



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TESIS GRUPAL

**PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA
ATENCIÓN OBSTETRICA POR
ENFERMERAS OBSTETRAS**

QUE PRESENTAN:

GALICIA HERNÁNDEZ VICTORIA
NO. CUENTA 409068845
LÓPEZ CASTILLO MAGALI HERMINIA
NO. CUENTA 409019524

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

ASESOR:

MTRA. ANGÉLICA RAMÍREZ ELÍAS



MÉXICO D.F. JUNIO DE 2014.



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.

CONTENIDO

- I. Agradecimientos
- II. Dedicatorias
- III. Introducción

CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación	3
1.3 Objetivos: General y Específicos	5
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	6
2.1 Situación de la mujer en México y condiciones de inequidad	6
2.2 Panorama de la Atención del Parto en México.....	13
2.2.1 Antecedentes	13
2.2.2 Marco Legal	16
2.2.3 Lineamientos Técnicos.....	18
2.3 Modelos de Atención Obstétrica.....	22
2.3.1 Modelo Médico de Atención	22
2.3.2 Modelo de Atención por Enfermería Obstétrica	25
CAPITULO III METODOLOGÍA.....	33
3.1 Tipo de Diseño	33
3.2 Hipótesis.....	33
3.3 Variables	33
3.4 Universo de estudio.....	34
3.5 Unidad de observación.....	34
3.6 Muestra	34
3.7 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	35
3.8 Tipo de recolección de datos.....	36
CAPITULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
CAPITULO V CONCLUSIONES	63
CAPITULO VI ANEXOS	65
CAPITULO VII BIBLIOGRAFÍA	70

AGRADECIMIENTOS

A aquella fuerza sobre natural que nunca la hemos visto pero la hemos sentido, que nos ha alentado en esos instantes de locura y debilidad, que nos ama y nos protege a pesar de nuestros defectos y obstinaciones y nos acompaña en todo momento de nuestro andar.

A usted Mtra. Angélica Ramírez Elías por motivarnos a la realización del presente trabajo, por su paciencia ante nuestra inconsistencia, su apoyo, consejos, dedicación y por creer en nosotras, GRACIAS!

“Un tulipán no trata de impresionar a nadie. No se esfuerza en ser diferente de una rosa. No tiene que hacerlo. Es diferente. Y hay sitio en el jardín para cada una de las flores”

Marianne Williamson

DEDICATORIAS

A mis padres, por ser mi ejemplo a seguir, que con cariño y amor han cimentado mis valores para conducirme en la vida. Gracias por creer en mí y apoyarme en todo momento. Espero que este logro puedan verlo como suyo puesto que todo lo que soy es gracias a ustedes. Los quiero!

A mis hermanos, por tener la dicha de compartir mi vida a su lado, por quererme, soportarme y ayudarme en mis malos momentos, por entender mis ausencias y a pesar de la distancia estar atentos los unos de los otros. Esto también es de ustedes.

Y por último, pero no menos importante, a Magali; por ser mi amiga, mi compañera de tesis, mi colega y porque no, hasta mi hermana. Después de mucho tiempo he aquí el fruto de tanto esfuerzo: disfrútalo, te lo mereces.

Victoria

Quiero dedicarle este trabajo a mi madre *Lulú*, ya que es uno de los frutos del esfuerzo, la tenacidad y la entrega con la que me ha guiado siempre, te amo mamá.

A mis hermanos por sus consejos y por siempre evitar que decayera en momentos difíciles: *Noel, Adith, Javier e Iris*, gracias por creer en mí.

A mi hermana, colega y compañera de tesis por este tiempo compartido, y que por fin concluye con estas pocas páginas, gracias por creer en esto y estar conmigo, te quiero mucho amiga Victoria.

Magali

III. INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como finalidad analizar la percepción que tienen las usuarias en la atención obstétrica otorgada por enfermeras obstetras, por lo que se pretende evaluar y explorar este fenómeno que ha sido poco estudiado.

Uno de los grandes problemas que enfrenta nuestro país son las elevadas tasas de morbi-mortalidad materno- infantil, que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) significa un rezago social. Se pretende que para el 2015, dichas tasas disminuyan un 75%, de acuerdo con los objetivos del milenio.

Una de las estrategias que se pretende implementar a nivel mundial es la inserción de personal alternativo calificado, como lo son las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia, para el manejo de embarazo y atención del recién nacido de bajo riesgo, prevención y detección oportuna de complicaciones así como su referencia en caso de ser necesaria.

Dentro del marco teórico de la investigación, utilizado como soporte de la misma, se hace referencia a las desigualdades que tiene la mujer en los diversos contextos de la vida (laboral, educativo, salubridad y cultural). Dichos factores sociales intervienen para proteger o poner en riesgo la salud materna.

Más adelante se muestra el panorama de la atención del parto en México, el marco legal que lo protege así como los lineamientos que norman el ejercicio de una atención obstétrica de calidad. También se presentan dos vertientes de atención obstétrica, una otorgada por médicos y la otra por enfermeras obstetras, donde se muestran las habilidades, actitudes y competencias con las que cuenta cada profesional, exponiendo de esta manera la trascendencia de dicha investigación.

En cuanto al diseño metodológico de la investigación, se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, transversal y observacional, realizado en un Hospital Materno Infantil del Distrito Federal, se elaboró un muestreo por conveniencia a 40 usuarias que cumplieron con los criterios de inclusión en el periodo de marzo a julio de 2013. La información fue recolectada por un cuestionario conformado por

47 items, auto administrado, integrado por cinco criterios a evaluar: datos sociodemográficos, datos ginecobstétricos, atención en el control prenatal, durante el trabajo de parto y parto.

Para el análisis de los resultados y hallazgos se construyó una base de datos empleando el software Statistical Program Science Social (SPSS) con el que se crearon cuadros y gráficas utilizando las medidas estadísticas que incluye frecuencia, media, mediana y moda.

Con todo ello podemos concluir que el modelo de atención obstétrica es funcional, puesto que desde la perspectiva de las usuarias el personal está capacitado para ofrecer una atención de calidad en el que la mujer se siente satisfecha, sin embargo se encontraron debilidades en la práctica en cuanto a la atención de parto por el elevado índice de desgarro y en la actitud del personal hacia las usuarias.

CAPITULO I. Fundamentación

1.1 Planteamiento del Problema

La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o en los 42 días post parto debido a causas directa o indirectamente asociadas con el embarazo.¹

En nuestro país la tasa de fecundidad global ha venido descendiendo desde 1969, año en el que alcanzaba una cifra de 7 hijos por mujer, disminuyendo para el 2002 a 2.4 hijos, para el 2011 a 2.28 hijos y en este año se prevé que la tasa sea de 2.2 hijos por mujeres en edad reproductiva de entre 15 y 49 años.²

Sin embargo, si bien la tasa de fecundidad tiende a descender, el número absoluto de nacimientos se mantendrá elevado debido al alto número de mujeres que se encuentran en etapa reproductiva, lo que significa que la atención de la mujer seguirá representando una gran demanda para los servicios de salud.³

En contraste, la razón de mortalidad materna (RMM) en el 2013 en México, fue de 38.8 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos,⁴ los estados que presentan un mayor índice de defunciones son Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas y Guerrero; mientras que las instituciones de salud que encabezan la lista son la Secretaria de Salud (SSA) con 459 muertes, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con 156, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) con 20 y mujeres que no recibieron atención 225.⁵

Durante las últimas décadas la atención del embarazo se ha institucionalizado de manera creciente sin embargo también existe la otra vertiente, pues del total de nacimientos que se tiene reportados en 2011, que fueron 2, 586,287 según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), 1,606,601 fueron atendidos por personal profesional de salud, mientras que 979,686 de los nacimientos se atendieron por personal no profesional.⁶

Es por ello, que por recomendación de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) surge la estrategia de implementar personal alternativo profesional no médico para el seguimiento y atención del parto

garantizando una cobertura de salud a nivel nacional y disminuir la mortalidad materna y perinatal.

Una opción es la introducción de Enfermeras Obstetras para la atención del parto de bajo riesgo que se concentren en instituciones de primer nivel tanto en comunidades urbanas como rurales, que aunque no están reconocidas oficialmente como personal independiente para la atención de este, cuentan con una formación profesional y están capacitadas para la atención obstétrica sin complicaciones. A nivel mundial se ha demostrado que dicho personal es capaz de proporcionar servicios y atención de calidad a la mujer embarazada, sin embargo en México no hay evidencia de ello, debido a la baja existencia de códigos en el sector salud y de registros en la praxis que la avalen.⁷

Es por ello que el problema del presente diseño de investigación se puede enunciar de la siguiente manera:

¿Cuál es la percepción de las usuarias en la atención obstétrica otorgada por Enfermeras Obstetras?

