



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



“Evaluación de la aplicación del indicador trato digno en mujeres que se realizan una Interrupción Legal del Embarazo”

TESIS GRUPAL

Que para obtener el título de
Licenciada en Enfermería y Obstetricia

Presentan

De la Fuente Maldonado Veronica Maricruz
303026367

Omaña Martínez Vanesa
303034335

Asesora
Mtra. María Elena García Sánchez

México D.F 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción.....	5
I. Estructura metodología	7
1.1 Planteamiento del problema	7
1.2 Objetivos.....	7
1.3 Hipótesis.....	7
1.4 Variables.....	8
1.5 Consideraciones éticas.....	8
II. Antecedentes y marco jurídico de la interrupción legal del embarazo	10
2.1 Requisitos para una interrupción legal del embarazo	14
2.2 Procedimientos para la interrupción legal del embarazo	14
2.3 Indicador de trato digno	18
2.4 Código de conducta del personal de salud	20
2.5 Aspectos éticos en los profesionales de la salud.....	22
2.6 Representaciones Sociales	25
2.7 Funciones de las representaciones sociales	26
2.8 Procesos de la representación social	27
III. Diseño metodológico	29
3.1 Diseño de estudio	29
3.2 Universo.....	29
3.3 Muestra.....	29
3.4 Criterios de selección.....	29
3.5 Técnica e instrumento de recolección.....	30
3.6 Componentes del indicador trato digno	30
3.7 Metodología.....	31
Resultados	34
Conclusiones.....	38
Propuesta.....	43
Bibliografía	44
Anexos	
Instrumento	48

Estadísticas de la ILE en D.F	52
Índice de Gráficos y cuadros.....	53
Grafico 1: Lugar de residencia de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	53
Grafico 2: Semanas de gestación de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	54
Grafico 3: Edad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	55
Grafico 4: Escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse ILE	55
Cuadro 1: Cruce de variables de edad vs escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	56
Grafico 5: Estado civil de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE	57
Grafico 6: Satisfacción y tiempo de espera de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE	58
Grafico 7: Personal de salud que se presentó con las mujeres que acudieron a realizarse una ILE	59
Grafico 8: Personal de salud que se dirige por su nombre a las pacientes que acuden a realizarse una ILE.....	60
Grafico 9: Personal de salud que trata con respeto a las mujeres que acuden a realizarse una ILE.....	60
Grafico 10: Personal de salud que se interesa por la estancia de las mujeres que acuden a realizarse una ILE	61
Grafico 11: Personal que hace sentir seguras a las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	62
Grafico 12: Personal de salud que permitió hablar sobre sus dudas a las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	62
Grafico 13: Personal médico que explica cuidados y procedimientos a realizar a las mujeres que acudieron a una ILE	63
Grafico 14: Personal de salud que resguarda la intimidad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	64
Grafico 15: Revisión periódica por parte del personal de salud a mujeres que acudieron a realizarse una ILE.....	65

Grafico 16: Satisfacción del trato recibido a pacientes que acudieron a realizarse una ILE	65
Grafico 17: Trato recibido por parte del personal del Hospital a mujeres que acudieron a realizarse una ILE	66
Cuadro 2: Componentes del indicador trato digno comparados con los resultados obtenidos y el valor estándar de cada indicador	67
Cuadro 3: Rubros de percepción del trato digno sin asignación de puntos a evaluar	68

Introducción

El aborto es un tema sumamente controversial, pues toca aspectos religiosos, sociales, bioéticas y axiológicos, además de tópicos científicos y deontológicos que aún no han podido ser determinados, como lo es la definición misma de vida. La Comisión Nacional de Bioética ha declarado que el tema debe analizarse con un espíritu de pluralidad, conociendo y respetando las diversas posturas, mostrando tolerancia y auténtico respeto por las diferencias, de manera en que ningún grupo imponga su opinión a otro y se encuentren formas de avenimiento aceptables para todos ^(G. Soberón), para lograr el objetivo de los servicios de salud, que es ofrecer una atención médica de calidad: digna, apegada a *lex artis*, oportuna y segura.

En esta investigación no se refleja la controversia en el tema del aborto, pese a que pareciera ineludible; partiendo del hecho de que una mujer que ha solicitado una interrupción legal del embarazo es una usuaria del servicio de salud, que como todos los demás tiene derecho a recibir la mejor atención médica posible, lo cual incluye por supuesto, un trato digno. Este es un requerimiento complejo, porque el personal de salud puede sentir empatía o rechazo por la decisión e ideología de las mujeres. A fin de cuentas las creencias que cada uno posee no deben limitar la atención de la usuaria, y es por ello que merece una atención de calidad, respeto y dignidad, la misma que otro usuario recibiría en cualquier servicio de salud.

El presente trabajo se divide en tres capítulos: I. Estructura metodología, II. Antecedentes y marco jurídico de la interrupción legal del embarazo y III. Diseño metodológico.

En el primer capítulo se describe la estructura metodológica de la investigación, que abarca puntos básicos; planteamiento del problema el cual cuestiona la forma de aplicación del indicador trato digno por parte del personal de salud a mujeres que se realizan una interrupción legal del embarazo (ILE). Los objetivos van enfocados a identificar y evaluar las condiciones de atención proporcionada por el personal de salud médico y de enfermería al paciente que acuden a realizarse una I.L.E.

Las variables de estudio tiene como eje el comportamiento del profesional de salud, la información proporcionada por el mismo, la percepción del paciente sobre el trato recibido y las áreas con un trato digno deficiente.

En capítulo dos se fundamenta la práctica de la ILE abarcando diversos enfoques, jurídico relacionado con los aspectos legales del programa, es decir, requisitos, normas y decretos para una correcta aplicación. Enfoque biopsicosocial referente a la representación social que implica a la mujer que decide realizarse una interrupción legal del embarazo en nuestra sociedad. Punto importante de esta investigación es el indicador trato digno del cual se detallan todos sus componentes.

Posteriormente en el capítulo tres se define el diseño metodológico de la investigación, siendo un estudio transversal, observacional y cuantitativo, con una muestra de 92 mujeres, en un hospital general de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, ubicado en la zona poniente, seleccionadas por medio de encuestas individuales y voluntarias, enfocadas a evaluar el comportamiento y actitud del personal de salud médico y de enfermería, la información proporcionada, el trato y la atención recibida.

Finalmente se incluye el análisis de los resultados, conclusiones y sugerencias, algunas de ellas mencionadas por las encuestadas para mejorar la calidad de la atención para las mujeres que acuden a realizarse una ILE.

I. Estructura metodológica

1.1 Planteamiento del problema

¿Cómo se aplica el trato digno por parte del personal de salud médico y de enfermería a pacientes que acuden a realizarse una I.L.E?

1.2 Objetivos

General.

- Identificar la aplicación del indicador de trato digno y evaluar las condiciones en las que se da durante la atención proporcionada por el personal de salud médico y de enfermería al paciente que acuden a realizarse una I.L.E.

Específicos.

- Promover y mejorar un trato digno en la atención a mujeres que acudan a realizarse una ILE.
- Mejorar la satisfacción de las mujeres que acuden a realizarse una ILE con la atención brindada por el personal de salud.
- Proporcionar recomendaciones para la mejora del trato digno a mujeres que acuden a realizarse una ILE.

1.3 Hipótesis

El personal de salud médico y de enfermería brinda un trato digno a las pacientes que acuden a realizarse una ILE.

1.4 Variables.

- Comportamiento y actitudes del personal de salud médico y de enfermería
- Información proporcionada clara y precisa
- Percepción del paciente sobre el trato y atención recibido
- Áreas donde no se recibe un trato digno

1.5 Consideraciones Éticas

La relación ética-ciencia-investigación de la presente investigación toma en cuenta (Tamayo, 2005).

- La búsqueda de la verdad. Se garantiza que todo el proceso investigativo estará orientado a la búsqueda de verdad sobre la aplicación del trato digno a mujeres que se realizan una ILE.
- El bienestar de la comunidad y su entorno. La importancia de esta investigación se verá reflejada en propiciar la mejora de un trato digno a todas aquellas mujeres que acudan a una institución de la Secretaría de Salud del Distrito Federal a realizarse una ILE.
- Secreto profesional. Se tendrá prudencia y madurez para la conservación de los secretos de la investigación y en especial un adecuado manejo de resultados.
- Autonomía. Toda persona es libre de decidir por sí misma sobre aquello que le afecta: sobre su vida y salud, por lo que la mujer tiene el derecho de decidir realizarse o no una ILE y el personal de salud tiene que respetar la decisión de cada mujer.
- Beneficencia. determina que el personal de salud debe buscar el bien de los usuarios, no de acuerdo a su propia manera de entenderlo, sino en función del bien que éste busca para sí.

- No maleficencia. Determina el correspondiente deber del personal de salud de no hacer daño al usuario.
- Justicia. El personal de salud tiene que tratar a cada usuario como corresponda, no discriminar por consideraciones culturales, ideológicas, políticas, sociales o económicas.

II. Antecedentes y Marco jurídico de la interrupción legal del embarazo.

La salud reproductiva es un derecho que implica tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia ^(OMS, 2010), la interrupción de un embarazo no es jamás un acto deseable, pues evidencia el fracaso de la educación para la salud reproductiva, como pilar básico y sustento cultural de cualquier sociedad. Además, representa una crisis que afecta diversos factores como: la mujer embarazada, el embrión mismo, la pareja, la familia, los sistemas de salud y la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Salud Reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida ^(OMS, 2010). En este concepto va implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, accesibles y aceptables, así como el derecho a acceder a servicios de salud adecuados. ^(OMS, 2010) Sin embargo, debido a la falta de información de la población, aumenta el problema vigente de un embarazo no planeado o no deseado. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, cerca de 30% de los adolescentes del Distrito Federal, no conocen al menos un método anticonceptivo ^(ENSANUT, 2006), situación que se traduce en una falta de responsabilidad impuesta por una ignorancia a veces obligada, a veces culposa, sobre la interrupción del embarazo.

En la actualidad en algunas legislaciones alrededor del mundo, la mujer cuenta con el derecho a elegir voluntaria y libremente su maternidad y derecho a decidir la interrupción voluntaria o no de su embarazo ^(Barraza, 2008). En este sentido, el 24 de abril de 2007 se aprobó en la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México, la despenalización de la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación (SDG), mediante el Programa para la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), que se brinda de manera gratuita, segura y oportuna, en hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal. ^(Linamientos ILE, 2007)

Debido a que la ILE es un acto realizado por el personal de salud, se ha presentado una controversia entre valores humanos y el principio ético de salvaguardar la vida. El ejercicio profesional del equipo multidisciplinario, que atiende de manera directa o indirecta los asuntos de salud individual, familiar o comunitaria, debe estar marcado por el respeto y cumplimiento de los valores humanos universales y los principios éticos de la práctica médica, con libertad y responsabilidad. ^(Villalpando, 2007)

El término "Interrupción legal del embarazo" se refiere al contexto legal del aborto, un derecho de libertad de decisión, al que actualmente se tiene acceso en el Distrito Federal, esperando sea aplicado en el resto del país.

A partir de los años cincuenta se inició la liberalización de las leyes de aborto, a través de la despenalización, los países de Europa central comenzaron a admitir el aborto por voluntad de las mujeres; en los años sesentas y setentas, el resto de los países industrializados lo admitieron por completo, o situaron causas que permiten el aborto ^(Barraza, 2008)

Al mismo tiempo que cientos de miles mujeres en el mundo en nuestro país no se resignaban a llevar a término su embarazo, el gobierno se cuestiono, que hacer frente a los embarazos no deseados, cuando las mujeres de altos recursos acudían a clínicas ilegalmente para abortar e inclusive fuera del país, y las mujeres de bajos recursos arriesgaban su vida en lugares no capacitados para realizar el procedimiento.

En la actualidad ningún país cuenta con un sistema social encargado económicamente de todos los niños que nazcan y que, al mismo tiempo, permitan a los progenitores continuar su relación afectiva con ellos, al procrear, las mujeres deben asumir en forma privada e individual su crianza. ^(Lineamientos ILE, 2007)

El 24 de abril de 2007 se aprobó la despenalización de la interrupción del embarazo antes de las 12 semanas de gestación, contribuyendo a la disminución de las tasas de morbilidad materna, abandono de menores y reducir el número de familias

desintegradas, que afecta sobre todo a las mujeres de las clases sociales más desprotegidas.

