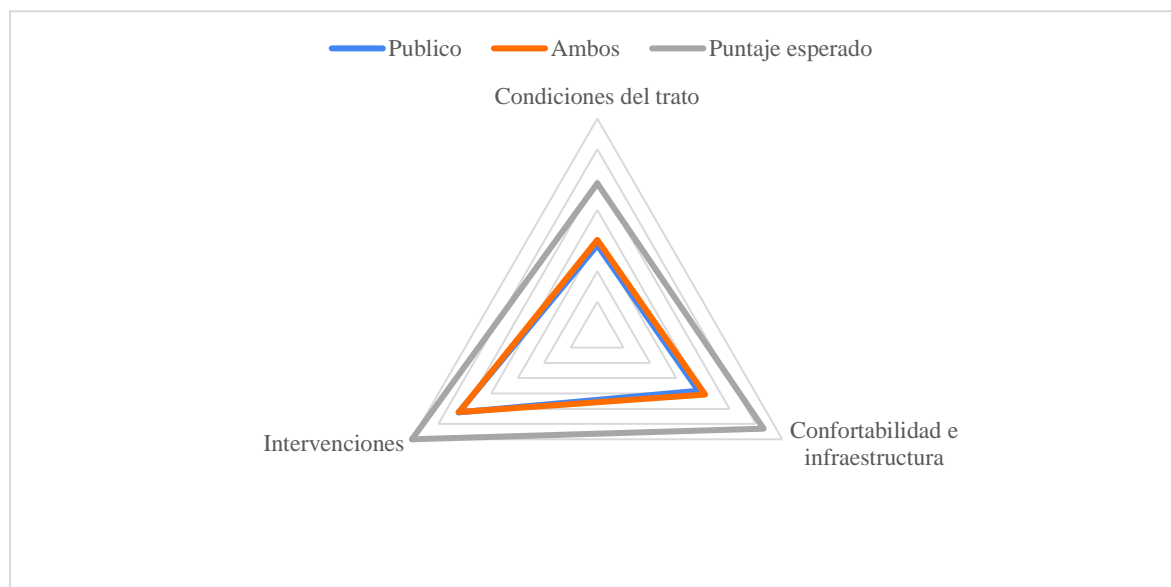
La medición final al sumar el puntaje de las tres secciones debe ofrecer el puntaje esperado de 43 puntos. En condición de la ponderación que ha recibido en cada sección los servicios se encuentran dentro de una calidad media, al considerar el puntaje obtenido en las opiniones del ámbito público y privado se tiene una puntuación general de 26.53, mientras que en al considerar únicamente la atención pública se obtiene un puntaje de 25.58 puntos. Cabe destacar que la distribución de la puntuación se distribuye como calidad baja o nula de 0 a 14.33 puntos, de 14.34 a 28.67 puntos se encuentra la calidad media y la calidad alta se encuentra entre 28.68 a 43 puntos (Tabla 51 y Gráfico 12).

**Tabla 51. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Chile**

Área	Publico	Ambos	Puntaje esperado	Baja o nula	Medio	Alto
Condiciones del trato	5.27	5.76	11	0 a 3.67	3.68 a 7.35	7.36 a 11
Confortabilidad e infraestructura	8.02	8.74	15	0 a 5.99	6 a 10.99	11 a 15
Intervenciones	12.00	11.96	17	0 a 5.67	5.68 a 11.35	11.36 a 17
<b>Σ</b>	<b>25.29</b>	<b>26.46</b>	<b>43</b>	<b>0 a 14.33</b>	<b>14.34 a 28.67</b>	<b>28.68 a 43</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

Gráfico 12. Resultado de la medición de los servicios de atención en Chile



**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

### **4.3 México Programa de Salud materna, sexual y reproductiva**

En el año 2004 por medio de decreto en el Diario Oficial de la Federación se creó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (SSalud). Se creó con la misión de incluir la perspectiva de género en ámbito de la salud sexual y reproductiva de la población, además de fomentar como un problema y problema de salud pública la violencia en contra de las mujeres (CNEGSR, s.f.).

El centro describe que su misión de incorporar la perspectiva de género en salud y la mejora de la salud sexual y reproductiva de la población es a través de programas y acciones sustentadas en evidencias científicas, mejores prácticas y las necesidades de salud de la población, con un sentido humanitario y compromiso social en un marco de participación social y de respeto de los derechos humanos (CNEGSR, 2014).

En el año 2016 surge el programa Salud Materna, Sexual y Reproductiva (SMSR) como una fusión de dos programas: Atención a la Salud Reproductiva y la Igualdad de Género en Salud y el de Reducción de la Mortalidad Materna. Esto con la intención de crear un solo programa presupuestario que reuniera las acciones para la atención de la salud de las mujeres. En este sentido se estructuraron seis Programas de Acción Específicos (CNEGSR, 2016).

Entre los seis Programas de Acción Específicos para la utilidad del presente documento se encuentra Salud materna y perinatal el cual propicia el acceso universal de mujeres y hombres en etapas pregestacional, embarazo, parto, puerperio y neonatal a servicios de calidad y respetuosos; y contribuye a reducir la movilidad materna y perinatal, con enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo (CNEGSR, 2016).

Para la justificación de este programa existe un diagnóstico, el cual se destacan antecedentes históricos del programa. Desde el año 1971 la SSalud (antes llamada Secretaría de Salubridad y Asistencia) inició actividades de atención de la salud materna y perinatal. En 1972 se concluyó con la elaboración del Programa de Atención Materno Infantil, en 1974 hasta 1976 se incorpora el Programa de Planificación Familiar a los centros de salud suburbanos y en menor escala en los rurales. De tal manera que fueron surgiendo modificaciones a las estructuras administrativas y creación o reforzamiento de programas

hasta que en el año 2003 se crea el CNEGSR y se responsabiliza de esta diversidad de programas (Diagnóstico del Programa Presupuestario P020, 2015).

En dicho diagnóstico también se hace referencia a la mortalidad materna y su relación con los Objetivos del Desarrollo del Milenio, además de referenciar que este fenómeno tiene una vinculación con factores económicos, educativos, culturales, acceso a los servicios de calidad y calidad en la atención. En ese documento se establece que la meta de reducir las muertes maternas no estaba cerca de ser cumplida con respecto a la cantidad de muertes registradas en 2013 [38.2 muertes maternas por cada 100 min nacimientos cuando los ODM establecían una reducción a 22.5] (Diagnóstico del Programa Presupuestario P020, 2015:9). Al cierre de 2019 el indicador tuvo un resultado de 33.2, en 2020 se registraron 30 muertes por cada 100 min nacimientos, mientras que en 2021 a la octava semana del año el indicador muestra 60.7 muertes (SSalud, 2021). La meta de reducción de muertes maternas en el ODS 3 es que sean menores de 70.

#### **4.3.1 Estructura analítica del programa**

En abril del 2020 la Secretaría de Hacienda y Crédito Público entregó al Congreso de la Unión el de los pre-criterios 2021 para el proyecto de egresos del año 2021, en el cual se presentan los programas prioritarios. De tal manera, en el ramo 12 (salud) se integró el P020 (Programa de Salud Sexual y Reproductiva) como programa prioritario (CEFP, 2020).

En la estructura del programa se puede identificar primero que se relaciona con el Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024, en concordancia con el eje dos (Política Social), estrategia IV (Salud para toda la población), línea de acción Instituto Nacional de Salud para el Bienestar: El gobierno federal realizará las acciones necesarias para garantizar que hacia 2024 todas y todos los habitantes de México puedan recibir atención médica y hospitalaria gratuita, incluidos el suministro de medicamentos y materiales de curación y los exámenes clínicos (DOF, 2017).

Como segundo segmento o nivel de relación se encuentra el Plan Sectorial de Salud 2020-2024. En dicho programa se identifica el objetivo prioritario cinco, el cual busca mejorar la protección de la salud bajo un enfoque integral que priorice la prevención y sensibilización de los riesgos para la salud y el oportuno tratamiento y control de

enfermedades, especialmente, las que representan el mayor impacto en la mortalidad de la población. Tomando énfasis en el tema que atañe al presente escrito se identifica que dentro del Plan se encuentra una relación con la estrategia 5.2: Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia; y la acción 5.2.7: Otorgar atención integral a las mujeres, desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal que garantice la salud materna y perinatal con énfasis en adolescentes embarazadas, priorizando la erradicación de la discriminación, estigmatización y violencia obstétrica (SSalud, 2020).

Es importante destacar que, en México también se trabaja con la MML, de tal manera que, la estructura en el diseño del programa y la planeación de este es secuenciada y perfilada en una estrategia de congruencia en la planeación. Actualmente el programa presupuestario no identifica su vinculación con los ODS<sup>43</sup>, por lo menos los dos documentos diagnósticos disponibles que fuero posible encontrar únicamente mencionan los ODM. Tampoco se encuentra en la MIR o en algún otro sitio la referencia a los vínculos que se tienen de manera congruente con la Planeación para el Desarrollo. En todo caso, a estructura para una correcta congruencia en la planeación debería de identificar la propuesta de la SHCP (SHCP, 2018):

Nivel 1: Objetivos del Desarrollo Sostenible

Subnivel 1.1: Metas de los Objetivos

Nivel 2: Objetivo del Plan Nacional de Desarrollo

Subnivel 1.1: Estratégica

Subnivel: 1.2 Línea de acción

Nivel 3: Objetivo del programa sectorial, institucional o regional (según sea el caso)

Subnivel 1.1: Estrategia

Subnivel 1.2: Línea de acción

Es importante identificar la vinculación con los objetivos, estrategias y acciones plasmadas en los planes ya que eso es lo que dará vida a la operacionalización del programa desde la

---

<sup>43</sup> (DGED Salud, 2015) y (DGED SALUD, 2012)

perspectiva institucional, guardará relación sobre la visión a corto, mediano y largo plazo que se establece del problema<sup>44</sup>. A su vez, guarda una relación directa con la manera en la que se da un seguimiento del presupuesto en términos de eficiencia, eficacia, calidad y transparencia a como resultado de una planeación congruente.

El programa presenta un árbol de problemas presentado en el diagnóstico del año 2015 tiene modificaciones sustanciales con los presentado en el 2012. En la tabla 52 se realiza una comparación de la estructura de cada uno de los árboles presentados en los documentos.

<b>Tabla 52. Árboles de problemas del Programa de Salud materna, sexual y reproductiva</b>		
<b>Diagnóstico 2012</b>	<b>Identificación</b>	<b>Diagnóstico 2015</b>
Aumento en la tasa de mortalidad por cáncer de mama y cérvico uterino, razón de muerte materna, tasas de muerte perinatal aumento en embarazos no planeados particularmente en jóvenes menores de 20 años; incremento de la violencia de género y amplia brecha de desigualdad de género.	Efecto superior	Años de vida saludable perdidos
<b>No se estableció efecto indirecto</b>	Efecto indirecto	<b>No se estableció efecto indirecto, de los efectos directos se derivó al efecto superior.</b> ED1: Daños a la salud ocasionados por la violencia ED2: Morbilidad y mortalidad materna y perinatal ED3: Altos niveles de fecundidad y embarazos no deseados y/o de alto riesgo ED4: Mortalidad por cáncer de mama y cuello uterino
<b>No se estableció efecto directo</b>	Efecto directo	
Mujeres de entre 35 a 69 años con alto índice de riesgo de cáncer de mama y cérvico uterino e incremento en las mujeres por falta de prevención; Mujeres menores de 20 años que no utilizan métodos anticonceptivos para evitar un embarazo no planeado y carentes de un esquema de planificación familiar; mujeres de entre 11 y 23 años o menos con amplios índices de violencia; mujeres de cualquier edad que no son tratadas con equidad de género. Incremento en la mortalidad materna. CD1: Falta de aplicación de vacuna de VPH. CD2: Falta de atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada CD3: Actividades insuficientes para reforzar la salud reproductiva y los esquemas de igualdad de género.	Problema Central	Alta frecuencia de problemas de salud sexual y reproductiva, así como de violencia de género que afectan a la población femenina en territorio nacional.
	Cusa directa	CD1: Elevada proporción de casos de cáncer de mama y cuello uterino diagnosticados en etapas tardías CD2: Falta de atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada CD3: Falta de oportunidad en la atención de la violencia sexual

<sup>44</sup> *Ibidem*

CD1CI1: Distribución insuficiente de vacunas en las Entidades Federativas.

CD1CI2: Falta de programación adecuada de la adquisición de las dosis de vacunas.

CD2CI1: Calidad de atención materna y perinatal deficiente Falta de capacitación de recurso humano a la atención materna y perinatal

CD2CI2: Capacidad insuficiente de personal profesional, para la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio seguro y respetuoso del recién nacido las 24 hrs, los 365 días del año.

CD2CI3: Falta de abasto y disponibilidad de insumos esenciales de la atención materna y perinatal.

CD2CI4: Falta de actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario.

CD3CI1: Baja participación social.

CD3CI1.1: Difusión insuficiente de campañas preventivas sobre violencia desde todas las perspectivas

CD3CI2: Insuficiente capacitación a médicos de primer nivel

CD3CI2.1: Insuficientes recursos humanos y financieros para el seguimiento al cumplimiento de los

CD3CI3: Insuficiente difusión a nivel local de métodos de cuidado anticonceptivo

CD3CI3.1 Carencia de programación adecuada para la operación del programa específico.

CD4: Demanda no satisfecha de métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva

CD1CI1: Baja cobertura de detección y seguimiento de casos de cáncer de mama y cuello uterino

CD1CI2: Desconocimiento de la población sobre los factores de riesgo y las acciones de prevención y detección temprana de cáncer.

CD2CI1: Baja calidad de atención materna y perinatal.

CD2CI2: Carencia en la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio respetuoso del recién nacido.

CD2CI3: Falta de actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario.

Causa indirecta

CD3DI1: Falta de oportunidad en la atención de la violencia sexual

CD3CI2: Baja atención a personas que viven violencia

CD3CI3: Baja detección de casos de violencia

CD4CD1: Baja cobertura y acceso a los servicios de Planificación Familiar y salud reproductiva

CD4CD2: Ausencia de sistemas de programación, distribución y control de insumos

Causa fuera de nivel

Inequidad de género en la atención a la salud

Causa fuera de nivel (segundo segmento)

1: Personal de salud no capacitado  
2: Falta de aplicación de la normatividad vigente.  
3: Falta de infraestructura, insumos y recursos.

**Fuente:** elaboración propia con datos de los diagnósticos del P020 (DGED Salud, 2015:27) y (DGED SALUD, 2012:10)

Lo primero que hay que notar es que ambos árboles cuentan con una estructura incorrecta. La MML recomienda que la estructura del árbol en la raíz (donde se encuentran las causas) no debe superar más de tres niveles (Ortegón, Pacheco, & Prieto, 2015), sin embargo, puede abarcar más, pero es mejor considerar las causas más relevantes. En este sentido debería considerarse que las causas directas representan un nivel, mientras que las causas indirectas

representan hasta dos niveles. Sin embargo, al notar que en el nivel de causas indirectas se detectan más de dos causas indirectas por cada causa indirecta, esto ocasiona que el óptimo de niveles sea sobrepasado. En este caso el árbol estructurado en el año 2012 presenta cinco niveles debido a que la causa directa número dos relaciona cuatro causas indirectas. Mientras que el árbol del año 2015 presenta seis niveles en los cuales hay cuatro niveles de causas indirectas debajo existen otros dos los cuales se organizado de una manera poco clara para el seguimiento de la estructura<sup>45</sup>.

Las causas se están presentando como una carencia o falta en algunas de las raíces y no como una situación negativa. El expresarlas como una carencia da a interpretar que la situación podría ser resuelta con suplir una necesidad. También se encuentra que una de las causas en el año 2015 es referida como si fuera un problema y no como una causa “Inequidad de género en la atención a la salud”, derivado de tres causas.

En la definición del problema se puede notar que en el año 2012 era muy larga y contenía demasiados elementos a considerar. En este sentido ocasiona que la información contenida tienda a ser ambigua. Si bien, contiene a la población objetivo o aquella que sufre el problema, está sub-segmentando a la población objetivo (los mismo sucede con el efecto superior). Para el año 2015 la identificación del problema fue más oportuno puesto que se establecía como población objetivo a mujeres en el territorio nacional que enfrentaban problemas de salud sexual y reproductiva, así como violencia de género en una alta frecuencia.

A diferencia del árbol 2012, el correspondiente al diagnóstico de 2015 se encuentra con mejores manejos conceptuales, sin embargo, su organización no se considera adecuada por la manera en la que fueron estructurados y colocados los niveles de las causas, es importante tomar esto en consideración ya que al momento de establecer objetivos y trasportarlos a la MIR, cada una de las categorías inferiores debe tener relación con las superiores.

Dándole centralidad a la causa directa 2 del análisis del año 2015, se destaca que las causas indirectas respetan una lógica vertical. Estas especifican que: Falta (no debe considerarse como falta) de actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario; causa que exista: Carencia (no debe redactarse como carencia) en la atención

---

<sup>45</sup> (DGED Salud, 2015:27) y (DGED SALUD, 2012:10)

pregestacional, prenatal, parto, puerperio respetuoso del recién nacido; causando una: Baja calidad de atención materna y perinatal; por lo que causa una: Falta (no se debe considerar como falta) de atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada; ocasionando que exista: Alta frecuencia de problemas de salud sexual y reproductiva, así como de violencia de género que afectan a la población femenina en territorio nacional; generando: Morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Al momento de revisar la MIR del ejercicio 2016, dista de la redacción que se encuentra en el árbol de objetivos presente en el diagnóstico 2015. Como consideración, del árbol de objetivos (en este instrumento los postulados del árbol de problemas se pasan a un sentido positivo) se traslada la información la MIR donde el efecto superior se transforma en el fin (un objetivo a largo plazo), el problema central al ser considerado como el la solución del problema se mueve a la MIR en la posición de propósito, mientras que las causas directas se transforman en medios directos que se consideran los componentes de la matriz mientras que las causas indirectas son consideradas como objetivos indirectos, de tal manera que en la matriz se transforman en las actividades.

El fin superior se presenta con la siguiente redacción: Incremento de la esperanza de vida en mujeres de 15 y más años. El objetivo central se estableció como: Frecuencia de problemas de salud sexual y reproductiva, así como de violencia de género que afectan a la población femenina reducida. La causa directa 2 relacionada a la atención materna se describió como objetivo de la siguiente manera: Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada aumentada; causa indirecta 2.1: Alta calidad de atención materna y perinatal; causa indirecta 2.2: Presencia en la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio respetuoso y del recién nacido; causa indirecta 2.3: Actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario aumentadas. Con la intención de mostrar la manera en la que quedaron establecidas las relaciones conceptuales para la creación de la MIR. La tabla 53, recopila la relación desde el árbol de problemas del diagnóstico 2015 hasta la MIR estructurada en el año 2016.

<b>Tabla 53. Construcción de la MIR del P20 a través de los árboles de problemas y objetivos</b>		
<b>Árbol de problemas</b>	<b>Árbol de objetivos</b>	<b>MIR</b>
Efecto superior: Años de vida saludable perdidos	Fin superior: superior: Incremento de la esperanza de vida en mujeres de 15 y más años	Fin: Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante Esperanza de vida saludable en la población de mujeres y hombres de 10 años y más y recién nacidos/as, asociada a embarazos no planeados en adolescentes, embarazos con enfermedades concomitantes, complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio y etapa neonatal, prevalencia de violencia familiar y de género, cáncer de la mujer (cáncer de mama y cérvico uterino), así como discriminación por género. Las mujeres y hombres de 10 años y más utilizan servicios de prevención y atención oportunos y con calidad en materia de: orientación y educación en sexualidad humana, planificación familiar, anticoncepción; durante la etapa pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; violencia familiar y de género, cáncer de la mujer (Cérvico uterino y de mama) con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos.
Problema central: Alta frecuencia de problemas de salud sexual y reproductiva, así como de violencia de género que afectan a la población femenina en territorio nacional	Solución al problema: Frecuencia de problemas de salud sexual y reproductiva, así como de violencia de género que afectan a la población femenina reducida	Componente: En esa sección se pierde el componente relacionado. El más cercano a los términos conceptuales es el que describe el componente F, Atención Prenatal con enfoque de riesgo para la reducción de la mortalidad materna.
Cusa directa 2: Falta de atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada.	Medio directo 2: Atención pregestacional, prenatal integral, efectiva, oportuna y programada a toda embarazada aumentada.	No se encuentra relación entre las dos actividades propuestas en la MIR. La actividad A1 corresponde a: Capacitación en materia de igualdad de género y salud reproductiva del personal de salud.
Causa indirecta 1: Baja calidad de atención materna y perinatal.	Medio indirecto 1: Alta calidad de atención materna y perinatal.	La actividad A2 describe: Aplicación de herramientas de detección de mujeres en riesgo de vivir violencia
Causa indirecta 2: Carencia en la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio respetuoso y del recién nacido	Medio indirecto 2: Presencia en la atención pregestacional, prenatal, parto, puerperio respetuoso y del recién nacido.	
Causa indirecta 2: Falta de actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario.	Medio indirecto 3: Actividades en materia de salud materna y perinatal a nivel comunitario aumentadas.	

**Fuente:** Elaboración propia con base en diagnóstico el P020 (DGED Salud, 2015)

El resumen narrativo de estos elementos también tiene errores en la sintaxis. Para la redacción del fin el resumen contiene la contribución a un objetivo sectorial para el acceso a la salud mediante... aquí es donde se corta la narrativa, puesto que habla sobre la esperanza de vida

saludable en la población que incorpora tanto a mujeres como hombres, además no tiene una relación totalmente directa con la solución del problema el cual a efecto de la manera en la que ha sido expresado.

El propósito en la MIR se vincula a la solución del problema, el cual debe de mencionar a beneficiarias, un verbo en presente y el resultado logrado. Esto también es difícil debido a que la identificación de la población es muy general y no se encuentra totalmente delimitada. En este sentido podría delimitarse por características poblacionales o condiciones sociales específicas para lograr acercar la redacción a una manera más clara (Tabla 54).

También es importante identificar aquellos indicadores relacionados, de tal manera que a continuación se realizará un análisis de los resúmenes narrativos del fin y propósito desde el año 2016 hasta el 2020 (última fecha disponible). De tal manera que componentes y actividades se analizaran de manera independiente con sus indicadores para establecer los cambios en el tiempo que ha tenido el programa.

**Tabla 54. Ficha de indicadores de fin y propósito del P020 2016 a 2020**

Año	Nivel	Resumen narrativo	Indicador empleado	Meta	Avance
2016	Fin	Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante Esperanza de vida saludable en la población de mujeres y hombres de 10 años y más y recién nacidos/as, asociada a embarazos no planeados en adolescentes, embarazos con enfermedades concomitantes, complicaciones maternas y neonatales durante el embarazo, parto y puerperio y etapa neonatal, prevalencia de violencia familiar y de género, cáncer de la mujer (cáncer de mama y cérvico uterino), así como discriminación por género.	Razón de mortalidad materna (RMM)	35	N/A
			Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad	1	N/A
	Propósito	Las mujeres y hombres de 10 años y más utilizan servicios de prevención y atención oportunos y con calidad en materia de: orientación y educación en sexualidad humana, planificación familiar, anticoncepción; durante la etapa pregestacional, prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; violencia familiar y de género, cáncer de la mujer (Cérvico uterino y de mama) con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos.	Cobertura ponderada de servicios de salud materna, sexual, reproductiva y violencia familiar y de género en la población responsable de la Secretaría de Salud	48.5	48
2017	Fin	Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante acciones de	Razón de mortalidad materna (RMM)	35	N/A

		salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género.	Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad	N/A	N/A
	Propósito	Mujeres de 15 años y más disponen de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; y atención de la violencia familiar y de género, con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos	Cobertura ponderada de servicios de salud materna, sexual, reproductiva y violencia familiar y de género en la población responsable de la Secretaría de Salud	52.67	46.48
	Fin	Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género.	Razón de mortalidad materna (RMM)	30	31
			Esperanza de vida en las mujeres de 15 años	64.50	64.50
2018	Propósito	Mujeres de 15 años y más disponen de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; y atención de la violencia familiar y de género, con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos	Cobertura ponderada de servicios de salud materna, sexual, reproductiva y violencia familiar y de género en la población responsable de la Secretaría de Salud	54.03	41.53
	Fin	Contribuir al bienestar social e igualdad mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género.	Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad	64.50	64.21
			Razón de mortalidad materna (RMM)	31	31
2019	Propósito	Mujeres de 15 años y más disponen de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; y atención de la violencia familiar y de género, con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos	Cobertura ponderada de servicios de salud materna, sexual, reproductiva y violencia familiar y de género en la población responsable de la Secretaría de Salud	50.14	44.03
2020	Fin	Contribuir al bienestar social e igualdad mediante acciones de salud materna, sexual y reproductiva, prevención y	Razón de mortalidad materna (RMM)	30	47

	atención de la violencia contra las mujeres y de la discriminación por género.	Esperanza de vida en las mujeres de 15 años de edad	64.50	64.30
Propósito	Mujeres de 15 años y más disponen de servicios de prevención y atención en materia de salud materna, sexual y reproductiva, incluyendo servicios de anticoncepción, atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido; detección oportuna de cáncer de cuello uterino y de mama; y atención de la violencia familiar y de género, con perspectiva de género y respeto a los derechos humanos	Cobertura ponderada de servicios de salud materna, sexual, reproductiva y violencia familiar y de género en la población con responsabilidad de la Secretaría de Salud	48.87	38.40

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de Matrices de Indicadores para Resultados (Transparencia presupuestaria, 2020).

En relación con el propósito es importante notar que desde 2017 no ha tenido cambios la redacción de este. Por lo que se sigue identificando a la población a mujeres de 15 y más años como las beneficiarias de prevención y atención materna (en este caso la palabra prevención no parece tener una concatenación correcta con maternidad, posiblemente se refiere a la maternidad adolescente pero tampoco se especifica).

Ahora bien, al momento de ver los indicadores, en el fin presenta dos indicadores para la medición del impacto del programa, esto es una utilización incorrecta, en primer lugar, porque considera la RMM como una medición aparte y en segundo la esperanza de vida de mujeres de 15 años y más. En este caso, se están midiendo dos términos que no aportan mucho a la redacción propuesta para alcanzar el bienestar social e igualdad en temas de salud y la violencia en contra de las mujeres.

Ahora bien, este programa realmente no ha considerado la integración en su totalidad de la calidad en los servicios obstétricos, puesto que sus indicadores no muestran una construcción enfocada en el parto. Para el análisis de los componentes y actividades se analizan los más cercanos a la conceptualización de la calidad en la atención de los servicios de ginecobstetricia. Si bien se aborda en algunos de ellos, como el seguimiento gestacional y prenatal, este escrito versa más sobre el proceso de parto y su atención.

Es importante destacar que estos indicadores presentan una relación muy poco clara con respecto a la calidad en la atención para los servicios de salud sexual, reproductiva, gestación, y parto como se propone en el diagnóstico. Sus indicadores están contruidos únicamente sobre la gestión del programa y no mide realmente el impacto o el cambio que el programa refleja con sus diversos programas complementarios para la atención. En la

mayoría de los casos los indicadores refieren a reuniones y supervisión de la aplicación de elementos del programa que no son tan claros.

En todo caso no se puede asumir ni tampoco negar que concretamente que este programa está siendo de utilidad para la prevención de la violencia obstétrica. Sin embargo, al comparar los resultados del fin con la línea base se muestra que se encuentra lejos de cumplirlo, además que en los casos de las matrices de 2016 a 2017 el avance se describe como no aplica. Pero esto también tiene relación con la clasificación programática a la que pertenece este programa pues se estipula bajo la clasificación P. La clasificación P se refiere a las actividades destinadas al desarrollo de programas y formulación, diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas y sus estrategias, así como para diseñar la implantación y operación de los programas y dar seguimiento a su cumplimiento (CONAC, 2013).

Los indicadores de todas las matrices carecen de interpretación de indicadores, no son específicos al decir qué es lo que están midiendo de manera concreta, con el nombre del indicador se puede tener una idea de ello, pero son nombres demasiado largos, pero tampoco dan mucha información de la relación que guarda con lo que se medirá. También carecen de tampoco se establece el sentido de la medición del indicador, este sirve para reconocer la situación debe tender a un incremento o decremento. Por otro lado, tampoco presentan medios de verificación que permitan ubicar en qué lugar y bajo qué términos se recolecta la información que sirve para la medición del indicador.