1.2. Justificación

En las últimas décadas el panorama internacional ha centralizado su atención, en la salud materno infantil debido a que las cifras de morbimortalidad en estos grupos no ha descendido como se esperaba, dicho indicador refleja el grado de desarrollo de un país y las condiciones de inequidad social mostrando un gran problema de salud pública.⁸

De acuerdo con las metas del milenio promulgadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), México junto con 188 países más, se comprometieron a lograr el cumplimiento de los ocho Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM).⁹ Dichos propósitos encaminan acciones de sensibilización estratégica orientados a reducir los índices de pobreza; lograr el acceso a la educación primaria universal; igualdad entre géneros y la autonomía de las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras enfermedades; asegurar la sostenibilidad medio-ambiental y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.¹⁰

En el objetivo número cinco, se especifica el compromiso de mejorar la salud materna, reduciendo la tasa de mortalidad en tres cuartas partes para el 2015.¹¹ El 99% de los casos de mortalidad perinatal ocurre en países en vías de desarrollo, en donde más de la mitad de las mujeres aun paren sin asistencia de personal sanitario capacitado.¹²

Para México significa que para el año 2015 deberán presentarse máximo 415 defunciones anuales, meta aun difícil de alcanzar considerando que en los años recientes ha habido un promedio de 1100 defunciones por año.¹³

De acuerdo con los registros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), en el periodo de octubre de 2003 a 2007, la especialidad médica que más recibió quejas fue Ginecología y Obstetricia. Lo mismo demostró un estudio realizado en 2007 sobre las quejas médicas reportadas por la Comisión Estatal de Arbitraje Médico de Oaxaca (CEAMO).¹⁴ Estas son las estadísticas que muestran la realidad de la atención del embarazo y parto en nuestro país.

La iniciativa para una maternidad sin riesgos lanzada por la OMS, El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Fondo de Población

de las Naciones Unidas (FNUAP) y El Banco Mundial han propuesto incrementar la calidad proporcionada en la atención de partos como una intervención estratégica para reducir la mortalidad y morbilidad perinatal en el corto y mediano plazo.¹⁵

En nuestro país ha habido un incremento acelerado en el número de partos atendidos por personal médico al pasar de 54.7% en los años 70's a 92.8% en el 2009. A pesar del aumento de la cobertura por médicos y de que gran parte de los partos ocurren en el ámbito hospitalario, es justo en estos lugares donde se ha concentrado el mayor número de muertes maternas sobre todo en hospitales públicos y áreas rurales, esto lleva a cuestionar la calidad de formación que estos proveedores tienen para la atención de las mujeres embarazadas.

La OMS hace un reforzamiento del enfoque hacia la atención calificada y concentra su estrategia de intervención al introducir el término de "asistente calificado", el cual se refiere a un profesional de la salud (partera profesional, enfermera obstetra o médico) que tiene una formación y capacitación para ser eficiente en las habilidades necesarias para el manejo de embarazos sin complicaciones, en el parto y en el puerperio inmediato, así como en la identificación, manejo o referencia a un especialista para tratar las complicaciones en la mujer y el recién nacido.¹⁶

La idea central de esta perspectiva es que no se concentra exclusivamente en la formación y despliegue de personal calificado sino también en la necesidad de ofrecer a todas las mujeres embarazadas una atención de calidad¹⁷ libre de violencia donde la mujer se sienta satisfecha con los cuidados otorgados.

1.3 Objetivos

Objetivo General:

Analizar la percepción de las usuarias en la atención obstétrica por enfermeras obstetras.

Objetivos específicos:

- Evaluar la calidad de la atención a la mujer embarazada por enfermeras obstetras.
- Explorar el fenómeno de la atención obstétrica por personal de enfermería desde la perspectiva de la usuaria a través de datos objetivos
- Fortalecer el status que tiene la Enfermera Obstetra a partir de los datos derivados de la percepción de las usuarias.

CAPITULO II. Marco Teórico

2.1 Situación de la mujer en México y condiciones de inequidad

El término mujer engloba a todas las mujeres que pertenecen a distintas clases sociales, edades, etnias y culturas; todas estas variables determinan situaciones diferenciales en cuanto al devenir de sus procesos salud - enfermedad y las diferentes formas de percibirlos y resolverlos.¹⁸

En México, de acuerdo a proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en el año 2013 el índice de mujeres fue de 60.2 millones, representando el 51% de los 117.6 millones de habitantes en nuestro país, se estima que al final de esta década la cifra se incrementará a 4.6 millones, y para el año 2050 está alcanzara los 77.8 millones que corresponderá al 52% de la población total.¹⁹

Contexto Laboral

El INEGI,²⁰ en su último censo reporto que México cuenta con 57 millones de mujeres, de las cuales 19 millones forman parte de la población económicamente activa, sin embargo el 63% no tiene acceso a protección ni seguridad social, mientras que cerca de 26 millones trabajan sin retribución.²¹

La división del trabajo surge desde los inicios de la producción económica social, donde el hombre funge como proveedor de los bienes para la manutención del hogar y la responsabilidad de este recae en la mujer, realizando actividades que fueron invisibilizadas y desvalorizadas constituyendo así uno de los ejes de inequidad más importantes por el cual atraviesa nuestra sociedad.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) expresa que el trabajo decente, es el trabajo productivo en condiciones de libertad, en el cual se protegen los derechos de los y las trabajadores, con ingresos adecuados y una protección social adecuada. Establece además que el trabajo decente es el punto de convergencia de los cuatro objetivos estratégicos de la OIT. La idea de trabajo decente es válida para cualquier trabajador/a tanto los asalariados, como los de economía informal, los autónomos o los que trabajan a domicilio.²²

La inmersión de las mujeres en el mercado del trabajo es el resultado de distintos procesos económicos y sociales que fueron cimentando las condiciones para ampliar y potenciar la participación de la mujer en el ámbito laboral y en otros espacios públicos, sin embargo los roles de género en la esfera familiar no cambiaron en la misma magnitud, propiciando escenarios de inequidad entre los géneros.

Es sabida la discriminación salarial en el país y la desventaja laboral de la mujer frente al hombre, aunque ambos desempeñen el mismo puesto laboral, ellas ganan entre 8 y 40% menos que los hombres, según la ocupación que realicen; 11.28% de las mujeres empleadas sufre de discriminación y un 3% hostigamiento y acoso sexual, por ejemplo, en instituciones públicas y privadas se exige el certificado de no embarazo para contratar o conservar el empleo.²³

Las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres impactan las condiciones de vida de las personas, a través de una distribución desigual de los recursos que, generalmente, coloca a las mujeres en situación de desventaja. A menudo, estas diferencias pueden generar desigualdades que agudizan las carencias y la pobreza de las mujeres en relación con los hombres.

La igualdad de género es uno de los principales retos en la búsqueda de empleo decente, en la misma línea, los ODM de la ONU posicionan la reducción de la pobreza de la mujer en el centro de la agenda internacional de desarrollo y pone énfasis en el papel que juega el empleo. Sin embargo, en países en desarrollo, son muchas las mujeres consignadas a trabajos precarios, limitando que hogares, comunidades y sociedades completas salgan de la pobreza.²⁴

Contexto educativo

La educación es para las mujeres un recurso importante para su empoderamiento, para reconocer y ejercer sus derechos y así alcanzar su autonomía y autodeterminación. Este proceso de empoderamiento es un camino largo, pues la educación funge como un factor importante para su logro, teniendo consecuencias positivas en diversas esferas de su vida.²³

La tasa de analfabetismo en mujeres continúa siendo alta específicamente en adultas mayores, indígenas y aquellas que viven en zonas rurales. El 7.6% de las mujeres mayores de 15 años son analfabetas, comparado con el 4.8% de los hombres. Por otro lado, la población indígena mayor de 15 años que es analfabeta alcanza el 32.5%; en algunos casos el analfabetismo de la mujer indígena duplica o triplica al del hombre indígena.²⁵

Los libros de texto y programas educativos conservan estereotipos sexuales: los niños y niñas aprenden destrezas, habilidades y valores diferenciales, al hombre se le educa para el poder, la competencia, el dominio y la fuerza, contrariamente, a la mujer se le educa para ser madre, para dar afecto, servir y cuidar a los demás.²⁵

Las mujeres con mayor educación elevan su grado de supervivencia en la sociedad al contar con mayores recursos para la toma de decisiones sobre su salud, derechos sexuales y reproductivos, dirigiéndose hacia una maternidad libre y deseada; mejorando sus prácticas de nutrición y salud que se refleja en la disminución de las tasas de mortalidad infantil.²⁶

Un nivel educativo alto, en el plano laboral se relaciona con un incremento de expectativas personales, esto implica mayores oportunidades para incorporarse y permanecer en el mundo laboral formal, tener un salario alto y competir en dichas esferas. Por último, existe una relación directa entre el nivel educativo y el acceso a posiciones de poder y prestigio en el ámbito productivo, social y político.