El Decreto Oficial define al Aborto, en el artículo 144, como “la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación”, además señala como obligación del Gobierno del Distrito Federal fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva en toda la población, otorgar atención a las solicitantes de Interrupción del Embarazo y brindar consejería médica y social. (Villalpando, 2007)

El aborto como definición es la expulsión del producto de la concepción, de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación. (NOM-007, 1993)

En México, el aborto ilegal, además de ser un grave problema de salud pública, se continúa realizando mediante prácticas clandestinas, que constituyen un factor de riesgo adicional que incrementa la morbilidad y mortalidad de la mujer. Las mujeres que han decidido la interrupción de un embarazo no deseado, tienen los mismos derechos como usuarias de los servicios de salud, en hospitales públicos locales y privados del Distrito Federal, que los demás usuarios de los mismos.

Toda intervención clínica requiere de la aplicabilidad del consentimiento informado, debido a los riesgos en los que se pueden ver afectados aspectos físicos, jurídicos, económicos y psicológicos, tanto del personal de salud como de los usuarios. El consentimiento informado para la práctica de una ILE, es la aceptación voluntaria de la mujer, registrada por escrito, que solicite la interrupción legal del embarazo, una vez que los Servicios de Salud le hayan proporcionado información objetiva, veraz, comprensible, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.

Las autoridades de la unidad hospitalaria, deberán agilizar los trámites administrativos necesarios para que el procedimiento de interrupción legal del embarazo, se lleve a cabo lo más tempranamente posible, resolviendo la solicitud a la mujer embarazada

de hasta doce semanas de gestación, en un máximo de cuarenta y ocho horas, y en el caso de las excluyentes de responsabilidad penal, en un plazo no mayor a los diez días naturales a partir de la primera consulta en la unidad, con el propósito de disminuir riesgos y daños a la salud materna que se incrementan conforme avanza la edad gestacional. (Villalpando, 2007)

El Decreto Oficial por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal de la Interrupción Legal del Embarazo, menciona las sanciones correspondientes a la falta de cumplimiento de los Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud para la Interrupción Legal del Embarazo en el Distrito Federal, en los siguientes artículos:

Artículo 145. Se impondrá de tres a seis meses de prisión o de 100 a 300 días de trabajo a favor de la comunidad, a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar, después de las doce semanas de embarazo. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Artículo 147. Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, Además de las sanciones que le correspondan, se le suspenderá en el ejercicio de su profesión u oficio por un tiempo igual al de la pena de prisión impuesta. (Salud S. d., 2003)

Este procedimiento se debe realizar con discreción, confidencialidad, privacidad, respeto, equidad, objetividad, neutralidad, libertad, seguridad y oportunidad, en hospitales de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, que atenderán a las mujeres solicitantes y será realizado únicamente por personal competente, es decir, médicos gineco-obstetras o cirujanos generales, capacitados; en un hospital que cuente con las características y los recursos necesarios, para realizar el procedimiento con seguridad.

2.1 Requisitos para la Interrupción Legal del Embarazo: (Lineamientos ILE, 2007)

- Tener menos de 12 semanas de gestación (SDG)
- Que solicite la mujer a quien se practicará la interrupción legal del embarazo por escrito mediante el llenado del formato correspondiente.
- Acta de nacimiento (original y dos copias)
- Credencial del IFE (original y dos copias)
- Comprobante de domicilio ya sea de luz, predial o teléfono(original y dos copias)
- CURP (original y dos copias)
- En caso de ser menor, se requiere el acta de nacimiento de los padres o tutores, la credencial del IFE y comprobante de domicilio.
- En caso de no ser residente del DF, se realizará un estudio socioeconómico y se pagarán una cuota de acuerdo a sus posibilidades.

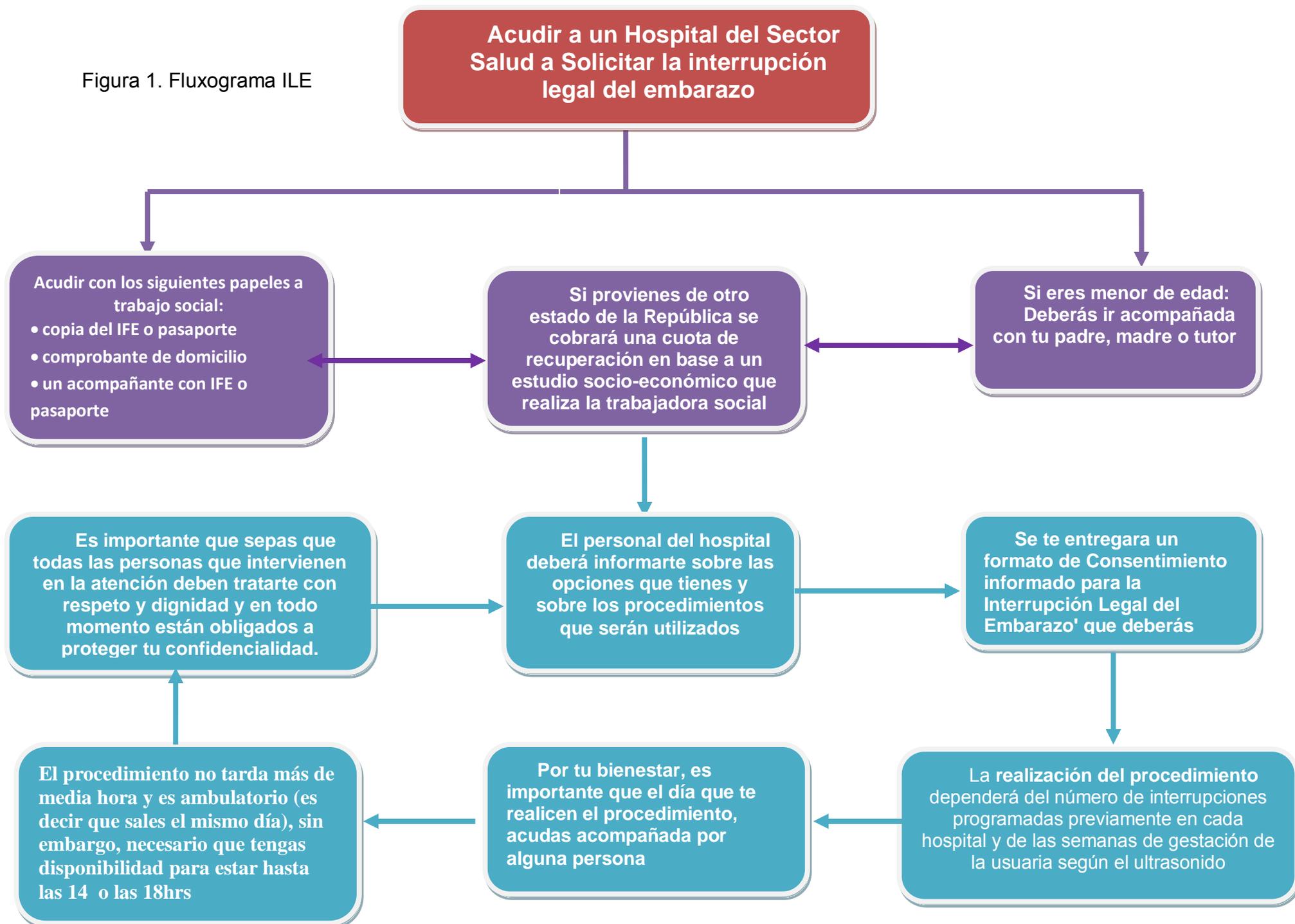
2.2 Procedimientos para la Interrupción Legal del Embarazo.

La técnica utilizada será elegida por la o el médico especialista gineco-obstetra, tomando en cuenta el número de semanas de gestación, basado en métodos clínicos y de ecosonografía o de laboratorio, del tipo de la interpretación imagenológica, nota médica y el certificado médico.

Los procedimientos a elegir son:

- Con medicamentos
- Quirúrgico con aspiración manual endouterina (AMEU)
- Quirúrgico por legrado uterino instrumental (LUI).

Figura 1. Fluxograma ILE



Las pacientes que acuden a realizarse un ILE tienen derecho a que: ^(Lineamientos ILE, 2007)

- Se les otorgue un trato respetuoso, humano y sensible.
- Se les brinde información objetiva, veraz, suficiente y oportuna, acerca de los procedimientos de una ILE, a modo de ejercer el derecho al consentimiento informado.
- Se les proporcione, después de la realización de una ILE, consejería en materia de anticoncepción y planificación familiar.
- Se les practique una ILE, aun cuando sean menores de edad y siempre y cuando cuenten con la autorización de su madre o padre, tutor/a o representante legal.

De enero de 2007 a abril de 2008, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), ha recibido 14 quejas por presuntas violaciones a derechos humanos, relacionadas con irregularidades derivadas de la solicitud de interrupción legal del embarazo y se contabilizaron 17 menciones de autoridades como presuntas responsables ^(Pérez, 2009).

En México ha existido una problemática en cuanto a los servicios de salud y la insatisfacción de los pacientes, esta problemática se manifiesta en la “Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 2000” en la que la población señaló que el nivel de calidad de los servicios de salud habían empeorado en relación con los datos que se tenían en 1994, cuatro de cada diez mexicanos se quejaron de la falta de amabilidad del personal médico.

La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, tiene como objetivos fundamentales, promover un trato digno y adecuado para los enfermos y sus familiares, así como brindar en todas las instituciones de salud, servicios más efectivos. La misma permitirá que la atención médica sea efectiva, eficiente, con calidad, oportunidad, competencia profesional, amabilidad, ética y seguridad. Por tal motivo se inició la medición de indicadores orientados al trato digno, que deben recibir

los usuarios de los servicios de salud, específicamente en tiempos de espera, surtimiento de recetas e información, que recibe el paciente sobre su diagnóstico y tratamiento.

Dentro de los servicios de salud, el trato digno que se debe ofrecer a los usuarios, se definió en 2003 por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, como la atención médica que cumple con las siguientes características: (Trato Digno, 2003)

- Respeto a los derechos y características individuales de los usuarios, a partir de la identificación y evaluación periódica de sus necesidades de salud y expectativas, sobre el servicio de salud que reciben.
- Información completa, veraz, oportuna y entendida por el paciente * o por quién sea responsable de él o de ella.
- Interés manifiesto en la persona.
- Amabilidad en el trato.

Para el cumplimiento de este fin es necesario que el personal de salud, en especial el médico y el de enfermería, establezcan una comunicación clara, sensible y objetiva, que permita transmitir una información adecuada, que se convierta en un puente empático de sostén con la mujer embarazada.

Existen factores que predisponen a una deficiencia en el trato digno, como son el exceso de procesos burocráticos, carga de trabajo excesiva del personal, derivando a modo de consecuencia, en que la mujer no sea vista como ser biológico, psicológico, social y espiritual.

* Por fines de esta investigación al mencionar pacientes se hará referencia a mujeres, se cambio el término debido a que el motivo de atención no es parte de un proceso patológico.

2.3 Indicador trato digno

El trato digno es una dimensión de los principios éticos de una atención con calidad y se integra por tres componentes ^(Lineamientos ILE, 2007): a) oportunidad en la atención, b) comunicación con el personal médico y de enfermería y c) trato recibido del personal de la unidad médica; dichos componentes se definen de la siguiente manera: (Figura 2)



Figura 2: Esquema descriptivo de la conformación del indicador de trato digno.

A) Indicador de Satisfacción por la Oportunidad en la Atención ^(Trato Digno, 2003)

Satisfacción con tiempo de espera

Definición: Satisfacción de los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) con el tiempo de espera transcurrido entre el momento en que se solicitó la atención médica y el momento en que esta se inició.

B) Indicadores de Satisfacción por la comunicación con el personal médico y de enfermería

1. Comunicación del paciente al médico y enfermera

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico y enfermera, les dieron la oportunidad de expresar la situación de salud del paciente.

2. Explicación sobre diagnósticos

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre la situación de salud del paciente, con respecto a los usuarios encuestados.

3. Explicación sobre tratamientos

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico les explicó sobre el tratamiento indicado al paciente, con respecto al total de usuarios entrevistados.

4. Explicación sobre cuidados a seguir

Definición: Porcentaje de usuarios (pacientes, familiares o acompañantes) a los que el médico y la enfermera les explicó los cuidados que deben seguir, relacionados con la situación de salud del paciente, con respecto al total de usuarios entrevistados.

5. Claridad de la información

Definición: Claridad de la información proporcionada por el médico y enfermera con respecto al total de usuarios entrevistados.

C) Indicador de Satisfacción por el trato recibido

1. Satisfacción con el trato recibido

Definición: Satisfacción que manifiestan los usuarios (pacientes, familiares o acompañantes), por el trato recibido en la unidad médica, expresado en porcentaje, con respecto al total de usuarios entrevistados.

2. Localización de malos tratos

Definición: Porcentaje de respuestas de mal trato de los prestadores de servicios en la atención según las siguientes áreas de la unidad médica: Recepción, archivo clínico, personal médico, enfermería, trabajo social, laboratorio, ultrasonido y vigilancia.