<b>Tabla 55. Estructura de los indicadores correspondientes a programa P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2016</b>			
	<b>Componente G</b>	<b>Actividad 1</b>	<b>Actividad 2</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Acciones de Promoción y difusión de la cultura institucional para la igualdad implementadas	Capacitación en materia de igualdad de género y salud reproductiva del personal de salud	Aplicación de herramientas de detección de mujeres en riesgo de vivir violencia
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de unidades de la Secretaría de Salud con acciones de promoción y difusión en materia de cultura institucional para la igualdad	Porcentaje de personal de salud de las unidades administrativas, órganos descentralizados capacitado en materia de género en salud, clima laboral y hostigamiento y acoso sexual	Servicios estatales de salud con al menos dos unidades de salud con acciones de atención con perspectiva de género
<b>Método de cálculo</b>	Número de unidades de la Secretaría de Salud con acciones de promoción y difusión de la cultura institucional para la igualdad implementadas / Número de unidades de la Secretaría de Salud programadas para implementar acciones de promoción y difusión de la cultura institucional para la igualdad x 100	Número de personal de salud de las unidades administrativas, órganos descentralizados capacitado/el programado	Número de profesionales de la salud de entidades federativas y unidades centrales de la Secretaría de Salud capacitado en materia de Género y Salud/ Número de profesionales de la salud de entidades federativas y unidades centrales de la Secretaría de Salud programado a capacitar x 100
<b>Meta inicial o línea base</b>	76	100	100
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	Trimestral	Trimestral	Trimestral
<b>Tipo de indicador</b>	Gestión	Gestión	Gestión
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	Eficacia	Eficacia	Eficacia
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Resultado</b>	100	107.40	0.00

**Fuente:** Elaborado con datos de la MIR del P020 del ejercicio fiscal 2016 (Transparencia presupuestaria, 2020).

**Tabla 56. Estructura de los indicadores correspondientes a programa P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2017**

	<b>Componente A</b>	<b>Componente C</b>	<b>Actividad A</b>	<b>Actividad C</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Marco normativo para la prestación de servicios de salud materna, sexual y reproductiva actualizado	Servicios estatales de salud abastecidos con insumos y equipo para la atención en materia de Salud Materna, sexual y reproductiva	Reuniones efectuadas para revisión y consenso de contenidos de instrumentos normativos.	Servicios Estatales de Salud orientados para la programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva.
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Porcentaje de avance en la entrega de insumos y equipo a los Servicios Estatales de Salud.	Porcentaje de reuniones realizadas para la revisión de instrumentos normativos	Porcentaje de representantes de Servicios Estatales de Salud que participaron en reuniones nacionales y/o estatales sobre programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva
<b>Método de cálculo</b>	(Número de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados en un año determinado / número de instrumentos normativos programados para ser creados, actualizados o derogados durante el mismo año) X 100	(Número total de unidades distribuidas a los servicios estatales por acuerdo durante el año / total de unidades a ser distribuidas por acuerdo con los servicios estatales durante el año) X 100	(Número de reuniones realizadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos / Número de reuniones programadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos) x100	(Total de representantes de Servicios Estatales de Salud de los Programas de Acción Específicos que asistieron a talleres / Total de representantes de los programas de acción específicos por Entidad Federativa) X 100
<b>Meta inicial o línea base</b>	71.43	95.95	82.14	88.54
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	Semestral	Semestral	Trimestral	Trimestral
<b>Tipo de indicador</b>	Gestión	Gestión	Gestión	Gestión
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Resultado</b>	57.14	100	132.14	190.10

**Fuente:** Elaborado con datos de la MIR del P020 del ejercicio fiscal 2017 (Transparencia presupuestaria, 2020).

**Tabla 57. Estructura de los indicadores correspondientes a programa P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2018**

	<b>Componente B</b>	<b>Componente C</b>	<b>Actividad B</b>	<b>Actividad C</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Servicios estatales de salud abastecidos con insumos y equipo para la atención en materia de Salud Materna, sexual y reproductiva	Personal de los servicios estatales de salud capacitados para implementar los programas de Salud Materna, sexual y reproductiva conforme a las normas y los últimos avances técnicos.	Servicios Estatales de Salud orientados para la programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva.	Elaboración de Programas de capacitación de los Servicios Estatales de salud en materia de Salud Materna, sexual y reproductiva
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la entrega de insumos y equipo a los Servicios Estatales de Salud.	Porcentaje de avance en Capacitación del programa anual de trabajo	Porcentaje de avance del programa anual de adquisiciones, arrendamientos y servicios	Porcentaje de avance en la elaboración de publicaciones y otros materiales didácticos del programa anual de trabajo para la capacitación del personal de los Servicios Estatales de Salud
<b>Método de cálculo</b>	(Número total de unidades distribuidas a los servicios estatales por acuerdo durante el año / total de unidades a ser distribuidas por acuerdo con los servicios estatales durante el año) X 100	(Número de profesionales de la salud de primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud capacitados/Número de profesionales de la salud de primer nivel de atención de los Servicios Estatales de Salud) x 100	(Total de presupuesto comprometido para la adquisición de insumos y equipo Salud Materna, sexual y reproductiva / total de presupuesto programado para la adquisición de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva) X 100	(Número de publicaciones y otros materiales didácticos elaborados durante el año / Número de publicaciones y otros materiales didácticos programados para su elaboración durante el año) X 100.
<b>Meta inicial o línea base</b>	100	100	100	100
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	Semestral	Semestral	Trimestral	Trimestral
<b>Tipo de indicador</b>	Gestión	Gestión	Gestión	Gestión
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Resultado</b>	100	113	170.24	100

**Fuente:** Elaborado con datos de la MIR del P020 del ejercicio fiscal 2018 (Transparencia presupuestaria, 2020).

**Tabla 58. Estructura de los indicadores correspondientes a programa P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2019**

	<b>Componente E</b>	<b>Componente F</b>	<b>Actividad E</b>	<b>Actividad F</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Servicios Estatales de Salud orientados para la programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva.	Marco normativo para la prestación de servicios de salud materna, sexual y reproductiva actualizado	Servicios Estatales de Salud orientados para la programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva.	Reuniones efectuadas para revisión y consenso de contenidos de instrumentos normativos.
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en la entrega de insumos y equipo a los Servicios Estatales de Salud.	Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva	Porcentaje de representantes de Servicios Estatales de Salud que participaron en reuniones nacionales y/o estatales sobre programación, distribución y control de insumos y equipo de Salud Materna, sexual y reproductiva	Porcentaje de reuniones realizadas para la revisión de instrumentos normativos
<b>Método de cálculo</b>	(Número total de unidades distribuidas a los servicios estatales por acuerdo durante el año / total de unidades a ser distribuidas por acuerdo con los servicios estatales durante el año) X 100	(Número de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados en un año determinado / número de instrumentos normativos programados para ser creados, actualizados o derogados durante el mismo año) X 100	(Total de representantes de Servicios Estatales de Salud de los Programas de Acción Específicos que asistieron a talleres / Total de representantes de los programas de acción específicos por Entidad Federativa) X 100	(Número de reuniones realizadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos / Número de reuniones programadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos) x100
<b>Meta inicial o línea base</b>	100	100	100	100
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	Semestral	Semestral	Trimestral	Trimestral
<b>Tipo de indicador</b>	Gestión	Gestión	Gestión	Gestión
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Resultado</b>	107.91	42.90	113	113.60

**Fuente:** Elaborado con datos de la MIR del P020 del ejercicio fiscal 2019 (Transparencia presupuestaria, 2020).

**Tabla 59. Estructura de los indicadores correspondientes a las actividades del componente Atención Personalizada del Parto 2020**

	<b>Componente E</b>	<b>Componente D</b>	<b>Actividad E</b>	<b>Actividad E</b>
<b>Resumen narrativo (objetivo)</b>	Programas de Salud Materna, sexual y reproductiva de los servicios estatales de salud monitoreados y supervisados	Marco normativo para la prestación de servicios de salud materna, sexual y reproductiva actualizado	Programas de supervisión, monitoreo de los servicios estatales de salud en materia de Salud Materna, sexual y reproductiva.	Reuniones efectuadas para revisión y consenso de contenidos de instrumentos normativos.
<b>Nombre del indicador</b>	Porcentaje de avance en supervisión en el Programa Anual de Trabajo.	Porcentaje de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (Número de instrumentos normativos creados, actualizados o derogados en un año determinado / número de instrumentos normativos programados para ser creados, actualizados o derogados durante el mismo año) X 100	Porcentaje de programas de acción que cuentan con una estrategia e instrumentos de supervisión a los servicios estatales de salud.	Porcentaje de reuniones realizadas para la revisión de instrumentos normativos
<b>Método de cálculo</b>	(Número de supervisiones realizadas a Servicios Estatales de Salud/ una supervisión por entidad federativa X programas de acción específico) x 100	(Número de programas de acción con estrategias e instrumentos de supervisión a los Servicios Estatales de Salud/ Numero de programas de acción) X100	(Número de reuniones realizadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos / Número de reuniones programadas para la elaboración y/o actualización de instrumentos normativos) x100	
<b>Meta inicial o línea base</b>	100	100	100	100
<b>Interpretación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Frecuencia de medición</b>	Semestral	Semestral	Trimestral	Trimestral
<b>Tipo de indicador</b>	Gestión	Gestión	Gestión	Gestión
<b>Sentido</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Dimensión</b>	Eficacia	Eficacia	Eficacia	Eficacia
<b>Unidad de medida</b>	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
<b>Medio verificación</b>	No especificado	No especificado	No especificado	No especificado
<b>Resultado</b>	101.45	42.90	100	66.67

**Fuente:** Elaborado con datos de la MIR del P020 del ejercicio fiscal 2020 (Transparencia presupuestaria, 2020).

Uno de los principales problemas que tiene este programa es que su función es únicamente para que el CENGSR opere anualmente. Con relación al programa de acción específico de salud materna y perinatal los datos relacionados del programa solo aparecen el Portal de Obligaciones de Transparencia, pero abarcan desde el 2013 hasta 2018. En este sentido para la atención del parto únicamente aparece un solo indicador el cual se define conforme a lo descrito en la tabla 60.

<b>Tabla 60. Indicador de resultados para atención de partos a nivel institucional 2017 a 2020</b>						
<b>Año</b>	<b>Nombre del indicador</b>	<b>Definición</b>	<b>Método de cálculo</b>	<b>Línea Base</b>	<b>Avance</b>	<b>Medio de verificación</b>
2017	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	Mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional	(Total de nacimientos atendidos a nivel institucional en un año determinado/Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimientos) *100	98.2%	98.5%	Subsistema de información sobre nacimientos: <a href="http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html">http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html</a>
2018	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	Mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional	(Total de nacimientos atendidos a nivel institucional en un año determinado/Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimientos) *100	98.2%	98.8%	Subsistema de información sobre nacimientos: <a href="http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html">http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html</a>
2019	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	Mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional	(Total de nacimientos atendidos a nivel institucional en un año determinado/Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimientos) *100	98.2%	97.3%	Subsistema de información sobre nacimientos: <a href="http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html">http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html</a>
2020	Porcentaje de partos atendidos a nivel institucional	Mide indirectamente la calidad en la atención de los partos a nivel institucional	(Total de nacimientos atendidos a nivel institucional en un año determinado/Total de nacimientos registrados en los certificados de nacimientos) *100	98.2%	95.60%	Subsistema de información sobre nacimientos: <a href="http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html">http://www.sianis.salud.gob.mx/basededatos/sdt_nacimientos.html</a>

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de los Indicadores de Resultados del CNEGSR disponibles en la Plataforma Nacional de Transparencia (2020).

La medición indirecta significa que no se están obteniendo resultados a partir de algún instrumento o de información generada directamente por la operación del programa o la ejecución de las acciones propuestas. En este caso únicamente está considerando el total de nacimientos atendidos en las instituciones ante el total de nacimientos registrados a través de los registros de nacimientos. Lo anterior atrae a un cuestionamiento sobre qué tipos de parámetros externos se están tomando en cuenta para considerar que estas variables forman parte de la medición de la calidad.

#### **4.3.2 Población objetivo**

En los documentos diagnósticos la población se define abiertamente como mujeres, pero no marca características específicas que permitan delimitar a la población en sus diversas divisiones. Además, que el programa en esencia aporta beneficios de manera indirecta ya que su primer enfoque es el monitoreo y el seguimiento para la atención materna, mujeres con cáncer y métodos anticonceptivos para adolescentes.

En todo caso esta información también debería aparecer en la MIR, sin embargo, no está presente en ninguna de las matrices de los ejercicios revisados. De tal manera que esto afecto en la manera en la que se elaboraron los árboles de problemas y objetivos, impactando en la estructura de la MIR. Además, el hecho de que el programa trate de dar seguimiento a otros programas que no especifica de manera clara como operan ocasiona falencias al momento de analizar sus avances.

#### **4.3.3 Presupuesto**

Como se mencionó anteriormente el programa se encuentra etiquetado en el Ramo 12, correspondiente a las transferencias de Salud. Este programa se identifica bajo la clave presupuestal P020. En la tabla 61 se puede apreciar las variaciones presupuestales que ha tenido el programa desde su implementación en 2016 hasta 2020. En el año 2016 se registra la aprobación más alta del presupuesto, al igual que ejecución, en este sentido, la ejecución corresponde al 98% en relación con la modificación presupuestal del programa. Esta modificación corresponde a una disminución presupuestal del 4% con respecto a lo aprobado.

En el año 2017 se registró una modificación presupuestal que redujo en un 14% el presupuesto aprobado, en este mismo sentido, el presupuesto ejecutado corresponde a un 85% con respecto a la modificación presupuestal.

Para el ejercicio fiscal 2018 se tuvo una modificación presupuestal que aumentó en 1% el presupuesto con respecto al aprobado para ese año, el presupuesto ejercido para la modificación de ese año correspondió al 98% del presupuesto.

En 2019 la modificación presupuestal representó un 26% de reducción presupuestal para lo aprobado en ese ejercicio, de tal manera que, la ejecución presupuestal correspondió a un 99% con respecto al presupuesto disponible tras la modificación.

Durante el ejercicio 2020 se realizó una modificación presupuestal que correspondió a la reducción del 12% del presupuesto aprobado para ese ejercicio, de tal manera que la ejecución alcanzó únicamente el 61% del presupuesto disponible después de la modificación.

**Tabla 61. Presupuesto del P020 Salud materna, sexual y reproductiva 2016 a 2020**

Año	Aprobado	Modificado	Ejecutado	Transferido a Entidades Federativas	% correspondiente de las transferencias
2016	\$2,345,066,072.00	\$2,247,615,425.40	\$2,191,584,213.40	\$1,526,059,403.80	70%
2017	\$2,172,236,432.00	\$1,859,523,388.50	\$1,573,039,693.00	\$1,034,789,266.10	66%
2018	\$2,172,826,878.00	\$2,202,184,955.40	\$2,155,800,173.10	\$1,206,648,500.70	56%
2019	\$2,312,017,042.00	\$1,705,399,043.60	\$1,692,963,628.70	\$1,264,461,086.10	75%
2020	\$2,328,109,551.00	\$2,042,503,972.00	\$1,239,103,410.00	\$830,133,936.0	67%

**Fuente:** Elaborado con datos de los Proyectos de Egresos de la Federación (SHCP, 2016), (SHCP, 2017), (SHCP, 2018), (SHCP, 2019), (SHCP, 2020) y (Transparencia Presupuestaria, 2020)

Más de la mitad del presupuesto disponible para este programa es utilizado para realizar transferencias a los estados. En este sentido, debe considerarse que en la MIR se registra que existen indicadores relacionados al monitoreo del programa a nivel estatal, así como el seguimiento a capacitaciones, también se encuentran un indicador dirigido a la entrega y monitoreo de suministros para la atención en la salud materna, sexual y reproductiva.

Existen los convenios específicos para la entrega de subsidios para fortalecer las acciones de salud pública en las entidades federativas, estas transferencias son monitoreadas a través del Sistema de Información para la Administración del Fondo para el Fortalecimiento de Acciones de Salud Pública en las Entidades Federativas. Este sistema es de acceso único para usuarios registrados pertenecientes a Sistema de Salud.

#### 4.3.4 Vinculación a los ODS

México se encuentra vinculado a los ODS, en el programa del cual se ha realizado la revisión, no se identifica como tal una vinculación a los ODS, pero el seguimiento a la RMM se encuentra presente como un indicador del programa. Al año 2021, el País cuenta con dos informes voluntarios del avance de los ODS (2016 y 2018).

En el informe 2016 se expresa que la reducción de la mortalidad materna es uno de los retos a los que se enfrenta México. También se menciona que durante el periodo las OSC han ayudado en el proceso para la incorporación de los ODS tanto en la normatividad como en la planeación nacional. En este sentido, especifican que en Chiapas se realizó el foro para la movilización Social ante la Agenda de Desarrollo Sostenible: de lo local a lo global para la salud materna e infantil (Presidencia de la República, 2016).

El informe del año 2018 se especifica que la mortalidad materna es de 34.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos, esto con los últimos datos disponibles del año 2015. También se refiere que la proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado a comparación de 2015 (98.2%) se redujo en dos puntos porcentuales (92%) en el año 2016 (Presidencia de la República, 2018).

La actualización de los indicadores de mortalidad materna como de la proporción de partos atendidos por personal sanitario se encuentran en un estatus “por definir”. En este sentido, los últimos datos disponibles son del ejercicio 2016 (Agenda 2030 México, s.f.). Sin embargo, los boletines epidemiológicos de salud que son publicados por la SSalud contienen el resultado de la medición del indicador de RMM (Tabla 62).

<b>Año</b>	<b>Defunciones</b>	<b>RMM</b>
2015	778	35.0
2016	812	37.2
2017	758	35.0
2018	710	34.6
2019	695	34.2

**Fuente:** Datos del boletín epidemiológico de la semana 8 del 2021 (SSalud, 2021)

México se ha mantenido debajo de las 70 muertes que se asumen como compromiso del ODS 3 meta 3.1. Este indicado no es de resultados recientes, sin embargo, al concluir los ODM, el indicador no presentó el avance que se proponía de una reducción a 25. En este sentido, México se ha favorecido del resaltando del indicador, lo cual tampoco es para desestimar los

esfuerzos, de tal manera que desde el año 2016 se refleja una reducción del 14% de las muertes.

Tomando en consideración que el programa de salud materna, sexual y reproductiva busca la disminución de este fenómeno este puede ser un indicador de que la coordinación conjunta del programa con las instancias estatales correspondientes, pueden ser un reflejo de la situación que se ve de manera favorable. Pero también puede ser un factor relacionado con la disminución de los nacimientos.

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Nacimientos	2145199	2080253	2064503	1940656	1868219
Muertes maternas totales	778	812	758	710	695
Muertes maternas por causas obstétricas directas	683	688	696	667	650
Porcentaje de muertes obstétricas directas	88%	85%	92%	94%	94%
Muerte de causas obstétricas directas por cada 100,000 nacidos vivos	31.8	33.1	33.7	34.4	44.2

**Fuente:** Consulta de defunciones maternas (INEGI, 2019) y Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021a) y boletín epidemiológico de la semana 8 del 2021 (SSalud, 2021).

Ahora bien, al hacer una revisión de los datos de las muertes maternas por violencia obstétrica directa se encuentra que la proporción de este tipo de muertes es muy alta. En este sentido se puede ver que este porcentaje ha estado en aumento desde el año 2017. Así que esto permite cuestionar también la relación que hay entre el programa de salud materna, sexual y reproductiva con este tipo de muertes, debido a que las muertes obstétricas directas son muertes que pueden prevenirse (tabla 63).

En este caso también es importante destacar que la información del INEGI relacionada a las defunciones maternas al igual que los nacimientos, al ser objeto de cruce los datos no se corresponden de manera mutua con la información del informe epidemiológico. En relación con los nacimientos atendidos por profesionales de la salud, en este escrito se toman en consideración los nacimientos registrados en establecimientos públicos y privados. Si bien, podría ser el caso de que el nacimiento en casa pudo ser apoyado por algún profesional los datos no son presentados a tal profundidad para considerarlos como tales. En este caso, se puede observar que los nacimientos atendidos en instituciones donde se encuentran profesionales de la salud refieren un 98.1%. Siendo los años 2019 y 2020 los que han estado por debajo de este dato con 97.2% y 96.9% respectivamente (Tabla 64).

**Tabla 64. Porcentaje de partos atendidos en instituciones con profesionales de la salud México**

<b>Año</b>	<b>Nacimientos</b>	<b>Nacimientos atendidos en instituciones de salud</b>	<b>Porcentaje</b>
2015	2145199	2116814	98.7%
2016	2080253	2052060	98.6%
2017	2064503	2036731	98.7%
2018	1940656	1909899	98.4%
2019	1868214	1816540	97.2%
2020	1468219	1422030	96.9%

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de Sistema de Información de la Secretaría de Salud (SINAISCAP, 2021a).

#### **4.3.5 El tópico de la sociedad civil contra VO en México**

Una de las principales organizaciones que han aportado análisis sobre derechos reproductivos de las mujeres es el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Fue creado en 1992 con la intención de generar información científica, objetiva y laica sobre el aborto con la intención de posicionarlo como un tema para la agenda pública (GIRE, s.f.).

Otro de los actores sociales identificados es el Observatorio de Mortalidad Materna (OMM). Este observatorio surge con el apoyo técnico del Grupo Interagencial de Naciones Unidas para la reducción de la mortalidad materna. Esta es una instancia que alberga a personas, organizaciones civiles, agencias y fundaciones, instituciones académicas y gobierno (OMM, s.f.). Al año 2021, tanto GIRE como OMM registran indicadores actualizados hasta el año 2016.

La iniciativa para reconocer el término de VO en la normatividad general en el año 2014 (la cual no ha tenido avances) registra que algunas organizaciones de la sociedad civil como GIRE, Parto Humanizado, A.C. y SakiNichimAnzetik, A.C. participaron con representantes del Gobierno Federal para dar seguimiento a las quejas y capacitar al personal médico para evitar la VO (Cámara de Diputados, 2014).

Pero los esfuerzos para que este fenómeno sea visibilizado no corresponde directamente a organizaciones especializadas en el tema. También existen diversas organizaciones enfocadas en derechos humanos que han organizado redes de cooperación e interacción para impulsar la agenda para atender la VO.

En este sentido, en el año 2016 se realizó el Diálogo Regional Intercambio de Buenas Prácticas: desafíos y nuevos retos para la erradicación de la violencia contra las mujeres. Un evento organizado en cooperación con organizaciones de derechos humanos y feministas, así

como con instancias de los gobiernos federal y estatal (IM-Defensoras, 2016) y (Comité de Derechos Humanos Ajusco, 2016).

También se pueden observar algunos esfuerzos por organizaciones a nivel estado que han buscado hacer visible la problemática proponiendo su incorporación en las disposiciones normativas. En el año 2011 el Consorcio Oaxaca realizó un pronunciamiento para la tipificación de la VO como violencia de género. En este posicionamiento se encuentran como firmantes 58 organizaciones, además de registrar más de 100 firmas entre profesionales de la salud, parteras, personas de la academia y profesionistas y madres y padres que recibieron atención humanizada para el parto (Consorcio Oaxaca, 2011). Cabe destacar que en Oaxaca la VO fue reconocida hasta el año 2019 en la Ley Estatal de Acceso a las Mujeres a una vida Libre de Violencia, y también es reconocida dentro del Código Penal de dicho estado (Congreso de Oaxaca, 2021).

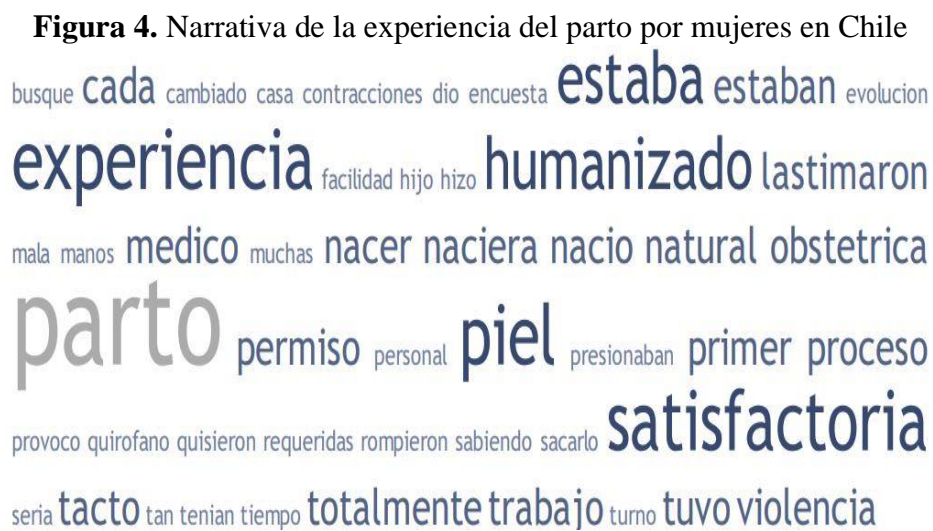
Actualmente GIRE en coordinación con otras organizaciones crearon el observatorio de género y Covid-19. En este sentido uno de sus enfoques es conocer el impacto de la pandemia por Covid-19 en la muerte materna y violencia obstétrica. En este sentido el OMM de manera individual semanalmente también se encuentra emitiendo boletines sobre las muertes maternas relacionadas al Covid-19. En ambos casos se está utilizando la información que publica la SSalud en los informes epidemiológicos (EQUIS, 2020), (OMM, 2021) y (Observatorio de Género y Covid-19, 2021).

#### **4.3.6 Opinión de las mujeres**

En la integración de esta sección se pidió la participación de mujeres mexicanas que tuvieron partos. Esto se realizó a través de la página de parto respetado, de tal manera que se publicó un anuncio segmentado para madres mexicanas con partos en los últimos 6 años. Se les pidió ayuda para el llenado de un cuestionario y que las que se sintieran cómodas expresara porque fue o no satisfactoria su experiencia de parto. En este sentido, esta sección se divide en dos partes, la primera transcribe las participaciones que algunas mujeres realizaron y la segunda en el análisis cuantitativo del cuestionario.

#### 4.3.6.1 Comentarios

En los comentarios expresados se puede encontrar que hay expresiones variables, sin embargo, en suma, los comentarios de una experiencia no satisfactoria son mayores que las experiencias positivas (Figura 4).



**Fuente:** Testimonios enviados a la página parto respetado durante la aplicación del cuestionario de VO.

Es importante remarcar que algunos de los comentarios satisfactorios sobre el parto humanizado o respetado son compartido tanto en instituciones públicas como privadas, y en el caso de los partos en casa son aquellos que reportan una experiencia totalmente satisfactoria.

#### 4.3.6.2 Resultados del cuestionario

En este cuestionario participaron 30 mujeres, de las cuales 18 refirieron haber recibido atención del parto por medio de una institución pública; y 12 recibieron atención privada de las cuales 3 tuvieron un parto en casa. En este sentido, 60% de las participantes refirieron una atención pública, 30% atención privada en institución y 10% atención privada en casa. De tal manera que el porcentaje de atenciones privadas es del 40%.

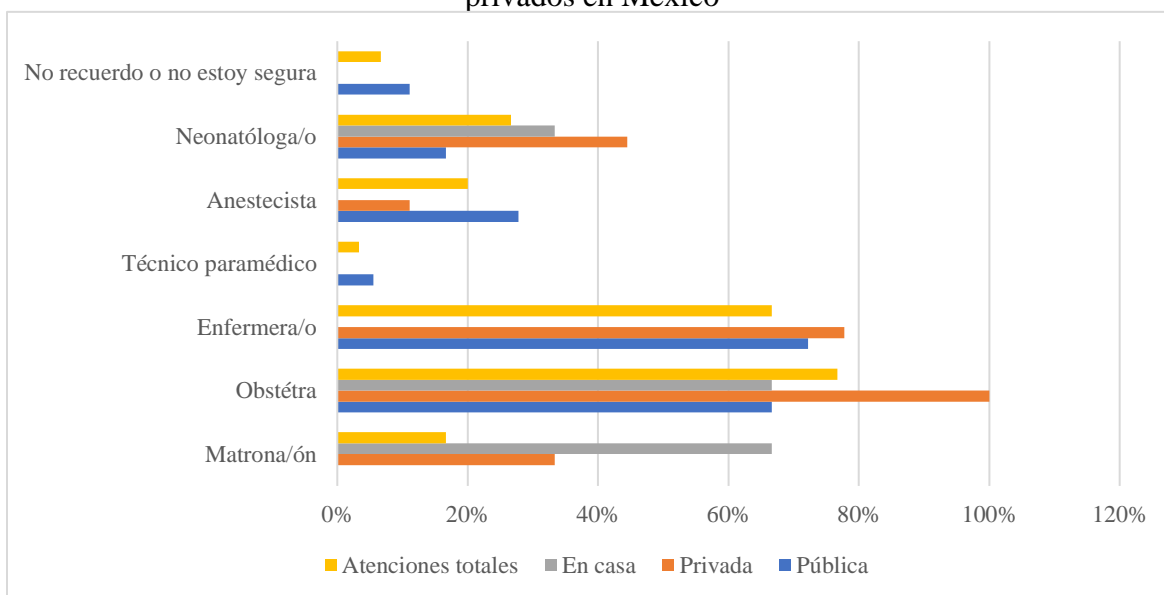
Al preguntar cuanto tiempo había transcurrido desde su último parto 46.67% (11 mujeres) mencionó que tenían un año o menos, 26.67% (ocho) refirió tener dos años, 13.33% (cuatro mujeres) corresponde a tres años, y 13.33% (4) refiere que su parto fue hace cuatro o más años. Cundo se preguntó sobre el número de partos que han tenido 50% (15 mujeres)

mencionaron que han tenido solamente uno y el 50% restante refirió que han tenido dos o más partos.

Con relación a la satisfacción ante los servicios recibidos en la atención al parto, 44% (siete) de las 18 mujeres que tuvieron atención pública mencionaron estar nada satisfechas, 33% (seis) refirieron sentirse medianamente satisfechas con la atención, y 22% (cuatro) mencionaron estar totalmente satisfechas. En este sentido, aquellas que recibieron atención privada el 100% (12) mencionó estar totalmente satisfecha. A las participantes se les solicitó que eligieran del uno al tres el nivel de satisfacción de la atención, donde uno era nada satisfecha, dos medianamente satisfecha y tres totalmente satisfecha. El resultado promedio de la elección de las participantes es de 2.27 puntos, de tal manera que el grado de satisfacción estaría en un 76% del 100% posible. Al analizar individualmente las respuestas de quienes recibieron atención pública se obtuvo 1.78 puntos lo que equivaldría al 59% de satisfacción del 100%.

Al preguntar que profesionales de la salud habían estado presentes en el proceso de las 30 mujeres 77% (23 mujeres) respondió que tuvo atención de un obstetra, 67% (20) refirió haber recibido atención de enfermera o enfermero, 27% (ocho) refirieron presencia de neonatólogo o neonatóloga, 20% (seis) mencionaron la presencia de anestesista, 3% (una mujer) mencionó la presencia de un anestesista y 7% refirió no estar segura o no recordar. En este sentido en el gráfico 13 es posible observar la distribución porcentual del personal presente en los partos según el lugar o institución donde fue atendido el parto. Es importante destacar que de las 18 mujeres atendidas en el sector público 67% refirieron haber tenido obstetras, y 72% personal de enfermería. El 92% de las 12 mujeres que recibieron atención privada refirieron haber tenido la presencia de un obstetra, el 58% refirió la presencia de personal de enfermería, mientras que con relación a la presencia de matrona o matrón se refiere a un 42% (cinco mujeres).

Gráfico 13. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados en México



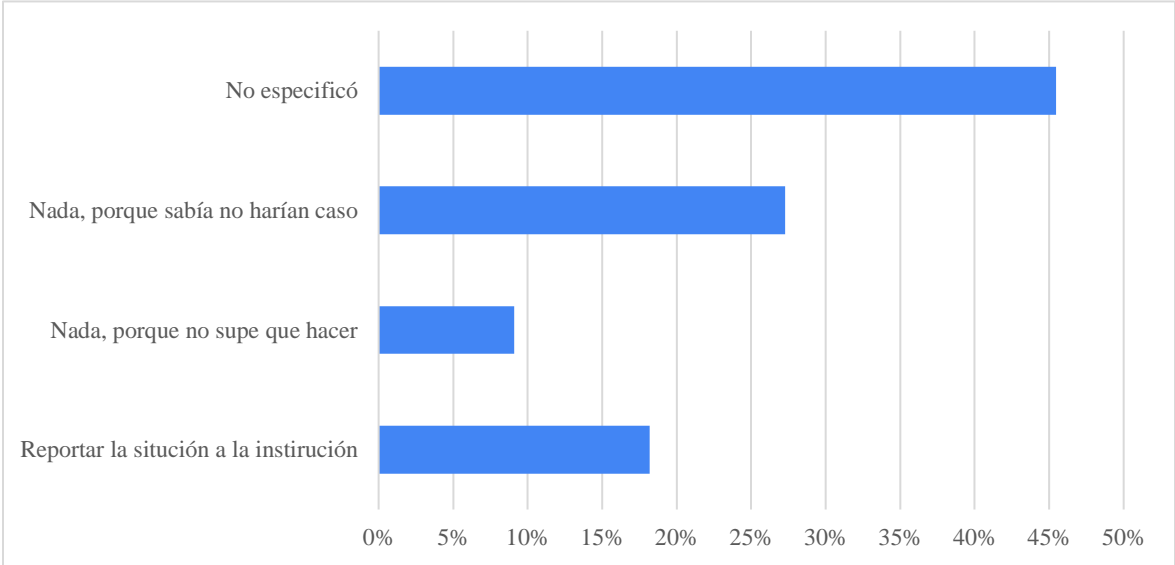
**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO México.