Contexto de salud

Uno de los problemas más serios en relación con las enfermedades de las mujeres es la manera en cómo están concebidos los programas oficiales de salud, dichos programas están orientados a la curación y no a la prevención, pues el 5% del gasto público se destina a los servicios preventivos, mientras que los curativos absorben el 64%. Es parte del estado garantizar que las mujeres disfruten del derecho a la salud en plenitud.²⁷

Una de las etapas más vulnerables para la mujer es la maternidad aunado a esto la discrepancia en la cobertura de salud, al acceso a los servicios y la mala calidad en la atención constituyen a la mortalidad materna

como una de las primeras causas de muerte en las mujeres convirtiéndose este en un tema de prioridad para la salud nacional.

La maternidad está presente en la mitad de las mujeres de entre 20 y 29 años y en una de cada 10 de entre 15 y 19 años. La razón de este fenómeno se debe a la pobreza y desigualdad de nuestras mujeres jóvenes, favoreciendo una iniciación sexual temprana pero con una carencia de educación para ejercerla, limitando su acceso a uso de métodos anticonceptivos convenientes y efectivos, teniendo como consecuencia embarazos no deseados, deserción escolar, abandono de infantes, pobreza y muertes perinatales.²⁸

La mortalidad materna es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza: el hecho de que el embarazo o parto culmine con la muerte de la mujer refleja problemas estructurales, tanto de acceso como de atención a la salud. La OMS define a la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.²⁸

Esta definición permite la identificación de las defunciones maternas en función de sus causas directas como indirectas. Las defunciones obstétricas directas son las que resultan de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas, por ejemplo: las muertes por hemorragia, preeclampsia, eclampsia o complicaciones de la anestesia o cesárea. Las defunciones obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero si agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo, por ejemplo: las muertes por agravamiento de una dolencia cardíaca o renal.²⁹

El número de defunciones maternas en una población es esencialmente producto de dos factores: el riesgo de mortalidad asociada a un único embarazo o a un único nacido vivo, y el número de embarazos que experimentan las mujeres edad fecunda. La razón de muerte materna (RMM) se define como el número de defunciones maternas en una población dividida

por el número de nacidos vivos; así pues, representa el riesgo de defunción materna en relación con el número de nacidos vivos.²⁹

En nuestro país la RMM en 2013 fue de 38 defunciones por cada 100 mil nacimientos estimados, lo que representa una reducción de 9.1% respecto de lo registrado en la misma fecha del año pasado. El grupo de edad con mayor RMM es de 45 a 49 años. Las entidades con mayor número de defunciones son: Estado de México, Distrito Federal, Veracruz, Guerrero, Puebla y Chiapas, en conjunto dichos estados suman un 38.8% de las defunciones registradas a nivel nacional. Las instituciones con mayor índice de muertes son: SSA con 459, IMSS 156, ISSSTE con 20 muertes y mujeres que no recibieron atención 225.¹⁹

Las principales causas de muerte son: Trastornos Hipertensivos del embarazo (23.2%), Hemorragia Obstétrica (17.3%), Sepsis y otras infecciones puerperales (5.3%).²⁵

Estas cifras reflejan la situación que asume el país, sobre la salud reproductiva deficiente que tienen las mujeres mexicanas, y que muestra el deterioro en el que se encuentra esta.

Si bien, la muerte no respeta estratos sociales, las estadísticas refieren que la población que se ve mayormente afectada se concentra en zonas rurales con un mayor índice de marginación.

Es importante mencionar que México necesita adoptar medidas, para tener nacimientos seguros y así reducir de manera significativa los riesgos que con llevan a complicaciones y muerte de la madre y del recién nacido. Dentro del aspecto social una muerte materna cobra gran relevancia, pues implica la ausencia de dicha figura en el hogar, el abandono de los hijos volviendo a estos más vulnerables ante problemas como adicciones, violencia, maltrato y discriminación.

Estrategias como la implementación de personal de salud calificado no médico refiriéndose propiamente a parteras profesionales, Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Enfermeras Especialistas Perinatales³⁶ que se concentren en zonas de riesgo, para que realicen la detección y prevención oportuna de estos factores y emergencias obstétricas, para así lograr reducir el índice de muertes maternas en el país.

Violencia contra las mujeres

El fuerte vínculo que existe entre la violencia hacia las mujeres y los síntomas físicos y mentales de salud precaria, han convertido a la violencia de género en un importante problema de salud pública.

La violencia hacia las mujeres es un acto que aún prevalece en nuestro país y se manifiesta de distintas maneras. La puede sufrir cualquier mujer sin importar su edad, escolaridad, residencia, etnia, etc.

Violencia es el acto abusivo de poder u omisión intencional dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a las mujeres.³⁰

Todo acto de violencia basada en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se proceden en la vida pública como en la vida privada.³¹

Se calcula que un 36.9% de las mujeres solteras de 15 a 29 años han sufrido algún incidente de violencia por parte de su novio o pareja a lo largo de la relación. Este porcentaje indica que casi cuatro de cada diez mujeres han sufrido algún tipo de violencia emocional, económica, física o sexual a lo largo de su más reciente relación.³²

El tipo de violencia prevaleciente entre las jóvenes solteras de entre 15 a 29 años por parte de sus novios es la emocional con un 39.3%, seguida de la física con un 3.3%, la sexual con un 2.3% y la económica con un 0.9%.

Los estados con mayor incidencia de violencia de pareja contra la mujer son: Estado de México, Nayarit, Sonora, Distrito Federal y Colima.

Contexto cultural

La cultura juega un papel fundamental en la manera en que la mujer percibe, expresa y experimenta la forma de relacionarse con su cuerpo, sexualidad, pareja, familia y sociedad; dejándola como uno de los pilares más sensibles de nuestra sociedad.

En el caso de los pueblos indígenas que tienden a diferenciarse del resto de la población no sólo por cuestiones de clase sino también por marcadores culturales y lingüísticos (lenguas, usos, costumbres, tradiciones y valores) la discriminación y la falta de respeto son muy comunes en la provisión de servicios de salud.

Por lo anterior, la promoción de la equidad en salud tiene que ser acompañada por la promoción a la interculturalidad, lo cual se refiere a la interacción entre culturas, entre personas y grupos sociales, con percepciones diferentes del mundo. Idealmente, esta relación se tendría que dar en una forma respetuosa, horizontal y sinérgica, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia de ambas partes.³² Esto implica que se debe contar con personal que hable las lenguas locales, que se promocionen los servicios en la lengua local indígena pero sobre todo que el personal cuente y conozca los lineamientos de trato intercultural establecidos.

Más claramente Menéndez³³ explica que el mundo que rodea al ser humano en el proceso salud- enfermedad- atención es el macrocosmos en el cual se desarrolla la vida de toda persona no sólo como individuo sino como ser social, por lo cual es indispensable articular la salud con la cultura.

2.2 Panorama de la Atención del Parto en México

2.2.1 Antecedentes

La mujer en México ha obtenido un papel muy importante desde la época prehispánica, pues era ella quien tenía la responsabilidad de realizar los cuidados a las mujeres embarazadas, durante el parto y puerperio, de niños y ancianos³ pues se pensaba que quién más puede atender a una mujer que otra.

Es así que la partera en nuestro país surge desde la época prehispánica con el nombre de Tlamatquicitl o Tizilt que era una partera empírica,³⁴ encargada de la atención y los cuidados proporcionados a la mujer embarazada, daba consejos sobre la alimentación, orientaba a la familia de cómo debía tratar a la embarazada y lo que tenía prohibido hacer.³⁵

Cuando la mujer iniciaba con trabajo de parto la Tizilt, se encargaba de bañarla y darle infusiones de hierbas, arreglaba y acomodaba el lugar donde iba a parir y se hacía acompañar por dos o tres mujeres a las cual se le conocían como “tenedoras”,³⁶ la función de estas era de sujetar a la mujer durante el parto y el alumbramiento, después con la experiencia obtenida las “tenedoras” se convertían también en parteras.