2.4 Código de conducta para el personal de salud 2002. ^{**} (Salud D. G., 2002)

El Código de Conducta especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que han caracterizado a quienes profesan carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Estas conductas propician también la armonía en el desempeño individual con el del grupo responsable de prestar los servicios. Establece una guía de comportamiento esperado del personal, siempre con referencia a las prácticas comúnmente aceptadas en las profesiones de la salud y a las obligaciones laborales contrarias y se basa en los principios fundamentales de la bioética, como son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad y justicia y, el respeto a la dignidad humana ^(Salud D. G., 2002).

Estándares de trato profesional: Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios ^(Salud D. G., 2002).

^{**} Al mencionar código de conducta del personal de salud se hace referencia a la ética profesional y/o deontológica del personal de salud

- Se apegará las indicaciones precisas y rigurosas de los procedimientos auxiliares de diagnóstico y tratamiento.
- Evitará la realización de técnicas o procedimientos para los cuales no se tengan las capacidades necesarias o para los que no se disponga de los recursos indispensables en la institución para llevarlos a cabo.
- Defenderá la vida, la salud, la economía, los intereses y la dignidad de la persona.
- Informará al paciente, a sus familiares o a quien lo tutele, de manera veraz y oportuna sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico correspondiente o posible. La información se hará con mesura, prudencia y calidez, respetando la dignidad humana.
- Si se requiere una intervención quirúrgica, el médico deberá explicar con honradez y sinceridad, las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados, y si es el caso los costos del mismo.
- Informará el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su ministración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas.

Estándares de trato social Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

- La relación profesional será amable, personalizada, respetuosa dirigiéndose por su nombre, sin diminutivos ni familiaridades y establecerá vínculos de comunicación efectivos.

- El trato del equipo de salud habrá de ser digno considerando la condición sociocultural de la mujer, de sus convicciones personales y morales, con acato a su intimidad y pudor, independientemente de su edad y circunstancias personales.
- Los profesionales de la salud, deberá evitar comentar en público aspectos médicos y sociales de las mujeres.

Diversos aspectos socioculturales determinan el contexto en el que se desenvuelve la relación médico-paciente, es decir, existen conductas influenciadas por la sociedad, valores éticos y morales dependientes del ejercicio de una profesión, en este caso los profesionales de la salud adquieren un compromiso moral y ético para el ejercicio de su profesión con el paciente. El gremio de la salud debe tener bien cimentado los conceptos éticos básicos así como su adecuada implementación.

2.5 Aspectos éticos en los profesionales de la salud

Cada vez más los diversos profesionales de la salud y los estudiantes reconocen que han sido preparados técnicamente para la asistencia a los enfermos, pero que su formación con respecto a la relación personal con ellos, de modo especial a la de los momentos difíciles, ha sido escasa o nula. Los profesionales reconocen la necesidad de una formación para conocer técnicas y actitudes que permitan moverse con una cierta soltura en algunas circunstancias, abarcando los siguientes campos ^{(Bermejo, 1997):}

- En el campo del saber: interesándose por el fenómeno de la comunicación interpersonal, por las dinámicas más frecuentes, por el impacto de la enfermedad en la vida de la persona.
- En el campo del saber hacer: interesándose y ejercitándose en algunas técnicas de comunicación y de relación, habilidades que hacen que el encuentro con el enfermo sea eficaz para ayudarlo y permita al profesional desenvolverse con una cierta soltura en la comunicación verbal y no verbal.
- En el campo del saber ser: trabajando sobre sí mismo para interiorizar las actitudes fundamentales que hacen que el médico y la enfermera sean

percibidos como alguien que se interesa, que acepta, que comprende, que se implica en el proceso de interrelación.

En términos prácticos, se puede definir que la ética es la disciplina que se ocupa de la moral, de algo que compete a los actos humanos exclusivamente, y que los califica como buenos o malos, a condición de que ellos sean libres, voluntario, conscientes (Bermejo, 1997). Asimismo, puede entenderse como el cumplimiento del deber, relacionado con lo que se debe o no debe hacer.

Se acepta que la ética es una ciencia, puesto que expone y fundamenta científicamente principios universales sobre la moralidad de los actos humanos. No es una ciencia especulativa, sino una ciencia práctica, por cuanto hace referencia a los actos humanos.

La ética de los médicos y enfermeras se sustenta en valores y principios intemporales. Así el valor de la vida humana, su respeto por encima de toda consideración; el principio de beneficencia, el propósito de hacer el bien siempre; igualmente el principio de autonomía, de tanta importancia a partir de la identificación y promulgación de 108 derechos humanos; también el principio de justicia, que tiene que ver con los mejores intereses de la comunidad.

El aborto provocado es un problema jurídico, moral y sanitario que la sociedad ha creado y que ni el Estado ni la Iglesia ha podido resolver. ¿Qué sucedería si los médicos, absolutamente todos, se abstuvieran de practicar abortos? ¿Desaparecería el aborto provocado? ¿Contribuirían con ello a solucionar el problema de salud pública? Los hospitales, entonces, serían insuficientes para atender la demanda de asistencia por complicaciones derivadas del aborto provocado y la mortalidad materna por esta causa incrementaría excesivamente sus índices.

Para el personal médico y de enfermería la práctica del aborto se constituye, en un conflicto de conciencia: si su misión está encaminada a defender y mantener la vida humana, ¿cómo puede convertirse en un destructor de la que apenas está en iniciación? Los médicos que inducen el aborto sin incomodar mucho su conciencia, de seguro tienen el convencimiento de que el embrión y el feto no poseen aún "vida

humana respetable"; por lo tanto, puede extirparse de la manera más natural en beneficio de la mujer o de la sociedad ^(Bermejo, 1997), es decir, el médico y la enfermera al realizar la práctica del aborto lo hacen sin objeción de conciencia, siempre y cuando se cumpla el principio de que entre todos los daños posibles, el personal de salud debe buscar el menor de ellos para conseguir el bien del paciente, en el caso el bien supremo es la vida de la mujer.

La relación de ayuda es algo intrínseco dentro de los cuidados que presta el personal de enfermería y el personal médico, se entiende por ayuda, el ofrecer recursos a una persona para superar o afrontar sanamente una situación difícil.

Parte de una relación de ayuda médico- paciente es la aceptación incondicional, esta es una actitud que muy pocas veces se percibe por parte del personal de salud, dicha actitud es necesaria para mejorar la calidad del ejercicio de cualquier profesión de la salud. La aceptación incondicional implica una visión positiva de los hechos, mantener la ausencia de juicios moralizantes, captar y acoger el impacto emotivo y afectivo que el problema tiene sobre el ayudado y/o el paciente, tener asertividad en el manejo de los sentimientos y ser cordial o cálido.

La disposición de aceptación incondicional por parte del personal de salud, según los términos usados por la psicología humanista, significa acercarse al usuario libre de toda tendencia a moralizar y con la confianza puesta en los recursos humanos aún presentes en la persona del ayudado, para que sea él, el protagonista del proceso de ayuda.

Aceptar incondicionalmente en la relación profesional de salud-usuario supone no moralizar tampoco los sentimientos y las reacciones de usuario. Determina, por tanto, ser capaces de aceptar la angustia que el usuario vive y comprenderla.

Todos los aspectos morales y éticos involucrados en el actuar del personal médico y de enfermería, tiene como origen la sociedad en la que ellos viven, costumbres y actitudes adoptadas a lo largo de su vida cotidiana y profesional. Todo ello se ve reflejado en la interpretación de las representaciones sociales.

2.6 Las representaciones sociales. (Sánchez, 2003)

La noción de representación social basada en la teoría elaborada por Serge Moscovici en 1961, ha demostrado la importancia que tiene para el análisis de los fenómenos sociales como: el cambio de actitud, la creatividad y las decisiones en los grupos (Moscovici, 1991).

La teoría de las representaciones sociales no hace un corte entre el universo exterior y el universo interior del individuo o del grupo, para ella, el sujeto y el objeto no son funcionalmente diferentes Moscovici (1969, citado por Abric, 1994). Plantea que si bien el objeto está inserto dentro de un contexto activo, este contexto es parcialmente construido por la persona o el grupo en tanto que son continuidad de su comportamiento, de sus actividades y de las normas a las que se refiere.

Toda representación social es una forma de visión global y unitaria del objeto, pero también de un sujeto; esta representación reestructura la realidad, para permitir una integración de las características objetivas del sujeto, las experiencias anteriores del sujeto y de su sistema de actitudes y normas, esto es lo que permite definir la representación como una visión funcional del mundo, haciendo que el individuo o el grupo de un sentido a su conducta y comprenda la realidad a través de su propio sistema de referencias (Abric, 1994).

La representación funciona como un sistema de interpretación de la realidad que rige las relaciones de los individuos y su desarrollo físico y social, ella va a determinar sus comportamientos o sus prácticas, la representación es una guía que orienta las acciones y las relaciones sociales. Se compone de un conjunto de elementos articulados entre ellos: ideas, imágenes, informaciones, opiniones, actitudes, valores, etc., estos elementos están coordinados por un sistema cognoscitivo que dispone de una lógica y un lenguaje particular (Moscovici, 1973 citado Bonardi, 1999).

La representación social está sometida a una doble lógica: la lógica cognoscitiva y la lógica social. El componente cognoscitivo de la representación supone un sujeto activo, que da al punto de vista una "textura psicológica" (Moscovici, 1976), se somete a las reglas que regulan los procesos cognoscitivos entre las que destaca la coherencia. El

componente social es la puesta en acción de los procesos cognoscitivos, que está directamente determinada por las condiciones sociales dentro de las que se elabora o transmite una representación.

2.7 Funciones de las representaciones sociales

Las representaciones sociales juegan un papel fundamental dentro de la dinámica de las relaciones y las prácticas sociales, las cuales responden a cuatro funciones esenciales ^{(Abric, 1994):}

A. Función de saber.

Permite comprender y explicar la realidad, define que el marco de referencia común es el saber práctico del sentido común, permite el cambio social, la transmisión y la difusión y adquisición de ese saber e integrarlo, desde un marco asimilable y comprensible, para los actores sociales, en coherencia con su funcionamiento cognoscitivo y los valores que le son inherentes, facilitando la comunicación social.

B. Función de identidad.

La representación tiene por función situar a los individuos y a los grupos dentro de un campo social, permite la elaboración de una identidad social y personal gratificante, compatible con los sistemas de normas y valores sociales e históricamente determinados, esta función de identidad de las representaciones le da un lugar primordial dentro de los procesos de comparación social.

C. Función de orientación.

La orientación que toma la representación social tiene como objetivo mostrar las diferencias que se dan en la percepción individual, considerando los objetos, condiciones y situación sociales específicas, transformándose en un proceso de organización de las relaciones psicosociales, que guían los comportamientos y las prácticas.

D. Función justificante.

Sobre la acción, las representaciones juegan un rol esencial, ellas intervienen también como aval de las acciones, permitiendo a los actores explicar y justificar su conducta dentro de una situación. La representación tiene por función perpetuar y mantener las diferencias sociales, ella puede enfocar la discriminación o el mantenimiento de una distancia social entre los grupos involucrados, justificando así la toma de posición y los comportamientos.

La representación es informativa y explicativa de la naturaleza de las leyes sociales intra e inter grupos, de los individuos y su entorno social, por sus funciones de elaboración de un sentido común, de construcción de la identidad social, por las esperas y las anticipaciones que ella genera, es el origen de las prácticas sociales, por sus funciones de justificación, adaptación y diferencias sociales, es dependiente de circunstancias exteriores y de las mismas prácticas, es modulada o inducida por las prácticas.

El concepto de representación social, es una modalidad de pensamiento práctico que está orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. Por ello, la representación social depende de la posición que ocupan los individuos en una sociedad, cultura o economía, de manera que toda representación social es representación de algo o alguien.

2.8 Procesos de la representación social

Existen dos procesos que permiten entender cómo una representación social perdura y funciona como marco de referencia para los miembros de un grupo, ellos son: la objetivación y el anclaje ^(Moscovici, 1993).

La objetivación es el proceso mediante el cual se materializa el conocimiento en objetos concretos, pasa del mundo ideal al mundo material.

El anclaje es cuando un individuo se enfrenta a algo desconocido lo compara con alguno de los modelos que posee lo que le permitirá ubicarlo en alguna de sus

categorías. El proceso de anclaje está integrado por varias modalidades que facilitan entender: cómo se asigna significado a un objeto representado, el uso de la representación como un sistema de interpretación del mundo social, cómo opera la integración dentro de un sistema de recepción y como se transforman los elementos que se relacionan con la representación, valiéndose de dos operaciones: clasificar y nombrar.