Otras de las preguntas referían a si el personal que estuvo presente el parto siempre fue el mismo, ósea que hubo un acompañamiento constante de las mismas personas profesionales. En el caso de la atención pública 39% respondió de manera afirmativa (siete mujeres). En la atención privada 83% (10 de 12 mujeres) respondió afirmativamente, al realizar la comparación entre quienes tuvieron parto en casa y en institución privada únicamente dos de las tres mujeres respondieron afirmativamente (67%), de tal manera que en la institución privada el 89% (de nueve mujeres) respondieron que si hubo un acompañamiento constante por el mismo personal.

Se les preguntó si consideraban que en la atención recibida habían sufrido violencia obstétrica u omisiones. En este sentido 37% (11) del total de mujeres (30) respondieron afirmativamente. En este sentido de las 18 mujeres que se atendieron con servicios públicos 61% refirió que sí, mientras que quienes se atendieron con servicios privados no refirieron haber vivido esta situación. De las mujeres que afirmaron haber vivido VO o que sufrieron omisiones en la atención, ocho respondieron que estaban nada satisfechas con la atención recibida y tres respondieron estar medianamente satisfechas. En este sentido, quienes respondieron que no consideraban haber sufrido VO u omisiones en la atención de su parto, tres refirieron tener una satisfacción media y 16 mencionaron que estaban totalmente satisfechas con la atención.

Se les preguntó qué acciones realizaron a quienes respondieron afirmativamente sobre el haber vivido omisiones o VO. Ninguna de las mujeres refirió haber realizado alguna denuncia, 45% no especificó (cinco mujeres), 27% (tres) mencionó que no hizo algo debido a que sabía que no les harían caso, 18% (dos) realizaron un reporte a la institución, y 9% (una) refirió que no hizo algo porque no sabía que hacer (gráfico 14). Al preguntarles a las mujeres que realizaron el reporte a la institución si consideraban que se le había dado un seguimiento adecuado a la queja una respondió que no y la segunda que no sabía o no estaba segura.

Gráfico 14. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica? México

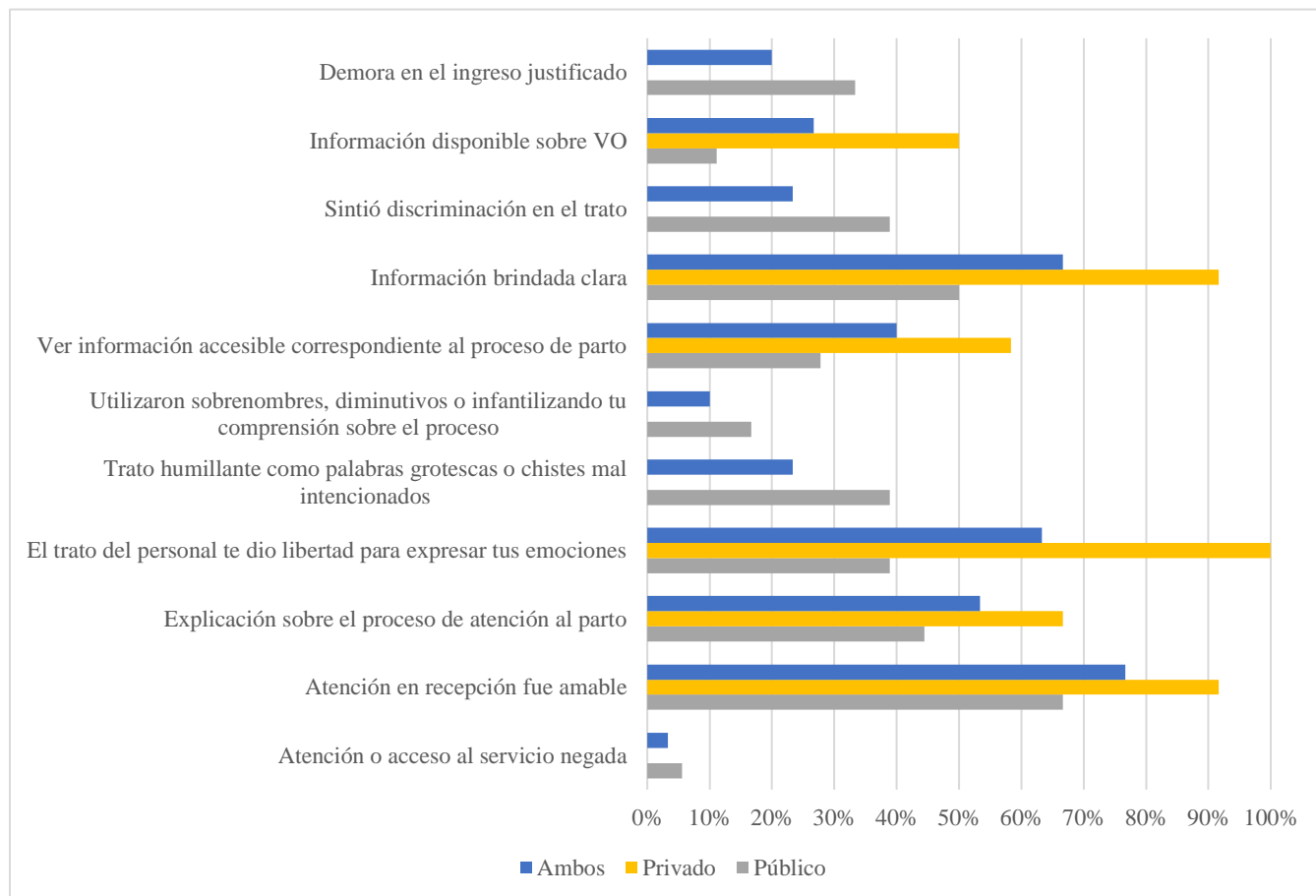


Fuente: Elaboración propia con base en cuestionario de VO México

Seguidamente se realizaron algunas preguntas relacionadas con el trato recibido. Se preguntó si la atención o el acceso al servicio fue negado y el 3% de las 30 mujeres respondieron afirmativamente (una mujer). Al preguntar si la atención en la recepción o en ventanilla fue amable 77% de las 30 mujeres respondió afirmativamente (23 mujeres), en este sentido, 67% de las 18 mujeres atendidas en servicios públicos respondió afirmativamente (12), mientras que de los servicios privado 92% (11 de 12) respondió que la atención fue amable. También se preguntó si el trato del personal les dio libertad para expresar sus emociones a lo que el 63% del total de las mujeres respondió afirmativamente, en este sentido 39% de las mujeres atendidas en el servicio público respondieron afirmativamente, mientras que el 100% de quienes recibieron atención privada respondieron que si tuvieron oportunidad de expresar sus emociones y sentimientos. El 23% del total de las mujeres refirieron que sintieron haber

recibido un trato discriminatorio, este porcentaje corresponde a siete mujeres de las 30 participantes, estas siete respuestas afirmativas corresponden únicamente a quienes se atendieron en el sector público representando el 39% de 18 observaciones (gráfico 15).

Gráfico 15. Situaciones que vivieron con relación al trato en el parto mujeres en México



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO México

Las preguntas realizadas también se utilizaron para evaluar las condiciones del trato. En este sentido, se ponderó un total de 11 preguntas con un total de 11 puntos posibles. En este sentido existen tres resultados posibles medidos como: calidad baja o nula de 0 a 3.67 puntos, calidad media de 3.68 a 7.35 puntos y calidad alta de 7.36 a 11 puntos (Tabla 65).

Para medir esta sección se consideró otorgar un punto o cero puntos a respuesta negativas y positivas en relación con la pregunta presentada. Por ejemplo, al preguntar si la atención fue negada, la respuesta positiva (sí) genera cero puntos y la negativa (no) responde a un punto. Para obtener la relación de los puntajes se promedió el total de puntos obtenidos en relación con el total de observaciones para encontrar la aproximación al puntaje esperado,

de tal manera que al sumar el puntaje obtenido se logra obtener la ponderación del puntaje total esperado para la sección que es 11.

El resultado obtenido para la calidad del trato es de 6.85 puntos de 11 posibles, de tal manera que la atención se encuentra en rango de calidad media. En este sentido, la medición para los servicios públicos resulta en 5.66 puntos, correspondiente a un rango de calidad media (Tabla 65).

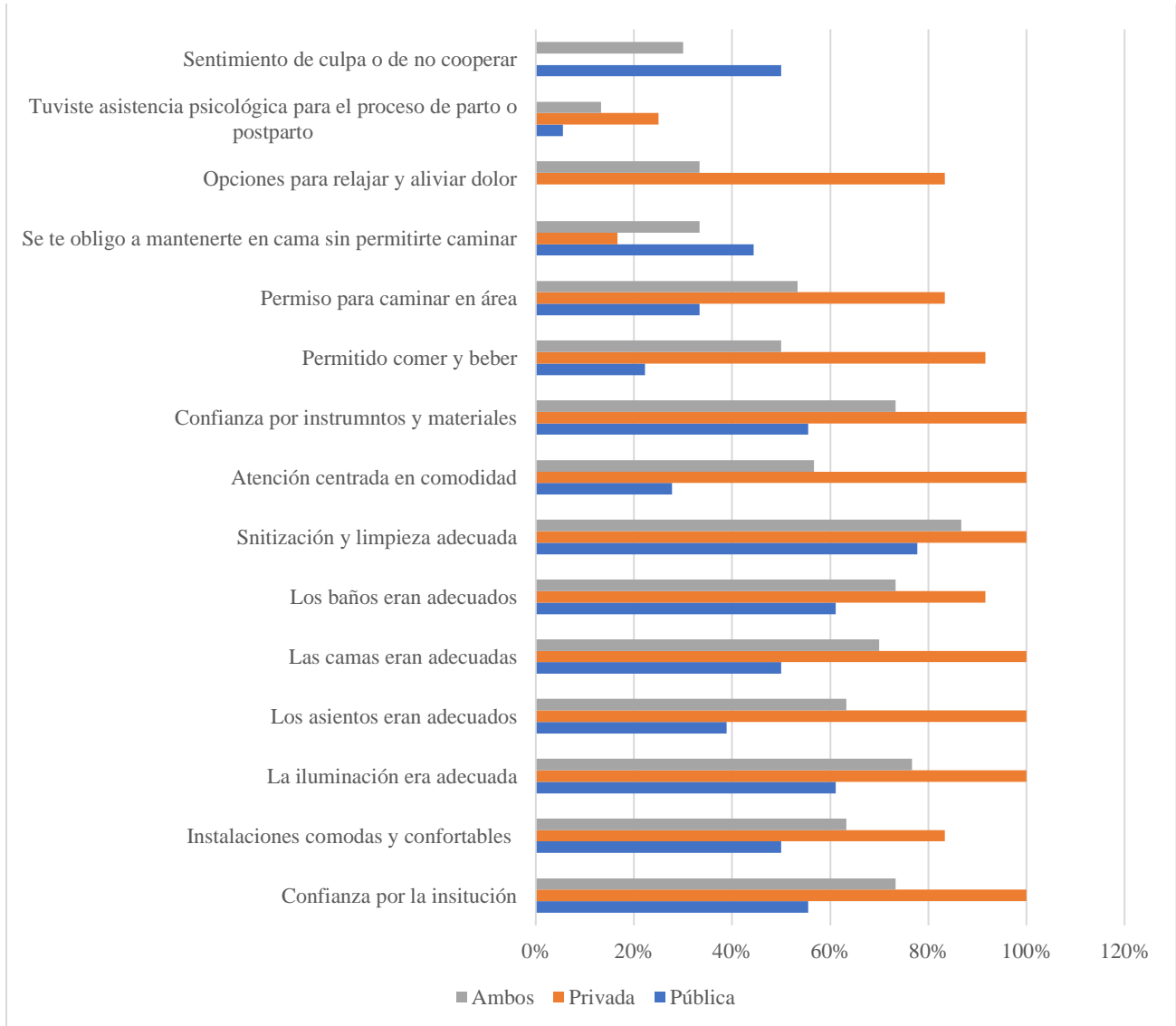
**Tabla 65. Medición de la calidad en las condiciones del trato México**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
La atención o acceso al servicio fue negada	0	1	0.97	0.94	1
Atención en la recepción fue amable	1	0	0.77	0.67	1
Explicación sobre el proceso de atención	1	0	0.53	0.44	1
El trato del personal dio libertad para expresar emociones	1	0	0.63	0.39	1
El trato fue humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados	0	1	0.77	0.61	1
Utilizaron sobrenombres, diminutivos o infantilización de tu comprensión del proceso	0	1	0.87	0.78	1
Había información visible y accesible correspondiente al proceso de parto	1	0	0.40	0.28	1
La información brindada fue clara	1	0	0.67	0.50	1
Sintió discriminación en el trato	0	1	0.77	0.61	1
Existía información disponible sobre VO	1	0	0.27	0.11	1
Existió demora del ingreso de manera justificada	1	0	0.20	0.33	1
		$\Sigma$	6.85	5.66	11

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO México

De las 30 mujeres participantes el 73% respondió que sentían confianza de la institución en la que atendieron su parto. En cuanto a la confortabilidad de las instalaciones 63% respondió de manera positiva, también se les preguntó si consideran que la atención fue centrada en su comodidad como el respeto sus posturas o el brindar la información que solicitaban, resultando en 57% del total de las mujeres participantes. (Gráfico 16).

Gráfico 16. Situaciones que vivieron en relación con la atención durante el proceso de parto en México



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO México.

En la tabla 66 se encuentra la segunda parte del análisis relacionado a la atención e infraestructura. La puntuación para esta sección está determinada para 15 preguntas, se distribuye de 0 a 5.99 puntos calidad baja o nula, 6 a 10.99 puntos calidad media y de 11 a 15 puntos calidad alta. En este caso se observa que el puntaje obtenido para los servicios públicos y privados es de 9.27, de tal manera que se cataloga como calidad media. En los servicios públicos, esta sección suma 6.44 puntos de 15 posibles, de tal manera que se encuentra también en una calidad media.

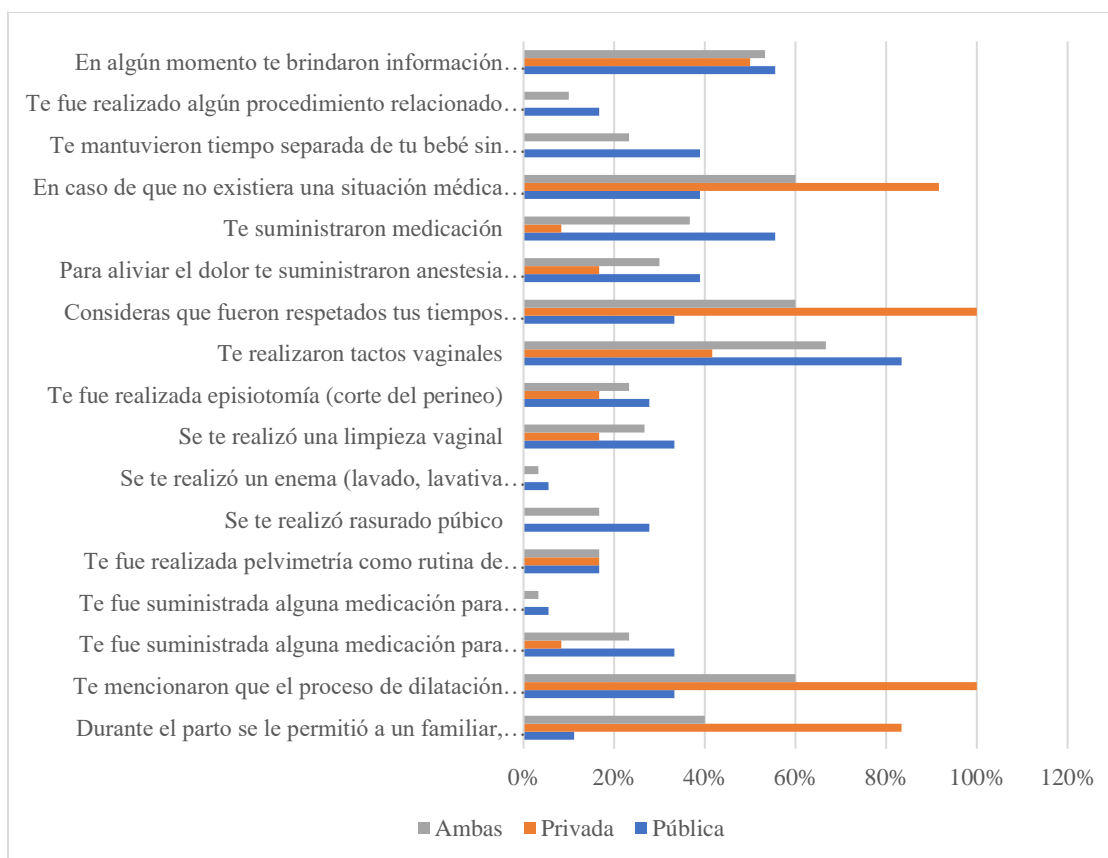
**Tabla 66. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura México**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Sensación de confianza por la institución de atención	1	0	0.73	0.56	1
Las instalaciones fueron cómodas y confortables	1	0	0.63	0.50	1
Iluminación adecuada	1	0	0.77	0.61	1
Asientos adecuados	1	0	0.63	0.39	1
Camas adecuadas	1	0	0.70	0.50	1
Baños adecuados	1	0	0.77	0.61	1
Sanitización o limpieza adecuada	1	0	0.87	0.78	1
Atención en comodidad (respeto de postura y brindando información al solicitarla)	1	0	0.57	0.28	1
Sentía confianza en instrumentos y materiales utilizados (inocuidad y buen estado)	1	0	0.73	0.56	1
Se le permitió comer y beber al solicitarlo	1	0	0.50	0.22	1
Se permitió caminar en un área designada	1	0	0.53	0.33	1
Se le obligó a mantenerse en cama	0	1	0.67	0.56	1
Se ofrecieron opciones para relajación y tratamiento del dolor (ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias)	1	0	0.33	0.00	1
Tuvo asistencia psicológica para el proceso de parto o posparto	1	0	0.13	0.06	1
La atención le hizo sentir culpable o que no colaboró lo suficiente en el parto	0	1	0.70	0.50	1
		$\Sigma$	9.26	6.46	15

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO México.

Como tercera sección de la medición se considera la calidad de las intervenciones en el sentido de saber que tan invasivas fueron las intervenciones. Se puede notar que el 40% (12) de las 30 mujeres mencionaron que se permitió la presencia de algún familiar o persona acompañante durante el parto, en este caso únicamente el 2% (2) de las 18 mujeres que se atendieron en sector público respondieron afirmativamente, mientras que el 83% (10) de las 12 mujeres que recibieron atención privada respondieron que sí. Al preguntar si les fue mencionado que el proceso de dilatación varía entre mujeres y que no es necesario atrasar o acelerar el proceso sin que existan condiciones adversas el 60% de las mujeres respondió de manera afirmativa (18 de 30), es importante considerar que en este caso el 100% de las mujeres que recibieron atención privada respondieron de manera afirmativa, mientras que las mujeres que recibieron atención por servicios públicos únicamente respondieron afirmativamente el 33% (seis) de las 18 mujeres (Gráfico 17).

Gráfico 17. Intervenciones realizadas en el parto México



Fuente: Elaboración propia con base a cuestionario de VO Chile

Al preguntar si les fue realizado corte de perineo o episiotomía, el 23% (siete) de las 30 mujeres respondió afirmativamente. En este sentido, en las atenciones correspondientes al

servicio público fue el 28% (cinco) quienes respondieron que sí, mientras que en el privado se observa un 17% (dos) de respuestas afirmativas; ahora bien, de las mujeres que respondieron que les fue realizada la episiotomía únicamente cuatro de las siete respondieron que se los realizaron porque era necesario o las condiciones lo ameritaban, en ese sentido, de las cinco mujeres que en los servicios públicos les fue realizado el procedimiento únicamente una respondió afirmativamente, mientras que en la atención privada a las dos mujeres que les fue realizado el procedimiento respondieron que si se ameritaba. De tal manera, es en el sector público donde se realizó el procedimiento sin informar abiertamente sobre la justificación del uso del procedimiento.

El 67% (20) de las mujeres afirmaron que les fue realizado tacto vaginal, en este sentido 83% (15) corresponde a mujeres que se atendieron a través de servicios públicos, mientras que 42% (cinco) de las mujeres que recibieron atención de servicios privados respondieron afirmativamente. Se les preguntó si al realizarles los tactos vaginales se les brindó información del porque se hacía, únicamente 13 de las 20 respondió afirmativamente, de tal manera que, quienes recibieron atención pública únicamente fueron siete de las 15, en el sector privado fueron cinco (el total que respondió afirmativamente sobre haber recibido tactos).

Con relación a la evaluación de la sección se aplican criterios para un total de 17 puntos. En este sentido los resultados de 0 a 5.66 puntos equivalen a calidad baja o nula, de 5.67 a 11.33 puntos se encuentra la calidad media y de 11.32 a 17 puntos corresponde a calidad alta. Al realizar esta sección se contabilizaron y cruzaron datos para la medición de tres preguntas, de tal manera que el resultado proviene de una suma de promedio de preguntas filtro que ayudan a relacionar las observaciones y ponderar las preguntas. En la tabla 67 se muestra que estas preguntas, están relacionadas a la realización del tacto vaginal, la anestesia epidural y la aplicación de medicación. El resultado general para la atención pública y privada es de 12.67 puntos, que estaría catalogada en calidad alta. Sin embargo, al realizar la medición individual de la atención de servicios públicos, se estiman un puntaje de 10.86, de tal manera que se ubica en una medición media.

**Tabla 67. Medición de la calidad de las intervenciones México**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Presencia de familiar, pareja o persona de importancia durante el parto	1	0	0.40	0.11	1
Mención sobre la variación en el proceso de dilatación	1	0	0.60	0.33	1
Medicación suministrada para acelerar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.77	0.67	1
Medicación suministrada para retrasar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.97	0.94	1
Pelvimetría como rutina de ingreso	0	1	0.83	0.83	1
Se le realizó rasurado público	0	1	0.83	0.72	1
Se realizó enema o lavado rectal	0	1	0.97	0.94	1
Se realizó limpieza vaginal	0	1	0.73	0.67	1
Fue realizada episiotomía sin ser necesario	0	1	0.87	0.78	1
Se realizaron tactos vaginales					
Al realizar tactos vaginales se brindaba información del porque	1	0	0.60	0.47	1
Considera que el tacto vaginal fue excesivo	0	1	0.60	0.47	1
Considera que el tacto vaginal fue respetuoso	1	0	0.65	0.53	1
	Promedio		0.62	0.49	1
Considera que tiempos biológicos fueron respetados	1	0	0.60	0.33	1
Suministró anestesia epidural					
Se le suministró con su permiso	1	0	1	1	1
	Promedio		1	1	1
Suministro de medicación					
Al suministrarle medicación se le informó porque y para qué era necesaria	1	0	0.68	0.60	1
La medicación fue suministrada respetando la decisión de aceptarla	1	0	0.64	0.70	1
	Promedio		0.68	0.65	1
Se le permitió contacto inmediato con su bebé cuando no existía situación médica adversa	1	0	0.60	0.39	1
La mantuvieron separada de su bebé sin explicarle porque	0	1	0.77	0.61	1
Le fue realizado algún procedimiento relacionado con el control natal sin su permiso (como colocación de DIU)	0	1	0.90	0.83	1
En algún momento le fue brindada información sobre el control natal	1	0	0.53	0.56	1
	$\Sigma$		12.67	10.85	17

**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO México

La medición final se realiza al sumar el puntaje de las tres secciones el cual es un puntaje esperado de 43 puntos. En condición de la ponderación que ha recibido en cada sección los servicios se encuentran dentro de una calidad media, al considerar el puntaje obtenido en las

opiniones del ámbito público y privado se tiene una puntuación general de 28.77, mientras que en al considerar únicamente la atención pública se obtiene un puntaje de 22.97. Cabe destacar que la distribución de la puntuación es considerada como calidad baja o nula de 0 a 14.33 puntos, de 14.34 a 28.67 puntos se encuentra la calidad media y la calidad alta se encuentra entre 28.68 a 43 puntos (Tabla 68 y Gráfico 18).

<b>Tabla 68. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en México</b>						
Área	Publico	Ambos	Puntaje esperado	Baja o nula	Medio	Alto
Condiciones del trato	5.66	6.85	11	0 a 3.67	3.68 a 7.35	7.36 a 11
Confortabilidad e infraestructura	6.46	9.26	15	0 a 5.99	6 a 10.99	11 a 15
Intervenciones	10.85	12.67	17	0 a 5.67	5.68 a 11.35	11.36 a 17
$\Sigma$	22.97	28.78	43	0 a 14.33	14.34 a 28.67	28.68 a 43

**Fuente:** Elaboración propia con base en datos de cuestionario de VO México

Gráfico 18. Resultado de la medición de los servicios de atención en México



**Fuente:** Elaboración propia con base a cuestionario de VO México

#### **4.4 Venezuela Plan Parto Humanizado**

El programa Plan Parto Humanizado fue creado en el año 2017, este programa se fundamenta desde el enfoque de curso de vida y la atención primaria de la salud. El programa se creó con la intención de reducir la morbilidad grave y la mortalidad materna perinatal (OPS Venezuela, 2017).

El programa es catalogado dentro de la política social dirigido a clases con menos recursos, para dar acompañamiento previo y posterior también busca reducir el nivel de cesáreas que se realizan en el país. Este programa integra promotoras o voluntarias que son observadoras en el parto (Gómez A. , 2019).

El programa es identificado no se cataloga como política pública, si no como parte de la política gubernamental. Aquí hay que hacer una pausa, ya que, si propiamente es identificada bajo esta conceptualización, es muy probable que el programa pueda desaparecer cuando el gobierno sufra cambios. En este sentido, se puede considerar que la principal diferencia entre una política pública y una política gubernamental es el tiempo de vida (y esta es una de tantas). La coordinación se realiza por parte del Órgano Superior de Parto Humanizado y Lactancia Materna que reúne al Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, el Instituto Nacional de la Mujer (Inamujer) y el Ministerio de Salud.

El programa cuenta con una misión, visión y objetivo definidos, lo interesante de la misión es que se propone que este parto humanizado sea alcanzado a través de productos e instrumentarias realizadas por unidades socio productivas; la visión es posicionarse como una marca emblemática del Gobierno en el mundo, en lo que respecta a oferta de productor vinculados al Parto Humanizado, que permita la visibilidad de manera holística la visibilización del proyecto socialista-feminista desde la concepción y formación del ser humano; mientras que el objetivo es atender a la población de las familias gestantes, lactantes y crianza humanizada, vinculado a las mujeres del Plan Parto Humanizado (Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género, 2021).

Este programa se ha vinculado otras iniciativas del gobierno venezolano como como el Movimiento Somos Venezuela y la Misión Barrio Adentro. Esto a través del Carnet de la Patria, el cual es un registro de las condiciones socioeconómicas de la población. Para el año 2018 se propusieron algunos cambios en los que se incluía el pago a las promotoras de Plan,

elevar de 124 espacios a 1000, incorporar 20 min nuevas promotoras sumándolas a las 10242 ya integradas (Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información, 2018).

Conforme a estas metas propuestas en el año 2018, al 2020 existen 20,000 promotoras y los espacios habilitados son un total de 30, a diferencia de los que se expresaban que existían en el comunicado, además de que el número de madres protegidas es de 760,122, cifra que tuvo un incremento del 57% con respecto a las 482,985 mujeres consideradas en el comunicado del año 2018.

#### **4.4.1 Estructura analítica del programa**

El plan nacional de desarrollo de Venezuela es el Plan Patria 2019-2025, aunque el Plan de Parto Humanizado se creó en el 2017, en el Plan de la Patria 2013-2019 no se encuentran líneas o acciones específicas que hablen sobre dicha estrategia, sin embargo, si se describe la atención a la salud materna.

Previo a la creación del plan del Parto Humanizado, en el año 2015 se crearon dos programas de los cuales la CEDAW expresó que no lograron cumplir con la reducción de la mortalidad materna. Estos programas fueron Maternidad Segura, Deseada y Feliz; y el Plan Nacional de Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos. A su vez, la CEDAW también dice que son desconocidos sus objetivos y su vinculación con un marco general de políticas públicas, así como su financiamiento e implementación (CEDAW, 2018)

En el Plan de la Patria 2013-2019 se encuentra una vinculación con el objetivo II: continuar construyendo el socialismo bolivariano del siglo XXI, en Venezuela, como alternativa al sistema destructivo y salvaje del capitalismo y con ello asegurar “la mayor suma de felicidad posible, la mayor suma de seguridad social y la mayor suma de estabilidad política” para nuestro pueblo; seguidamente se identifica el objetivo nacional 2.2: construir una sociedad igualitaria y justa; seguidamente el objetivo estratégico 2.2.10: asegurar la salud de la población desde la perspectiva de la promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales; y el objetivo general 2.10.10: Reducir cargas de enfermedad, mortalidad prematura y mortalidad evitable con énfasis en la mortalidad materna, mortalidad en menores de 5 años (Presidencia de la República, 2013).

El Plan Patria 2019-2025 identifica el Plan de Parto Humanizado desde el objetivo II, que es el mismo objetivo fijado en el plan anterior; se relaciona con el objetivo nacional 2.3: construir una sociedad igualitaria y justa garantizando la protección social del pueblo; del objetivo anterior se desprende el objetivo estratégico 2.3.6: asegurar la salud de la población desde la perspectiva de prevención y promoción de la calidad de vida, teniendo en cuenta los grupos sociales vulnerables, etarios, etnias, género, estratos y territorios sociales (este objetivo es el mismo que en el plan anterior se estableció como 2.2.10); como objetivo general se encuentra el 2.3.6.13: fortalecer la atención de la salud sexual y reproductiva de la población venezolana, con énfasis en los sectores de mayor vulnerabilidad y exclusión; en este sentido se encuentra la acción 2.3.6.13.3: fortalecer y expandir el Programa de Parto Humanizado como política de Estado (Presidencia de la República, 2019).

Entre las políticas estructurales del plan se considera que el Plan Nacional de Parto Humanizado forma parte de la protección integral a las mujeres. De tal manera que, especifica que este plan forma parte de la incorporación de la agenda feminista en las políticas de protección social. La meta establecida es atender a cuatro millones de mujeres, abarcando el 75% de los partos del país a 2025<sup>46</sup>.

En este sentido es la única referencia que se establece como meta para el programa, mientras que la sección de indicadores no refiere a alguna relación con los descritos, y en las metas únicamente se considera el total de atenciones propuestas para 2025.