El parto tenía la característica de ser libre, pues la mujer tomaba la posición en la que se sentía cómoda para el nacimiento de su hijo, además de que siempre estaba acompañada, este tipo de partos en algunas partes de la República Mexicana aún se llevan a cabo, principalmente en regiones indígenas.

Pero el trabajo de la partera o comadrona no terminaba ahí, pues otorgaba cuidados al recién nacido, en el puerperio y daba apoyo en el inicio de la lactancia materna.³⁶

Así se continuó la atención del parto por medio de parteras empíricas aun en la época de la Colonia y parte de la Revolución Mexicana.

La situación de las parteras cambió al modificarse la práctica médica. En 1833 dicha práctica tenía sus leyes y reglamentos regidos por el gobierno español, hasta la extinción del Protomedicato quien regulaba sus leyes, y con

la creación del Establecimiento de Ciencias Médicas,³⁷ esto pasa a ser regulado por las leyes mexicanas.

A través de esto, los médicos fueron interesándose en la obstetricia. Es en ese mismo año en la que la Universidad Nacional Autónoma de México ofrece la carrera de parteras sólo a mujeres viudas o casadas, que hayan terminado la primaria, que aprobaran un examen preparatorio y que tuvieran conocimiento del idioma francés.³⁷

Cabe mencionar que sólo las parteras podían atender a las embarazadas y no a otro tipo de enfermos pues tenían sus funciones bien definidas.

Es en el siglo XIX cuando los nacimientos cambian radicalmente, la mujer comienza a parir en áreas hospitalarias, en mesas de exploración y en posición acostada, al niño se le separa de la madre después del nacimiento y es colocado en cunas con un ayuno de 12 horas.³⁴ Es en este momento en que las actividades de las parteras van siendo desplazadas sólo al trabajo comunitario y poco requeridas en hospitales urbanos.

En la actualidad la atención del parto en México, continúa siendo realizada propiamente por médicos, adaptándose el parto a las necesidades del personal que lo atiende desplazando las de la mujer. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 93.2% de los partos fueron atendidos por médicos y solo 5.7% por personal profesional no médico.³⁸

El uso y desarrollo de tecnologías llevo a que la atención de las enfermedades estuviera a cargo de los médicos, la atención del embarazo, parto y puerperio es un ejemplo de ello, en donde se sustituyó la atención tradicional por el modelo médico, transformando progresivamente la concepción del parto, al ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por médicos y a la parturienta se le concebía como una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama y más tarde en el hospital.⁷

A consecuencia de ello se han desarrollado modelos alternativos, en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido con el más mínimo uso de tecnología médica.³⁹ La OMS desde 1996, implementa el término de personal calificado o proveedor calificado, que se refiere exclusivamente a

aquellas personas con destrezas en atención profesional del parto que han sido capacitados hasta alcanzar pericia en las destrezas necesarias para brindar cuidados competentes durante el embarazo y parto.⁴⁰

En México existen estos lugares, donde la atención del parto es llevado a cabo por personal de salud no médico. En 1987 la clínica CIMIGen⁴¹ ha atendido a miles de mujeres embarazadas con el modelo de una Atención de Parto Humanizado, obteniendo resultados favorables y comparado con países europeos, pues se tiene una baja tasa de muerte materna.

En el 2005 la Comisión Interinstitucional de Enfermería de la SSA, diseñó un modelo de atención obstétrica, que tiene como propósito aprovechar el potencial de la enfermera obstetra y perinatal con el objetivo de mejorar la calidad en la atención de la mujer embarazada, parto y el puerperio, para así disminuir la mortalidad perinatal.²⁹ Así es cómo surge el modelo de la atención obstétrica por personal profesional no médico.

2.2.2 Marco Legal

Toda mujer tiene derecho a preservar una integridad personal, de salud y autonomía reproductiva, igualdad y no discriminación, a decidir sobre el número y espaciamiento de los hijos/as y a no ser sometida a torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes por medio de una educación e información para gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico.⁴² Estos están legislados en los artículos 1º, 4to. y 123, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud en México

La Ley General de Salud “establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y sus entidades en materia de salubridad general” y prevé como materia de salubridad general la atención materno infantil⁴³ la cual se considera como parte de los servicios básicos de salud para los efectos del derecho a la protección de la salud.

Los servicios específicos de atención materna están previstos en el capítulo V de esta ley, donde se indica que la protección materno infantil y la promoción de la salud materna “abarca el periodo que va del embarazo, parto, postparto y puerperio, en razón de la condición de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer y el producto”⁴³ y engloba acciones como la atención integral de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la atención psicológica que requiera. Esta ley enfatiza el derecho de las mujeres embarazadas a obtener servicios de salud con estricto respeto de sus derechos humanos.

La Ley General de Salud establece acciones encaminadas a identificar y erradicar factores de riesgo para la salud de las mujeres embarazadas y fortalecer medidas para mejorar el acceso y la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, tales como la capacitación de enfermeras obstetras en la atención obstétrica; la participación de la sociedad civil y el sector privado mediante la creación de Redes de Apoyo a la salud materna; la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud

física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas; y la creación de comités de prevención de la mortalidad materna e infantil de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas pertinentes.⁴⁴

Por su parte el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica prevé un capítulo específico de disposiciones para la prestación de servicios de atención materna infantil en el cual señala como una de las obligaciones de los responsables de un hospital gineco- obstétrico, tomar las medidas necesarias para disminuir la mortalidad materna e infantil acatando las recomendaciones que para el efecto dicten los comités nacionales respectivos.⁴²

2.2.3 Lineamientos Técnicos

Son acciones específicas que determinan la forma, el lugar y modo para unificar criterios que orienten y direccionen prioridades, la asignación de recursos y la toma de decisiones en la praxis obstétrica.

Norma Oficial Mexicana- 007-SSA2-1993, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Recién Nacido

Esta norma describe de forma general los pasos a seguir para el cuidado prenatal y el protocolo de atención en casos de emergencia obstétrica que pongan en riesgo la vida de la mujer embarazada. El propósito es normar y homogeneizar los procedimientos de atención a la mujer gestante y evitar prácticas que pongan en riesgo el desarrollo del embarazo o que no respondan a los más altos estándares de calidad para reducir la mortalidad y morbilidad materno infantil.⁴⁵

El control prenatal deberá estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico. Se establece que la mujer gestante debe de recibir un mínimo de cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las 12 semanas de gestación. La consulta debe estar encaminada a informar a la embarazada acerca de posibles complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio a fin de asegurar que las mujeres puedan identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica, informar sobre los datos de alarma que requieren de atención inmediata.⁴⁵

La atención a la mujer y su hijo durante el embarazo, parto y puerperio, debe ser impartida con calidad y calidez. Un elemento importante es humanizar el embarazo y parto favoreciendo el apoyo psicológico y afectivo durante su evolución a todas las mujeres.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.⁴⁶

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).

Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del parto

Dicha guía forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico de Guías de Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el programa sectorial de salud 2007- 2012.⁴⁷

Su finalidad es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la evidencia y estandarizar las acciones nacionales.

Esto para mejorar la calidad asistencial en la paciente obstétrica y promover la atención del parto eutócico favoreciendo un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las usuarias.

Entre algunas de las recomendaciones de esta guía son:

- Facilitar que la embarazada pueda deambular y adopte la posición de acuerdo a sus necesidades y preferencias en caso de que no existe patología que complique la evolución del trabajo de parto y/o ruptura de membranas.
- Permitir la ingesta de líquidos de acuerdo a las necesidades de la paciente.
- Colocar al recién nacido por debajo o a nivel de la vulva durante 3 minutos y realizar el pinzamiento del cordón umbilical hasta que este deje de latir.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, en sus modificaciones 2004 y 2006 señala las siguientes atribuciones de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (Artículo 25):⁴⁸

Apartado VII: Proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud en correspondencia a las necesidades y características culturales de la población, promoviendo la interrelación con propuestas y proyectos conjuntos, apoyando que su evaluación se realice a través de la visión de la cultura donde se practica.⁴⁸

Apartado XVII: Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del Sistema Nacional de Salud.⁴⁸

Apartado XIX: Diseñar, proponer y operar la política sobre medicina tradicional y medicinas complementarias en el Sistema Nacional de Salud.⁴⁸

Esto significa que la Secretaría de Salud cuenta con las atribuciones para proponer y desarrollar nuevos modelos que tomen en cuenta la cultura de la población, las acciones de sensibilización intercultural y la medicina tradicional.