La actividad de clasificar se realizan de dos maneras individualizando o generalizando, es decir, mantener al objeto inconexo debido a la falta de correspondencia con un prototipo o implicándolo la elección de un aspecto de algún objeto de conocimiento.

Nombrar tiene como característica permitir el establecimiento de un conjunto de significaciones entre el individuo y su entorno al nombrar el objeto, actividad importante, ya que si algo no puede ser nombrado no se le puede representar y, por tanto permanecerá como una abstracción, este nombramiento puede ser arbitrario, sin embargo, se transforma en una convención para el grupo, convirtiéndose con ello en una operación relacionada con una actitud social.

La realidad de la representación social de la mujer ante una ILE concierne en la manera en que nosotros, sujetos sociales, aprendemos los acontecimientos, costumbres y valores sobre este tema controversial de la vida diaria, las características de nuestro ambiente, generan particularmente prejuicios a las mujeres de nuestro entorno. Esta situación se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos, y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

III. Diseño metodológico

3.1 Diseño de estudio

Esta investigación consistió en un estudio cuantitativo de tipo transversal y observacional, con el propósito de evaluar la aplicación del indicador trato digno y analizar las condiciones en las que se da, durante la atención proporcionada por el personal de salud a mujeres que acuden a realizarse una ILE.

3.2 Universo.

Todas las mujeres embarazadas que acudan a hospitales de la Secretaría de Salud a practicarse una ILE.

3.3 Muestreo.

Población: Mujeres embarazadas que tengan menos de 12 semanas de gestación y que acudan a realizarse una ILE a los Hospitales de la Secretaria de Salud.

Muestra: 92 mujeres embarazadas como muestra representativa, debido a que el promedio mensual de pacientes que acuden a una institución de la secretaria de salud a realizarse un ILE oscila entre 70 y 140 pacientes ^(Inst. de las Mujeres, 2009). Con un índice de confianza de 95% y un margen de error de 5%.

3.4 Criterios de selección.

Inclusión: Mujer embarazada con menos de 12 SDG.

Mujer que acuda a realizarse una ILE en los Hospitales de la Secretaría de Salud (SS).

Exclusión: Mujeres que se niegan a participar en la investigación.

Mujeres con más de 12 SDG.

Eliminación: Mujeres que en la mayoría de las respuestas no hayan sido contestadas o cuyas respuestas sean confusas.

3.5 Instrumento de recolección

Se realizó un instrumento innovador para esta investigación basado en los formatos establecidos F1-TD/02: Recolección de datos de Indicadores de Trato Digno y F2-TD/02: Concentración de datos del Formato F1-TD/02, para ser aplicado directamente a las mujeres que acuden a realizarse una ILE, el instrumento de recolección de información es una encuesta autoaplicable, que consta de 16 reactivos, con un espacio en blanco para comentarios o sugerencias de las encuestadas, con un lenguaje claro, sencillo y de fácil comprensión, contando con los elementos necesarios para evaluar los criterios de esta investigación, la encuesta se dividió en dos secciones: La primera sección fue conformada por 5 preguntas socio demográficas y clínicas, para caracterizar a la población de usuarias, que fueron: lugar de residencia, semanas de gestación, edad, estado civil y escolaridad. La segunda sección evaluó el cumplimiento del indicador trato digno; las variables estudiadas fueron: a) comportamiento y actitudes del personal de salud médico y de enfermería, b) información proporcionada clara y precisa y c) percepción del paciente sobre el trato y atención recibida, así como un reactivo adicional para identificar las aéreas donde no se recibe un trato digno. Las preguntas que evaluaron cada rubro, la descripción de los valores posibles y los estándares de evaluación del indicador se detallan en la Tabla 2.

3.6 Componentes del indicador trato digno.

Para realizar las mediciones en unidades de salud y servicios en hospitales, se han diseñado los siguientes formatos para el indicador de trato digno:

- F1-TD/02: Recolección de datos de Indicadores de Trato Digno
- F2-TD/02: Concentración de datos del Formato F1-TD/02.

El “Trato Digno” se construye con los siguientes indicadores, cuya ponderación se presenta en el Cuadro 1 y tendrá un valor total máximo de 100 puntos (pts.):

COMPONENTES DEL INDICADOR TRATO DIGNO	Estándar	Puntos
Oportunidad en la atención	85-100%	20
Comunicación con el personal médico y de enfermería	85-100%	45
Trato recibido del personal de la unidad médica	90-100%	35

Tabla 1. Descripción del estándar establecido para los componentes del indicador Trato Digno.

Cada rubro del indicador de trato digno cuenta con un porcentaje estándar establecido para su medición. En la comparación del porcentaje de resultados obtenidos con el porcentaje establecido de cada indicador, se obtuvo una diferencia en cada pregunta del cuestionario aplicado. La diferencia nos indica una deficiencia en la aplicación del indicador de trato digno por parte del personal de salud, misma que en forma proporcional se transforma en puntos (Tabla 2).

3.7 Metodología

La encuesta se aplicó en un hospital general público de segundo nivel de atención de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, ubicado en la zona poniente, con una muestra representativa de 92 mujeres.

La participación de las usuarias fue por medio de encuestas individuales a mujeres que voluntariamente accedieron a participar en el estudio. Durante la aplicación de encuestas se anexó al instrumento, un formato de consentimiento informado, el cual manifestaba que la participación para contestar era de manera anónima, respetando la privacidad y la confidencialidad de las respuestas, siendo únicamente utilizadas para fines de la investigación, cumpliendo siempre con la confidencialidad y la ética de los profesionales.

La fase de recolección de información se realizó en un periodo de seis semanas, de lunes a viernes, en el horario matutino, debido a que la realización de estos procedimientos está programada durante ese turno.

La información se capturó por medio de una aplicación tipo formulario, creada en el programa Excel mediante Visual Basic. Una vez capturados y validados los datos del instrumento, se realizó el análisis de los mismos en el programa SPSS versión 15, mediante estadística descriptiva con medidas de tendencia central, se realizó una descripción detallada del comportamiento de los sujetos estudiados y se asignaron índices de frecuencia a los fenómenos observados.

Tabla 2: Componentes del indicador trato digno

Indicadores	Rubros	Preguntas cuestionario	Valores posibles
Oportunidad en la atención 85% 20pts	Satisfacción con el tiempo de espera 20pts	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Usted quedó satisfecho?	a) Si b) No
		Marque el tiempo en minutos	a) 0 - 30 min. b) 31 minutos o más.
Comunicación con el personal médico y de enfermería 85% 45pts	Comunicación del paciente con médico – enfermera 7pts	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Se presentaron con usted la enfermera y el médico? • ¿El personal médico y de enfermería la saluda en forma amable? • ¿Cuando el personal médico o de enfermería se dirige a usted lo hace por su nombre? • ¿El personal de salud que la atendió, le permitió hablar sobre sus dudas? 	a) Si b) No
	Explicación sobre diagnósticos 8pts	¿El médico le explicó con lenguaje entendible para usted sobre el procedimiento y efectos secundarios?	a) Si b) No
	Explicación sobre tratamientos 10pts	¿El personal que la atiende, le explica sobre los cuidados o procedimientos que le va a realizar?	a) Si b) No
	Explicación sobre cuidados a seguir 5pts	¿En su estancia temporal en el hospital recibió revisión periódica o constante del personal médico y de enfermería?	a) Si b) No
	Claridad de la información 15pts	En relación con la información que le dio el personal médico y de enfermería, ¿La considera suficiente, deficiente o no la recibió? Identifique las características de la información que recibió de cada profesional de la salud.	a) Suficiente b) Deficiente c) No recibí información
Trato recibido del personal de la unidad médica 90% 35pts	Satisfacción con el trato recibido 35pts	¿Se siente satisfecha con el trato que le dio el personal médico y de enfermería?	c) Si d) No
		En general ¿El trato que recibió en el Hospital fue bueno?	a) Si b) No
	Localización de malos tratos (no aporta puntos)	¿En qué áreas del Hospital considera que el personal le dio mal trato? Marque con una "x" el lugar donde considera se le dio mal trato (puede marcar más de una).	a) Recepción b) Archivo clínico c) Personal Médico d) Enfermería e) Trabajo Social f) Laboratorio g) Ultrasonido h) Vigilancia

Resultados

Teniendo en cuenta que el hospital donde se realizó el estudio se encuentra en la Delegación Álvaro Obregón del Distrito Federal, se identificó una mayor incidencia de casos, con 45 mujeres (49%) con residencia en dicha Delegación. Se encontraron también 10 mujeres (11%) procedentes de Tlalpan y 7 (8%) de Coyoacán. En menor porcentaje se encuentran el resto de las Delegaciones correspondientes al Distrito Federal, así como al Estado de México^{***}. (Grafico 1)

Con relación a las semanas de gestación, se encontró una moda de 10 semanas con 20 mujeres (22%), una mediana de 9 semanas, con 18 mujeres (20%) y un promedio de 8.4 semanas de gestación. Es importante destacar que a tres mujeres (3%) se les realizó el procedimiento teniendo 12 semanas de gestación debido a alguna de las excepciones legales que se señalan dentro de los lineamientos para la realización de una ILE. (Grafico 2)

De acuerdo con el rango de edad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE se identificó que 40 mujeres (43%), se encontraron en un intervalo de 21 a 25 años de edad. Dentro de los lineamientos para la realización de un ILE no existe un mínimo de edad, ubicando a 27 mujeres (29%) en un rango de 16 a 20 años; con una edad de 26 a 30 años se ubicaron a 15 mujeres (16%) y con una menor frecuencia se encontraron que 10 mujeres (11%) eran mayores de 30 años. (Grafico 3)

Referente a la escolaridad llama la atención que 35 mujeres (38%) tienen un nivel básico de educación, 34 mujeres (37%) cuentan con un nivel medio superior, menor a estas cifras hay 18 mujeres (20%) que refieren tener un nivel universitario, debido a que seguramente tienen una mayor y mejor información relacionada con las medidas de prevención de un embarazo. (Grafico 4)

^{***} Previa cobertura de cuota para mujeres que no habiten en el Distrito Federal.

Existe una relación importante entre el rango de edad y la escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE, en donde se encontró que 10 mujeres (11%) de 16 a 20 años y 16 mujeres (17%) de 21 a 25 años cuentan con un nivel básico esto muestra el rezago educativo en este sector poblacional, en menor frecuencia 13 mujeres (14%) de 21 a 25 años tienen un nivel profesional de educación, esta minoría es reflejada por el nivel de educación de este grupo el cual cuenta con mayor información y criterio en relación al tema de educación sexual. (Cuadro 1)

Respecto al estado civil de las encuestadas se encontró que la mayoría 57 mujeres (62%) son solteras lo cual nos muestra que no existe una relación formal con su pareja, para enfrentar el embarazo no deseado y habla de cómo estamos educando a los hombres con relación “a la paternidad responsable”, 19 mujeres (21%) se encuentran en unión libre y únicamente 15 mujeres (16%) son casadas, su caso se puede deber a varios factores como la situación económica en la que se encuentran, el número de hijos que tienen o sean tener, la estabilidad emocional de su relación con su pareja y la falta de información sobre planificación familiar. (Grafico 5)

Uno de los rubros a medir dentro de trato digno es el tiempo de espera donde se encontró que 14 mujeres (15%) fueron atendidas dentro del rango establecido de 0 - 30 minutos, mientras el resto 78 mujeres (85%) esperó 31 minutos o más. El porcentaje que refirió quedar satisfecho con el tiempo de espera, incluyo mujeres que esperaron más de 30 minutos, sin embargo estuvieron conformes con el tiempo esperado. (Grafico 6)

Parte importante de brindar un trato digno es la atención con la que el personal de salud se dirige a la mujer, la siguiente gráfica muestra que 22 mujeres (24%) refirieron que el personal de enfermería no se presentó formalmente al inicio de la atención y 17 (18%) indican que fue el personal médico quien no lo hizo. (Grafico 7)

Otro elemento representativo de brindar trato digno es no etiquetar al paciente y dirigirse por su nombre, del total de la muestra 35 mujeres (38%) comentaron no ser llamadas

por su nombre por parte del personal médico y por otro lado 26 (28%) lo hicieron sobre el personal de enfermería. (Grafico 8)

Dentro de una buena atención de salud es fundamental el respeto, 12 mujeres (13%) *no percibieron* un trato con respeto por parte del personal médico, mientras que únicamente 6 mujeres (7%) no lo recibieron por parte del personal de enfermería, se sabe que la percepción depende del marco de referencia de la persona y por tanto este se ve afectado por el hecho ante el que se presenta. (Grafico 9)