Tratar de identificar concretamente el funcionamiento del programa, es difícil, ya que el objetivo descrito durante su creación parecería estar más enfocado en la atención materno-infantil desde la etapa gestacional a través de los servicios de salud. Sin embargo, hoy este programa cuenta con una concesión de marca para la producción de artículos de higiene, pañales ecológicos, pañaleras, pijamas, batas y otros productos (SAPI, 2020).

En todo caso, no se está argumentando que esta característica del programa sea inadecuada, la observación sobre este punto es que no se presenta una clara delimitación de los alcances que el programa busca tener y a través de qué. Ya por demás esto permite traer nuevamente a colación el posicionamiento de la existencia de una política pública ante la

---

<sup>46</sup> *Ibidem* p.56

violencia obstétrica. Además de lo anterior, tampoco se presentan mecanismos lineamientos para el seguimiento, monitoreo y evaluación del programa.

#### **4.4.2 Población Objetivo**

En el año 2019 se estableció que la población objetivo del programa es el 100% de las mujeres embarazadas en el país (MPComunas, 2019). Anteriormente se mencionó que la manera en la que el personaje integra a la población beneficiaria es a través del Carnet de la Patria.

Por lo menos, en una visión externa la construcción institucional no se hace posible determinar o reconocer la manera en la que se definen la población objetivo, potencial y los datos sobre población beneficiaria tampoco se encuentran publicados.

El hecho de que los mecanismos de integración al programa no se encuentren publicados, dificulta realmente conocer aquellos cambios que ha generado el programa. Pennaccho & Vielma (2020) describen que las mujeres que con sometidas a cesáreas deben comprar el Kit de Césare que equivale a 100 dólares (según la tasa del mercado) contrastandolo con el salario mínimo de 6 dólares, de tal manera que la atención está supeditada a las personas lleven medicamentos e instrumentos médicos.

En este punto es importante remarcar que el argumento de las autoras parte de la atención del programa Barrio Adentro, el cual se vincula al Plan de Parto Humanizado para brindar servicios de salud gratuitos para las personas más pobres. En concreto las autoras presentan algunos casos donde marcan la vivencia de algunas mujeres y sus familias donde la deficiencia del servicio dio como resultado partos en la calle, muerte por intervenciones inadecuadas (y con mayor énfasis) el traslado de clínica en clínica.

En las páginas oficiales ni externas, se presenta un diagnóstico que fundamente la creación y operación del programa. De tal manera que no se conoce de manera concreta la manera en la que se establecen las pocas metas que el programa plantea. Además de esto, la creación del Órgano Superior de Parto Humanizado y Lactancia Materna no presenta avances que externamente puedan ser analizados.

Algunos comunicados y notas periodistas mencionan las acciones del órgano pero no se brindan detalles concretos. Algunos hablan sobre el otorgamiento de recursos económicos

como apollo a las gestantes, otros hablan sobre la relación con instituciones educativas. Pero no se presentan cifras concretas o la relación que guardan esta serie de actividades con el objetivo principal del Plan.

El órgano fue creado con la intención de llegar al 100% de las mujeres gestantes, en el 2019 se justificó dicha creación bajo el precepto de que anualmente nacen poco más de 500 mil niños y niñas, de tal manera que en ese año con el programa se daba atención a 362,854 mujeres gestantes. Además, que había un total de 337,627 que recibían el bono de parto humanizado y 246,214 que recibían el bono de lactancia materna (MPPS, 2019).

#### **4.4.3 Presupuesto**

Anteriormente se hizo mención de que el presupuesto no se encuentra disponible en las fuentes oficiales, la última actualización presupuestal es del año 2009. Lamentablemente en esta tesis no se puede cubrir las condiciones presupuestales vinculadas al programa. Con anterioridad se hizo notar a través de algunos autores que la condición del presupuesto llega ser en cierta manera indiscriminada.

#### **4.4.4 Vinculación a los ODS**

Propiamente el programa no enfatiza o se identifica concretamente con alguna meta perteneciente a los ODS, sin embargo, el Gobierno ha asumido el compromiso de aportar e identificar las oportunidades que hay entorno a los ODS (Consejo de Vicepresidentes, 2016).

Directamente se tendría que observar la meta 3.1, la cual ya ha sido tratada en capítulos y subtemas anteriores. La última información actualizada es de 2016, donde se muestra que las muertes maternas aumentaron un 66% con respecto a 2015 (de 456 a 756), de tal manera que se registra 140 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos (SINERGIA, 2019).

En consideración del ODS 5, tampoco se presenta información de los avances o la vinculación que pueda tener con el programa o los programas existentes en Venezuela. Esto es un hecho curioso debido a que el País si asume y reconoce el compromiso ante el desarrollo sostenible, pero no emite información pertinente a los objetivos.

#### **4.4.5 El tópico de la sociedad civil contra la VO en Venezuela**

Villasana & Carballo (2019:56) describen que el proceso de la gestación y gestión de las políticas públicas de salud en Venezuela carecen de una participación social real; la visión impuesta es utilitaria que deja de lado la concepción de la inversión sostenible de la salud como un bien público, ético y un derecho humano.

Una de las organizaciones con amplia experiencia de trabajo es la Asociación Venezolana para una Educación Sexual Alternativa (AVESA). Esta asociación participó en la creación de Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, además de participar en el Constituyente de 1992 en la Ley Orgánica para la Protección del Niño, Niña y Adolescente. La vocera de esta organización mencionó que el Plan es paliativo y no es idóneo para que las mujeres salgan de la realidad que trajo la emergencia humanitaria en el país (Amnistía Internacional, 2018).

En el año 2016 se creó la Red Naranja, la cual aglomera alrededor de 36 organizaciones de la sociedad civil que buscan luchar por los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia (Red Naranja, 2016). Una de las organizaciones que formaron parte de la idea fundadora de la red es el Centro de Justicia y Paz (CEPAZ), una organización centrada en la defensa de los derechos humanos de las mujeres ha impulsado la visibilización de la necesidad de atender los derechos sexuales y reproductivos, esto lo ha hecho en colaboración con dos organizaciones de la sociedad civil Aliadas en Cadena y Asociación Civil de Planificación Familiar (CEPAZ, 2019).

En el año 2015 Aliadas Cadena en conjunto con AVESA y Asociación Ciudadana contra el Sida (ACCSI) publicaron diversos tomos donde abordaron los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de diversos temas, siendo uno de ellos la mortalidad materna (AVESA, ACCSI y Aliadas en Cadena, 2015). En este informe se recalcó que existen diversas problemáticas que derivan en las muertes maternas, estas son la carencia de recursos humanos, descoordinación entre entidades regionales con el Ministerio de Salud para evaluar el actuar de los recursos humanos, deficiencia en registro epidemiológico y estadísticas oficiales.

Por su parte la Asociación Civil de Planificación Familiar (PLAFAM) es una institución sin fines de lucro creada en 1986, busca dar atención para el ejercicio de los

derechos humanos de salud sexual y reproductiva tanto de hombres como mujeres (PLAFAM, s.f.).

Ciertamente en Venezuela no parece existir un observatorio como tal direccionado a la violencia obstétrica. Sin embargo, no se puede dejar de lado el esfuerzo que algunas organizaciones de la sociedad civil han realizado para defender los derechos de las mujeres. El hecho de que exista la tipificación de la violencia obstétrica como concepto, es marca de las diversas maneras en las que las organizaciones civiles han interactuado para lograr este estándar.

Sin embargo, la participación de estas asociaciones parece más aislada y vinculada a la ayuda humanitaria que en estos momentos tanto necesita el país. En todo caso, esto también es una atención hacia aquellos flujos migratorios que muchas mujeres embarazadas han tenido que hacer a Colombia, para poder tener un parto seguro después de un trayecto peligroso (Turkewitz & Herrere, 2020).

Si algo ha quedado claro en este punto es que actualmente las mujeres en Venezuela abogan más por métodos anticonceptivos, siendo la salpingoclasia el método preferido, puesto que conseguir métodos anticonceptivos como grajeas o preservativos es costoso. Pero aun así este derecho les es negado y no son atendidas en esta necesidad.

Realmente las mujeres saben que las condiciones para ser madre actualmente en Venezuela no son las mejores en cuanto atención y crianza. Por esta razón algunas madres terminan migrando o simplemente no tiene a sus hijos en hospitales debido a que saben la cruzada que representa acudir a solicitar los servicios. Morbilidad, mortalidad y familias incompletas es lo que algunos escritos periodísticos recogen como testimonios (Cruz N. , 2020).

#### **4.4.6 Opinión de las mujeres**

En esta sección se rescata la participación de algunas mujeres para contar su experiencia en la atención durante el parto. En este sentido, la sección se divide en dos apartados, el primero se relaciona con los comentarios que algunas mujeres hicieron llegar tras la aplicación del cuestionario (analizado en la segunda parte), estos comentarios narran experiencias y sentimientos durante el proceso de parto y su atención. El segundo apartado recopila las respuestas de algunas mujeres en un cuestionario que fue distribuido a través de la página de



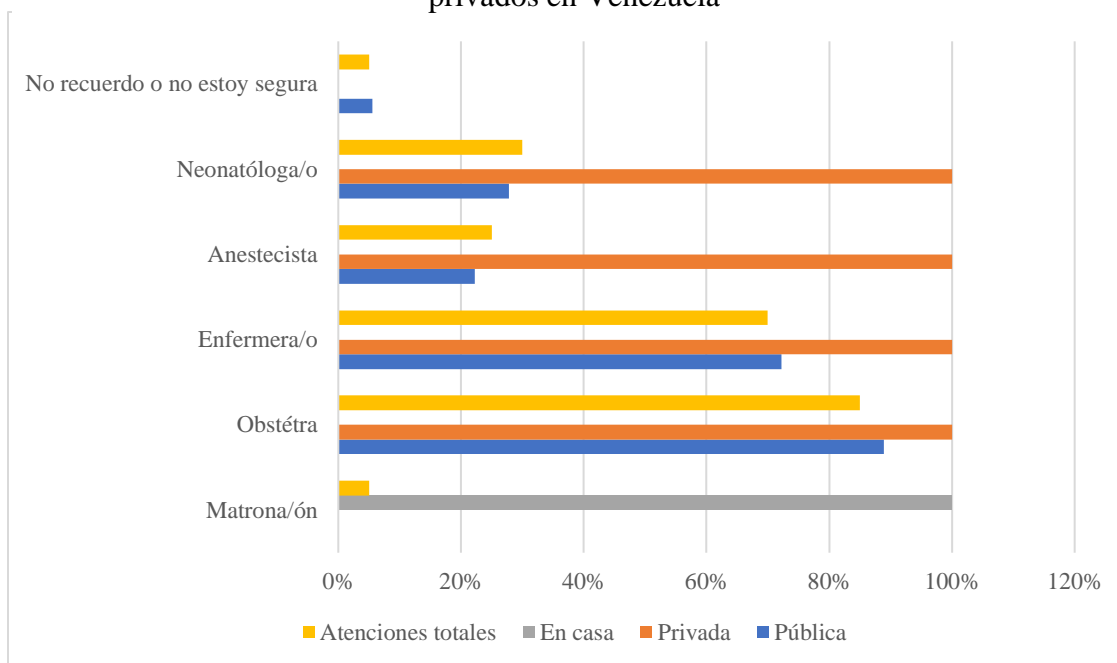
que han transcurrido seis o más años. Al preguntar el número de partos que han tenido el 60% (12 mujeres) respondieron que solamente han tenido uno, mientras que 40% (ocho mujeres) han tenido dos o más partos.

Se les solicitó a las participantes que pudieran medir el grado de satisfacción con los servicios y el trato recibido durante la atención de su parto, esto lo hicieron catalogando del 1 al 3 el grado de satisfacción, siendo que el valor 3 correspondería al 100% de satisfacción. Se estableció un rango donde del 0 al 33.33 existía una satisfacción baja con los servicios, de 33.34 a 66.67 la satisfacción sería media y de 66.68 a 100 la satisfacción sería alta. En este sentido, se encuentra que existe una media de 2.05 puntos, de tal manera que del 100% de grado de satisfacción esperado se obtiene un 68.33% que correspondería a un grado de satisfacción media. Al ver esta información únicamente considerando a las mujeres que recibieron atención pública, se encuentra que la media es de 2.00, de tal manera que el porcentaje obtenido es de 66.67% que corresponde a un grado de satisfacción media.

Complementando la información anterior, cabe destacar que de las mujeres que se atendieron de manera privada, una refirió estar satisfecha medianamente, mientras que la que tuvo su parto en casa, mencionó estar totalmente satisfecha.

También se les preguntó que profesionales de la salud estuvieron presentes durante el parto el 85% (17) contaron con la presencia de un obstetra, el 70% (14) mencionó la presencia de enfermera/o, 30% (seis) mencionó la presencia de neonatólogo/a, 25% (cinco) refirió la presencia de anestesista, y 5% (una) contó con la presencia de matrona o matrón. Para este último se resalta que solamente correspondió al caso de la atención en casa, en el que no hubo presencia de algún otro profesional. Para apreciar con mayor detalle esta información (Gráfico 19).

Gráfico 19. Personal de la salud presente durante el parto en los servicios públicos y privados en Venezuela



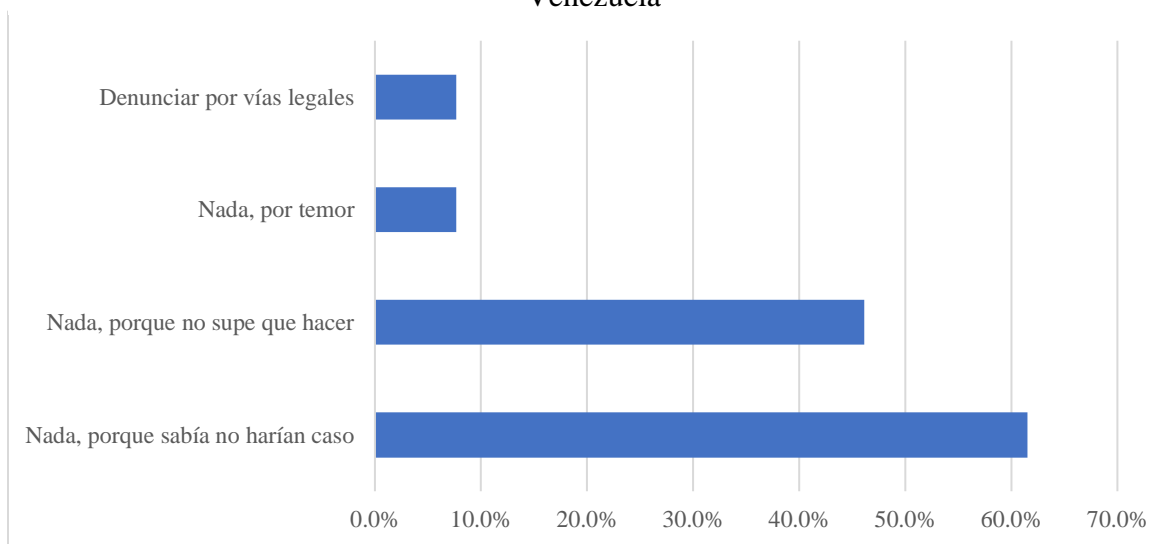
**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario de VO Argentina

También se preguntó si el personal que les atendió tuvo atención continua, ósea que no cambió y se brindaron atención desde la recepción hasta el final del parto. Con relación a la atención pública 44% (ocho de 18 mujeres) respondió que siempre fue el mismo personal, 44% (ocho) respondió que no y 11% (dos) dijo no estar segura o que no sabía. En la atención privada el 100% (dos mujeres) respondió que sí.

Al preguntar si consideraban que en el proceso de parto hubo omisiones o violencia obstétrica 65% (13) de las 20 mujeres respondió afirmativamente. Cabe destacar que estas respuestas afirmativas corresponden únicamente a quienes recibieron atención en el sector público, lo que correspondería a 72% (13 de 18 mujeres). Al momento de contrastar estas afirmaciones con el nivel de satisfacción, es interesante que una de las mujeres que refirió que si había vivido este tipo de situaciones se encontraba totalmente satisfecha con la atención y el servicio, mientras que seis, indicaron que su satisfacción era en una escala media y otras seis refirió estar nada satisfechas.

Ahora bien, al preguntarle a estas mujeres si presentaron alguna denuncia o queja ante la omisión o la violencia obstétrica únicamente una respondió que hizo una denuncia legal (8%), al preguntarle si consideraban que el seguimiento a la denuncia ha sido adecuado, mencionó que no. El resto de las mujeres en un 65% (ocho de las 13) respondió que no hizo algo por no saber que hacer, 46% (seis) refirió que no supo que hacer, mientras que 8% (una) dijo que no hizo algo por temor (Gráfico 20).

Gráfico 20. ¿Qué hizo al considerar que sufrió omisiones o violencia obstétrica?  
Venezuela

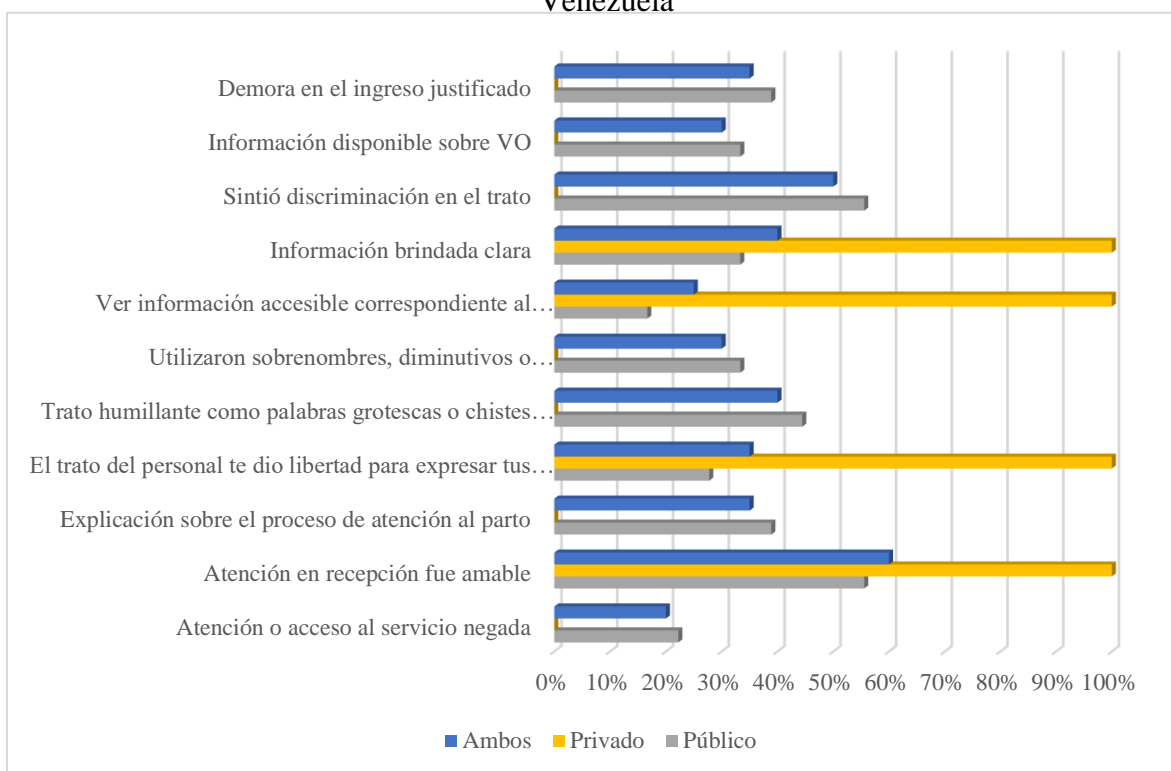


**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

A continuación, se presentan los resultados de las preguntas que sirvieron para considerar el trato en los servicios, además que sirvieron para emitir una ponderación que permitiera evaluar algunos criterios para la calidad de dicho trato.

El porcentaje más alto presentado es la afirmación de que el personal de recepción fue amable, lo que equivale a un 60% (12 de 20), el 50% (10) mencionó haber sentido un trato discriminatorio, en este sentido, estas respuestas únicamente corresponden a las mujeres que recibieron atención en el sector público lo que representa el 56% (13 de 18). El 40% de las mujeres mencionó que el trato del personal hacia ellas fue humillante al utilizar palabras grotescas o chistes mal intencionados, estas respuestas afirmativas fueron realizadas únicamente por mujeres que recibieron atención en instituciones públicas (ocho de 18, lo que corresponde al 43%). También un 40% refirió que la información que le fue brindada era clara, pero únicamente el 35% afirmó que les fue brindada información sobre el proceso que se realiza para atender el parto. Para ver a mayor detalle dicha información (Gráfico 21).

Gráfico 21. Situaciones que vivieron en los servicios relacionadas a la calidad en Venezuela



**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

A continuación, se presenta el puntaje alcanzado para la medición de la calidad en el trato, los criterios para la ponderación parte de 11 preguntas con un total de 11 puntos posibles. De tal manera que se estructuran tres resultados posibles: calidad baja o nula de 0 a 3.67 puntos, calidad media de 3.68 a 7.35 puntos y calidad alta de 7.36 a 11 puntos.

Al observar los puntajes considerando los servicios públicos y privados, se encuentra que el resultado es de 5.20 puntos respecto a 11 posibles. De tal manera, que esto representa una calidad media.

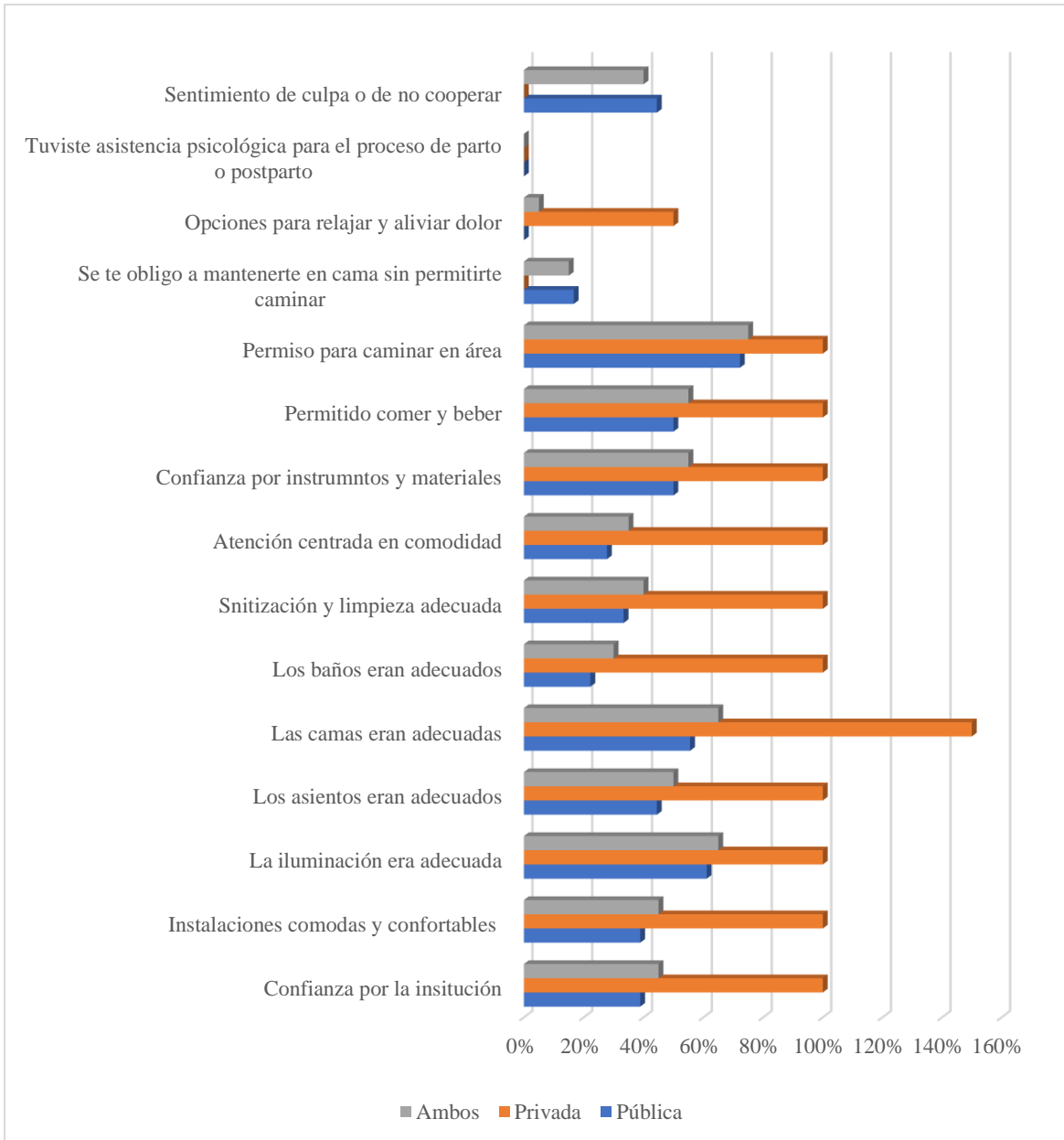
En el caso al observar el sector público se puede encontrar que existe una calidad media determinada por el alcance de 4.90 puntos de 11 posibles (Tabla 69).

<b>Tabla 69. Medición de la calidad en las condiciones del trato Venezuela</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Puntaje asignado a sí</b>	<b>Puntaje asignado a no</b>	<b>Puntaje obtenido (público y privado)</b>	<b>Puntaje obtenido público</b>	<b>Puntaje esperado</b>
La atención o acceso al servicio fue negada	0	1	0.80	0.78	1
Atención en la recepción fue amable	1	0	0.60	0.56	1
Explicación sobre el proceso de atención	1	0	0.35	0.39	1
El trato del personal dio libertad para expresar emociones	1	0	0.35	0.28	1
El trato fue humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados	0	1	0.60	0.56	1
Utilizaron sobrenombres, diminutivos o infantilización de tu comprensión del proceso	0	1	0.70	0.67	1
Había información visible y accesible correspondiente al proceso de parto	1	0	0.25	0.17	1
La información brindada fue clara	1	0	0.40	0.33	1
Sintió discriminación en el trato	0	1	0.50	0.44	1
Existía información disponible sobre VO	1	0	0.30	0.33	1
Existió demora del ingreso de manera justificada	1	0	0.35	0.39	1
		<b>Σ</b>	<b>5.20</b>	<b>4.90</b>	<b>11</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela.

En la segunda sección de preguntas se indagó sobre la infraestructura, la priorización hacia la comodidad de las mujeres y la atención brindada para el momento del parto. Se nota que al 75% (16) de las mujeres se les permitió caminar en un área específica designada para ello, mientras que al 15% (tres) se les obligó a mantenerse en cama. Únicamente el 45% (nueve mujeres) refirió que las instalaciones eran cómodas y confortables, 65% (13) mencionó que las camas eran adecuadas y un 40% (ocho) refirió que la sanitización era adecuada. Únicamente 55% refirió sentir confianza en los instrumentos y materiales utilizados, mientras que el mismo porcentaje de mujeres mencionó que se le permitió comer y beber, únicamente una mujer que representa el 5% dijo que se le presentaron alternativas a la medicación para relajar o aliviar el dolor (cabe destacar que corresponde a quien tuvo el parto en casa). El 40% (ocho) de las mujeres mencionó que la atención les hizo sentir culpa o que no cooperaron lo suficiente, estas afirmaciones representan el 44% (ocho) de las 18 mujeres que se atendieron en el sector público. Para conocer a mayor detalle las afirmaciones (Gráfico 22).

Gráfico 22. Situaciones que vivieron con relación a la atención durante el proceso de parto en Venezuela



**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

La información que se presenta en la tabla 70 muestra la puntuación para la sección que evalúa la atención, pondera 15 preguntas para 15 puntos totales que se distribuye de la siguiente manera: 0 a 5.99 puntos calidad baja o nula, 6 a 10.99 puntos calidad media y de 11 a 15 puntos calidad alta. El puntaje alcanzado para los servicios públicos y privados es de 7.05, de tal manera que se cataloga como calidad media. En los servicios públicos, esta

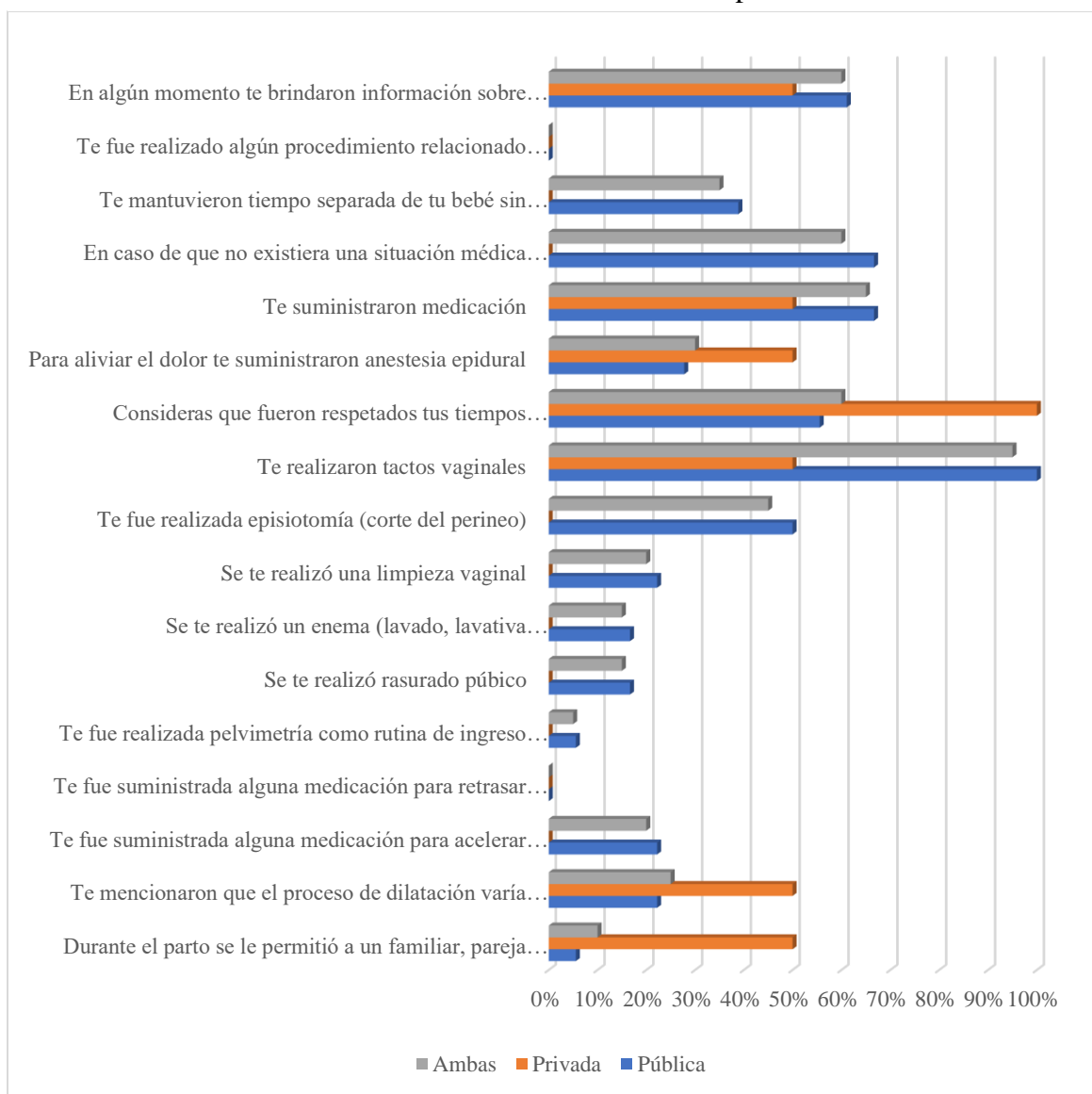
sección suma 6.33 puntos de 15 posibles, de tal manera que se encuentra también en una calidad media.