3.3 Modelos de atención obstétrica

3.3.1 Modelo médico de atención

A partir de finales del siglo XIX la ciencia biomédica ha ido elaborando modelos mecanicistas de la salud y de la enfermedad que paulatinamente se han ido implantando en la atención sanitaria. Este contexto explica cómo el proceso del parto comienza a ser atendido en los hospitales cuyo perfil estructural estaba configurado por discursos médicos en los que se representa a la gestante como una mujer enferma que necesita de asistencia médica. Es la etapa en la que se inicia la medicalización del parto.

Progresivamente se impone un dominio absoluto del proceso por parte del aparato médico con la pérdida del control de la mujer sobre su propio cuerpo. El poder y la autoridad de los médicos legitiman con sus discursos esa práctica y subordinan la maternidad al modelo biomédico o tecnocrático.⁴⁹

Dicho modelo es un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados del desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual ha logrado establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos como por el estado.

Los principales rasgos estructurales son biologismo, individualismo, mercantilismo, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento de la usuaria, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.⁵⁰

La atención medicalizada del parto se ha modificado con el desarrollo de la ciencia y la tecnología, así como a partir de las recomendaciones emitidas por la OMS y la OPS. El enfoque biológico, la hospitalización, el uso indiscriminado de medicamentos y tecnología caracterizan las prácticas rutinarias de la atención obstétrica.

Dicha atención en el área hospitalaria se lleva a cabo de la siguiente manera: la mujer durante el parto es colocada en posición de litotomía, en la cual ella permanece acostada con la cadera y las rodillas semi flexionadas sobre el cuerpo, con muy pocas posibilidades de moverse. Se realiza aseo

vulvo perineal, se colocan campos estériles y se dirige nacimiento. Una vez que nace el neonato, se pasa a médico pediatra, y se prosigue al alumbramiento donde se hace uso de oxitocina por vía parenteral.

El rasurado del vello púbico (tricotomía), la administración de soluciones por vía parenteral, enema evacuante, cateterismo vesical, episiotomía, aplicación de anestesia epidural y perineal y revisión de cavidad manual y/o instrumental, son algunos de los procedimientos de manera rutinaria de la atención del parto por dicho profesional de la salud.

Las complicaciones más comunes están asociadas al uso inapropiado de tecnología y medicamentos que caracterizan las prácticas rutinarias de la atención obstétrica ya antes mencionadas. Por ejemplo, la posición de litotomía favorece la presencia de desgarros perineales, trayendo consigo efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre pero beneficia la comodidad del personal que atiende el procedimiento; la tricotomía puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones aunque se creó que facilita una mejor visualización del área genital; el uso excesivo de soluciones endovenosas libres de sales pueden llevar a hiponatremia tanto a la madre como al recién nacido; la ministración desmedida de oxitócicos aumentan el riesgo de hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones del canal de parto y ruptura uterina; la episiotomía puede ocasionar dispareunia, riesgo de infección y una recuperación más lenta en el puerperio. A pesar que la OMS junto con la Norma Oficial Mexicana 007 contraindica estas acciones, aún siguen formando parte de la atención médica obstétrica.⁵¹

Es así como los médicos sustituyeron a las parteras en los nacimientos, los hospitales reemplazaron a los hogares, el equipo clínico ocupó el lugar de la familia como apoyo en el parto, la frialdad de una mesa obstétrica desplazó a la libertad de posición de las parturientas y los cuidados mediatos e inmediatos al recién nacido sustituyeron al contacto materno inmediato.

De esta manera, la medicina construye el proceso reproductivo desde una perspectiva médica hegemónica patologizante. Impone una comprensión de la vida, la salud y la enfermedad así como la muerte basadas en causas

exclusivamente biológicas, cognoscibles y manejables a través de los avances técnicos.⁵²

Cabe mencionar que en la actualidad en nuestro país, los centros de salud en su mayoría están a cargo de Médicos Generales, que casi siempre se encuentran cursando la pasantía. Existe evidencia que este personal desde su formación no cumple con las competencias necesarias para ser considerado calificado en la atención de parto.⁵³ Su formación carece de conocimientos a profundidad en ginecología y obstetricia, pues la experiencia que adquieran en la atención de partos depende del lugar donde realicen su internado y servicio social.

Sin embargo, los médicos especialistas son quienes brindan una atención calificada, pero resulta imposible plantear que todas las mujeres sean atendidas por ellos, puesto que se concentran en instituciones de segundo y tercer nivel. De ahí que en los centros de salud no se atiendan partos de bajo riesgo y solo se dé seguimiento al embarazo y se refiera la atención del parto eutócico al siguiente nivel de atención, con la consecuente saturación de estos niveles al atender partos que podrían ser atendidos en el siguiente nivel.

3.3.2 Modelo de atención de enfermería obstétrica

En la década de los 80's, la OMS instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento porque su medicalización no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada que tuviera en cuenta sus necesidades y expectativas. Por lo que detalla una serie de recomendaciones a fin de evitar que ciertas prácticas, que no están justificadas, sean realizadas de una forma sistemática, es decir, a todas las mujeres, ya que entiende que suponen la medicalización de este proceso. Se indica que toda mujer como persona tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo su participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Siguiendo estas recomendaciones se empezó a considerar la posibilidad de aplicar una atención más integral y holística en la secuencia reproductiva. Es así como nace el modelo humanístico.

Dicho modelo implica ver a la mujer gestante como persona teniendo en cuenta factores familiares, psicológicos, sociales, ecológicos y espirituales así como también estimando aspectos tales como el respeto, estado emocional, valores, creencias, sentido de la dignidad y autonomía durante los procedimientos.

Se pretende evitar el interaccionismo superfluo o iatrogénico, centrándose en las necesidades de respeto y la toma de decisiones de la madre en el momento del parto y en la atención del recién nacido, antes que en las rutinas y prácticas hospitalarias.

En el contexto de la humanización del parto, la praxis obstétrica llevada a cabo por los profesionales generalmente está condicionada por las representaciones simbólicas que éstos poseen respecto a los conceptos de parto normal, natural y humanizado. Estas representaciones se construyen a partir de las creencias, valores, actitudes, habilidades, hábitos, prácticas que se tiene sobre un aspecto determinado. Por otro lado, el proceso de socialización laboral durante la formación del equipo de salud va a determinar los valores, las normas y los conocimientos que éste adquirirá a lo largo de su formación profesional.

Como en todos los procesos de transformación que se llevan a cabo en los centros hospitalarios y en los que interviene una amplia red de actores, persiste cierta ambivalencia en la medida que coexisten roles y prácticas antiguas con el modelo emergente. No hemos caído en el error de pensar que el modelo biomédico es falso y que se debe erradicar. Es evidente que contendrá aspectos positivos que se deben mantener. El reto consiste en complementarlos para perfeccionar la práctica asistencial que se le ofrece a la mujer en el proceso reproductivo.

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales de qué se entiende y cómo debe realizarse un parto más personalizado. Será el enfoque cultural el que nos indicará el modo de superar el tratamiento abstracto y deshumanizante que desean mantener los falsos intérpretes de la ciencia médica. Se llegó a la conclusión de que el modelo médico funciona bastante bien para la enfermedad y los accidentes, pero que no encaja bien dentro de los ciclos de la vida como el nacimiento o la muerte.⁵⁴ Recientemente se han puesto de manifiesto las ambigüedades, insuficiencias y fallos de este modelo: el individuo tratado es percibido como paciente pero ignorado como persona y además aislado de su entorno humano. Frente a este modelo proponemos un contexto más humanizado: personas que se relacionan y tratan con personas.

Las nuevas directrices orientan hacia una práctica de atención del parto y nacimiento humanizada, basada en los derechos y necesidades de la mujer y su hijo, en las características que tenemos como país, en la evidencia científica, en las recomendaciones de la OMS, tomando en cuenta un enfoque intercultural y realizada por personal calificado como lo son las enfermeras obstetras.