Se encontró que 31 mujeres (34%) percibieron *falta de interés* por parte del personal médico para que su estancia fuera adecuada, mientras que 19 (21%) lo consideraron por parte del personal de enfermería; igual que en el grafico anterior la percepción que tiene la mujer de sí misma depende de una circunstancia, como en la que está viviendo. (Grafico 10)

La seguridad del paciente es parte fundamental de una atención de calidad, en cuanto a lo que esto refiere 24 mujeres (26%) no se *sienten seguras* cuando el personal médico las atiende y 11 mujeres (12%) cuando las atiende el personal de enfermería, esto se puede deber a que las emociones que despierta la decisión que han tomado incide en la respuesta a ésta pregunta, debido a que esta en un lugar en el cual es atendida por profesionistas de la salud. (Grafico 11)

De las encuestas aplicadas 20 mujeres (22%) señalaron que no les fue permitido por el personal médico hablar sobre sus dudas, y 19 (21%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 12)

Durante el proceso de consentimiento informado, el personal médico está obligado a explicar de manera clara y entendible la información de cualquier procedimiento a realizar, así como resolver todas las dudas que el paciente exprese, previo a la obtención del consentimiento informado. La gráfica refleja que a 76 mujeres (83%) no se les explicó el procedimiento a realizar, de lo cual se puede entender que no fue suficiente de acuerdo a sus necesidades o no se recibió previo a la realización del

procedimiento. Este resultado se puede tomar como un área de oportunidad para el personal de enfermería ya que surge la propuesta de que éste imparta información previa a la paciente sobre el procedimiento. (Grafico 13)

Es fundamental para una buena atención resguardar la intimidad de la mujer durante todo procedimiento, sin embargo 31 mujeres (34%) no percibieron dicha acción por el personal médico y únicamente 6 (7%) por parte de enfermería. Cabe mencionar que esta acción se ve afectada en esta institución debido a la estructura del consultorio en donde se realiza el procedimiento. (Grafico 14)

El personal de salud debe estar atento al estado de la mujer posterior al procedimiento, sin embargo 36 mujeres (39%) no recibieron una revisión periódica por parte del personal médico y 19 mujeres (21%) mencionaron no recibirlo por el personal de enfermería, ello seguramente debido a la falta de personal. aunado que no existe una sala de recuperación (Grafico 15)

Parte importante de esta investigación es como las mujeres perciben el trato recibido 27 de ellas (29%) no se siente satisfecha con el trato que recibió por parte del personal médico y 11 mujeres (12%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 16)

Del total de la muestra 68 mujeres (74%) refirieron no haber recibido un buen trato, de las cuales 65 mujeres (71%) lo percibieron por el personal médico, 39 mujeres (42%) por parte del personal de vigilancia, 30 mujeres (32%) por el servicio de recepción, 19 mujeres (21%) por el área de laboratorio y 11 mujeres (12%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 17)

Los resultados detallados de la investigación se muestran en los cuadros 2 y 3.

Conclusiones

Existen investigaciones realizadas anteriormente, referentes al trato digno ofrecido por parte del personal de salud, en las que se utilizó la medición del indicador de trato digno estipulado por la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. El estudio publicado por Carrillo Martínez, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 2009 (M. Carrillo Martínez, 2009), aplicado a pacientes con enfermedades crónico degenerativas, refiere que el trato digno en general se aplica correctamente en un 56.1% resaltando que la enfermera no se presenta con el paciente, ni lo llama por su nombre la mayoría de las veces. Estos rubros se evaluaron también en esta investigación, dando como resultado un menor cumplimiento del indicador de trato digno generalizado en solo un 26%, debido a que este se refiere a la percepción del buen trato por parte de las mujeres encuestadas.

Podemos notar con los resultados obtenidos entre ambos estudios que el trato dado fue muy diferente, dependiendo del tipo de usuario, es decir, personas que acuden con una patología crónico degenerativa son mejor tratados por el personal, que las pacientes que acuden a realizarse una ILE, esto se puede deber a muchos factores éticos, morales, ideológicos, sociales, profesionales, etc.

Comparando los resultados obtenidos con los de Gutiérrez Reyes, también del IMSS, en 2001 (S. Gutiérrez-Reyes, 2001), quien evaluó la satisfacción del usuario en la atención de enfermería, se encontró que el personal de enfermería se presenta con sus pacientes en un 51%, a diferencia de lo encontrado en la presente investigación, que mostró un porcentaje mayor de 76%. Gutiérrez Reyes encontró que sólo 68% del personal se dirigía al paciente por su nombre o apellido. Este fue un porcentaje menor en comparación al que se obtuvo en este rubro en este estudio que fue de 72%. Dicho grupo observó además que, 90% de los usuarios recibió información referente a los estudios o procedimientos que se le iban a realizar, porcentaje similar al 93% obtenido en el análisis de esta investigación.

Estas evaluaciones demuestran que el personal de enfermería, tiene un mejor dominio sobre el indicador trato digno, probablemente debido a que desde su formación académica, este profesional del cuidado de la salud es formado para brindar atención de manera holística, sustentada en el establecimiento de una buena comunicación enfermera-paciente.

La evaluación del indicador de trato digno abarca diversos aspectos, uno de ellos es el tiempo de espera en la atención médica, el cual no debe rebasar más de 30 minutos, sin importar el motivo de consulta. A pesar de ello, esta investigación mostró un alto índice de espera prolongada de más de 31 minutos, duplicando incluso el tiempo de espera establecido en 54 mujeres (59%) de la muestra total para recibir atención médica.

Las numerosas y diversas acciones que conlleva la responsabilidad de prestar un servicio de salud de calidad, deben ser efectuadas por parte del personal hospitalario, sin embargo en esta investigación se identificaron acciones por parte del personal médico y de enfermería, que necesitan ser mejoradas para asegurar un trato digno. Dichas acciones son: dirigirse al paciente por su nombre, mostrar interés por una adecuada estancia, permitir a la mujer expresar sus dudas e inquietudes sobre el procedimiento, mejorar el resguardo de la intimidad de la mujer, proporcionar información con lenguaje entendible sobre los cuidados y procedimientos a realizar y asegurar una revisión periódica posterior al procedimiento. (Salud S. d., 2003)

El programa de interrupción legal del embarazo es uno más de los diversos servicios enfocados a la salud integral de la mujer en edad reproductiva, que proporcionan las instituciones hospitalarias en el Distrito Federal. Busca fomentar una atención digna y de calidad para las mujeres, sin estar sujetas a discriminación por prejuicios, ni al atropello a sus derechos.

En los resultados principales de esta investigación de acuerdo al rango de edad de 16 y 25 años se observó una mayoría de 51 mujeres (55%) que cuentan con un nivel básico y medio de educación, lo que nos sugiere una deficiente educación sexual en

este sector poblacional, en menor frecuencia 13 mujeres (14%) tienen un nivel universitario. Se requiere reforzar este aspecto mediante prácticas de educación para la salud reproductiva en las escuelas y comunidades que lo requieran, de manera inmediata para disminuir la incidencia del embarazo no deseado y de este procedimiento, y con ello crear una conciencia responsable de su maternidad o paternidad según sea el caso.

La realización de una ILE conlleva el trabajo en equipo multidisciplinario, con mayor responsabilidad el personal médico y de enfermería, quienes tienen funciones y actividades complementarias, que van dirigidas a brindar atención con calidad. Cabe resaltar que hay un mayor reporte por parte de las mujeres encuestadas, de que el personal médico no realiza las acciones enfocadas a brindar un buen trato (71%), tales acciones son: explicar los cuidados o procedimientos a efectuar, realizar una revisión periódica después del procedimiento, dirigirse a la mujer por su nombre y resguardar su intimidad. Se puede notar que el personal médico cuenta con deficiencias en la aplicación del trato digno, por lo que se requieren medidas restauradoras de la comunicación médico-paciente, posiblemente desde su formación, ya que no existen contenidos destinados al desarrollo de esta habilidad, durante los ciclos básicos ni clínicos de la carrera de medicina.

Para brindar una buena atención dentro de una institución hospitalaria, todas las áreas son parte fundamental de una atención de calidad, por lo cual se les cuestionó a las mujeres como percibieron el trato en cada una de las áreas involucradas, con la opción de mencionar más de un área, lo que indicó que la percepción del trato digno por las mujeres fue mínima por parte del personal médico y áreas administrativas de la institución (Cuadro 3), que en conjunto a las acciones antes mencionadas propician un déficit del indicador de trato digno para las mujeres que acuden a realizarse una ILE.

En las encuestas aplicadas se dio el espacio en una pregunta abierta, para que las encuestadas opinaran libremente sobre los aspectos que podrían mejorar la *percepción de seguridad durante la realización del procedimiento*, lo que proponen es:

- Buena atención, sin gritos ni malas palabras y con limpieza.
- Que el procedimiento sea realizado por personal capacitado, comprometido y responsable.
- Una explicación detallada, clara, sin términos médicos del procedimiento antes y después de su realización, propiciando un ambiente de confianza.
- Que el personal de salud brinde mayor cuidado al realizar cualquier procedimiento.

Estas recomendaciones sugeridas por las mujeres encuestadas son aplicables a una atención de calidad para cualquier servicio de salud.

Asimismo, las mujeres propusieron las siguientes *acciones para mejorar el trato en la atención*:

- Tener *horarios específicos y estrictos* para no hacer esperar a algunas personas tanto tiempo y el protocolo sea más ágil.
- Que el personal de áreas complementarias (laboratorio, ultrasonido, urgencias y recepción) *no traten mal* a los usuarios cuando acuden a realizarse algún estudio o papeleo.
- Que el personal médico sea *más amable y humanitario*.
- Proporcionar *más información* antes de realizar el procedimiento.
- Es necesaria un *área de recuperación* para después del procedimiento.

Por último en relación a los contenidos de los formatos que se tomaron como referencia para elaborar uno propio, se puede decir que, la estructuración del instrumento para esta investigación excluyo las preguntas referentes a procedimientos administrativos como lo son el control de medicamentos, debido a que, el indicador trato digno se enfoca más en el comportamiento ético y en la atención con calidad que brinda el

personal de salud; esto queda como sugerencia para futuros estudios de tipo cualitativo en donde se identifiquen los aspectos subjetivos de la aplicación del indicador de trato digno a pacientes en específico o en general y se incluyan en el instrumento de evaluación. Un punto importante a destacar como profesionistas de enfermería es sugerir que este tipo de procedimientos se realicen con más control higiénico, es decir, se incluyan dentro del área de quirófano, se proporcionen cuidados trans y post operatorios a las pacientes que acuden a realizarse una ILE.

Por más que la cultura hospitalaria y una cierta tendencia en la formación de los futuros médicos y enfermeras propongan la neutralidad afectiva para regular las relaciones entre el personal sanitario y los usuarios, la persona nunca puede prescindir totalmente del impacto emotivo. La comprensión empática es la actitud que consiste en hacer el esfuerzo por entrar en el mundo de la mujer para intentar comprender su experiencia y transmitir comprensión. Ante esta situación surge la propuesta inmediata para las instituciones de salud de incluir en el equipo de salud multidisciplinario que ofrece sus servicios en el programa de ILE, un psicólogo que se encargue de atender la parte emocional de la mujer al ser sometida a un prejuicio social.

Propuesta

La propuesta consiste en un programa de educación continua que se realiza para mejorar la calidad de atención con base en el indicador de trato digno enfocado a mujeres que se realizan una Interrupción Legal del Embarazo, se conforma de la siguiente manera:

Título: Trato digno y sus implicaciones

Ubicación: Hospital General publico de segundo nivel de atención de la Secretaría del Gobierno del Distrito Federal Zona Poniente.

Objetivos:

- Fomentar dentro del personal de salud una cultura ética basada en los principios éticos y morales que rigen el actuar del profesional de salud.
- Inculcar los conceptos básicos acerca del indicador de trato digno en el personal de salud.
- Promover un eje humanístico como parte del ejercicio de los profesionales de salud.

Contenido:

1. Filosofía humanista
 - 1.1 Fundamentación.
2. Antropología filosófica.
3. Axiología
4. Ética.
5. Principio éticos que rigen el quehacer profesional.
 - 5.1 Respeto
 - 5.2 Aceptación incondicional.
6. Significado e implicaciones del Indicador de Trato Digno.