<b>Tabla 70. Medición de la calidad en confortabilidad e infraestructura en Venezuela</b>					
<b>Pregunta</b>	<b>Puntaje asignado a sí</b>	<b>Puntaje asignado a no</b>	<b>Puntaje obtenido (público y privado)</b>	<b>Puntaje obtenido público</b>	<b>Puntaje esperado</b>
Sensación de confianza por la institución de atención	1	0	0.45	0.39	1
Las instalaciones fueron cómodas y confortables	1	0	0.45	0.39	1
Iluminación adecuada	1	0	0.65	0.61	1
Asientos adecuados	1	0	0.50	0.44	1
Camas adecuadas	1	0	0.60	0.56	1
Baños adecuados	1	0	0.30	0.22	1
Sanitización o limpieza adecuada	1	0	0.40	0.33	1
Atención en comodidad (respeto de postura y brindando información al solicitarla)	1	0	0.35	0.28	1
Sentía confianza en instrumentos y materiales utilizados (inocuidad y buen estado)	1	0	0.55	0.50	1
Se le permitió comer y beber al solicitarlo	1	0	0.55	0.50	1
Se permitió caminar en un área designada	1	0	0.75	0.72	1
Se le obligó a mantenerse en cama	0	1	0.85	0.83	1
Se ofrecieron opciones para relajación y tratamiento del dolor (ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias)	1	0	0.05	0.00	1
Tuvo asistencia psicológica para el proceso de parto o posparto	1	0	0.00	0.00	1
La atención le hizo sentir culpable o que no colaboró lo suficiente en el parto	0	1	0.60	0.56	1
		<b>Σ</b>	<b>7.05</b>	<b>6.33</b>	<b>15</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela.

La última sección considera aspectos relacionados a la calidad de las intervenciones, en este sentido, se presenta que a un 95% (19) de las mujeres les realizaron tactos vaginales, de este porcentaje únicamente a 21% (cuatro) les brindaron información de por qué lo hacían, 53% (10) considera que el tacto fue excesivo y 63% (12) mención que fue respetuoso. Únicamente a 10% de las mujeres (dos) les permitieron la presencia de un acompañante durante el parto, el 60% (12) considera que sus tiempos fisiológicos fueron respetados en el proceso de parto, al 45% (nueve) se le realizó corte del perineo o episiotomía, el 60% de las mujeres (12) refirió que se les brindó información sobre el control natal (Gráfico 23).

Gráfico 23. Intervenciones realizadas en el parto Venezuela



**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela.

La evaluación de la sección considera criterios para un total de 17 puntos. Los resultados se encuentran los rangos de 0 a 5.66 puntos equivalen a calidad baja o nula, de 5.67 a 11.33 puntos se encuentra la calidad media y de 11.32 a 17 puntos corresponde a calidad alta. Al realizar esta sección se contabilizaron y cruzaron datos para la medición de tres preguntas, de tal manera que el resultado proviene de una suma de promedio de preguntas filtro que ayudan a relacionar las observaciones y ponderar el puntaje, estas preguntas se relacionan con la intervención con tactos vaginales, suministro de anestesia epidural y medicación general, bajo la decisión de las mujeres. En la tabla 71 se aprecia el resultado general en

relación con la calidad de las intervenciones en las instituciones la atención pública y privada es de 11.57 puntos, que estaría catalogada en calidad alta. Al realizar la medición individual de la atención de servicios públicos, se estiman un puntaje de 11.31, de tal manera que se ubica en una calidad media.

**Tabla 71. Medición de la calidad de las intervenciones en Venezuela**

Pregunta	Puntaje asignado a sí	Puntaje asignado a no	Puntaje obtenido (público y privado)	Puntaje obtenido público	Puntaje esperado
Presencia de familiar, pareja o persona de importancia durante el parto	1	0	0.10	0.06	1
Mención sobre la variación en el proceso de dilatación	1	0	0.25	0.22	1
Medicación suministrada para acelerar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	0.80	0.78	1
Medicación suministrada para retrasar el parto sin informar o sin necesidad	0	1	1.00	1.00	1
Pelvimetría como rutina de ingreso	0	1	0.95	0.94	1
Se le realizó rasurado público	0	1	0.85	0.83	1
Se realizó enema o lavado rectal	0	1	0.85	0.83	1
Se realizó limpieza vaginal	0	1	0.80	0.78	1
Fue realizada episiotomía sin ser necesario	0	1	0.55	0.50	1
Se realizaron tactos vaginales					
Al realizar tactos vaginales se brindaba información del porque	1	0	0.21	0.22	1
Considera que el tacto vaginal fue excesivo	0	1	0.47	0.44	1
Considera que el tacto vaginal fue respetuoso	1	0	0.74	0.78	1
	Promedio		0.47	0.48	1
Considera que tiempos biológicos fueron respetados	1	0	0.60	0.56	1
Suministró anestesia epidural					
Se le suministró con su permiso	1	0	1.00	1.00	1
	Promedio		1.00	1.00	1
Suministro de medicación					
Al suministrarle medicación se le informó porque y para qué era necesaria	1	0	0.69	0.67	1
La medicación fue suministrada respetando la decisión de aceptarla	1	0	0.69	0.67	1
	Promedio		0.69	0.67	1
Se le permitió contacto inmediato con su bebé cuando no existía situación médica adversa	1	0	0.60	0.67	1
La mantuvieron separada de su bebé sin explicarle porque	0	1	0.65	0.61	1
Le fue realizado algún procedimiento relacionado con el control natal sin su permiso (como colocación de DIU)	0	1	1.00	1.00	1
En algún momento le fue brindada información sobre el control natal	1	0	0.60	0.61	1
	$\Sigma$		11.76	11.54	17

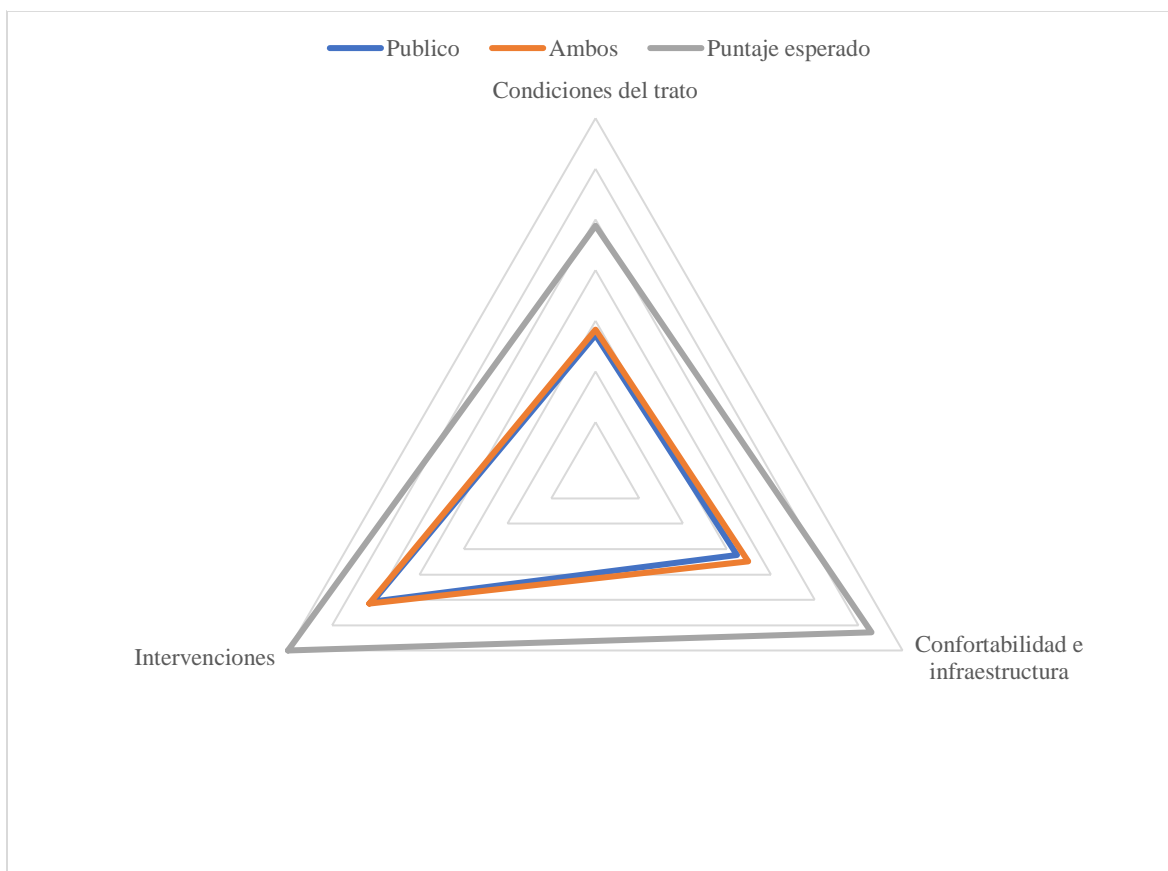
**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

El resultado final de la evaluación se obtiene al sumar los puntos de las tres secciones, el resultado esperado es de 43 puntos. Los rangos de distribución de la puntuación se consideran como calidad baja o nula de 0 a 14.33 puntos, de 14.34 a 28.67 puntos se encuentra la calidad media, mientras que de 28.68 a 43 puntos se considera la calidad alta (Tabla 72 y Gráfico 24). El puntaje general para servicios públicos y privados es de 23.82 puntos de 43 posibles, lo que se estima que queda en el rango de la calidad alta. Al realizar la revisión únicamente del sector público, el resultado es de 23.07 puntos, de tal manera que está en el rango de calidad media.

<b>Tabla 72. Resultado de la medición de la calidad de los servicios de atención en Venezuela</b>						
<b>Área</b>	<b>Publico</b>	<b>Ambos</b>	<b>Puntaje esperado</b>	<b>Baja o nula</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
Condiciones del trato	4.90	5.20	11	0 a 3.67	3.68 a 7.35	7.36 a 11
Confortabilidad e infraestructura	6.33	7.05	15	0 a 5.99	6 a 10.99	11 a 15
Intervenciones	11.54	11.76	17	0 a 5.67	5.68 a 11.35	11.36 a 17
<b>Σ</b>	<b>22.77</b>	<b>24.01</b>	<b>43</b>	<b>0 a 14.33</b>	<b>14.34 a 28.67</b>	<b>28.68 a 43</b>

**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

**Gráfico 24. Resultado de la medición de los servicios de atención en Venezuela**



**Fuente:** Elaboración propia con datos del cuestionario de VO Venezuela

#### **4.5 Resultado específicos**

A este punto ya se hizo notorio que en los cuatro países existe legislación específica para atender la violencia obstétrica. A excepción de México y Chile tanto Argentina como Venezuela cuentan con un marco normativo referencial para la elaboración de políticas para la prevención y atención de la violencia obstétrica.

La problemática de las políticas analizadas en este apartado es que no cuentan con un marco metodológico y analítico que describa ampliamente desde donde o como debe ser atendida la problemática. Este es el primer punto para resaltar al momento de considerar estas acciones, es segundo punto y más importante es que la falta de información estadística y datos correctamente relacionados hace difícil reconocer la magnitud del problema, puesto que los datos disponibles únicamente tienen una vinculación a los ODS para medir la mortalidad materna, pero en sí no muestra concretamente desde donde proviene el problema.

Se puede notar que la razón de mortalidad materna es más alta cuando se consideran las muertes maternas obstétricas directas, en este sentido, la prioridad debe enfocarse en reducir este número de muertes y no generalizar las muertes, puesto que muertes terminadas en abortos, muertes obstétricas indirectas y muertes obstétricas directas son catalogadas en el mismo costal.

El presupuesto de los programas es otro factor que es difícil identificar por actividades, o específicamente en qué tipo de bienes, servicios o productos son utilizados los recursos para atender la violencia obstétrica o para brindar servicios que no cuenten con ella.

Con la aplicación del cuestionario se espera que se entienda que el problema es identificado desde la experiencia de las mujeres en el trato o la relación que hay con el personal sanitario, seguido de las intervenciones realizadas. Pero este son el tipo de situaciones que por lo menos la política pública no evidencia debido a que no cuenta con un proceso evaluativo o de escrutinio público como tal.

En el cuestionamiento si estos programas son en realidad políticas públicas o solamente forman parte de una agenda de Estado comprometida para la atención de los documentos vinculantes suscritos en los países, la evidencia apunta a que no pueden ser considerados como parte de una política pública. Además de esto, la intervención de la sociedad civil es totalmente individualizada y no porque la sociedad civil así lo quiera, sino

porque esta temática parece más dispuesta a tenderse como un compromiso de Estado que no termina de avanzar por la planeación inadecuada que presenta cada programa.

No hay evidencia de los verdaderos avances que los programas están generando, los indicadores utilizados en llegan a estar incompletos, plantean un cálculo que no tiene relación con el resumen narrativo o simplemente no se presenta evidencia de su existencia.

En el caso de Chile y México la relación está cerrada a no más cuatro indicadores, en Argentina no están completamente definidos porque el programa solamente es de orden regulatorio, pero tampoco se logró encontrar evidencia que indique como se registran los avances. En el caso de Venezuela se resaltó que la realidad que enfrentan los servicios obstétricos como otros tantos, son de baja calidad y deficientes debido a la actual situación económica que se presenta en el país.

Concretamente la presentación de los resultados del cuestionario son un panorama desde la percepción de las mujeres que alberga por lo menos dos conceptos de la calidad: programada debido a que los lineamientos internacionales establecen pautas de cómo tiene que ser una atención del parto con calidad (cosa que no ha sido definida concretamente en los servicios, puesto que no hay un documento específico que aborde la calidad que pretende ser ofertada); y percibida porque es lo que las mujeres han recibido y han expresado sobre los lineamientos internacionales que han sido sugeridos.

A continuación, tras la revisión de los distintos rangos de calidad en los tres factores analizados, se presentan los gráficos 25, 26, 27 y 28 en los que se representa a manera de porcentaje los resultados de los servicios públicos. Esto se considera necesario porque el simple hecho de catalogar bajo tres criterios únicos podría parecer que se encuentra en un nivel adecuado, pero no óptimo.

En las mediciones se puede notar que el país con el puntaje más alto es Argentina, le sigue Chile, en el tercer lugar se encuentra México y el cuarto lugar lo tiene Venezuela, podría entenderse que la utilización de estos programas puede ser un factor determinante. Esto porque el tipo de programa que presenta Argentina es para la vigilancia y se encuentra fundamentado desde una ley de parto humanizado, Chile, aunque no cuenta con legislación presenta un programa de redistribución a través de servicios para la atención materno infantil desde la concepción hasta la etapa preescolar.

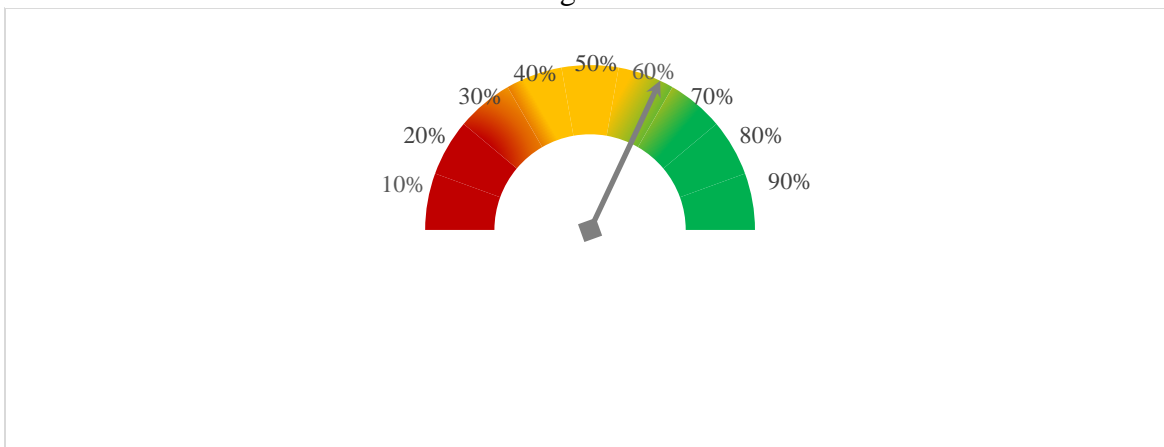
En este sentido Argentina cuenta con un puntaje que representa el 64% en una escala de calidad del 0 al 100, Chile 58.8%, México 53.4% y Venezuela 53% (Tabla 73). También es importante destacar que estas mediciones únicamente se presentaron a manera de sondeo y no como una muestra representativa, esto debido a que las condiciones y el alcance de tales muestras hacia compleja la obtención de la información.

**Tabla 73. Proporción del puntaje obtenido en la medición de la calidad en los servicios públicos**

	<b>Argentina</b>	<b>Chile</b>	<b>México</b>	<b>Venezuela</b>
Puntaje esperado	43	43	43	43
Puntaje obtenido	27.51	25.29	22.97	22.77
Proporción del 100%	64.0%	58.8%	53.4%	53.0%

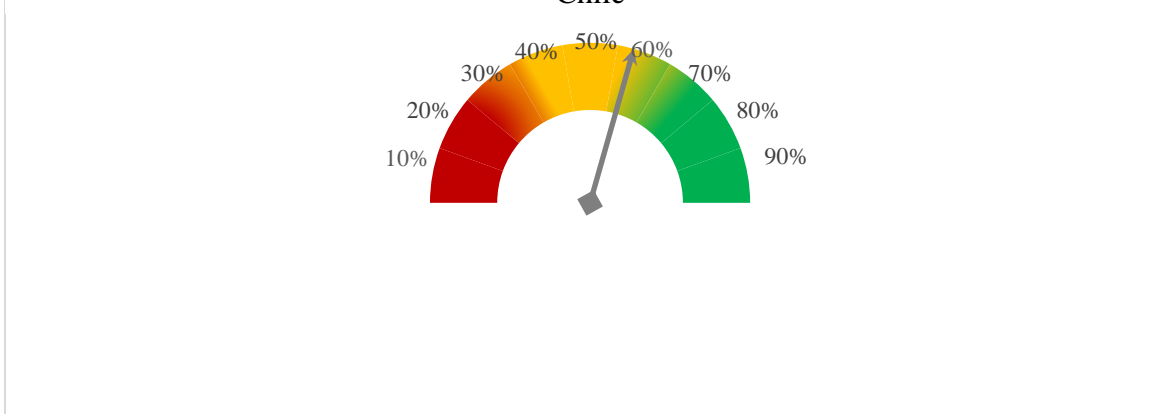
**Fuente:** Elaboración propia con base a puntajes obtenidos en el análisis de los cuestionarios de VO

**Gráfico 25. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Argentina**



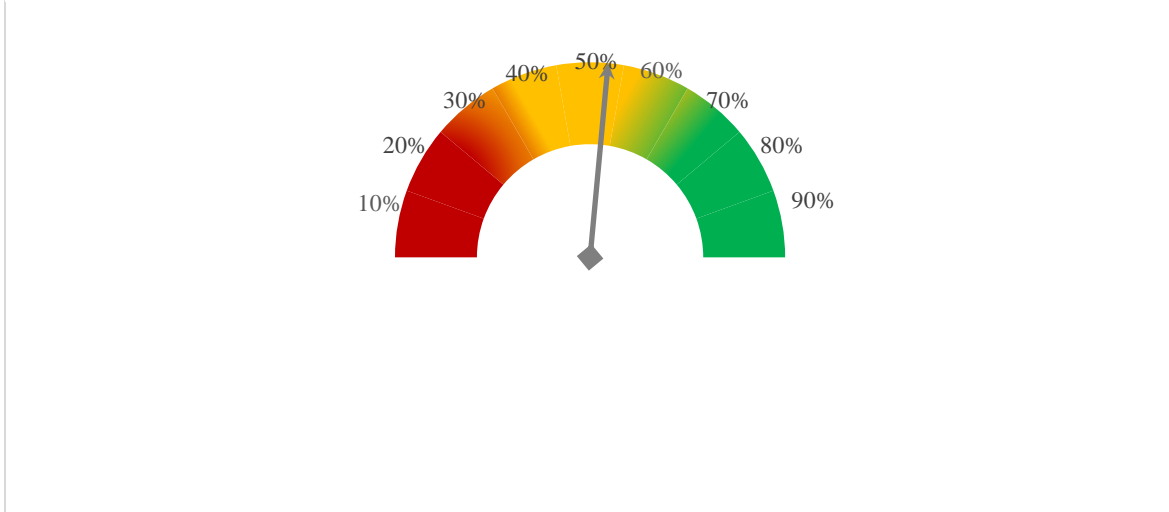
**Fuente:** Elaboración propia con base a puntajes obtenidos en el análisis de los cuestionarios de VO

**Gráfico 26. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Chile**



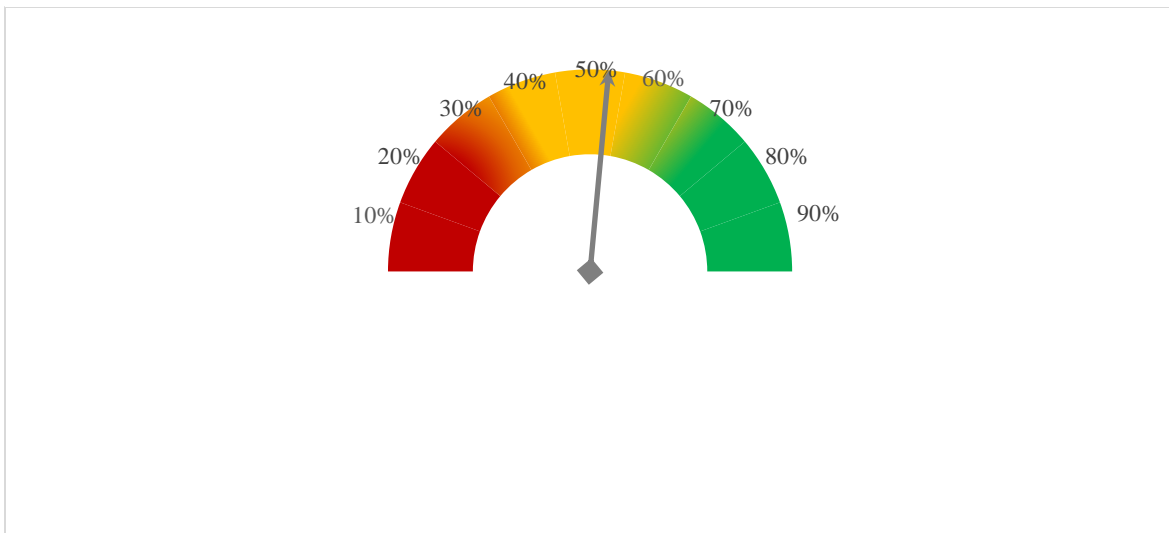
**Fuente:** Elaboración propia con base a puntajes obtenidos en el análisis de los cuestionarios de VO

Gráfico 27. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos México



**Fuente:** Elaboración propia con base a puntajes obtenidos en el análisis de los cuestionarios de VO

28. Proporción de los resultados de calidad en los servicios ginecobstétricos Venezuela



**Fuente:** Elaboración propia con base a puntajes obtenidos en el análisis de los cuestionarios de VO

Los gráficos anteriores muestran que, aunque los resultados de las mediciones se encuentran en un rango de calidad media, bajo los criterios establecidos en el instrumento, hay variaciones importantes entre ellos. Sin embargo, permiten observar que Argentina según las percepciones que brindaron las mujeres a través de las respuestas, se encuentra más próxima a la calidad catalogada como alta. Como anotación necesaria, se resalta que los resultados provienen de un número muy reducido de observaciones, por lo que esto no permite hacer conjeturas de que esto es algo que se percibe en cada uno de los países.

En el gráfico 29, se puede apreciar la diferencia en los puntajes alcanzados en las variables utilizadas para la medición, en este sentido se puede notar que hay ciertos valores que son muy cercanos y compartidos en cuanto a la atención y procedimientos. Por ejemplo, tanto las mujeres de México como de Chile catalogaron de manera similar el nivel de confianza por las instituciones públicas en las que se atendieron, mientras que las argentinas están apenas un poco arriba de las venezolanas que sienten mayor desconfianza que el resto de las participantes de otros países.

Otro ejemplo también puede ser que ninguna mujer venezolana ni mexicana afirmaron que se les ofrecieran alternativas de relajación, cuando en Chile y Argentina si se presentaron tales afirmaciones, pero tampoco llegan a superar el 50%. Las mujeres venezolanas son las que parecen ser menos obligadas a mantenerse en cama, seguidas de las argentinas, chilenas y por último las mexicanas.

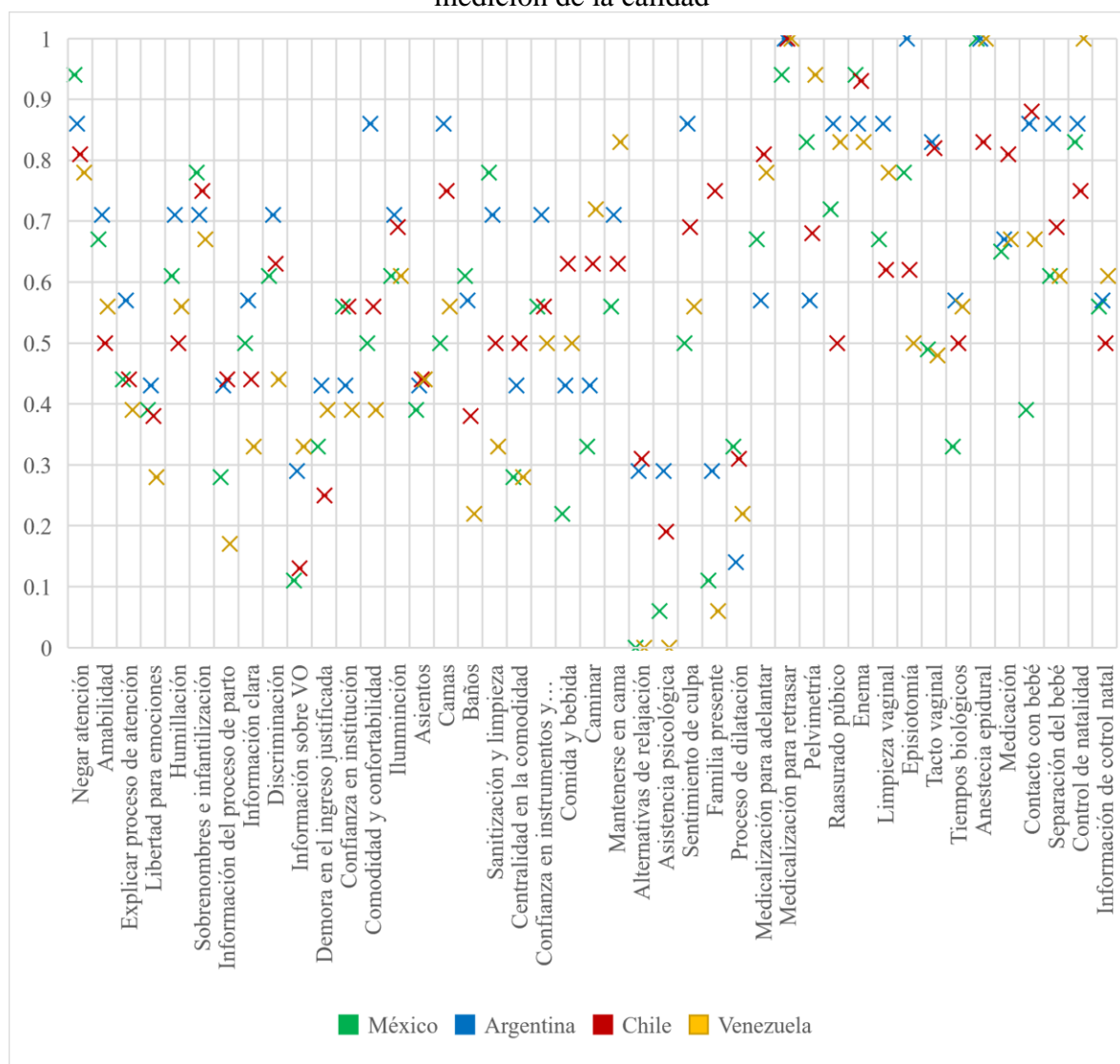
Las mexicanas son a las que menor frecuencia presentan de haberles negado la atención, seguidas de las argentinas, chilenas y venezolanas. Quienes mayor medicalización presentan para adelantar el parto son las mujeres chilenas, seguidas de las venezolanas, las mexicanas en tercer lugar y las mujeres argentinas en cuarto lugar. Es interesante este punto ya que la pregunta refería concretamente que especificaran si la aplicación de los medicamentos se realizó sin informarles que era necesario o porque era necesario, prácticamente con esto se muestra que esta medicalización en ocasiones es indiscriminada.

Las participantes argentinas son las que se sintieron menos discriminadas, seguidas por las chilenas, mexicanas y las venezolanas son quienes perciben mayor discriminación. Sin embargo, las mexicanas a raíz del trato recibido son quienes se llegaron a sentir más culpables o que no cooperaron lo suficiente durante su parto, le siguen las venezolanas, chilenas y las que se sintieron menos culpables o que no cooperaron fueron las participantes argentinas.

Las mujeres venezolanas son a quienes más episiotomías les fueron realizadas, seguidas de las chilenas, las mexicanas se encuentran en tercer lugar y las argentinas son las que no dieron afirmaciones de haber recibido episiotomía. A quienes se les hizo más inadecuado, excesivo e invasivo el tacto vaginal es a las participantes venezolanas y en una magnitud similar a las mexicanas, mientras que argentinas y chilenas comparte una experiencia más cercana a lo positivo.

Con la intención de que el gráfico 29 pueda ser interpretado, se presentan en la tabla 74 los criterios para la dicha interpretación. Esto se considera importante ya que el gráfico contiene bastante variables que requieren una interpretación específica para poder entender a profundidad las diferencias de las diversas percepciones de las participantes.