El modelo de atención obstétrica en enfermería tiene como característica principal la atención centralizada en la mujer gestante y su familia. Dicho modelo tiene como propósito aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial del Licenciado en Enfermería y Obstetricia y del

Especialista en Enfermería Perinatal a fin de extender la cobertura de atención profesional a la mujer embarazada, mejorar la calidad de la atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna en el país, en especial en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas.⁵⁵

Perfil de la enfermera obstetra

La enfermera obstetra es el profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles.⁵⁵

Competencias de la enfermera obstetra:

Para cumplir efectivamente con su misión la enfermera obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias y acciones derivadas de ellas.

Estas competencias se dividen en específicas y generales; las primeras están dirigidas a la atención prenatal, del trabajo de parto y parto, del puerperio y del recién nacido; así mismo, se incluyen las competencias para la atención de urgencias obstétricas y neonatales. Dentro de las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.⁵⁶

- Competencia de atención prenatal: Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo.
- Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto: Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y su hijo.

- Competencia de atención en el puerperio: Brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia
- Competencia de atención al recién nacido: Proporciona atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte.
- Competencia de urgencias obstétricas: Atiende situaciones críticas que representan amenazas para la vida de la mujer en cualquier etapa del embarazo, parto y puerperio. En la actualidad, dicha competencia no se realiza, puesto que la enfermera obstetra está capacitada para ofrecer una atención de bajo riesgo en el primer nivel de atención, centrándose en la detección y referencia ante una urgencia obstétrica.
- Competencia del modelo de información, comunicación y educación: Aplica el modelo de información, comunicación y educación, para que las personas logren una vida familiar saludable, embarazos planeados y responsables así como autocuidado de la salud.
- Competencia de interculturalidad: Brinda atención obstétrica con una visión intercultural y ética.

La mayor parte de los problemas de salud materna infantil son susceptibles de resolverse a través de acciones preventivas, que buscan la concientización para modificar estilos de vida, y acrecentar la cultura de la prevención. En esa intención es que la enfermera obstetra trabaja en colaboración con otros profesionales de la salud, consultando con ellos o remitiendo, aquellos casos que están fuera de su campo de ejercicio profesional.⁵⁷

Atención humanizada

El término humanización es un concepto que tiene diversas definiciones dependiendo del enfoque con el que se analice. El concepto de humano, se refiere a un ser que a diferencia de los seres vivos, este ha logrado desarrollar sentimientos consientes y manejables, además del uso de la razón.⁵⁸

El concepto de humanización consignará a un proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia la auto-transformación y hacia el entendimiento del espíritu esencial de la vida. La humanización busca, de igual modo el desarrollo de un sentido de compasión y en unión con el universo, el espíritu y la naturaleza; con otras personas de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global; y con personas que llegarán en el futuro, así como quienes nos han antecedido. La humanización es indiscutiblemente un medio trascendental para alentar y encaminar el poder de individuos y grupos hacia el desarrollo de sociedades sustentables y el goce pleno de la vida. La humanización puede aplicarse a cualquier aspecto del desempeño humano, tales como: parto y nacimiento, enfermos en etapa terminal, envejecimiento, salud y enfermedad, educación, ambiente, economía, política, cultura y pobreza. El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras.⁵⁹

El Parto Humanizado es un proceso en el cual se respeta la individualidad de la mujer, valorándola como la protagonista del nacimiento de su hijo,⁶⁰ humanizando la atención y mejorando la calidad de esta, al punto en el que el profesional debe respetar la fisiología del parto, no interviniendo innecesariamente, reconociendo los aspectos sociales, culturales y ofreciendo apoyo emocional a la mujer y a su familia, facilitando así la formación de los vínculos afectivos que se crean entre madre-familia y madre-hijo.⁶¹

Haciendo que la mujer asuma su propia autonomía, en todo el proceso del nacimiento, permitiendo que su pareja la acompañe en una etapa que para ambos será muy importante. Es un momento especial que requiere de un ambiente tranquilo, donde la mujer y su hijo se reconozcan piel con piel, por medio de caricias y amor, así mismo el apoyo de la pareja refuerza los lazos de una nueva familia que está por formarse, no se requiere de prisa, todo se debe de dar de forma natural y sin temor, logrando así que la pareja pueda decidir sobre este momento tan imprescindible como es el nacimiento de un nuevo ser.

El Parto Humanizado abre a más elementos, dándole un peso importante al impacto que tiene esta atención en el recién nacido y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento por medio de la lactancia materna y así comenzar con el apego inmediato para reforzar el binomio madre-hijo, en un contexto amoroso no violento donde el recién nacido se sienta amado, pues el amor ayuda a desarrollar niños con mayor empatía y más receptivos, este nuevo individuo estará más deseoso de responder y comprender los sentimientos de los demás.⁶²

Elementos:

Acompañamiento y apoyo continuo durante el trabajo de parto y parto.

La mujer durante el trabajo parto y parto genera sentimientos de frustración, miedo y ansiedad, estudios han demostrado que el sentirse ellas apoyadas emocionalmente, ya sea por su pareja, familiar, doula o enfermera, perciben una comodidad, y tranquilidad y un apoyo continuo, trayendo consigo beneficios durante el trabajo de parto y parto como son: partos más cortos, uso menor de medicación y analgesia epidural, menor número de niños con test Apgar menor de 7 y menos partos instrumentados.⁶³

Cuando existe un acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y postparto los lazos familiares se refuerzan y se crea un ambiente de seguridad tanto para el recién nacido como para la madre, también esto refuerza a que el hombre se sensibilice en este nuevo proceso y que acepte junto con su pareja algún método de planificación familiar,⁶⁴ que aun en nuestro país estos son de difícil acceso, ya que los servicios de salud son muy lejanos o el machismo que aún se vive en el país pues es un gran problema que continúa aquejando a la población femenina, la inequidad de género, como una barrera aun difícil de sobrepasar.

Es importante que el personal de salud esté capacitado en otorgar información a la madre sobre el lugar donde nacerá su hijo, como será el proceso, proporcionar masaje o simplemente tomar de la mano a la parturienta para que ella se sienta apoyada y disminuya sus sentimientos negativos, creando un ambiente de confianza.

Libertad de movimiento y posición.

Se debe estimular a las mujeres a que tengan un parto en posiciones cómodas para ellas, estar en movimiento continuo, realizar ejercicios que les permitan disminuir el dolor.

Esto por lo regular se obtiene de una posición vertical, y por ende trae beneficios como efectos respiratorios, pues aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el producto, además de la relajación de los músculos; efectos mecánicos y de la gravedad pues esto permite que el feto se encaje y favorezca un mejor descenso para el nacimiento.

También interviene en la disminución de los riesgos como la alteración en el bienestar fetal por la compresión de la arteria aorta y la vena cava mejorando llevando al recién nacido a una alteración ácido-base.

Y existe una disminución en cuanto a la duración del trabajo de parto, tanto en el periodo de dilatación y borramiento, como en el periodo expulsivo.⁶⁵

Corte tardío de cordón umbilical y contacto de piel a piel.

Los primeros momentos después del nacimiento del recién nacido tanto la madre como él son muy vulnerables, y es fundamental la atención que se brinda pues esto ayudará a que lleve un desarrollo óptimo en un futuro, además de mejorar su salud.

Hacer el pinzamiento del cordón umbilical dentro de los 10 a 15 segundos impide al recién nacido recibir el volumen sanguíneo y las reservas de hierro suficientes aumentando la incidencia de anemia durante la primera mitad de la lactancia.⁶⁶

El clampeo tardío del cordón umbilical o pinzamiento tardío trae consigo beneficios para el recién nacido pues facilita la transferencia fisiológica de la sangre placentaria al recién nacido, proporcionando una reserva de hierro suficiente para los primeros 6 a 8 meses de vida⁶⁷ previniendo la carencia de este mineral hasta que inicie la ablactación.

Mientras que el recién nacido se encuentre estable y respire, se le puede colocar a la madre sobre su pecho, para tener contacto de piel a piel, cubriendo

su espalda con un campo limpio, seco y tibio, esto ayuda a que el recién nacido regule su temperatura y mejore el vínculo con su madre, además de que se promueve el inicio temprano de la lactancia materna.⁶⁸

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 Tipo de diseño

Se trata de un estudio de tipo prospectivo, pues la información se recogió de acuerdo a los criterios de la investigación después de la planeación de ésta, transversal porque se midió una sola vez las variables a investigar sin pretender evaluar la evolución de estas, descriptivo pues solo contó con una población para la evaluación y observacional porque no se pretendió modificar intencionalmente las variables.

3.2 Hipótesis

Para la presentación de este trabajo se realizó la siguiente hipótesis:

La percepción de las usuarias en la atención obstétrica otorgada por Enfermeras Obstetras es satisfactoria.