Bibliografía

- Álvarez Pérez. Interrupción legal del embarazo, CDNH. (Acceso 28-09-2009)
Disponible en
http://diarioalmomento.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=102
- Barraza E. Leyes del Aborto en el Mundo, Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. (Acceso 26-10-2009). Disponible en:
<http://www.gire.org.mx/publica2/leyesabortomundoact09.pdf> leyes 2008
- Bermejo J. C. Relación de ayuda y práctica medica. 1997. Disponible en:
<http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-I.htm#Lo>
- Carrillo-Martínez M, Martínez-Corona L, Mendoza-López R, Sánchez-Moreno AD, Yáñez-Torres RD et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de enfermería. Rev. Enfermería IMSS. 2009; 17 (3): 139-142.
- Código de conducta para el personal de salud en [línea], dirección general de calidad y educación en salud, octubre 2002 Disponible en
<http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ssps2002.html>
- Comisión Interinstitucional de enfermería. Evaluación de la calidad de los servicios de enfermería. Julio 2003. (Acceso 26-10-2009). Disponible en
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms-cpe/descargas/evaluacion.pdf>
- Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal 26 de Abril 2007, No 70. (Acceso 28-10-2009) Disponible en
http://www.inmujer.df.gob.mx/int_embarazo/normatividad/gaceta70_gaceta_oficial_decreto.pdf

- García-Sánchez M.E. Representación social de enfermería entre docentes y alumnos de la ENEO. S.E. Distrito Federal .2003.
- Gutiérrez-Reyes S, Mederos-Sosa L, Vásquez-Ocaña EJ, Velázquez-Aranda M. Derechos del paciente Hospitalizado: Responsabilidad en la práctica de enfermería. Rev. Enfermería IMSS. 2001; 9(1): 15-18.
- Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. Interrupción legal del embarazo. (Acceso 26-10-2009). Disponible en http://www.inmujer.df.gob.mx/int_embarazo/normatividad/gaceta70_gaceta_oficial_decreto.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública [México]. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa: Distrito Federal. (Acceso 26-08-2010). Disponible en <http://www.insp.mx/images/stories/ENSANUT/Docs/DistritoFederal.pdf>.
- Lamas M. Nuevos Horizontes de la Interrupción Legal Del Embarazo. Rev. Desacatos. 2005; 17(1): 57-77. (Acceso 28-11-2009). Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/Desacatos/17%20Indexado/1%20Saberes%203.pdf>
- Lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud para la interrupción legal del embarazo en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 de Mayo 2007, No 75. (Acceso 28-10-2009) Disponible en http://www.gire.org.mx/publica2/LineamientosILE_SSDf_040507.pdf
- Norma Oficial Mexicana de la atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.NOM 007-SSA2-1993. México: Secretaría de Salud; 1995.

- Reproductive Health Outlook. (Acceso 25-08-2010). Definición de Salud Reproductiva de la OMS. Disponible en http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm.
- Rosa R. La óptica del cuidado humano en salud reproductiva en un enfoque transdisciplinario. Revista de Medicina y Ciencias de la Salud [online]. Acceso 26-08-2010). Disponible en <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1440/1/La-optica-del-cuidado-humano-en-salud-reproductiva-en-un-enfoque-transdisciplinario.html>.
- Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se da a conocer las Reglas de Operación específicas e indicadores de gestión y evaluación de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México 2003. (Acceso 9-11-2009) Disponible en http://www.salud.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/campanas/2001-01-25/cruzada-nacional.htm.
- Secretaría de Salud. Acuerdo que reforma, adiciona y deroga diversos puntos de la circular que contiene los lineamientos generales de organización y operación de los servicios de salud relacionados con la interrupción del embarazo en el Distrito Federal. Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 mayo de 2007, No 75. (Acceso 5-11-2009). Disponible en http://www.gire.org.mx/publica2/lineamientosILE_SSDf_040507.pdf
- Secretaría de Salud. Índice e Indicadores de Trato Digno, Atención Hospitalaria/ Segundo Nivel. (Acceso 17-11-2009). Disponible en <http://www.salud.gob.mx/dirgss/doctosFuente/lineaoper/fasc10.pdf>.
- Soberón G, Feinholz D. Aborto (Desplegado de la Comisión Nacional de Bioética). (Acceso 24-08-2010). Disponible en <http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/comisionnacional.pdf>

- Tamayo Tamayo. El proceso de la investigación. México: Limusa; 2005.
- Villalpando JJ. Fomentemos el trato digno al paciente y su familia. Rev. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. 2007; 20 (4): 239-240.



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Comisión Nacional de Arbitraje Médico



El siguiente cuestionario tiene la finalidad de realizar un estudio de investigación para conocer el trato que reciben las pacientes que acuden a realizarse un ILE.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación, ya que su cooperación en este cuestionario es independiente y no perjudicará ni beneficiará su atención.

Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán foliadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán confidenciales y anónimas, no daremos su identidad, su información de contacto, o ningún tipo de información sobre usted.

Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho no responderlas.

Al contestar las preguntas del cuestionario, usted ayudará a mejorar los servicios de salud.

Folio		Fecha	
Institución hospitalaria			
Delegación			
Semanas de gestación			
Edad			
Estado civil			
Escolaridad			

1 Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Usted quedó satisfecho?
Marque el tiempo de espera.

- a) Si
- b) No

Tiempo de espera	
0-30 min.	
31-40 min.	
41-50 min.	
51-60 min.	
Más de 60 min.	

Marque con una "X" al personal que realizó las acciones que se plantean en cada pregunta.

2. ¿Se presentaron con usted la enfermera y el médico?

	Médico	Enfermera
a. Si		
b. No		

3. ¿El personal médico y de enfermería la saluda en forma amable?

	Médico	Enfermera
a. Si		
b. No		

4. ¿Cuándo el personal médico o de enfermería se dirige a usted lo hace por su nombre?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

5. ¿Qué es para usted respeto?

5.1 ¿De acuerdo a su definición, el personal médico y de enfermería, la tratan con respeto?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

6. ¿El personal médico y de enfermería se interesa porque, su estancia sea adecuada?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

7. ¿Qué necesita para sentir seguridad en su atención médica?

8.1 ¿El personal médico y de enfermería le hacen sentirse segura al atenderlo?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

8. ¿El personal de salud que la atendió, le permitió hablar sobre sus dudas?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

9. ¿El médico le explicó con lenguaje entendible para usted sobre el procedimiento y efectos secundarios?

- a) Si
- b) No

10. ¿El personal médico y de enfermería resguardan su intimidad?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

11. ¿El personal que la atiende, le explica sobre los cuidados o procedimientos que le va a realizar?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

12. En relación con la información que le dio el personal médico y de enfermería, ¿La considera suficiente, deficiente o no la recibió? Identifique las características de la información que recibió de cada profesional de la salud y marque con una X el tipo de información que se le proporcionó.

<i>Características</i>	<i>MÉDICO</i>	<i>ENFERMERA</i>
Suficiente		
Deficiente		
No recibí información		

13. ¿En su estancia temporal en el hospital recibió revisión periódica o constante del personal médico y de enfermería?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

14. ¿Se siente satisfecha con el trato que le dio personal médico y de enfermería?

	Médico	Enfermera
a) Si		
b) No		

15. En general ¿El trato que recibió en el Hospital fue bueno? Si su respuesta es sí pase a la pregunta

- a) Si
- b) No

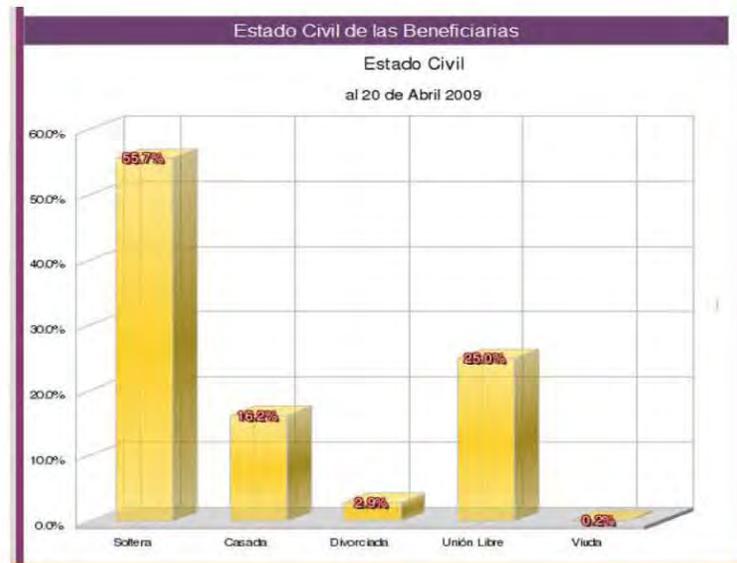
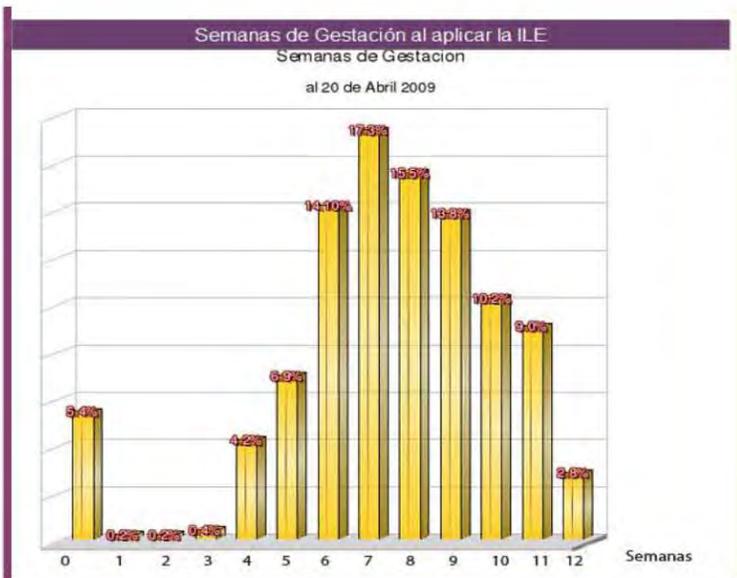
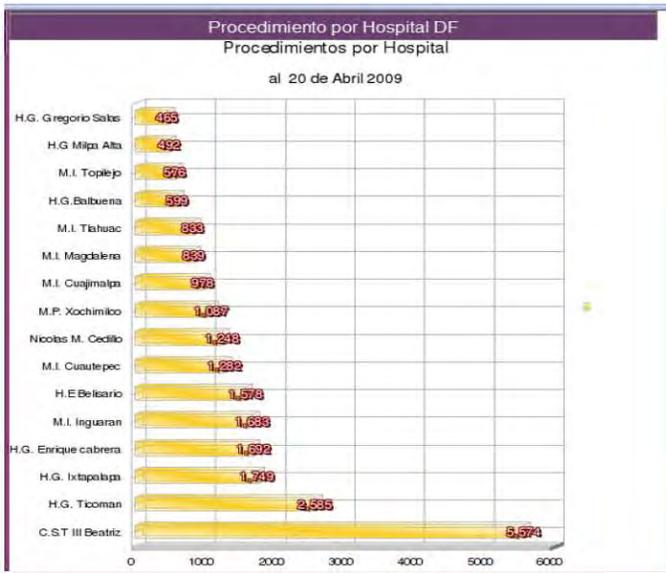
16. ¿En qué áreas del Hospital considera que el personal le dio mal trato? Marque con una "x" el lugar donde considera se le dio mal trato (puede marcar más de una).

Recepción	<input type="checkbox"/>	Laboratorio	<input type="checkbox"/>
Urgencias	<input type="checkbox"/>	Ultrasonido	<input type="checkbox"/>
Personal médico	<input type="checkbox"/>	Farmacia	<input type="checkbox"/>
Enfermería	<input type="checkbox"/>	Hospitalización	<input type="checkbox"/>
Trabajo social	<input type="checkbox"/>	Vigilancia	<input type="checkbox"/>

17. Proponga acciones para mejorar el trato en la atención a la salud

Gracias por su participación

Anexo Estadísticas graficas de la ILE en el DF.