Gráfico 29. Dispersión de los valores alcanzados en las variables analizadas para la medición de la calidad



Fuente: Elaboración propia con base cuestionarios de VO

<b>Tabla 74. Descripción para la interpretación del grafico 29</b>		
<b>Variable</b>	<b>Descripción</b>	<b>Interpretación del valor</b>
La atención o acceso al servicio fue negada	Reconoce si a la gestante se le negó el acceso al servicio	Mientras más cerca de cero se encuentra el valor, mayor cantidad de mujeres tuvieron acceso al servicio sin problema
Atención en la recepción fue amable	Reconoce si al momento de ser recibidas fueron atendidas con amabilidad	Mientras más cerca de uno se encuentra el valor, mayor cantidad de mujeres fueron recibidas con amabilidad
Explicación sobre el proceso de atención	Reconoce si se les brindó orientación a las mujeres para que conocieran los procesos y etapas de atención	Mientras más cerca de uno se encuentra el valor, mayor cantidad de mujeres recibieron orientación.
El trato del personal dio libertad para expresar emociones	Reconoce si el trato brindado por el personal permitió que las mujeres expresaran su sentimientos y sensaciones durante la atención	Mientras más cerca de uno se encuentre el valor, mayor posibilidad tuvieron de expresarse
El trato fue humillante con palabras grotescas o chistes mal intencionados	Reconoce si las mujeres fueron violentadas de manera simbólicas a través de las palabras	Mientras más cerca a cero se encuentra el valor, menos mujeres se sintieron humilladas
Utilizaron sobrenombres, diminutivos o infantilización de tu comprensión del proceso	Reconoce si se le dio el valor a la mujer como parte central para entender el proceso que estaba viviendo	Mientras más cercano a cero se encuentra el valor, mejor experiencia tuvo la mujer para la comprensión y traro en el proceso
Había información visible y accesible correspondiente al proceso de parto	Reconoce si le fue posible observar que existiera información con la finalidad de explicar el proceso de parto	Mientras más cerca está el valor a uno, más mujeres tuvieron la posibilidad de ver y acceder a la información.
La información brindada fue clara	Reconoce si la información que le fue otorgada era clara	Mientras más cerca se encuentra el valor de uno, más mujeres reconocen que la información brindada fue clara
Sintió discriminación en el trato	Reconoce si las mujeres perciben que hubo discriminación en el trato recibido	Mientras más cercano a cero es el valor, menos mujeres sintieron haber sido discriminadas
Existía información disponible sobre VO	Reconoce si había información que especificara que era la VO	Mientras más cerca de uno se encuentra el valor, más mujeres tuvieron la oportunidad de ver información sobre la VO
Existió demora del ingreso de manera justificada	Reconoce si se retrasó el ingreso de las mujeres para realizar algún examen exhaustivo de ingreso que fuera necesario	Mientras más se acerca el valor a uno, la demora en el ingreso fue justificada
Sensación de confianza por la institución de atención	Reconoce si las mujeres sentían confianza por la institución en la que recibieron atención	Mientras más cerca del uno se encuentra el valor, la confianza por la institución es mayor

Las instalaciones fueron cómodas y confortables	Reconoce si las instalaciones contaban con factores que les hicieran percibir comodidad a las mujeres	Mientras más cerca del uno se encuentra el valor, mayor confortabilidad y comodidad percibieron las mujeres
Iluminación adecuada	Reconoce si la iluminación es percibida como adecuada	Mientras más cercano a uno es el valor, mejor percepción hay de la iluminación
Asientos adecuados	Reconoce si los asientos son percibidos como adecuados	Mientras más cercano a uno sea el valor, mejor percepción hay de los asientos
Camas adecuadas	Reconoce si las camas son percibidas como adecuadas	Mientras más cercano a uno sea el valor, mejor percepción hay de las camas
Baños adecuados	Reconoce si los baños son percibidos como adecuados	Mientras más cercano a uno sea el valor, mejor percepción hay de los baños
Sanitización o limpieza adecuada	Reconoce si la limpieza del lugar era percibida como adecuada	Mientras más cercano a uno se encuentre el valor, hay mayor percepción de una sanitización y limpieza del lugar
Atención en comodidad (respeto de postura y brindando información al solicitarla)	Reconoce si la atención se centró en la comodidad de las mujeres, dando prioridad a respetar sus deseos de postura e incluso a la información brindada para este fin	Mientras más cercano se encuentre el valor a uno, hay mayor percepción de la centralidad en la comodidad en los servicios
Sentía confianza en instrumentos y materiales utilizados (inocuidad y buen estado)	Reconoce si las mujeres sentían confianza en que el instrumental y el material utilizado fueran inocuos y estuvieran en buen estado	Mientras más cercano a uno sea el valor, mayor confianza sienten las mujeres
Se le permitió comer y beber al solicitarlo	Reconoce si se les permitió la ingesta de bebidas y alimentos cuando era necesario o requerido	Mientras más cercano a uno se encuentre el valor, más mujeres tuvieron oportunidad de beber y comer cuando lo sintieron necesario
Se permitió caminar en un área designada	Reconoce si se les permitió a las mujeres dar una caminata en un área específica (diseñada para ese propósito)	Mientras más cercano a uno se encuentre el valor, mayor cantidad de mujeres les fue permitido caminar
Se le obligó a mantenerse en cama	Reconoce si se les obligó a las mujeres a mantenerse en cama	Mientras más cercano a cero se encuentra el valor, menor cantidad de mujeres fueron obligadas a mantenerse en cama
Se ofrecieron opciones para relajación y tratamiento del dolor (ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias)	Reconoce si las mujeres tuvieron acceso a métodos alternativos para alivio del dolor y relajación	Mientras más cercano a uno sea el valor, mayor cantidad de mujeres recibieron alternativas para relajación y alivio del dolor durante la atención
Tuvo asistencia psicológica para el proceso de parto o posparto	Reconoce si las mujeres tuvieron la oportunidad de recibir atención psicológica posterior al parto	Mientras más cercano a uno sea el valor, mayor cantidad de mujeres tuvieron acceso a la atención psicológica

La atención le hizo sentir culpable o que no colaboró lo suficiente en el parto	Reconoce si la atención que recibieron generó en las mujeres sentimientos de culpa o que no cooperaron lo suficiente durante el parto	Mientras más cercano a cero se encuentre el valor, mayor cantidad de mujeres tuvieron sentimientos de culpa o de no haber cooperado durante el parto
Presencia de familiar, pareja o persona de importancia durante el parto	Reconoce si se permitió la presencia de algún familiar como acompañante durante el parto	Mientras más cercano a uno, mayor cantidad de mujeres tuvo algún familiar o persona importante para la mujer que la acompañó durante el proceso de parto
Mención sobre la variación en el proceso de dilatación	Reconoce si se les explicó a las mujeres que la dilatación varía por diversas condiciones entre mujeres, por lo que no es necesario apurar el proceso cuando no lo amerita la condición	Mientras más cercano es el valor a uno, mayor cantidad de mujeres fueron informadas sobre la dilatación
Medicación suministrada para acelerar el parto sin informar o sin necesidad	Reconoce si hubo medicalización para acelerar el parto sin que existiera la necesidad	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres recibieron medicación para adelantar el proceso de parto
Medicación suministrada para retrasar el parto sin informar o sin necesidad	Reconoce si hubo medicalización para retrasar el parto sin que existiera la necesidad	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres recibieron medicación para retrasar el proceso de parto
Pelvimetría como rutina de ingreso	Reconoce si las mujeres fueron sometidas a examen pélvico para el ingreso sin que la situación lo ameritara	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a pelvimetría como procedimiento rutinario
Se le realizó rasurado púbico	Reconoce si a las mujeres se les realizó el rasurado púbico como rutina	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a rasurado púbico como procedimiento rutinario
Se realizó enema o lavado rectal	Reconoce si a las mujeres se les realizó lavado de recto como procedimiento rutinario	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a un enema o lavado rectal como procedimiento rutinario
Se realizó limpieza vaginal	Reconoce si a las mujeres se les realizó limpieza vaginal como procedimiento rutinario	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a limpieza vaginal como procedimiento rutinario
Fue realizada episiotomía sin ser necesario	Reconoce si a las mujeres se les realizó episiotomía sin que fuera necesario	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a una episiotomía como procedimiento rutinario

Se realizaron tactos vaginales	Reconoce la experiencia que las mujeres tuvieron con los tactos vaginales	Mientras más cercano a uno sea el valor, mejor experiencia tuvieron las mujeres en cuanto al tacto vaginal
Considera que tiempos biológicos fueron respetados	Reconoce si fueron respetados los tiempos biológicos para la atención del parto	Mientras más cercano a uno se encuentre el valor, más mujeres consideran que sus tiempos biológicos fueron respetados
Suministró anestesia epidural	Reconoce la experiencia que tuvieron las mujeres con la anestesia epidural al ser aplicada cuando existe la necesidad	Mientras más cercano a uno sea el valor, mejor experiencia tuvieron las mujeres con el suministro de anestesia epidural
Suministro de medicación	Reconoce la experiencia que tuvieron las mujeres con el suministro de medicamentos	Mientras más cercano el valor sea a uno, mejor experiencia tuvo las mujeres con la medicación
Se le permitió contacto inmediato con su bebé cuando no existía situación médica adversa	Reconoce si inmediatamente de la expulsión se tuvo contacto con el bebé siempre y cuando no hubiera situación adversa que no lo permitiera	Mientras más cercano a uno sea el valor, mayor cantidad de mujeres tuvieron contacto piel a piel con su bebé inmediatamente después de la expulsión
La mantuvieron separada de su bebé sin explicarle porque	Reconoce si hubo una separación injustificada con el bebé	Mientras más cercano sea el valor a cero, mayor cantidad de mujeres fueron separadas de su bebé
Le fue realizado algún procedimiento relacionado con el control natal sin su permiso (como colocación de DIU)	Reconoce si se realizó algún tipo de intervención para el control natal sin que la mujer o permitiera o lo supiera	Mientras más cercano a cero sea el valor, mayor cantidad de mujeres fueron sometidas a procedimientos de control natal sin su consentimiento
En algún momento le fue brindada información sobre el control natal	Reconoce si las mujeres recibieron información sobre el control de la natalidad	Mientras más cercano se encuentre el valor a uno, mayor cantidad de mujeres recibieron información sobre el control natal

**Fuente:** Elaboración propia con base a mediciones de los cuestionarios de VO

## **Conclusiones**

La hipótesis bajo la que fue desarrollada esta tesis proponía que los servicios públicos de atención del parto carecen de un seguimiento a los lineamientos normativos que permitan brindar una atención de calidad para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de parto.

Considerando lo establecido en el planteamiento anterior se pudo encontrar que existe normatividad específica, lineamientos, protocolos y guías para la atención del parto. En esos documentos se menciona la calidad, pero no profundiza en su significado para la entrega de los servicios. Además de esto se encuentra que no en todos los países se menciona el concepto de violencia obstétrica por lo que la definición o aceptación de esta violencia se encuentra supeditada al reconocimiento de otro tipo de violencias. La calidad no es tratada a profundidad y no en todos los lineamientos de los protocolos de atención es considerada.

El reconocimiento del concepto desde la postura normativa en Argentina y Venezuela refleja la existencia de sus programas creados de manera exclusiva para la atención de la problemática. Sin embargo, la normatividad conceptual no debe ser el único elemento necesario para el abordaje de las políticas para prevención y erradicación de la VO.

Lo anterior permite concluir que las políticas no se encuentran bien definidas, esto se resaltó en el capítulo cuatro durante el análisis de los programas. Se entiende esto debido a que no se ha realizado un proceso de estudio específico por parte de las instancias responsables de la coordinación de los programas para plantear acciones que realmente atiendan los conceptos considerados en la normatividad.

Chile y México son los países que no cuentan con el reconocimiento de la violencia obstétrica en algún documento normativo. Esto se refleja en las políticas que cada país ha creado, puesto que los programas ponen atención mínimamente a la atención del parto.

Aunque el indicador de RMM permite obtener información para identificar las causas de las muertes maternas, su utilización no brinda concretamente información del verdadero panorama al que se enfrentan las mujeres el momento de atender el parto. No se pretende desestimar la utilidad del indicador para el uso del alcance de los ODS, pero la utilización del indicador es el único incentivo y referente que muestran los países para atender las consecuencias de la VO.

Es necesario en primer lugar que se integre a las organizaciones de la sociedad civil que se encargan de monitorear y estudiar la situación a manera de que aporten elementos para diseñar y planificar la ejecución de políticas centradas en el fenómeno. De tal manera que no sea tratado como un asunto mínimo y pasajero, puesto que la VO representa problemas relacionados al presupuesto (desde la asignación del recurso hasta su distribución), la cantidad de profesionales de salud, la práctica médica, los canales de quejas y denuncias y el seguimiento a estas denuncias.

De las mujeres que respondieron los cuestionarios, quienes consideraron que durante la atención de sus partos hubo omisiones o vivieron VO, la mayoría refirió que no hizo denuncias o reclamos porque no sabían que hacer y que no hicieron algo porque sabían que no les harían caso. Aquellas que pudieron denunciar o realizar una queja consideran que no se le dio un seguimiento adecuado al caso.

Una de las situaciones que también es importante destacar es que la participación de las mujeres para el llenado del cuestionario fue más alta en Argentina y Chile, al momento de distribuir el cuestionario en México y Venezuela se presentó una participación más apática por lo que su recopilación tardó más que en los casos de Argentina y Chile. Esto podría tener relación con la despenalización del aborto en Argentina y Chile, de tal manera que ha existido más información disponible sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La propuesta principal resultante de este proceso es que existe una necesidad imperante porque internamente, en los servicios de atención se establezca y defina la calidad como una propuesta que el personal debe seguir, pero que también sea evaluada y no de manera generalizada como una sola calificación del servicio de atención como el caso de México.

También, es importante retomar la necesidad de que los programas deben ser evaluados y constantemente monitoreados con la atención de conocer los verdaderos alcances y cambios que la política está generando. Es importante complementar la medición de la mortalidad con mediciones relacionadas a la asignación presupuestal, proporción de atención del parto por personal especializado, cantidad de personal especializado disponible, cobertura de salud a la que las mujeres tienen acceso.

Uno de los principales problemas que se encontraron en el desarrollo de este proyecto fue la disponibilidad de datos de salud actualizados y de medición frecuente, en otros casos

como México, se encontró que hay duplicidad de datos oficiales que no se describe concretamente como es que se obtienen o a que corresponden. En Venezuela los datos no son publicados, mientras que en Argentina la actualización de la información no es constante.

## Bibliografía

- Observatorio de Calidad en Salud. (s.f.). *Observatorio de Calidad en Salud*. Obtenido de Acerca del Observatorio: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-propertyvalue-6522.html>
- 20 Minutos. (20 de 05 de 2017). Crisis de Salud en Venezuela se destapó tras destitución de ministra. *20 Minutos*. Obtenido de <https://www.20minutos.com.mx/noticia/222977/0/crisis-de-salud-en-venezuela-se-destapo-tras-destitucion-de-ministra/>
- ACNUDH. (2020). *Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos*. Obtenido de Instrumentos internacionales de derechos Humanos: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/coreinstruments.aspx>
- ACNUR. (2000). *Beijing+5 Declaración Política*. Obtenido de <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>
- AEVAL. (2009). *Guía para la Evaluación de la Calidad de los Servicios Públicos*. (A. E. Servicios, Ed.) Madrid: Ministerio de la Presidencia. Obtenido de [http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/guias/Guia\\_evaluacion\\_calidad.pdf](http://www.aeval.es/export/sites/aeval/comun/pdf/calidad/guias/Guia_evaluacion_calidad.pdf)
- Agenda 2030 México. (s.f.). *Objetivo del Desarrollo Sostenible*. Obtenido de Calendario de actualización de indicadores: <http://agenda2030.mx/ODSopc.html?ti=IND&lang=es#/cal>
- Aguayo, I. (2017). *Planes de salud en Isapres: Chile*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Obtenido de [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27990/1/BCN\\_2017\\_Planes\\_de\\_Salud\\_Chile.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/27990/1/BCN_2017_Planes_de_Salud_Chile.pdf)
- Almaguer, J., Harcía, H., & Vargas, V. (2012). Nacimiento humanizado aportes a la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. *Género y salud en cifras*, 44-59.
- Amnistía Internacional. (27 de marzo de 2018). *Amnistía Internacional*. Obtenido de Avances en la garantía de los derechos de las mujeres se han revertido por la emergencia humanitaria: <https://www.amnistia.org/ve/blog/2018/03/5472/avances-en-la-garantia-de-los-derechos-de-las-mujeres-se-han-revertido>
- Anaya, A. (2014). El surgimiento de los derechos humanos en la escena internacional. En A. Anaya, *Los derechos humanos en y desde las Relaciones Internacionales* (págs. 39-53). México, D.F.: CIDE.
- Andrade, V. (2018). Dimensiones básicas de la administración pública en su reflejo constitucional. En V. Andrade, *La administración pública en la Constitución mexicana. Del abuelo a la ley* (págs. 29-32). Ciudad de México: Fondo de cultura económica (FCE).

- Araujo, C. (2019). Violencia obstétrica: una práctica deshumanizadora, ejercida por el personal médico asistencial ¿Un problema de salud pública y derechos humanos? *Revista Mexicana de Medicina Forense*, IV(2), 11-11. doi:ISSN: 2448-8011
- Arce, G. (29 de octubre de 2020). *La Salud Como Derecho Social*. Obtenido de El Sistema de Salud en Argentina: <https://sites.google.com/site/lasaludcomoderechosocial/el-sistema-de-salud-en-argentina>
- Arellano, D., & Cabrero, E. (2005). La nueva gestión pública y su teoría de la organización: ¿son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público. *Gestión y Política Pública*, XIV(3), 599-618. Obtenido de [http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num\\_anteriores/Vol.XIV\\_NoIII\\_2dosem/06ARELLANO.pdf](http://www.gestionypoliticapublica.cide.edu/num_anteriores/Vol.XIV_NoIII_2dosem/06ARELLANO.pdf)
- Aremy, A., Tinoco, R., & Tuñón, E. (2016). Violencia hacia las mujeres en la región sur de México. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, XIV(2), 57-69. doi:ISSN: 1665-8027
- AVESA, ACCSI y Aliadas en Cadena. (2015). *Estudio sobre las condiciones legislativas, institucionales y sociales para el reconocimiento, protección y ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva en venezuela*. Obtenido de [https://aliadasencadena.org/wp-content/uploads/2012/09/DSSR-en-Venezuela-\\_Tomo-3.-Mortalidad-materna.pdf](https://aliadasencadena.org/wp-content/uploads/2012/09/DSSR-en-Venezuela-_Tomo-3.-Mortalidad-materna.pdf)
- Avila, J. (2008). El Boletín Epidemiológico Semanal. *Gaceta Médica Caracas*, 1-2. Obtenido de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0367-47622008000100001](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622008000100001)
- Ayala, N. (2003). Derechos Humanos y Globalización: Un análisis preliminar para América Latina. *D3e: Desarrollo, exonomía, ecología y equidad*, 2-17. Obtenido de <http://globalizacion.org/wp-content/uploads/2016/01/DocDisc4GlbzDdHhAyala2003.pdf>
- Banco Central de Chile. (2020). *Base de Datos Estadístico Móvil*. Obtenido de [https://si3.bcentral.cl/Bdemovil/BDE/Series/MOV\\_SC\\_TC1](https://si3.bcentral.cl/Bdemovil/BDE/Series/MOV_SC_TC1)
- BANXICO. (enero de 2021). *Sistema de Informacion Económica*. Obtenido de Tipo de cambio promedio del periodo: <https://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.do?sector=6&accion=consultarCuadro&idCuadro=CF86&locale=es>
- Bárcena, A. (2016). El pensamiento económico en la CEPAL: pasado y presente . En CEPAL, *Reflexiones sobre el desarrollo en América Latina y el Caribe: conferencias magistrales 2015*. (págs. 51-71).
- BBC. (2017). El gobierno de Venezuela destituye a la ministra de Salud, Antonieta Caporale, luego de que se difundieran cifras sobre el aumento de mortalidad materna e infantil. *BBC Mundo*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39892614>

- BBC. (10 de mayo de 2017). Lo que dicen (y lo que no) de la salud en Venezuela las últimas cifras oficiales publicadas por el gobierno. *BBC Mundo*. Obtenido de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39866691>
- BBVA. (febrero de 2002). Calidad en los servicios de salud pública. *Serie Propuestas*(19). Obtenido de [https://www.bbvaerech.com/wp-content/uploads/mult/0202\\_SPropuestasMexico\\_19\\_tcm346-188211.pdf](https://www.bbvaerech.com/wp-content/uploads/mult/0202_SPropuestasMexico_19_tcm346-188211.pdf)
- BCN. (2005). *Programa de Gobierno Michelle Bachelet (2006-2010)*. Obtenido de [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13433/1/2005\\_programa-MB.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=documentos/10221.1/13433/1/2005_programa-MB.pdf)
- BCRA. (2021). *Banco Central de la República Argentina*. Obtenido de Estadística cambiaria: [http://www.bcra.gov.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos\\_de\\_cambios.asp](http://www.bcra.gov.ar/PublicacionesEstadisticas/Tipos_de_cambios.asp)
- Bejarano, M., & Arellano, M. (2014). Violencia institucional contra las mujeres en el noreste de México. *Acta Sociológica*(65), 97-120. doi:DOI: 10.1016/S0186-6028(14)70238-5
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, VII(1), 25-34. doi:ISSN 2077-9445
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2018). *Proyectos de ley en tramitación en el Congreso Nacional en materia de Mujer y Equidad de Género*. Asesoría Técnica Parlamentaria. Obtenido de <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/25937/3/Proyectos%20Mujer%20DEFINITIVO.pdf>
- Biccard, B. M. (2018). Perioperative patient outcomes in the African Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *The Lancet*, 1-9. Obtenido de <https://www.asos.org.za/ASOS%20Lancet%20publication.pdf>
- Bidegain, N. (2017). Los ODS y los compromisos regionales sobre los derechos y la autonomía de las mujeres. En N. Bidegain, *La Agenda 2030 y la Agenda Regional de Género: Sinergias para la igualdad en América Latina y el Caribe* (pág. 35). Naciones Unidas.
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 582-589. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72717407.pdf>
- Bonvecchio, A., Becerril, V., Carriedo, A., & Landaet, M. (2011). Sistema de salud de Venezuela. *Salud Pública de México*, 275-286. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/22.pdf>
- Cabrero, E. (1997). Cambio en la administración pública. En E. Cabrero, *Del administrador al Gerente Público* (págs. 17-20). México, D.F.: Instituto Nacional de Administración Pública.
- Cáceres, F., & Nieves, G. (abril-junio de 2017). Atención Humanizada del Parto. Diferencial Según Condición Clínica y Social de la Materna. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 68(2), 128-134. doi:DOI: <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3022>

- CAEME. (2020). *Informe Weber*. Obtenido de El sistema de salud argentino: <https://www.caeme.org.ar/archivo-weber/el-sistema-de-salud-argentino/>
- Cámara de Diputadas y Diputados. (20 de diciembre de 2017). *Proyectos de Ley*. Obtenido de Modifica la ley N°20.584, que Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, para garantizar los derechos del neonato y de las mujeres durante la gestación, el parto y postparto: <https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/tramitacion.aspx?prmID=12065&prmBoletin=11549-11>
- Cámara de Diputadas y diputados. (2020). *Proyectos de Ley*. Obtenido de [https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/proyectos\\_ley.aspx](https://www.camara.cl/legislacion/ProyectosDeLey/proyectos_ley.aspx)
- Cámara de Diputados. (23 de julio de 2014). *Gaceta Parlamentaria*. Obtenido de Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, de la Ley General de Salud, de la Ley del Seguro Social y de la Ley del Instituto de Seguridad y Ser: [https://www.senado.gob.mx/64/gaceta\\_comision\\_permanente/documento/49254](https://www.senado.gob.mx/64/gaceta_comision_permanente/documento/49254)
- Cámara de Diputados. (2019). *Comunicación Social*. Obtenido de Nota N° 3783: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/28/3783-Aprueban-diputados-reformas-en-materia-de-violencia-obstetrica>
- Carreño, J., & Sánchez, C. (2019). Violencia institucional y obstétrica, algunos indicadores para su explicación. *Perinatología y Reproducción Humana*, 37-45. doi:DOI: 10.24875/PER.M19000005
- Carrero, G. (09 de septiembre de 2019). Cuando la crisis daña el cuerpo de las madres. *Salud con Lupa*. Obtenido de <https://saludconlupa.com/series/venezuela-un-pais-en-busca-de-alivio/cuando-la-crisis-dana-el-cuerpo-de-las-madres/>
- Carrillo, A. (2018). Sistem de salud en Venezuela ¿un pciente sin remedio? *Cadernos de Saúde Pública Reports in Public Health*, 1-15. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n3/1678-4464-csp-34-03-e00058517.pdf>
- Casa Rosada. (2015). *Objetivos de Gobierno*. Obtenido de <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/ArgentinaObjetivosdeGobierno.pdf>
- Cassadio, A., Santos, M., Santos, F., Holanda, C., Leite, J., Maranhao, T., & Enders, B. (2016). Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora. *Enfermería Global*(44), 452-464. doi:ISSN 1695-6141
- Castrillo, B. (2016). De partos y derechos en el camino hacia la humanización VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace, 27 al 29 de julio de 2016. *En Memoria Académica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires Argentina: Universidad Nacional de la Plata. Obtenido de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8181/ev.8181.pdf)

- CEDAW. (2018). *Informe de Seguimiento Alternativo a las Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (documento CEDAW/C/VEN/CO/7-8) República Bolivariana de Venezuela*. Obtenido de [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/VEN/INT\\_CEDAW\\_NGS\\_VEN\\_31516\\_S.pdf](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/VEN/INT_CEDAW_NGS_VEN_31516_S.pdf)
- CEFP. (21 de abril de 2020). *Centro de Estudios de las Finanzas Públicas*. Obtenido de Programas Prioritarios 2020-2021: <https://www.cefp.gob.mx/publicaciones/nota/2020/notacefp0282020.pdf>
- CENETEC. (2019). *Guía de Practic Clínica: Vigilancia y Atención Amigable en el Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo*. IMSS. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/052GER.pdf>
- CEPAL. (2013). Acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva. En CEPAL, *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo* (págs. 19-21). Montevideo, Uruguay: CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
- CEPAL. (2017). *Observatorio de Indicadores de Género para América Latina y el Caribe*. Obtenido de OIG: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>
- CEPAL. (2021). *Observatorio Regional de Planificación Para el Desarrollo*. Obtenido de Planificación en Chile: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/sistemas-planificacion/planificacion-en-chile>
- CEPAZ. (08 de septiembre de 2019). *CEPAZ*. Obtenido de Tres organizaciones hacen sinergia para beneficiar a mujeres de La Dolorita y Petare: <https://cepaz.org/noticias/tres-organizaciones-hacen-sinergia-para-beneficiar-a-mujeres-de-la-dolorita-y-petare/>
- Chao, M., & Fernández, S. (2011). Unidad 2, los consumidores, clientes y usuarios. En M. Chao, & S. Fernández, *Disposición y venta de productos* (págs. 21-36). McGraw Hills.
- ChCC/MINSAL. (2021). *Sistema Reportabilidad ChCC*. Obtenido de Sistema Reportabilidad ChCC: <http://chcc.minsal.cl/indicadores/>
- Chile Agenda 2030. (s.f.). *Seguimietno*. Recuperado el 2021, de Salud y Bienestar: <http://www.chileagenda2030.gob.cl/seguimiento/ods-3>
- Chile Atiende. (11 de enero de 2021). *Chile Atiende*. Obtenido de Préstamo de salud FONASA: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/4930-prestamo-de-salud-de-fonasa>
- Chile Crece Contigo. (2021). *Chile Crece Contigo*. Obtenido de Programas que componen ChCC: <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/programas/>
- Chile Crece Contigo. (s.f.). *Acerca de Chile Crece Contigo*. Obtenido de ¿Cómo Funciona Chile Crece Contigo?: <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/como->



<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/10168venezuelanationalreview.pdf>

- Consortio Oaxaca. (6 de diciembre de 2011). *Comunicado de Organizaciones por Violencia Obstétrica*. Obtenido de Pronunciamento de Organizaciones de la Sociedad Civil: <https://consorciooaxaca.org/comunicado-de-organizaciones-por-violencia-obstetrica/>
- Contreras, L. (enero-junio de 2014). La gestión de Calidad en el Sector Público. *RC ET RATIO, Revista de la Contraloría del Poder Legislativo del Estado de México*, 11-24. Obtenido de [http://www.contraloriadelpoderlegislativo.gob.mx/pdf/Revistas-Rc-et-Ratio/RcEtRatio\\_V\\_8\\_2014/RcEtRatio-V8-2014.pdf](http://www.contraloriadelpoderlegislativo.gob.mx/pdf/Revistas-Rc-et-Ratio/RcEtRatio_V_8_2014/RcEtRatio-V8-2014.pdf)
- Cordero, J. (2011). Los servicios públicos como derechos de los individuos. *Ciencia y Sociedd*, XXXVI(4), 682-701. doi:ISSN:0378-7680
- Crececontigo.gob. (2021). *Chile Crece Contigo*. Obtenido de MINSAL: <http://www.crececontigo.gob.cl/faqs/como-se-ingresa-al-sistema-de-proteccion-integral-a-la-infancia-chile-crece-contigo/>
- Cruz, N. (16 de enero de 2020). El doloroso parto de las venezolanas en Colombia. *Cero Setenta*, págs. <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/el-doloroso-parto-de-las-venezolanas-en-colombia/>.
- Cruz, P. (julio-diciembre de 2015). Acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad: el papel de las y los prestadores de servicios. *Revista de estudios de género la ventana*(42), 7-45. doi:ISSN: 14059436
- Decreto 1400/2001, Registro de Datos. Fondo Solidario de Redistribución. Derecho de Opción del Beneficiario. Obras Sociales en Crisis: Garantía de Continuidad de la Cobertura. Limitación para el Otorgamiento de Subsidios Financieros (Información Legislativa 04 de 11 de 2001). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/65000-69999/69724/texact.htm>
- DEIS. (2015). *Estadísticas Vitales. Información básica*. Dirección de Estadísticas e Información en salud. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/12/Serie5Numero59.pdf>
- DEIS. (2016a). *Estadísticas Vitales. Información básica*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/06/Serie5Nro60.pdf>
- DEIS. (2016b). *Agenda de Indicadores Básicos*. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos/>
- DEIS. (2017a). *Estadísticas Vitales. Información básica*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>
- DEIS. (2017b). *Agenda de Indicadores Básicos*. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos/>