3.3 Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	UNIDADES DE MEDICIÓN
ENFERMERA OBSTETRA	Profesional de enfermería que tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer en estado grávido, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en	<ul style="list-style-type: none">• Licenciada en Enfermería y Obstetricia.• Enfermera Especialista Perinatal.• Médico General

	las mejores condiciones posibles. ⁵⁵	
SATISFACCIÓN	Valorar objetivamente la percepción del individuo sobre la calidad de la atención recibida. ⁶⁹	<ul style="list-style-type: none"> • Muy satisfecho. • Satisfecho. • Poco satisfecho. • Insatisfecho • Muy insatisfecho.
ATENCIÓN OBSTÉTRICA	Atención que se ofrece a la mujer embarazada durante las diversas etapas de la gestación, TDP, parto, atención del recién nacido y puerperio; con el fin de prevenir, detectar y referir según sea necesario.	<ul style="list-style-type: none"> • Control Prenatal. • Trabajo de Parto. • Parto. • Atención Humanizada.

3.4 Universo de estudio

Todas las mujeres embarazadas que solicitan atención obstétrica en este Hospital.

3.5 Unidad de observación

Usuaris con embarazo a término de bajo y mediano riesgo en Trabajo de parto Fase Activa que acudan a la unidad de labor para la atención de parto.

3.6 Muestra

Se realizó un muestreo por conveniencia* a 40 usuarias en el periodo de marzo a julio de 2013 en un Hospital Materno Infantil de la Delegación de Iztapalapa del Distrito Federal.

* Se refiere al tipo de muestreo de forma intencionada en la que se busca obtener una muestra de elementos convenientes.

3.7 Criterios:

Inclusión:

- Usuaris con embarazo a término de bajo y mediano riesgo.

Exclusión:

- Usuaris con embarazo a término de alto riesgo.
- Usuaris que elijan que la resolución de su embarazo sea vía cesárea.
- Usuaris con alguna patología agregada.
- Usuaris con embarazo con óbito.

Eliminación:

- Usuaris que se nieguen a participar.
- Usuaris en estado de coma.
- Usuaris en las que se sitúe en peligro su vida.

3.7 Recolección de datos

El cuestionario está conformado por 47 ítems, es una prueba autoadministrada, con duración de 15 minutos, integrado por cinco criterios: datos sociodemográficos, datos gineco-obstétricos, atención en control prenatal, atención durante el trabajo de parto y parto.

El cuestionario que tiene por título: Percepción de las usuarias en la atención obstétrica por enfermeras obstetras, está estructurado por preguntas abiertas como lo es en los datos sociodemográficos y gineco-obstétricos, y para explorar el control prenatal, vigilancia durante el trabajo de parto y la atención del parto, son de opción múltiple. Por último se mide el grado de satisfacción sobre la atención recibida donde se emplea la escala de medición tipo Likert, la cual es una escala de medición en la que se miden actitudes o predisposiciones individuales en un contexto social, la unidad de análisis que responde a la escala marcará su grado de aceptación o rechazo hacia la proposición expresada en el ítem (Ver Anexo 1).

Previo a la aplicación del cuestionario se diseñó una prueba piloto utilizando 10 cuestionarios autoadministrado a usuarias extraídas del universo, que cumplieron con criterios de inclusión, por medio de esta se corrigieron y estructuraron ítems del cuestionario.

Una vez evaluado y modificado el cuestionario, se prosiguió a aplicar dicho formato a 40 usuarias en el área de alojamiento conjunto tomando en cuenta los principios éticos de: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Se solicitó la autorización de las usuarias explicándole los objetivos de la investigación, las cuales aceptaron sin problema alguno.

El instrumento se entregó en mano permitiendo que ellas contestaran de manera libre en anonimato y de forma privada, el tiempo promedio para resolverlo fue de 15 a 20 minutos.

Para el análisis estadístico de datos se construyó una base de datos empleando el software estadístico SPSS (Statistical Program Science Social). Las medidas estadísticas que se emplearon fueron del corte descriptivo que incluye frecuencias, media, mediana y moda.

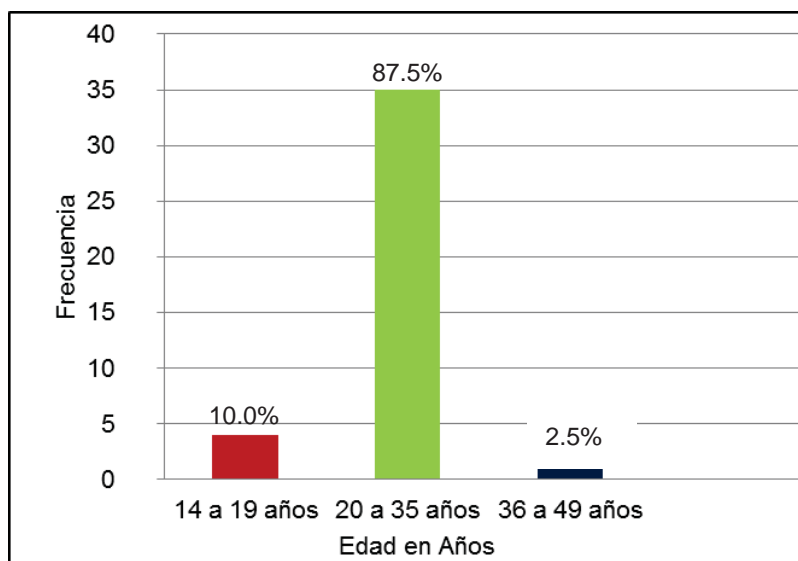
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Cuadro No.1 Edad de las Usuarías.

Edad de las Usuarías	Fe	%
15 a 19 años	4.0	10.0
20 a 35 años	35.0	87.5
36 a 40 años	1.0	2.5
Total	40.0	100.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarías en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 1 Edad de las Usuarías.



Fuente: Cuadro No. 1

Como lo muestran los datos de este estudio la población que acude para la atención obstétrica coincide con los reportados a nivel nacional, podemos afirmar que las mujeres en edad reproductiva oscilan entre 15 y 49 años, el grupo de edad más representativo corresponde al de 20 a 35 años, siendo esta la edad que se asocia a menor riesgo obstétrico.

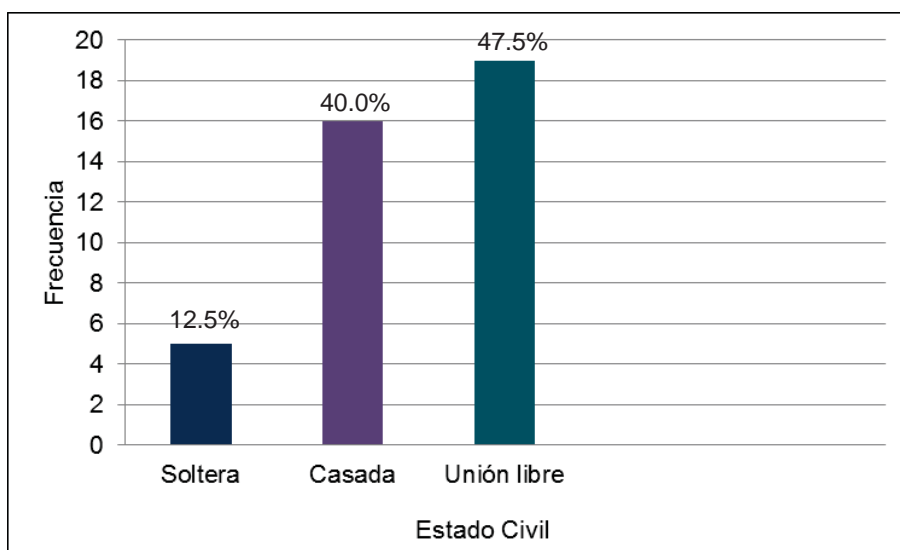
Un dato relevante corresponde a los grupos de edad de 14 a 19 años y de 36 a 49 años, con solo el 10% y el 2.5% respectivamente, los cuales se asocian a un grupo de alto riesgo obstétrico, estos grupos no predominan puesto que el centro hospitalario dirige sus servicios al embarazo de bajo riesgo.