Gráficos y cuadros

Teniendo en cuenta que el hospital donde se realizó el estudio se encuentra en la Delegación Álvaro Obregón del Distrito Federal, se identificó una mayor incidencia de casos, con 45 mujeres (49%) con residencia en dicha Delegación. Se encontraron también 10 mujeres (11%) procedentes de Tlalpan y 7 (8%) de Coyoacán. En menor porcentaje se encuentran el resto de las Delegaciones correspondientes al Distrito Federal, así como al Estado de México^{***} (Grafico 1)

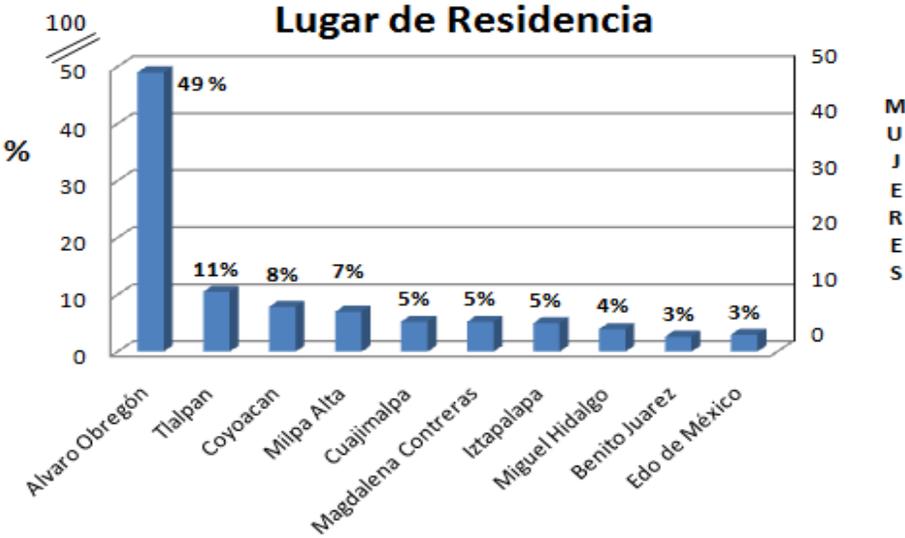


Grafico 1: Lugar de residencia de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

^{***} Previa cobertura de cuota para mujeres que no habiten en el Distrito Federal.

Con relación a las semanas de gestación, se encontró una moda de 10 semanas con 20 mujeres (22%), una mediana de 9 semanas, con 18 mujeres (20%) y un promedio de 8.4 semanas de gestación. Es importante destacar que a tres mujeres (3%) se les realizó el procedimiento teniendo 12 semanas de gestación debido a alguna de las excepciones legales que se señalan dentro de los lineamientos para la realización de una ILE. (Grafico 2)

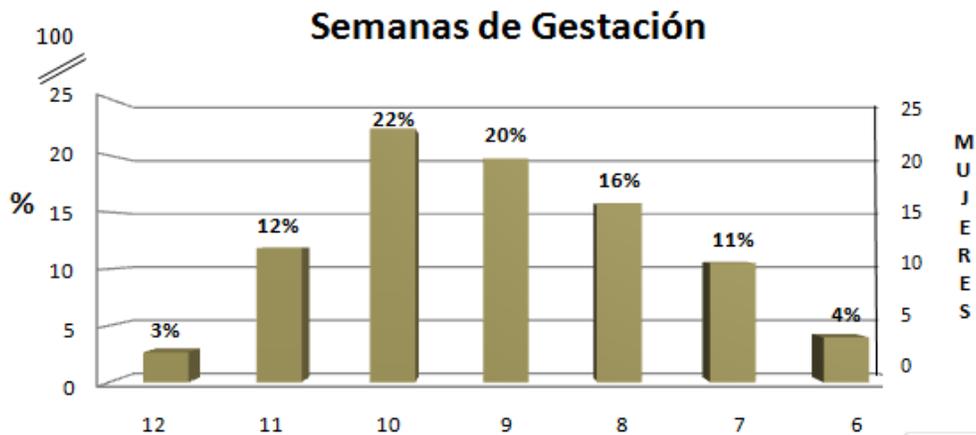


Grafico 2: Semanas de gestación de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

De acuerdo con el rango de edad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE se identificó que 40 mujeres (43%), se encontraron en un intervalo de 21 a 25 años de edad. Dentro de los lineamientos para la realización de un ILE no existe un mínimo de edad, ubicando a 27 mujeres (29%) en un rango de 16 a 20 años; con una edad de 26 a 30 años se ubicaron a 15 mujeres (16%) y con una menor frecuencia se encontraron que 10 mujeres (11%) eran mayores de 30 años. (Grafico 3)

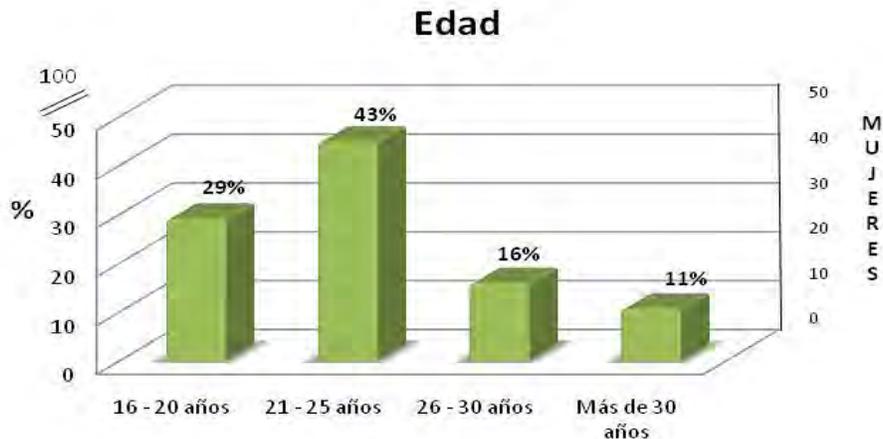


Grafico 3: Edad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

Referente a la escolaridad llama la atención que 35 mujeres (38%) tienen un nivel básico de educación, 34 mujeres (37%) cuentan con un nivel medio superior, menor a estas cifras hay 18 mujeres (20%) que refieren tener un nivel universitario, debido a que seguramente tienen una mayor y mejor información relacionada con las medidas de prevención de un embarazo. (Grafico 4)



Grafico 4: Escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse ILE

Existe una relación importante entre el rango de edad y la escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE, en donde se encontró que 10 mujeres (11%) de 16 a 20 años y 16 mujeres (17%) de 21 a 25 años cuentan con un nivel básico esto muestra el rezago educativo en este sector poblacional, en menor frecuencia 13 mujeres (14%) de 21 a 25 años tienen un nivel profesional de educación, esta minoría es reflejada por el nivel de educación de este grupo el cual cuenta con mayor información y criterio en relación al tema de educación sexual. (Cuadro 1)

Edad \ Escolaridad	16 - 20 años	21 - 25 años	26 - 30 años	Más de 30 años	Total	%
Nivel Básico	10	16	3	6	35	38
Preparatoria	15	10	7	2	34	37
Universidad	1	13	2	2	18	20
No contestó	1	1	3	0	5	5
Total	27	40	15	10	92	
%	29	43	16	11		100

Cuadro 1: Cruce de variables de edad vs escolaridad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

Respecto al estado civil de las encuestadas se encontró que la mayoría 57 mujeres (62%) son solteras lo cual nos muestra que no existe una relación formal con su pareja, para enfrentar el embarazo no deseado y habla de cómo estamos educando a los hombres con relación “a la paternidad responsable”, 19 mujeres (21%) se encuentran en unión libre y únicamente 15 mujeres (16%) son casadas, su caso se puede deber a varios factores como la situación económica en la que se encuentran, el número de hijos que tienen o sean tener, la estabilidad emocional de su relación con su pareja y la falta de información sobre planificación familiar. (Grafico 5)



Grafico 5: Estado civil de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE

Uno de los rubros a medir dentro de trato digno es el tiempo de espera donde se encontró que 14 mujeres (15%) fueron atendidas dentro del rango establecido de 0 - 30 minutos, mientras el resto 78 mujeres (85%) esperó 31 minutos o más. El porcentaje que refirió quedar satisfecho con el tiempo de espera, incluyo mujeres que esperaron más de 30 minutos, sin embargo estuvieron conformes con el tiempo esperado. (Grafico 6)

Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Usted quedó satisfecha?

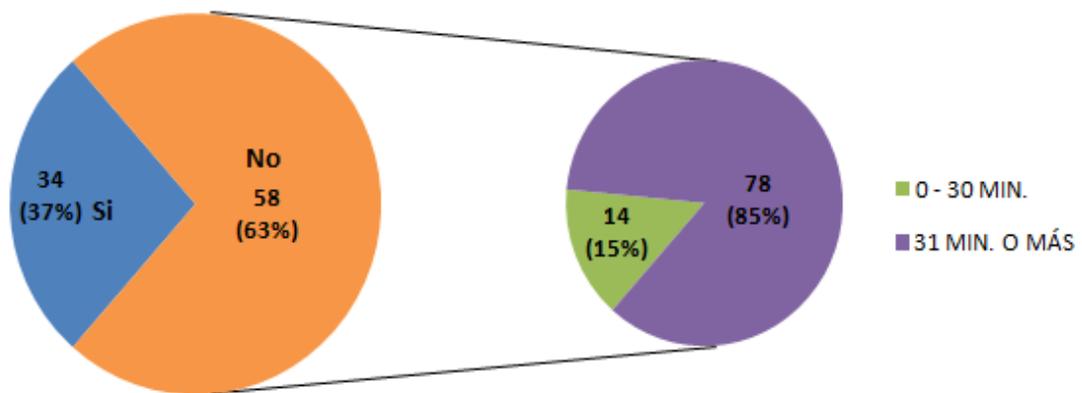


Grafico 6: Satisfacción y tiempo de espera de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

Parte importante de brindar un trato digno es la atención con la que el personal de salud se dirige a la mujer, la siguiente gráfica muestra que 22 mujeres (24%) refirieron que el personal de enfermería no se presentó formalmente al inicio de la atención y 17 (18%) indican que fue el personal médico quien no lo hizo. (Grafico 7)

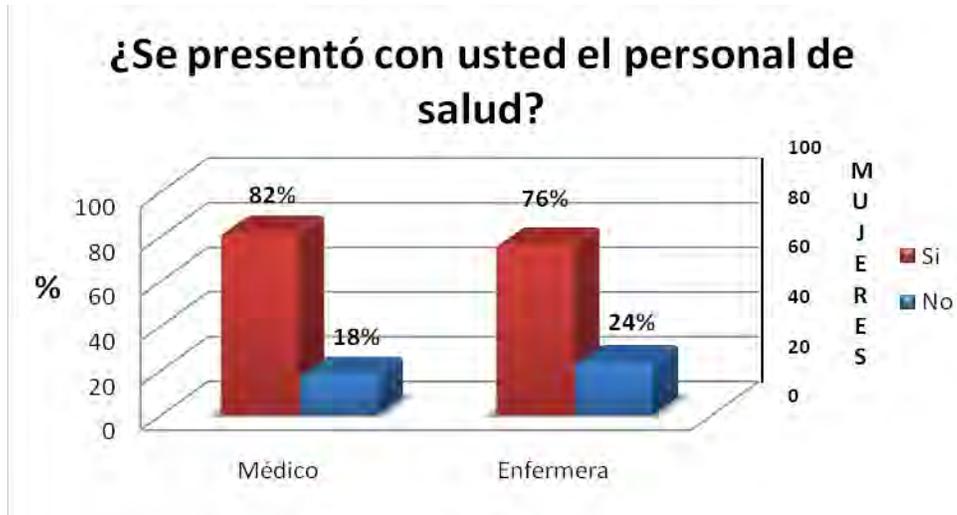


Grafico 7: Personal de salud que se presento con las mujeres que acudieron a realizarse una ILE

Otro elemento representativo de brindar trato digno es no etiquetar al paciente y dirigirse por su nombre, del total de la muestra 35 mujeres (38%) comentaron no ser llamadas por su nombre por parte del personal médico y por otro lado 26 (28%) lo hicieron sobre el personal de enfermería. (Grafico 8)



Grafico 8: Personal de salud que se dirige por su nombre a las pacientes que acuden a realizarse una ILE.

Dentro de una buena atención de salud es fundamental el respeto, 12 mujeres (13%) *no percibieron* un trato con respeto por parte del personal médico, mientras que unicamente 6 mujeres (7%) no lo recibieron por parte del personal de enfermería, se sabe que la percepción depende del marco de referencia de la persona y por tanto este se ve afectado por el hecho ante el que se presenta. (Grafico 9)



Grafico 9: Personal de salud que trata con respeto a las mujeres que acuden a realizarse una ILE

Se encontró que 31 mujeres (34%) percibieron *falta de interés* por parte del personal médico para que su estancia fuera adecuada, mientras que 19 (21%) lo consideraron por parte del personal de enfermería; igual que en el gráfico anterior la percepción que tiene la mujer de sí misma depende de una circunstancia, como en la que está viviendo. (Gráfico 10)

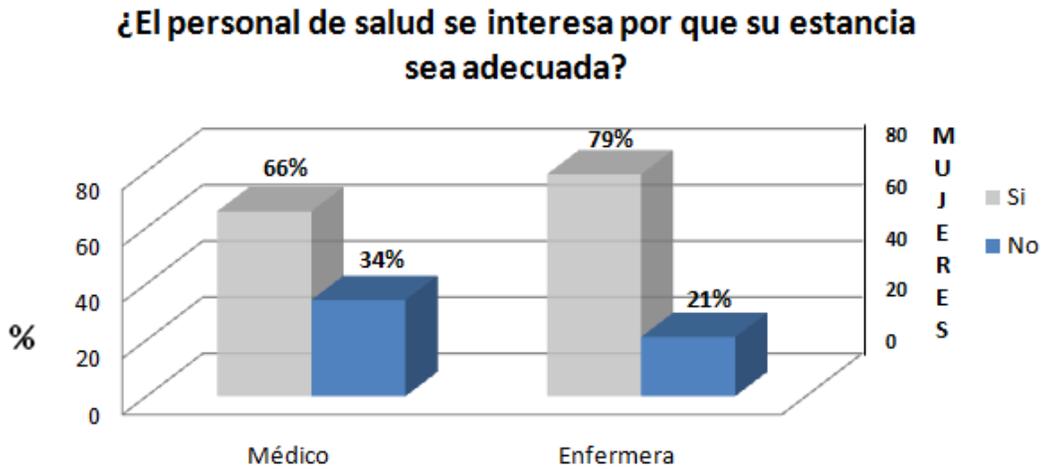


Gráfico 10: personal de salud que se interesa por la estancia de las mujeres que acuden a realizarse una ILE.