- DEIS. (2018a). *Estadísticas Vitales. Información básica*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/serie-5-estadisticas-vitales/>
- DEIS. (2018b). *Agenda de Indicadores Básicos*. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos/>
- DEIS. (2019a). *Estadísticas Vitales. Información básica*. Dirección de Estadística e Información en Salud. Obtenido de [http://www.deis.msal.gov.ar/files/DEIS\\_%20Natalidad%20y%20Mortalidad%20Infantil%202019\\_163%20B.pdf](http://www.deis.msal.gov.ar/files/DEIS_%20Natalidad%20y%20Mortalidad%20Infantil%202019_163%20B.pdf)
- DEIS. (2019b). *Agenda de Indicadores Básicos*. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/indicadores-basicos/>
- DEIS. (2021). *Dirección de Estadística e información en Salud*. Obtenido de Estadísticas vitales: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/estadisticas-vitales/>
- del Pilar, M., & Aguilar, C. (2016). A manera de introducción. En C. Coords. Aguilar, & M. del Pilar, *Derechos y políticas públicas Desafíos políticos e institucionales en México* (págs. 11-48). México: Juan Pablos Editor. doi:ISBN: 978-607-711-385-0
- Delmore, P., & Chatelain, O. (2011). *La gestión de las políticas: función y utilización de los indicadores para la medición de los resultados*. Aid Delivery Methods.
- DGCES. (31 de diciembre de 2020). *INDICAS*. Obtenido de Información del Sistema Nacional de Salud: Tasa de Cesáreas: <https://dgc.es.salud.gob.mx/INDICASII/indicaII.php?P=202003&N=00&G=TD&E=N00000&radiobutton=J&I=i7&C=c22&V=v69&Submit=Consultar>
- DGED SALUD. (2012). *CNEGSR*. Obtenido de Diagnóstico del Pp P020: [https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Reingenieria\\_Gasto/imagenes/Ventanas/Ramo\\_12/12P020.pdf](https://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/work/models/PTP/Reingenieria_Gasto/imagenes/Ventanas/Ramo_12/12P020.pdf)
- DGED Salud. (2015). *CNEGSR*. Obtenido de Diagnóstico del Programa Presupuestario P020: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep\\_2016/P020\\_2015\\_DIAGNOS\\_COMPLEMENTARIA.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/P020_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf)
- Diagnóstico del Programa Presupuestario P020. (2015). *DGED*. Obtenido de Secretaría de Salud: [http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep\\_2016/P020\\_2015\\_DIAGNOS\\_COMPLEMENTARIA.pdf](http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/ep_2016/P020_2015_DIAGNOS_COMPLEMENTARIA.pdf)
- Diario de la Universidad de Chile. (24 de enero de 2017). *Diario Chile*. Obtenido de Exigen aprobación de proyecto de ley que reconoce la violencia obstétrica: <https://radio.uchile.cl/2017/01/24/exigen-aprobacion-de-proyecto-de-ley-que-reconoce-la-violencia-obstetrica/>
- Diario Oficial, Decreto Supremo No° 15 Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud (Ministerio de Salud 03 de 07 de 2007). Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/w3-article-4788.html>

- Díaz, F. (2001). La metaevaluación y su método. *Revista de Ciencias Sociales, II-III*(93), 171-192. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/153/15309314.pdf>
- Díaz, L., & Fernandez, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: El caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, 51*(2), 123 - 143. Obtenido de <http://www.rdpucv.cl/index.php/rderecho/article/view/1163/pdf>
- DIES. (2021). *Estadísticas de defunciones por causas básicas de muerte*. Ministerio de Salud. Obtenido de [https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1\\_1\\_16102396688650/DEF?publish=yes](https://public.tableau.com/profile/deis4231#!/vizhome/DefuncionesSemanales1_1_16102396688650/DEF?publish=yes)
- DIPRES. (2021). *Dirección de Presupuestos Gobierno de Chile*. Obtenido de Evaluación de Programas Gubernamentales: <http://www.dipres.gob.cl/598/w3-article-111762.html>
- Dirección de Salud Perinatal y Niñez . (s.f.). *Ministerio de Salud*. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/dinamia>
- Dirección General de epidemiología. (2018). *Informe Semanal de Vigilancia Epidemiológica: Muerte Materna*. Obtenido de [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/425158/MM\\_2018\\_SE52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/425158/MM_2018_SE52.pdf)
- Dirección General de epidemiología. (2019). *Informe semanal de Vigilancia Epidemiológica, semana 52*. Secretaría de Salud. Obtenido de <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2019>
- DOF, NOM-007-SSA2-2016 (2016). Obtenido de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D007,de%20la%20persona%20reci%C3%A9n%20nacida.](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D007,de%20la%20persona%20reci%C3%A9n%20nacida.)
- DOF. (12 de julio de 2017). *Dirio Oficial 12/07/2019*. Obtenido de Plan Nacional de Desarrollo: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5565599&fecha=12/07/2019)
- DPN. (2018). *Programa sobre el Parto Respetado*. Defensoría del Pueblo de la Nación. Obtenido de [http://www.dpn.gob.ar/documentos/Parto\\_Respetado\\_-\\_Difusion.pdf](http://www.dpn.gob.ar/documentos/Parto_Respetado_-_Difusion.pdf)
- DPN. (2021). *Defensoría del Pueblo de la Nación*. Obtenido de Institucional, competencias: <http://www.dpn.gob.ar/competencia.php>
- ENCAL Servicios de Salud. (noviembre de 2019). *IMSS*. Obtenido de Cuestionario para peronas usuarias de Consulta de Especialidades en hosptales de segundo y tercer nivel de atención: [http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2019/NOV/ENCAL\\_19NOV\\_Cuestionario\\_Consulta\\_Especialidades.pdf](http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/estadisticas/ENSAT/2019/NOV/ENCAL_19NOV_Cuestionario_Consulta_Especialidades.pdf)
- Engender Healt 202 cit. en Erveti, J. & Castro, Roberto. (2015). *Sociología de la Práctica Médica Autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción y derechos reproductivos*. Cuernavaca: UNAM.

- EQUIS. (30 de junio de 2020). *Equis justicia para las mujeres*. Obtenido de ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL CREAN OBSERVATORIO DE GÉNERO Y COVID-19 EN MÉXICO: <https://equis.org.mx/organizaciones-sociedad-civil-observatorio-genero-covid19-mexico/>
- Eternod, M. (enero-abril de 2012). Metodología para calcular la razón de mortalidad materna: un mejor registro y un indicados deficiente. *Realidad, Datos y Espacio, Revista Internacional de Estadística y geografía*, III(1), 26-69. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/rde/RDE\\_05/doctos/rde\\_05\\_art3.pdf](https://www.inegi.org.mx/rde/RDE_05/doctos/rde_05_art3.pdf)
- Facultad de Ciencias Médicas de la Univeridad de Cuyo. (2009). *Gineco-Obstetricia*. Argentina: Facultad de Ciencias Médicas. Obtenido de [http://prueba.uncu.edu.ar/medicina/upload/5.Gineco-Obst\\_.pdf](http://prueba.uncu.edu.ar/medicina/upload/5.Gineco-Obst_.pdf)
- Faneite, J., Feo, A., & Toto, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Revista Obstétrica y Ginecológica de venezuela*, 72(1), 4-12. Obtenido de <http://ve.scielo.org/pdf/og/v72n1/art02.pdf>
- Fernández, M. (2005). La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18, 7-31. doi:ISSN: 0214-0314
- Flores, F. (junio de 2018). *IEXE*. Obtenido de IEXE: <https://www.iexe.edu.mx/administracion-publica/del-modelo-clasico-de-la-administracion-publica-a-la-nueva-gerencia-publica.html>
- FONASA. (2018). *Base de datos, informes y documentos*. Obtenido de <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/documentos>
- FONASA. (s.f.). *FONASA*. Recuperado el 01 de 2021, de Beneficiarios PAD: <https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/beneficiarios/bonos-pad>
- Fuentes, G. (1995). Características de las ISAPRES. En G. Fuentes, *Las ISAPRES* (Primera edición ed., págs. 31-34). Santiago, Chile: Editorial Jurídica de Chile. Recuperado el 2020
- Fur, E. (2005). Un marco para la acción: ODM, derechos humanos y acuerdos internacionales. En E. Fur, *La Igualdad de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Aportes para la definición de un programa conjunto para el Sistema de Naciones Unidas en la Argentina* (págs. 6-10). Naciones Unidas.
- Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, 41.376 (Decreto Constituyente para l Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento 12 de abril de 2018). Obtenido de <https://www.ghm.com.ve/wp-content/uploads/2018/04/41376.pdf>
- Gadea, I. (2000). *Congreso de Barcelona*. Obtenido de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/25A2CB3D8DC2E0FD05257BDD0058FD11/\\$FILE/AlbertGadea.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/25A2CB3D8DC2E0FD05257BDD0058FD11/$FILE/AlbertGadea.pdf)
- Galli, A., Pagés, M., & Sieszkowski, S. (2019). *El sistema de salud en Argentina*. Obtenido de [https://www.sadamweb.com.ar/news/2019\\_06Junio/El\\_Sistema\\_de\\_Salud\\_en\\_Argentina.pdf](https://www.sadamweb.com.ar/news/2019_06Junio/El_Sistema_de_Salud_en_Argentina.pdf)

- Garay. (marzo de 2017). *DELS*. Obtenido de La medicina de prepaga: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-medicina-prepaga>
- García, H., Almaguer, G. & Vargas, V. (septiembre-diciembre de 2010). La violencia Obstétrica: Una forma de patriarcado en las insitucione de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3), 3-12. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29347/ViolenciaObstetrica.pdf>
- García, M. (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Madrid: Tesis para obtener el Grado de Doctora en Ciencias Humanas por la UAM. Obtenido de [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf?sequence=1)
- Gherardi, N. (2016). *Otras Formas de Violencia Contra las Mujeres que Recnocer, Nombrar y Visibilizar*. Santiago: CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40754/4/S1601170_es.pdf)
- GIRE. (s.f.). *GIRE*. Obtenido de ¿Quiénes somos?: <https://gire.org.mx/quienes-somos/>
- Gobierno de Chile. (2017). *Chile Agenda 2030 Objetivos de Desarrollo Sostenible: Informe Nacional Voluntario*. Consejo Nacional para la Implementación de la Agenda 2030 y el Desarrollo Sostenible. Obtenido de <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/15776Chile.pdf>
- Gobierno de Chile. (2018). *Agenta 2030, ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Accones Públicas*. Obtenido de [http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/ODS3\\_Acciones\\_Publicas.pdf](http://www.chileagenda2030.gob.cl/storage/docs/ODS3_Acciones_Publicas.pdf)
- Gobierno de Chile. (1 de agosto de 2018). *Gob.cl*. Obtenido de Noticias: <https://www.gob.cl/noticias/pad-fonasa-conoce-cuanto-pagar-por-tu-procedimiento-medico/>
- Gómez, A. (10 de noviembre de 2019). Parto humanizado: las mujeres tienen derecho a elegir cómo traer a sus hijos al mundo. *France 24*. Obtenido de Parto humanizado: las mujeres tienen derecho a elegir cómo traer a sus hijos al mundo: <https://www.france24.com/es/20191110-ellas-hoy-parto-humanizado-respetuoso>
- Gómez, C. (2009). *El desarrollo sostenible conceptos básicos, alcance y criterios de evaluación*. Recuperado el junio de 2020, de <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Havana/pdf/Cap3.pdf>
- Gonzaga Soriano, M. R., Anzaldo Campos, M. C., Zonana Nacach , A., & Olazarán Gutierrez, A. (2014). Atención prenatal y mprtalidad materna hospitalaria en Tiuana, Baja cALIFORNIA. *Salud Pública de México*, 56(1), 32-39. Obtenido de <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7320/9596>
- González, C., Castillo, C., & Matute, I. (2019). El Sistema de Salud Chileno: Estructura General y Financiamiento. En C. Eds. González, C. Castillo, & I. Matute, *Estructura*

- y funcionamiento del sistema de salud chileno (págs. 37-45). Concepción, Chile: Universidad del Desarrollo.
- Guerrero, O. (enero-marzo de 2004). Cómo los ciudadanos sufren la metamorfosis en clientes y los servidores públicos en agentes gerenciales. *Revista Venezolana de Gerencia*, IX(25), 9-52. doi:ISSN: 1315-9984
- Gutierrez, G. 2003 en Armienta, G. (2013). La privatización de los servicios públicos municipales, una necesidad para la democracia y una realidad. *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, VII(32), 88-99. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rius/v7n32/v7n32a6.pdf>
- Gutiérrez, J., & Bertozzi, M. (2003). La brecha en salud en México, medida a través de la mortalidad infantil. *Salud pública Mexico*, 45(2), 102-109. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342003000200006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000200006)
- Heller, H. (2017a). La Justificación del Estado. En *Teoría del Estado* (págs. 276-291). Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Heller, H. (2017b). Esencia y estructura del Estado: la función social del Estado. En H. Heller, *Teoría del Estado* (págs. 256-275). México: FCE.
- Herrera, H. (30 de enero de 2021). Retrocede cobertura en Salud. *Reforma*. Obtenido de [https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?\\_\\_rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/retrocede-cobertura-en-salud/ar2115610?referer=--7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a--](https://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?__rval=1&urlredirect=https://www.reforma.com/retrocede-cobertura-en-salud/ar2115610?referer=--7d616165662f3a3a6262623b727a7a7279703b767a783a--)
- Hospital Sanitas. (2020). *Parto Humanizado, conoce todo lo importante sobre el parto humanizado*. Madrid: Hospital sanitas. Obtenido de <https://www.hospitalazarzuela.es/pdf/parto-humanizado.pdf>
- HRP & OMS. (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=94EE32E6AA03CE1730A4DEA64D18ED4A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=94EE32E6AA03CE1730A4DEA64D18ED4A?sequence=1)
- IDEP Salud. (s.f.). *IDEPSALUD*. Obtenido de Primer Observatorio de Violencia Obstétrica: <http://idepsalud.org/primer-observatorio-de-violencia-obstetrica/>
- IM-Defensoras. (2 de agosto de 2016). *Iniciativa Mesoamericana de Mujeres Defensoras de Derechos Humanos*. Obtenido de Diálogo Regional "Intercambio de Buenas Prácticas: desafíos y nuevos retos para la erradicación de la violencia en contra de las mujeres": <http://im-defensoras.org/2016/08/noticias-im-defensoras-im-defensoras-presente-en-el-%E2%80%AA%E2%80%8Edialogoregional%E2%80%AC-intercambio-de-buenas-practicas-desafios-y-nuevos-retos-para-la-erradicacion-de-la-violencia-contra/>
- IMSS. (2018). *IMSS*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>
- IMSS. (2018). *IMSS*. Obtenido de <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss>

- IMSS. (01 de marzo de 2020). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. Obtenido de Seguro de Salud ara la Fmailia: <http://www.imss.gob.mx/derechoH/segurosalud-familia>
- IMSS. (s.f.). *Maternidad*. Obtenido de Derechos de la Mujer Embarazada: <http://www.imss.gob.mx/maternidad/estas-embarazada/derechos>
- INAM. (2018). *Análisis del Monitoreo del Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019*. Obtenido de <https://docs.google.com/presentation/d/1ImnzWmDzRJVS5-QRlZRe0Xs46dYMc1M1/edit#slide=id.p1>
- INAM. (2018). *el Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2017-2019*. Buenos Aires: Consejo Nacional de las ujeres y Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plannacionaldeaccion\\_2017\\_2019ult.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plannacionaldeaccion_2017_2019ult.pdf)
- INDEC. (2013). *Bases de Datos*. Obtenido de Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-2>
- INDH. (2016). Violencia obstétrica y derechos humanos. En C. N. Humanos, *Informe Anual de la Situación de los Derechos Humanos en Chile* (págs. 229-250). Chile. Obtenido de <https://indh.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Anual-INDH-2016.pdf>
- INDICAS. (2020). *DGCES*. Obtenido de INDICAS: <https://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/index2.php>
- INE. (2016). *Anuario de estadísticas vitales*. Santiago de Chile: INE. Obtenido de [https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine\\_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales\\_2016.pdf?sfvrsn=19f8429b\\_3](https://www.ine.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/ine_anuario-de-estad%C3%ADsticas-vitales_2016.pdf?sfvrsn=19f8429b_3)
- INE. (2021). *Instituto Nacional de Estadística*. Obtenido de Estadísticas Vitales: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones#:~:text=Las%20Estad%C3%ADsticas%20Vitales%20presentan%20las,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20en%20Chile>.
- INEGI. (2015). *Encuesta Intercensal*. INEGI. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic\\_2015\\_presentacion.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/intercensal/2015/doc/eic_2015_presentacion.pdf)
- INEGI. (2015). *Mujeres y hombres en México*. INEGI. Obtenido de [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825075019.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825075019.pdf)
- INEGI. (2016). *Encuesta Nacional de Hogares*. INEGI. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2016/doc/enh2016\\_resultados.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enh/2016/doc/enh2016_resultados.pdf)

- INEGI. (2017). *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social*. INEGI. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion\\_enses\\_2017.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/eness/2017/doc/presentacion_enses_2017.pdf)
- INEGI. (2017). *Mujeres y Hombres en México*. INEGI. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2017.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2017.pdf)
- INEGI. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. INEGI. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/#Datos\\_abiertos](https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2018/#Datos_abiertos)
- INEGI. (2019). *Mortalidad*. Obtenido de Consulta de defunciones maternas: <https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/Proyectos/bd/continuas/mortalidad/MortalidadGeneral.asp#>
- INEGI. (2019). *Mujeres y Hombres en México*. INEGI. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/MHM\\_2019.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf)
- INEGI. (2020). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Obtenido de Derechohabiencia: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/#Tabulados>
- INEGI. (2021). *Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares*. Obtenido de Serie de Recursos humanos y materiales 2015 a 2019: <https://www.inegi.org.mx/programas/salud/#Tabulados>
- INFORMADOR. (12 de febrero de 2020). Mujer da luz en la calle por falta de personal en Michoacán. *INFORMADOR.MX*. Obtenido de <https://www.informador.mx/mexico/Mujer-da-a-luz-en-la-calle-por-falta-de-personal-en-Michoacan-20200212-0147.html>
- IPPF/RHO. (2018). *Informe del monitoreo social de los compromisos en derecho sexuales y derechos reproductivos del Consenso de Montevideo 2017*. México.
- IVSS. (2015). *Instituto Venezolano de los Seguros Sociales*. Obtenido de Asistencia Médica del IVSS: <http://www.ivss.gov.ve/contenido/Asistencia-Medica-del-IVSS>
- Jackson, P. (s.f.). *Naciones Unidas*. Obtenido de Antecedentes de los objetivos de desarrollo del Milenio: Cuatro decenios de lucha en pro del desarrollo en las Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/chronicle/article/antecedentes-de-los-objetivos-de-desarrollo-del-milenio-cuatro-decenios-de-lucha-en-pro-del>
- Jaramillo, M., & Tiburcio, K. (23 de marzo de 2021). También el Estado viola los derechos de la mujer. *Latinoamerica21*. Obtenido de <https://latinoamerica21.com/es/tambien-el-estado-viola-los-derechos-de-la-mujer/>
- Jerez, C. (2015). Paradojas de la "Humanización" del parto: ¿Qué partos merecen ser "empoderados"? *XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Juárez, L. (noviembre de 2009). Apropiación de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia: dimensiones de la ciudadanía. *Revista de estudios de género la ventana*(30), 148-180. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v4n30/v4n30a7.pdf>

- La Parra, D., & Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Revista de documentación social*, 57-72.
- Lansky, S., Ventura, K., Rezende, E., Oliveira, B., Grilo, C., Figueiredo, N., . . . de Lima, A. (5 de Aug. de 2019 ). Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Ciênc. saúde coletiva*, 24(8), 2811-2823. Obtenido de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802811&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232019000802811&script=sci_arttext&tlng=en)
- Las Casildas. (2018). *lascasildas*. Obtenido de Sobre Nosotrxs: <https://lascasildas.com.ar/index.html#nosotrxs>
- Ley de Derechos y Deberes del Paciente, 20.584 (2016). Obtenido de <http://www.ssmso.cl/tmpArchivos/participacion/Escuelas/Leyes/Ley%20de%20Derechos%20y%20Deberes%20de%20los%20pacientes%20Superintendencia%20de%20Salud.pdf>
- Ley de Protección Integral a las Mujeres (11 de marzo de 2009). doi:[https://www.oas.org/dil/esp/ley\\_de\\_proteccion\\_integral\\_de\\_mujeres\\_argentina.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/ley_de_proteccion_integral_de_mujeres_argentina.pdf)
- Ley del Parto Humanizado, 25,929 (2015). Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley\\_25929\\_parto\\_humanizado\\_decreto\\_web\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf)
- Ley del Seguro Social, DOF 16-12-2020 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 16 de 12 de 2020). Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92\\_161220.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/92_161220.pdf)
- Ley General de Salud (2020). Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_240120.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf)
- Ley General de Salud, DOF 19-02-2021 (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 19 de febrero de 2021). Obtenido de [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142\\_190221.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_190221.pdf)
- Ley N° 24.284, Ley N° 24.284 Creación del la Defensoría del Pueblo (Congreso de las Nación Argentina 2 de diciembre de 1993). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/680/texact.htm#:~:text=Promulgada%3A%20diciembre%20%20de%201993.&text=ARTICULO%201%C2%BA%2D%20Creaci%C3%B3n.,recibir%20instrucciones%20de%20ninguna%20autoridad.>
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, Artículo 12 (Tribunal Supremo de Justicia 2007). Obtenido de [https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley\\_mujer%20%281%29\\_0.pdf](https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf)
- López, S. (2017). Los Derechos Humanos Globalizados: el camino hacia el reconocimiento. *Derechos Fundamentales a Debate, Comisión Estatal de Derechos Humanod Jalisco*, 55-62. Obtenido de

[http://cedhj.org.mx/revista%20DF%20Debate/articulos/revista\\_No5/ADEBATE-5-art4.pdf](http://cedhj.org.mx/revista%20DF%20Debate/articulos/revista_No5/ADEBATE-5-art4.pdf)

- Luna, K., & Ramos, R. (2015). Manifestaciones de la violencia obstétrica Institucional. En *Violencia Obstétrica un enfoque de Derechos Humanos* (págs. 13-14). GIRE, Grupo de Información en Reproducción Elegida A.C.
- Maceira, D. (2018). *Apuntes para un Debate sobre el Sistema de Salud ARGENTINO*. Centro de Estudios de Estado y Sociedd.
- Machado, L., Morales, T., & Chávez, L. (2018). La igualdad de género, paradigma del desarrollo sostenible en la agenda 2030. *Universidad y Sociedad*, 10(2), 7-13. Recuperado el 06 de 2020, de <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v10n2/2218-3620-rus-10-02-7.pdf>
- Martínez, A. (2016). La violencia, conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*(46), 7-31. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/polcul/n46/0188-7742-polcul-46-00007.pdf>
- Médicos por la Salud. (2018). *Encuesta Nacional de Hospitales. Resultados Interactivos*. <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/anteriores>.
- Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*(4). Obtenido de [https://www.academia.edu/27838707/VIOLENCIA\\_OBSTETRICA?auto=download](https://www.academia.edu/27838707/VIOLENCIA_OBSTETRICA?auto=download)
- Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (11 de junio de 2020). *Chile Atiende*. Obtenido de Ingreso mínimo garantizado: <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/77694-ingreso-minimo-garantizado#:~:text=Desde%20el%201%20de%20marzo,salario%20m%C3%ADnimo%20ser%C3%A1%20de%20%2445.353>.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (s.f.). *Argentina.gob.ar*. Obtenido de Lucha contra la violencia institucional: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/violencia-obstetrica>
- Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad. (2020). *Plan Nacional de Acción contra las violencias por motivos de género 2020-2022*. Ministerio de la Mujeres Genero y Diversidad. Obtenido de [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan\\_nacional\\_de\\_accion\\_2020\\_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/plan_nacional_de_accion_2020_2022.pdf)
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de tención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Ministerio de Salud Chile. Obtenido de [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008\\_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/10/2008_Manual-de-Atencion-personalizada-del-Proceso-reproductivo.pdf)
- Ministerio de Salud, Norma General Técnica Número 179 para la Atención Integral en el Puerperio (07 de septiembre de 2015). Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp->

content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\_web.-08.10.2015-R.pdf

Ministerio de Salud. (2015). *Análisis de la Distribución Geográfica de Médicos Especialistas en la República Argentina*. Obtenido de [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015\\_ops\\_ms\\_arg\\_eadp\\_demo\\_medica\\_argentina-1.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/884869/2015_ops_ms_arg_eadp_demo_medica_argentina-1.pdf)

Ministerio de Salud Argentina. (2019). *Estadísticas Vitales: información básica Argentina-Año 2018*. Ministerio de salud. Obtenido de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2020/01/Serie5-Nro62.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación. (marzo de 2017). *Diccionario Enciclopédico de la Legislación Sanitaria Argentina*. Obtenido de Obras Sociales: <http://www.salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales>

Ministerio de Salud. (s.f). *Crecer con salud durante el embarazo y la niñez*. Obtenido de Embarazo, parto y puerperio: <https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/embarazo-parto-puerperio/embarazo/consultaralmedico>

Ministerio de Salud: DEIS. (21 de noviembre de 2020). *Departamento de Estadística e Información de Salud*. Obtenido de Datos Abiertos: Estadísticas de Defunciones por causa básica de muerte: <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>

Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información. (13 de noviembre de 2018). *Ministerio del Poder Popular para la Comunicación y la Información*. Obtenido de CLAVES | Presidente Maduro blindo Sistema de Protección Social para el pueblo: <http://www.minci.gob.ve/claves-presidente-maduro-blindo-sistema-de-proteccion-para-el-pueblo/>

Ministerio del Poder Popular para la Mujer y la Igualdad de Género. (2021). *Plan Parto Humanizado*. Obtenido de Acerca de Parto Humanizado: <https://www.banmujer.gob.ve/parhum/nosotros/nuestro-plan/conocenos>

MINSAL. (1997). *Programa Salud de la Mujer*. Obtenido de <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Programa-de-Salud-de-la-Mujer-1997.pdf>

MINSAL. (2013). *PROGRAMA PARA EVALUAR SERVICIOS DE OBSTETRICIA, GINECOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA*. Ministerio de Salud. Obtenido de [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOOGYN\(2\)FINAL%2020\\_05\\_2015\\_CORREGIDO.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/SERVICIOOOGYN(2)FINAL%2020_05_2015_CORREGIDO.pdf)

MINSAL. (16 de abril de 2015). *Chile Crece Contigo Blog componenete de salud*. Obtenido de Catálogo de prestaciones PADBP 2015: <http://www.chccsalud.cl/2015/04/catalogo-de-prestaciones-padbp-2015.html>

MINSAL. (14 de mayo de 2016). *Chile Crece Contigo Blog Componente de salud*. Obtenido de Catálogo de prestaciones 2016: <http://www.chccsalud.cl/2016/05/estimados-equipos-esperando-que-se.html>

- MINSAL. (08 de agosto de 2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Chile Crece Contigo Cumplió 10 años: <https://www.minsal.cl/presidenta-bachelet-encabezo-el-10-aniversario-del-programa-chile-crece-contigo/#:~:text=En%202007%2C%20durante%20el%20primer,su%20ingreso%20al%20sistema%20escolar.>
- MINSAL. (26 de octubre de 2017). *SCRIBID*. Obtenido de 3. Catálogo de Prestaciones PADBP 2017: <https://es.scribd.com/document/362709861/3-Catalogo-de-Prestaciones-PADBP-2017>
- MINSAL. (01 de 2018). *Chile Crece Contigo*. Obtenido de Catálogo de Prestaciones ChCC 2018: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf>
- MINSAL. (2019). *Guía de Diseño para Establecimientos Hospitalarios de Mediana Complejidad*. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Obtenido de <https://plandeinversionesensalud.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/12/D304.-Guia-Hospitales-Mediana-Unidad-de-Parto-Integral-nov-2019.pdf>
- MINSAL. (s.f.). *Chile Crece Contigo Blog componente de salud*. Obtenido de Soporte para la gestión local: <http://www.chccsalud.cl/p/gestion.html>
- MISAL. (s.f.). *Perspectiva de género*. Obtenido de Unidad de género: <https://www.minsal.cl/unidad-de-genero/>
- Modena, Celina & Barbosa, Danubia. (2018). La Violencia Obstétrica en lo Cotidiano Asistencial y sus Características. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 26, 2-12. Obtenido de [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf)
- MPCComunas. (19 de julio de 2019). *Ministerio del Poder Popular para las Comunas y los Movimientos sociales*. Obtenido de Presidente Maduro crea un estado mayor especial para fortalecer Plan Parto Humanizado: <https://www.mppcomunas.gob.ve/2019/07/19/presidente-maduro-crea-un-estado-mayor-especial-para-fortalecer-plan-parto-humanizado/>
- MPPS. (2014). *Protocolo de Atención. Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia*. UNICEF, OPS, OMS & UNFPA. Obtenido de [https://www.paho.org/ven/images/stories/VEN/protocolos/obstetrico/PROTOCOLO\\_OBSTETRICO.pdf?ua=1](https://www.paho.org/ven/images/stories/VEN/protocolos/obstetrico/PROTOCOLO_OBSTETRICO.pdf?ua=1)
- MPPS. (18 de febrero de 2015). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Organigrama Estructural MPPS: <http://mpps.gob.ve/images/organigrama2018.jpg>
- MPPS. (07 de junio de 2017a). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Viceministerio de Salud Integral: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/ministerio/vice-ministerio-de-salud-integral>
- MPPS. (07 de junio de 2017b). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Viceministerio de Redes de Atención Ambulatoria de Salud: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/ministerio/vice-ministerio-redes-de-atencion-ambulatoria-de-salud>

- MPPS. (07 de junio de 2017c). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Viceministerio de Hospitales: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/ministerio/vice-ministerio-de-hospitales>
- MPPS. (07 de junio de 2017d). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Viceministerio de Salud Colectiva: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/ministerio/vice-ministerio-de-salud-colectiva>
- MPPS. (07 de junio de 2017e). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Viceministerio de Recursos, Tecnología y Regulación: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/ministerio/vice-ministerio-recursos-tecnologias-y-regulacion>
- MPPS. (07 de octubre de 2019). *Ministerio del Poder Popular para la Salud*. Obtenido de Órgano Superior de Parto Humanizado y Lactancia Materna protege a la mujer gestante y en periodo de lactancia: <http://www.mpps.gob.ve/index.php/sala-de-prensa/notnac/212-organo-superior-de-parto-humanizado-y-lactancia-materna-protege-a-la-mujer-gestante-y-en-periodo-de-lactancia>
- Navarro, V. (2018). ¿Qué es una política nacional de salud? (J. Arosemena, Ed.) *Tareas*(130), 39-58. Obtenido de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120717092358/quees.pdf>
- NOM-007-SSA2-2016, DOF 07/04/2016 (Secretaría de Salud 07 de abril de 2016). Obtenido de [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)
- NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y, NOM-016-SSA3-2012 (SSalud 08 de enero de 2013). Obtenido de <http://evaluacion.ssm.gob.mx/pdf/normateca/NOM-016-SSA3-2012.pdf>
- NORAD. (1990). El EML y sus usuarios. En NORAD, *Enfoque del Marco Lógico como herramienta para la planificación y gestión de proyectos orientados por objetivos* (pág. 5). Agencia Noruega para la Cooperación para el Desarrollo. Obtenido de <http://www.clear-la.cide.edu/sites/default/files/NORADManualdeMarcoLogico.pdf>
- Norma General Técnica para la Atención Integral en el Puerperio, N° 00179 (Ministerio de Salud 07 de septiembre de 2015). Obtenido de [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO\\_web.-08.10.2015-R.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/NORMA-TECNICA-PARA-LA-ATENCION-INTEGRAL-EN-EL-PUERPERIO_web.-08.10.2015-R.pdf)
- OAS. (2016). *Informe Sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer*. Sociedad Civil Chlena. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/Round3-ShadowReport-Chile.pdf>
- Observatorio de Género y Covid-19. (2021). *Muerte Materna y violencia Obstétrica*. Obtenido de <https://genero-covid19.gire.org.mx/tema/mujeres-con-discapacidad/>
- Observatorio de Planificación. (2021). *Observatorio Regional de Planificación para el Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Obtenido de Objetivo de Gobierno de la Argentina 2015-2019:

- <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/objetivos-de-gobierno-de-la-argentina-2015-2019>
- OEA. (2017). *Mecanismos de Seguimiento Convención Belém do Pará (MESEVIC)*. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/docs/finalreport2017-argentina.pdf>
- OEA. (2020). *Organización de Estados Americanos*. Obtenido de Departamento de derecho internacional:  
[http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados\\_multilaterales\\_interamericanos\\_firmas\\_alfabetico\\_lista.asp#C](http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_firmas_alfabetico_lista.asp#C)
- OEA. (s.f). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer*. OEA. Obtenido de <https://www.oas.org/es/mesecvi/convencion.asp>
- OMM. (2021). *Sistem de Indicadores*. Obtenido de Boletines Semanales de muerte materna:  
<https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/>
- OMM. (s.f). *Observatorio de Mortalidad Materna*. Obtenido de ¿Cómo surge el OMM?:  
<https://omm.org.mx/el-observatorio/>
- OMS. (2009). *Cobertura de los servicios de salud*. OMS. Obtenido de [https://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS09\\_Table4.pdf](https://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table4.pdf)
- ONU. (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la. Nueva York*. Obtenido de [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100039.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf)
- ONU. (1995). *Programa de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo*. El Cairo: ONU.
- ONU. (2015). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/sustainable-development-goals/>
- ONU. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Secretario General de las Naciones Unidas.
- OPS. (2017). *Salud en las Américas*. Obtenido de Informe de país: Venezuela (República Bolivarian de): [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page\\_t\\_es=informes%20de%20pais/venezuela&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?page_t_es=informes%20de%20pais/venezuela&lang=es)
- OPS. (2019a). *164° Sesión del Comité Ejecutivo*. Washington: OMS. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=49139-ce164-inf-9-s-ops-cooperacion-venezuela&category\\_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49139-ce164-inf-9-s-ops-cooperacion-venezuela&category_slug=164-comite-ejecutivo&Itemid=270&lang=es)
- OPS. (2019b). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- OPS Chile. (2015). Eliminar los copagos es un gran paso hacia el acceso y la cobertura universal de salud, afirmó la directora de la OPS/OMS. *PAHO*. Obtenido de [https://www.paho.org/chi/index.php?option=com\\_content&view=article&id=622:eliminar-los-copagos-es-un-gran-paso-hacia-el-acceso-y-la-cobertura-universal-de-salud-afirmo-la-directora-de-la-opsoms&Itemid=1005](https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=622:eliminar-los-copagos-es-un-gran-paso-hacia-el-acceso-y-la-cobertura-universal-de-salud-afirmo-la-directora-de-la-opsoms&Itemid=1005)
- OPS Venezuela. (09 de septiembre de 2017). *OPS Venezuela*. Obtenido de Venezuela sienta las bases para el parto humanizado, digno, seguro y respetado: [https://www.paho.org/venezuela/index.php?option=com\\_content&view=article&id=361:venezuela-sienta-las-bases-para-el-parto-humanizado-digno-seguro-y-respetado&Itemid=215](https://www.paho.org/venezuela/index.php?option=com_content&view=article&id=361:venezuela-sienta-las-bases-para-el-parto-humanizado-digno-seguro-y-respetado&Itemid=215)
- OPS/OMS. (2017). *Informe Final sobre los Objetivos del Desarrollo del Milenio relacionados con la Salud en la Región de las Américas*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS/OMS. (2018). *La clasificación de Robson: Manual de aplicación*. Whashington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Ortegón, E., Pacheco, J., & Prieto, A. (2015). *Metodología del marco lógico para la planificación, el seguimiento y la evaluación de proyectos y programas*. Santiago, Chile: CEPAL. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf)
- Osbourne, D., & Gabler, T. (1995). *La reinversión del gobierno, la influencia del espíritu empresarial en el sector público* (Primera reimpresión ed.). (M. Aurelio, & F. Pardo, Trads.) Barcelona, España: Editorial Paidós. Obtenido de <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Biblioteca/Contenido.aspx?o=3509&s=49>
- OVDHM. (s.f.). *Observatorio Venezolano de los Derechos Humanos de las Mujeres*. Obtenido de <http://observatorioddhmmujeres.org/legislacion/legislacion.htm>
- OVO Argentina. (2015). *Informe de la encuesta de atención al parto/cesárea*. Argentina: Las Casildas. Obtenido de Observatorio de : <https://drive.google.com/file/d/0B-ucL20WyuYRYTRZWThPcWVY1U/view>
- OVO Chile. (2018). *Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/325933924\\_OVO\\_Chile\\_2018\\_Resultados\\_Primer\\_Encuesta\\_sobre\\_el\\_Nacimiento\\_en\\_Chile](https://www.researchgate.net/publication/325933924_OVO_Chile_2018_Resultados_Primer_Encuesta_sobre_el_Nacimiento_en_Chile)
- OVO Chile. (2019). Chile: OHCHR. Obtenido de <https://search.ohchr.org/results.aspx?k=OVO#k=OVO%20Chile>
- Pasquino, G. (2011). Las políticas públicas. En G. Pasquino, *Nuevo Curso de Ciencia Política* (págs. 259-286). México D.F.: FCE.
- Peker, L. (21 de marzo de 2021). La violencia obstétrica a las embarazadas no se puede esconder: en Formosa el miedo de las mujeres no es salud. *INFOBAE*. Obtenido de <https://www.infobae.com/sociedad/2021/03/21/la-violencia-obstetrica-a-las->

embarazadas-no-se-puede-esconder-en-formosa-el-miedo-de-las-mujeres-no-es-salud/

- Pennaccho, K., & Vielma, A. (2020). *Salud con Lupa*. Obtenido de El país donde los hospitales rechazan a las mujeres en proceso de parto: <https://saludconlupa.com/series/el-parto-robado/pas-donde-hospitales-rechazan-mujeres-proceso-parto/>
- PENUD. (2011). *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina*. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>
- Periódico Oficial, Dreto 140 Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (Ministerio de Salud 21 de abril de 2005). Obtenido de <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=237231&f=2006-10-21>
- Pettker, C., & Grobman, W. (2015). Seguridad y calidad obstétrica. *Obstetrics & Gynecology*(126), 196-206.
- PLAFAM. (s.f.). *Institucional*. Obtenido de Sobre Nosotros: <https://www.plafam.org.ve/asociacion-civil-de-planificacion-familiar/>
- Plataforma Nacional de Transparencia. (2020). *Indicadores de Resultados*. Obtenido de CNEGSR: <https://consultapublicamx.inai.org.mx/vut-web/faces/view/consultaPublica.xhtml#tarjetaInformativa>
- Polanco, J. (2016). El Sistema de Salud en Venezuela. *Observatorio Venezolano de Salud, Volumen 5*. Obtenido de <https://www.ovsalud.org/descargas/boletines/El-Sistema-de-Salud-en-Venezuela.pdf>
- Por una Ley de Parto Respetado para Chile*. (20018). Obtenido de <https://mailchi.mp/7fef478e6297/partorespetado>
- Practical Concepts Incorporated. (1979). Washington: Practical Concepts Incorporated. Obtenido de [http://www.eval.fr/wp-content/uploads/2018/03/the-logical-framework-eval.fr\\_.pdf](http://www.eval.fr/wp-content/uploads/2018/03/the-logical-framework-eval.fr_.pdf)
- Presidencia de la Nación. (2017). *Informe Voluntario Nacional Argentina*. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Obtenido de <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16117Argentina.pdf>
- Presidencia de la Nación. (2019). *Informe Nacional sobre el Avance en la Aplicación de la Estrategia de Montevideo para la Implementación de la Agenda Regional de Género en el marco del Desarrollo Sostenible hacia 2030*. Santiago: INAM. Obtenido de [https://www.cepal.org/sites/default/files/argentina\\_em\\_2019.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/argentina_em_2019.pdf)
- Presidencia de la Nación. (2020). *Segundo Informe Voluntario Nacional Argentina*. Consejo Nacional de Políticas Sociales. Obtenido de [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26364VNR\\_2020\\_Argentina\\_Report\\_Spanish.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/26364VNR_2020_Argentina_Report_Spanish.pdf)

- Presidencia de la República. (2013). *Plan de la Patria 2013-2019*. Obtenido de <https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/VenezuelaPlan delaPatria20132019.pdf>
- Presidencia de la República. (2016). *Reporte Nacional para la Revisión Voluntaria de México en el Marco del Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible*. Presidencia de la República. Obtenido de [http://www.agenda2030.mx/docs/doctos/InfMex\\_HLPF\\_2016\\_es.pdf](http://www.agenda2030.mx/docs/doctos/InfMex_HLPF_2016_es.pdf)
- Presidencia de la República. (2018). *Informe Nacional Voluntario Para el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible*. Presidencia de la República. Obtenido de [http://www.agenda2030.mx/docs/doctos/InfNalVol\\_FPAN\\_DS\\_2018\\_es.pdf](http://www.agenda2030.mx/docs/doctos/InfNalVol_FPAN_DS_2018_es.pdf)
- Presidencia de la República. (2019). *Plan de la Patria 2019-2025*. Obtenido de [https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Venezuela\\_Plan%20de%20la%20Patria%202019-2025%20%282019%29.pdf](https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/Venezuela_Plan%20de%20la%20Patria%202019-2025%20%282019%29.pdf)
- Protocolo de Atención, Cuidados Prenatales y Atención Obstétrica de Emergencia (UNICEF, OPS, OMS & UNFPA diciembre de 2013). Obtenido de <https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Protocolo%20Atencion%20Obstetrica.pdf>
- Quattrocchi, P. (2018). La violencia obstétrica, aportes desde América Latina. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito*, 7(1), 20-46. doi:ISSN 2179-7137
- QuePlan.cl. (01 de 24 de 2021). *queplan.cl*. Obtenido de ISAPRES de Chile: <https://queplan.cl/Isapre/Banmedica>
- RadioUChile. (20 de diciembre de 2017). *Parto respetado, el proyecto que busca disminuir la violencia obstétrica*. Obtenido de <https://radio.uchile.cl/2017/12/20/parto-respetado-el-proyecto-que-busca-disminuir-la-violencia-obstetrica/>
- Ramos, B. (2000). La nueva salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*, 24(2), 77-84. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v26n2/spu01200.pdf>
- Rapley, M. (2003). A life Quality. En M. Rapley, *Quality of life Research a critical introduction* (págs. pp. 26-57). Sage Publications Ltd.
- Red Naranja. (2016). *Red Naranja*. Obtenido de Nuestra historia: <https://rednaranja.com.ve/quienes-somos/nuestra-historia/>
- Regimen para las Intervenciones de Contracepcion Quirurgica, 26.130 (2006). Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/115000-119999/119260/norma.htm>
- Registro de Prestadores Individuales de Salud. (31 de marzo de 2019). *Super Intendencia de Salud*. Obtenido de Estadísticas de Prestadores Individuales de Salud: <https://www.supersalud.gob.cl/664/w3-propertyvalue-6054.html#collapse03>

- Reglamento de la Ley de Protección Integral a las Mujeres (19 de julio de 2010). Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-1011-2010-169478/texto>
- Ricoy 2013 en Asociación el Parto es Nuestro. (2016). *Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica*. Madrid: Observatorio de Violencia Obstétrica.
- Rosenberg, L., & Posner, L. (1979). *The Logical Framework a manager's guide to a scientific approach to design & evaluation*. Washington: Prctical Concepts Incorporated. Obtenido de [http://www.eval.fr/wp-content/uploads/2018/03/the-logical-framework-eval.fr\\_.pdf](http://www.eval.fr/wp-content/uploads/2018/03/the-logical-framework-eval.fr_.pdf)
- Ruíz, V. (2007). Derechos humanos, universales. *En-claves del pensamiento*, I(1), 155-166. doi:ISSN 2594-1100
- Sadler, M. (s.f.). *Tesis Doctoral El lobo conpiel de Obeja: Cómo la tecnocracia se vist de humanismo en la atención del parto institucional en el Chile contemporáneo*. Tarragona: Universidad Rovira i Virgili.
- SAE. (26 de abril de 2018). *Servicio de Acreditación Ecuatoriano*. Obtenido de <https://www.acreditacion.gob.ec/calidad-en-los-servicios-publicos/>
- SAIJ. (2020). *Sistema Argentino de Información Argentina*. Obtenido de Legislación: [http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24632-aprobacion\\_convencion\\_interamericana\\_para.htm?41](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-24632-aprobacion_convencion_interamericana_para.htm?41)
- Saldivar, B. (25 de enero de 2021). Sin afiliación a servicios de salud 26% de los mexicanos: INEGI. *El Economista*. Obtenido de <https://www.eleconomista.com.mx/economia/Sin-afiliacion-a-servicios-de-salud-26-de-los-mexicanos-Inegi-20210125-0159.html>
- Salinas, H., Erazo, M., Pastén, J., Preisler, J., Ide, R., Carmona, S., . . . Sepúlveda, P. (2006). Indicadores de calidad de asistencia obstétrica. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 71(2), 114-120. doi:ISSN 07177526
- Salta, M. (2005). Comaraciñon de los sistemas de salud de Argentina, Canada y EEUU. Obtenido de [https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod\\_resource/content/0/5\\_Comparacion\\_de\\_los\\_sistemas\\_de\\_salud\\_de\\_Argentina\\_protegido\\_.pdf](https://www.fbioyf.unr.edu.ar/evirtual/pluginfile.php/2794/mod_resource/content/0/5_Comparacion_de_los_sistemas_de_salud_de_Argentina_protegido_.pdf)
- Salud con Lupa. (2020). *Salud con Lupa*. Obtenido de La magnitud de la crisis en datos: <https://saludconlupa.com/series/venezuela-un-pais-en-busca-de-alivio/la-magnitud-de-la-crisis-en-datos/>
- SAPI. (16 de julio de 2020). *Servicio Autónomo de la Propiedad Intelectual*. Obtenido de Plan Parto Humanizado se consolida como marca para proteger a las mujeres en estado de gestación: <https://sapi.gob.ve/plan-parto-humanizado-se-consolida-como-marca-para-proteger-a-las-mujeres-en-estado-de-gestacion/>
- Sarquís, D. (mayo-agosto de 2019). ¿Son realmente los derechos humanos garantía de justicia? *Revista de relaciones internacionales de la UNAM*(núm. 134), pp. 199-2020.

- Schwartzmann, L. (2003). Health-Related Quality of life: conceptual aspects. *Ciencia y Enfermería IX*, pp. 9-21. Recuperado el 18 de junio de 2020, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Seguí, M., Toledo, E., & Jiménez, J. (2013). Sistemas de salud. Modelos. En M. Martínez, *Conceptps de salud pública y estrategias preventivas: un manual para ciencias de la salud* (págs. 419-424). España: Elsevier. doi:ISBN 978-84-8086-904-1
- SHCP. (2016). *Presupuesto de Egresos de la Federación*. Obtenido de Ramo 12 - Salud: <https://www.pef.hacienda.gob.mx/es/PEF/R12>
- SHCP. (2017). *Analíticos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2021*. Obtenido de Información presupuestal por Ramos, Análisis por Programa Presupuestario: [https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2017/Analiticos\\_Presupuestarios](https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2017/Analiticos_Presupuestarios)
- SHCP. (2018). *Analíticos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2018*. Obtenido de Información presupuestaria por Ramos, Análisis por Programa Presupuestario: [https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2018/Analiticos\\_Presupuestarios](https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2018/Analiticos_Presupuestarios)
- SHCP. (2018). *Manual de Programación y Presupuesto para el Ejercicio Fiscal 2019*. Obtenido de Secretaría de Hacienda y Crédito Público: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/409242/Manual\\_de\\_Programacion\\_y\\_Presupuesto\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/409242/Manual_de_Programacion_y_Presupuesto_2019.pdf)
- SHCP. (2019). *Analíticos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2019*. Obtenido de Información presupuestaria por Ramos, Análisis por Programa Presupuestario: [https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2019/Analiticos\\_Presupuestarios](https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2019/Analiticos_Presupuestarios)
- SHCP. (2020). *Analíticos del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2020*. Obtenido de Información presupuestaria por Ramos, Análisis por Programa Presupuestario: [https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2020/Analiticos\\_Presupuestarios](https://www.ppef.hacienda.gob.mx/es/PPEF2020/Analiticos_Presupuestarios)
- SIARHE. (03 de febrero de 2021). *Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos de Enfermería*. Obtenido de Registro Nacional de Datos por Nivel Académico: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id\\_URL=numeralia&\\_Tipo=recursos&\\_Id=3](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=3)
- Silva, A., Pantoja, F., Millón, Y., Hidalgo, V., Stajanova, J., Arancibia, M., . . . Michelle Campos. (2020). Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Medwave*, 20(9). doi:doi:10.5867/medwave.2020.09.8047
- SINAISCAP. (2021a). *Nacimientos por año*. Obtenido de Nacimientos por afiliación de la madre: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/#>

- SINAISCAP. (2021b). *Sistema Nacional de Información de la Secretaría de Salud*. Obtenido de Recursos de salud, médicos por tipo: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>
- SINERGIA. (2019). *Los Objetivos de Desarrollo Sostenible en Venezuela. Reporte desde un país en riesgo*. Sed Venezolna de Organizaciones de la Sociedad Civil. Obtenido de <https://cepei.org/wp-content/uploads/2020/01/Los-Objetivos-de-Desarrollo-Sotenible-en-Venezuela.pdf>
- Sistema Integral de Medción de la Satisfacción de Usuarios. (noviembre de 2019). *Cuestionarios*. Obtenido de Base de Datos SPSS: <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>
- Sosa Sanchez, I. A. (2018). Estratificación de la reproducción y violencia obstétrica en servicios públicos de salud reproductiva. *Alteridades*, XXVIII(55), 87-98. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v28n55/2448-850X-alte-28-55-87.pdf>
- SSalud. (s.f.). *Modelo de Atención a las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio: Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro*. Ssalud. Obtenido de <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/GuiaImplantacionModeloParto.pdf>
- SSalud. (17 de agosto de 2020). *DOFI7/08/2020*. Obtenido de Progrma Sectorial de Salud 2020-2024: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA\\_Sectorial\\_de\\_Salud\\_2020-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf)
- SSalud. (Marzo de 2021). *Boletín epidemiológico*. Obtenido de Semana Epidemiológica 8: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/619021/MM\\_2021\\_SE08.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/619021/MM_2021_SE08.pdf)
- Superintendencia de Salud, Circular IF/N°334 (Superintendencia de Salud 16 de septiembre de 2019). Obtenido de [https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articulos-18642\\_recurso\\_1.pdf](https://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articulos-18642_recurso_1.pdf)
- Superintendencia de Salud. (2020). *Mujeres rompen con la historia: el 57% de las nuevas incorporaciones al Sistema Isapre corresponden a ellas*. Super Intendencia d Salud. Obtenido de <http://www.supersalud.gob.cl/prensa/672/w3-article-19765.html>
- Superintendencia de Salud. (2021). *Biblioteca digital*. Obtenido de Estadísticas por temas: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-propertyvalue-3742.html>
- Superintendencia de Salud. (s.f.). *Supersalud*. Obtenido de Cómo funciona el Sistema de Salud en Chile: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#accordion\\_0](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-17328.html#accordion_0)
- Transparencia Presupuestaria. (2020). *Salud materna, sexual y reproductiva*. Obtenido de ¿Cómo gasta?: <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12P020>
- Transparencia presupuestaria. (2020). *Programa P020*. Obtenido de Resultados: <https://nptp.hacienda.gob.mx/programas/jsp/programas/fichaPrograma.jsp?id=12P020>

- Turkewitz, J., & Herrere, I. (10 de abril de 2020). Dar a luz en Venezuela es un riesgo mortal. *The New York Times*.
- UNFPA. (2014). *Principios estipulados en el Program de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. UNFPA.
- UNICEF & Ministerio de Salud. (2010). *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en las Familias*. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia.
- UNICEF y Ministerio de Salud. (2018). *Guía de la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Argentina: Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>
- Vargas, E. (08 de 02 de 2021). Casi la mitad de la población, sin acceso real al sistema de salud, revela el Censo 2020. *La Jornada*. Obtenido de <https://www.jornada.com.mx/notas/2021/02/08/politica/casi-la-mitad-de-la-poblacion-sin-acceso-real-al-sistema-de-salud-revela-el-censo-2020/>
- Vargas, J., Vargas, V. & Hernández, C. (diciembre de 2013). Calidad en prestación de servicios de salud: Parámetros de medición. *Revista de Ciencias Sociales*, XIX(4), 663-671. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/280/28029474005.pdf>
- Vázquez, J., & Stein, C. (1999). La calidad en los servicios públicos de salud: experiencia de implantación del programa de las 5 S en una unidad hospitalaria. *La Gestión de la Diversidad: XIII Congreso Nacional, IX Congreso Hispano-Francés*, (págs. 749-754). La Rioja. doi:ISBN: 84-95301-11-3
- Velázquez 2003 en Tiburcio, Jaramillo, & Aguilar. (2019). Prevención y erradicación de la violencia de género en Tijuana Baja California: La expresión de la política ante la realidad. En S. López, N. Ramírez, & A. Mungaray (coords.), *Pobreza e Inseguridad Alimentaria Propuestas para su Estudio y Atención* (pág. p. 186). Tijuana, Baja California, México: Ediciones del Lirio.
- Vera, G. (2010). Relacahupan 10 años de trabajo, desafíos y logros. *Revista Tempus Actas Saúde Col*, 233-236. Obtenido de [https://www.researchgate.net/publication/307710819\\_Relacahupan\\_-\\_10\\_anos\\_de\\_trabalho\\_desafios\\_e\\_conquistas](https://www.researchgate.net/publication/307710819_Relacahupan_-_10_anos_de_trabalho_desafios_e_conquistas)
- Villasana, P., & Carballo, J. (2019). El sistema de salud en Venezuela y sus políticas públicas: aportes para su integración desde la mirada de la salud colectiva. *Salus Trabajo*, 27(1), 51-64. Obtenido de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/vol27n1/art05.pdf>
- Villegas 2009 cit. en Frías, M. (mayo-agosto de 2017). 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre la violencia en contra de las mujeres en México. *Realidad, Datos y Espacio Revista Internacional de Estadística y Geografía*, 8(2), 5-57. Obtenido de [https://www.inegi.org.mx/rde/rde\\_21/RDE21.pdf](https://www.inegi.org.mx/rde/rde_21/RDE21.pdf)

- Walker, A., & Van Der, L. (2004). Social Quality and Quality of Life. En W. Glatzer, S. Von Below, & M. Stoffregen, *Challenges for quality of life in the contemporary world* (págs. pp. 13-32). Spriner-Science+Business Media, B.V.
- WHO. (2005). *WHO INT*. Obtenido de OMS: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/mdg/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/mdg/es/)
- WHO. (10 de junio de 2020). *World Health Organization*. Obtenido de Global Health Observatory country views: <https://apps.who.int/gho/data/node.country.country-VEN>
- WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank & United Nations Population División. (2019). *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2018*. Geneva: World Health Organization.
- Zeppelin, M. (12 de agosto de 2016). *Instituto de Bioética*. Recuperado el 12 de junio de 2020, de Universidad Fines Terrae: <http://bioetica.uft.cl/index.php/revista-altus/item/la-deshumanizacion-de-la-salud>
- Zerquera, C. (2010). El Proceso Grávido Puerperal como Factor de Riesgo para la Presentación de Formas Graves de Influenza A(H1N1). *Revista Electrónica de Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 8(1), 45-47. Obtenido de <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1108/5782>

# **ANEXOS**

## Anexo 1

# Medición de calidad y VO

El presente formulario tiene como objetivo reunir información referente al servicios de atención ginecobstétrica para reconocer los criterios de calidad para la experiencia del parto respetado. No se te pide que otorgues datos personale puesto que únicamente se necesita información referente a la experiencia del parto

1. ¿Cuántos partos has tenido?

*Marca solo un óvalo.*

- Solo 1  
 2 o más

2. Hace cuanto tiempo fue tu parto más reciente

*Marca solo un óvalo.*

- 1 año o menos  
 2 años  
 3 años  
 4 años  
 5 años  
 6 años o más

3. Tu último parto fue realizado en una institución pública o privada

*Marca solo un óvalo.*

- Pública  
 Privada  
 Fue en casa

4. Pensando en su último parto que grado de satisfacción referiría a la experiencia conforme a la atención recibida. Seleccione del 1 a 3 donde 1 es nada satisfecha y 3 totalmente satisfecha

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	
Nada satisfecha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Totalmente satisfecha

5. Pensando en el último parto podrías indicar qué profesionales de la salud te apoyaron en el proceso

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Matrona o matró
- Obstetra
- Enfermera o enfermero
- Técnico paramédico
- Anestesista
- Neonatóloga o neonatólogo
- No recuerdo o no estoy segura

6. Pensando en tu último parto podrías indicar cuál o cuales de las siguientes te sucedieron

*Marca solo un óvalo por fila.*

	Sí	No	No sé o no estoy segura
La atención o el acceso al servicio en algún momento te fue negado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La atención brindada por el personal que te recibió o en ventanilla fue amable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al momento de tu ingreso te explicaron los pasos del proceso de atención del parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El trato del personal te dio libertad para expresar tus emociones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante la atención recibiste un trato humillante como palabras grotescas o chistes mal intencionados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El personal en algún momento te trató utilizando sobrenombres, diminutivos o infantilizando tu comprensión sobre el proceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donde fuiste ingresada te fue posible ver información accesible correspondiente al proceso de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al brindarte información consideras que fue clara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te llegaste a sentir discriminada por el trato del personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue posible ver información donde se explicara que es la violencia obstétrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existió demora en tu ingreso para hacer un examen de investigación riguroso necesario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Durante tu último parto por favor indica si estás de acuerdo o no con las siguientes situaciones

*Marca solo un óvalo por fila.*

	Sí	No	No sé o no estoy segura
Sentías confianza por la institución en la que fue tu parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El tiempo de espera para la atención fue corto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las instalaciones (infraestructura del lugar) donde fue atendido tu parto fueron cómodas o confortables	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La iluminación era adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los asientos eran adecuados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Las camas eran adecuadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los baños eran adecuados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La sanitización o limpieza del lugar era adecuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La atención se centró en tu comodidad (respetando tu postura y brindando información solicitada)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentías confianza de los instrumentos o materiales que utilizaron (que fueran inocuos, que estuvieran en buen estado).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se te permitió comer y beber cuando sentías la necesidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te permitieron caminar en un área designada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se te obligo a mantenerte en cama sin permitirte caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se te ofrecieron opciones para la relajación y tratamiento del dolor como ejercicios de respiración, música, masajes o compresas tibias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tuviste asistencia psicológica para el proceso de parto o postparto

---

La atención te hizo sentir culpable o que no colaboraste lo suficiente en el parto

---

8. Pensando en tu último parto indica si o no viviste alguna de las siguientes intervenciones

*Marca solo un óvalo por fila.*

	Sí	No	No sé o estoy segura
Durante el parto se le permitió a un familiar, pareja o persona de importancia acompañarte durante el parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La persona que te dió acompañamiento profesional siempre fue la misma (matrona o matron, enfermera o enfermero)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te mencionaron que el proceso de dilatación varía entre las mujeres por lo que no hay que acelerar o retrasar el proceso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue suministrada alguna medicación para acelerar el proceso de parto sin que fuera necesario o sin informarte de ello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue suministrada alguna medicación para retrasar el proceso de parto sin que fuera necesario o sin informarte de ello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue realizada pelvimetría como rutina de ingreso (evaluar el tamaño de tu pelvis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se te realizó rasurado púbico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se te realizó un enema (lavado, lavativa introduciendo líquidos por el recto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se te realizó una limpieza vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te realizaron tactos vaginales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al realizarte tactos vaginales te brindaban información de porque lo hacían	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consideras que fueron respetados tus tiempos fisiológicos para el parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consideras que el tacto vaginal fue excesivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consideras que el tacto vaginal fue respetuoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para aliviar el dolor te suministraron anestesia epidural	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si te suministraron anestesia fue con t permiso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te suministraron medicación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al suministrarte medicación te informaban porque y para que era necesaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de aplicarte medicación lo hicieron respetando tu decisión de aceptarla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue realizada episiotomía (corte del perineo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Al realizarte la episiotomía te fue realizada porque las condiciones lo ameritaban	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de que no existiera una situación médica adversa, se te permitió el contacto inmediato con tu bebé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Te mantuvieron tiempo separada de tu bebé sin explicarte el porque	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te fue realizado algún procedimiento relacionado con el control de natalidad (como colocar el DIU) sin tu permiso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En algún momento te brindaron información sobre control natal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de haberte brindado información de control natal consideras que fue invasiva para tus preferencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siente que en algún momento del parto fue invadida tu integridad física o tu privacidad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consideras que hubo omisiones durante tu proceso de parto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Consideras que hubo omisiones o que sufriste violencia obstétrica durante tu parto

*Marca solo un óvalo.*

- Sí *Salta a la pregunta 10*
- No *Salta a la pregunta 10*

### Seguimiento a la violencia obstétrica

10. Si sufriste violencia obstétrica u omisiones durante el parto indicanos que hiciste

*Selecciona todos los que correspondan.*

- Reportar la situación en la institución de atención
- Realizar una denuncia
- Nada, porque no supe qué hacer
- Nada, porque no quise hacerlo
- Nada, por temor
- Nada porque sabía que no harían caso

11. Consideras que se le dio o se le ha dado el seguimiento debido al reporte o a la denuncia

*Marca solo un óvalo.*

- Sí
- No
- No hice denuncia o reporte

12. En este espacio, si así lo deseas, puede describir porque consideras que tu experiencia fue o no satisfactoria.