La seguridad del paciente es parte fundamental de una atención de calidad, en cuanto a lo que esto refiere 24 mujeres (26%) no se *sienten seguras* cuando el personal médico las atiende y 11 mujeres (12%) cuando las atiende el personal de enfermería, esto se puede deber a que las emociones que despierta la decisión que han tomado incide en la respuesta a ésta pregunta, debido a que esta en un lugar en el cual es atendida por profesionistas de la salud. (Grafico 11)



Grafico 11: Personal que hace sentir seguras a las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

De las encuestas aplicadas 20 mujeres (22%) señalaron que no les fue permitido por el personal médico hablar sobre sus dudas, y 19 (21%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 12)

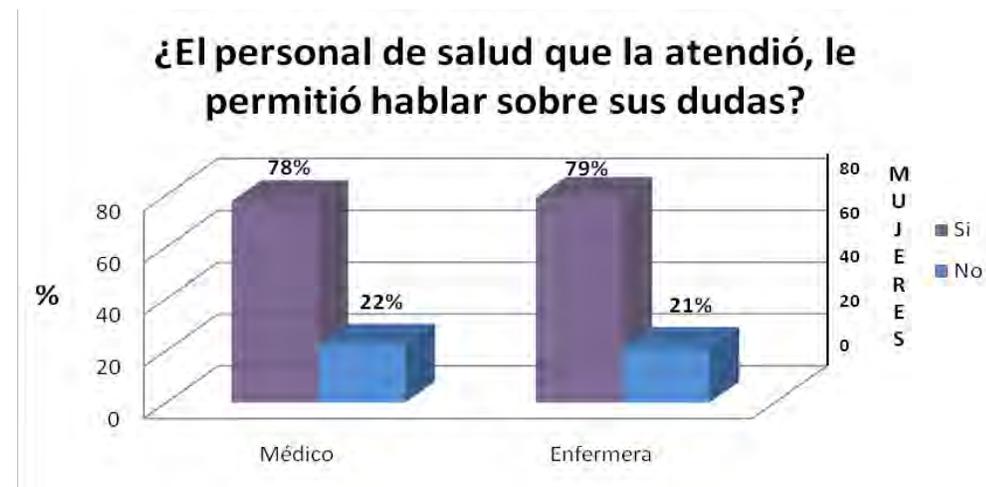


Grafico 12: Personal de salud que permitió hablar sobre sus dudas a las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

Durante el proceso de consentimiento informado, el personal médico está obligado a explicar de manera clara y entendible la información de cualquier procedimiento a realizar, así como resolver todas las dudas que el paciente exprese, previo a la obtención del consentimiento informado. La gráfica refleja que a 76 mujeres (83%) no se les explicó el procedimiento a realizar, de lo cual se puede entender que no fue suficiente de acuerdo a sus necesidades o no se recibió previo a la realización del procedimiento. Este resultado se puede tomar como un área de oportunidad para el personal de enfermería ya que surge la propuesta de que éste imparta información previa a la paciente sobre el procedimiento. (Grafico 13)



Grafico 13: Personal médico que explica cuidados y procedimientos a realizar a las mujeres que acudieron a una ILE.

Es fundamental para una buena atención resguardar la intimidad de la mujer durante todo procedimiento, sin embargo 31 mujeres (34%) no percibieron dicha acción por el personal médico y únicamente 6 (7%) por parte de enfermería. Cabe mencionar que esta acción se ve afectada en esta institución debido a la estructura del consultorio en donde se realiza el procedimiento. (Grafico 14)

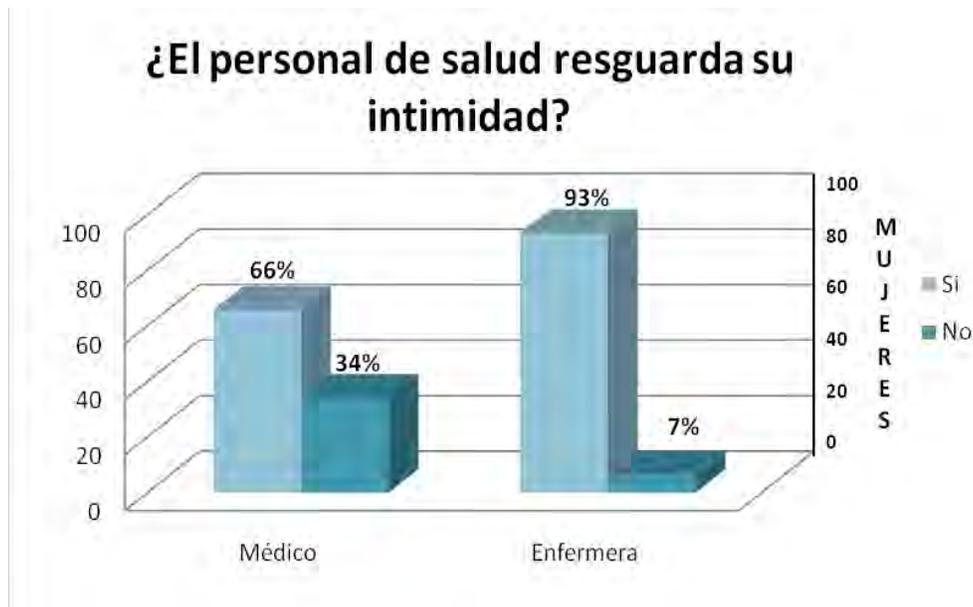


Grafico 14: Personal de salud que resguarda la intimidad de las mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

El personal de salud debe estar atento al estado de la mujer posterior al procedimiento, sin embargo 36 mujeres (39%) no recibieron una revisión periódica por parte del personal médico y 19 mujeres (21%) mencionaron no recibirlo por el personal de enfermería, ello seguramente debido a la falta de personal. aunado que no existe una sala de recuperación (Grafico 15)



Grafico 15: Revisión periódica por parte del personal de salud a mujeres que acudieron a realizarse una ILE

Parte importante de esta investigación es como las mujeres perciben el trato recibido 27 de ellas (29%) no se siente satisfecha con el trato que recibió por parte del personal médico y 11 mujeres (12%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 16)



Grafico 16: Satisfacción del trato recibido a pacientes que acudieron a realizarse una ILE.

Del total de la muestra 68 mujeres (74%) refirieron no haber recibido un buen trato, de las cuales 65 mujeres (71%) lo percibieron por el personal médico, 39 mujeres (42%) por parte del personal de vigilancia, 30 mujeres (32%) por el servicio de recepción, 19 mujeres (21%) por el área de laboratorio y 11 mujeres (12%) por parte del personal de enfermería. (Grafico 17)

¿El trato que recibió en el Hospital fue bueno?

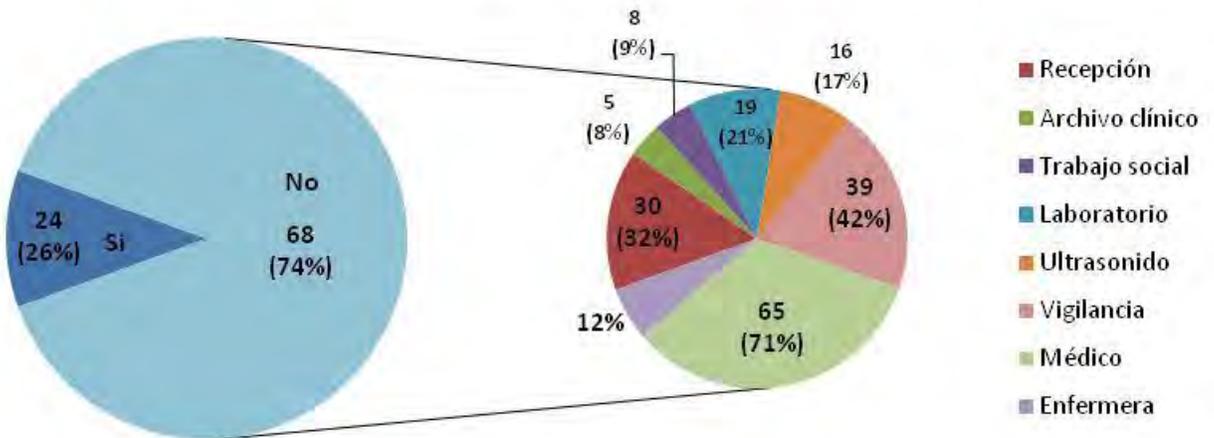


Grafico 17: Trato recibido por parte del personal del Hospital a mujeres que acudieron a realizarse una ILE.

Cuadro 2: Componentes del indicador trato digno comparados con los resultados obtenidos y el valor estándar de cada indicador.

Indicadores	Rubros	Preguntas cuestionario	Resultados			Estándar	Puntos				
			Sí	No	%Sí						
<i>Oportunidad en la atención</i> 20 pts.	Satisfacción con el tiempo de espera 20 pts.	Con el tiempo que esperó para pasar a consulta ¿Usted quedó satisfecho?	34	58	37%	85-100%	11				
<i>Comunicación con el personal médico y de enfermería</i> 45 pts.	Comunicación del paciente al médico – enfermera 7 pts.	¿Se presentaron con usted la enfermera y el médico?	Médico			Enfermera			85-100%	Médico	Enfermera
			Sí	No	%Sí	Sí	No	%Sí			
			75	18	82%	70	22	76%			
		¿Cuándo el personal médico o de enfermería se dirige a usted lo hace por su nombre?	57	35	62%	66	26	72%	85-100%	4.3	5
		¿El personal de salud que la atendió, le permitió hablar sobre sus dudas?	72	22	78%	73	19	79%	85-100%	5.4	5.5
	Explicación sobre diagnósticos 8 pts.	¿El médico le explicó con lenguaje entendible para usted sobre el procedimiento y efectos secundarios?	16	76	17%	No Aplica			85-100%	1.3	-----
	Explicación sobre tratamientos 10 pts.	¿El personal que la atiende, le explica sobre los cuidados o procedimientos que le va a realizar?	16	76	17%	77	15	93%	85-100%	1.7	9.3
	Explicación sobre cuidados a seguir 5 pts.	¿En su estancia temporal en el hospital recibió revisión periódica o constante del personal médico y de enfermería?	56	36	61%	73	19	79%	85-100%	3	3.9
Claridad de la información 15 pts.	En relación con la información que le dio el personal médico y de enfermería, ¿La considera suficiente, o no la recibió?	59	33	64%	75	25	75%	85-100%	9.6	11.2	
<i>Trato recibido del personal de la unidad médica</i> 35 pts.	G Satisfacción con el trato recibido 35 pts.	¿Se siente satisfecha con el trato que le dio personal médico y de enfermería?	65	27	71%	88	12	88%	90-100%	24.8	30.8
<i>Total de puntos del indicador</i>							55.8	71			

Cuadro 3: Rubros de percepción del trato digno sin asignación de puntos a evaluar.

Indicadores	Rubros	Preguntas cuestionario	Estándar	Resultados	
<i>Oportunidad en la atención</i>	Satisfacción con el tiempo de espera	Marque el tiempo en minutos	0 - 30Min 85-100%	0-30 18%	Más de 31 82%
<i>Trato recibido del personal de la unidad médica</i>	Localización de malos tratos	¿En qué áreas del Hospital considera que el personal le dio mal trato? Marque con una “x” el lugar donde considera se le dio mal trato (puede marcar más de una).	90-100%	Archivo clínico	87%
				Trabajo social	84%
				Enfermería	81%
				Ultrasonido	76%
				Laboratorio	73%
				Recepción	62%
				Vigilancia	53%
	Médicos	27%			
Percepción de buen trato recibido en el hospital (incluye todo el personal del hospital).	En general ¿El trato que recibió en el Hospital fue bueno?	90-100%	26%		