Cuadro No. 2 Estado Civil de las Usuaris

Estado Civil	Fe	%
Soltera	5	12.5
Casada	16	40.0
Unión libre	19	47.5
Total	40	100.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 2 Estado Civil de las Usuaris



Fuente: Cuadro No. 2

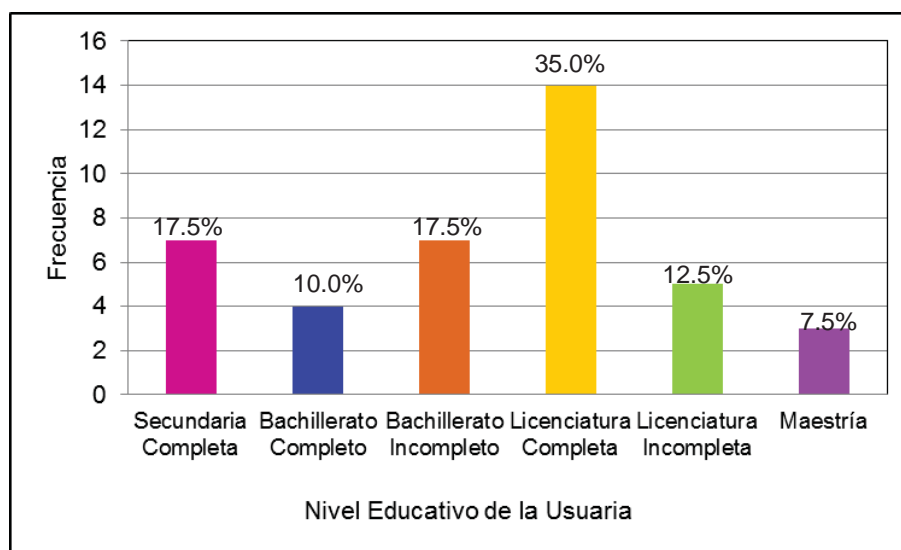
Como lo muestra la gráfica el 47.5% de las usuarias su estado civil es la unión libre, que va acorde con los datos de las estadísticas actuales, pues hoy en día la mujer prefiere vivir de con su pareja sin necesidad de casarse, tomando la maternidad como un evento autónomo. Resalta una considerable cifra (12.5%) en el que la mujer decide hacerse responsable de la maternidad haciéndose acreedoras a un nuevo rol: jefa de familia ante la sociedad.

Cuadro No. 3 Nivel Educativo de las Usuaris.

Nivel Educativo	Fe	%
Secundaria Completa	7	17.5
Bachillerato Completo	4	10.0
Bachillerato Incompleto	7	17.5
Licenciatura Completa	14	35.0
Licenciatura Incompleta	5	12.5
Maestría	3	7.5
Total	40	100

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 3 Nivel Educativo de las Usuaris



Fuente: Cuadro No. 3

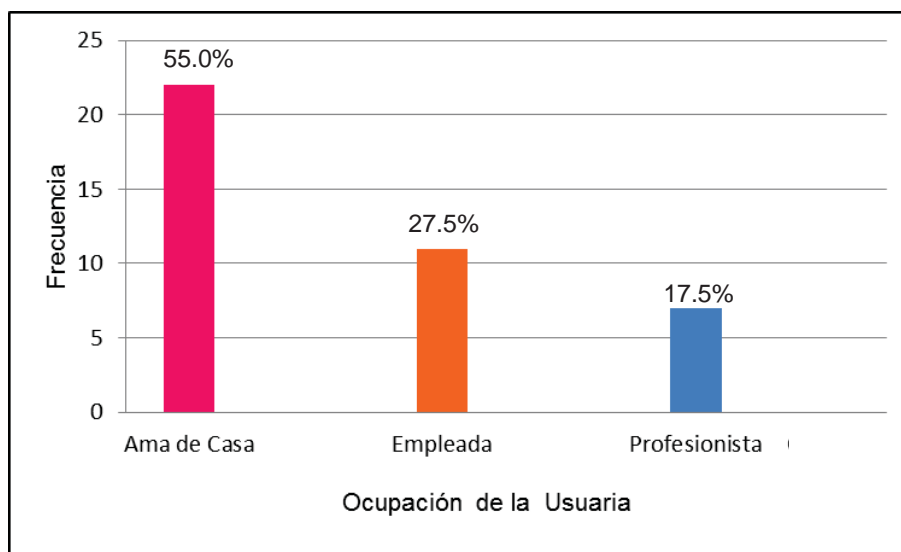
El nivel educativo de la población estudiada corresponde a Licenciatura completa con un 35.5% con esto podemos afirmar que la mujer ha elevado su grado de educación a un nivel superior, que antes era exclusiva para los varones. Las mujeres con un mayor grado de estudio elevan sus oportunidades de mantener un status económico estable, por ende cuentan con más recursos para la toma de decisiones sobre su salud, derechos sexuales y reproductivos.

Cuadro No. 4 Ocupación de las Usuarias.

Ocupación	Fe	%
Ama de Casa	22	55.0
Empleada	11	27.5
Profesionista	7	17.5
Total	40	100.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarias en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No.4 Ocupación de las Usuarias.



Fuente: Cuadro No.4

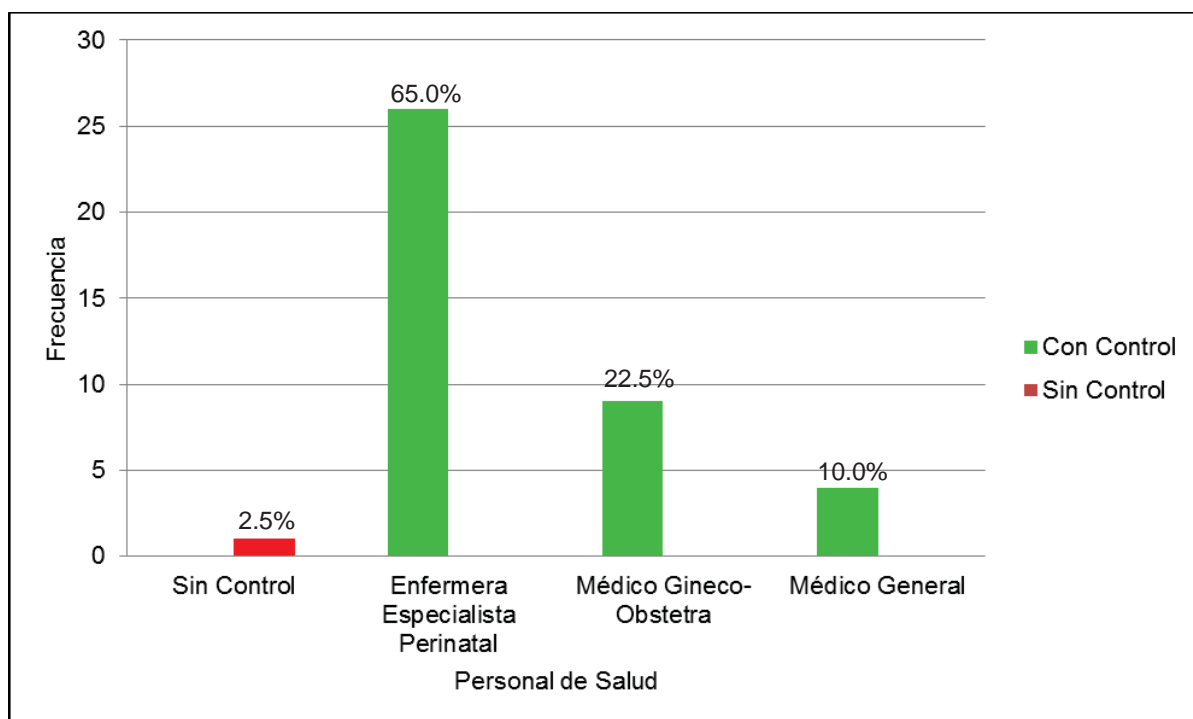
A pesar de que la mayoría de la población cuenta con un nivel de educación superior, estas no se desempeñan laboralmente dentro de un área donde reciban cierta remuneración, puesto que el 55.0% son amas de casa y el 45.0% tienen un trabajo formal, aunque no todas se desarrollan en espacios profesionales, esto muestra la inequidad de género en el ámbito laboral y las costumbres en la esfera familiar.

Cuadro No. 5 Control Prenatal y Personal que lo otorga.

Personal Usuarías	Sin Control		Enfermera Especialista Perinatal		Médico Gineco- Obstetra		Médico General		Total	
	Fe	%	Fe	%	Fe	%	Fe	%	Fe	%
Con Control	0	0.0	26	65.0	9	22.5	4	10.0	39	97.5
Sin Control	1	2.5	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	2.5
									40	100.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarías en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No.5 Control Prenatal y Personal que lo otorga



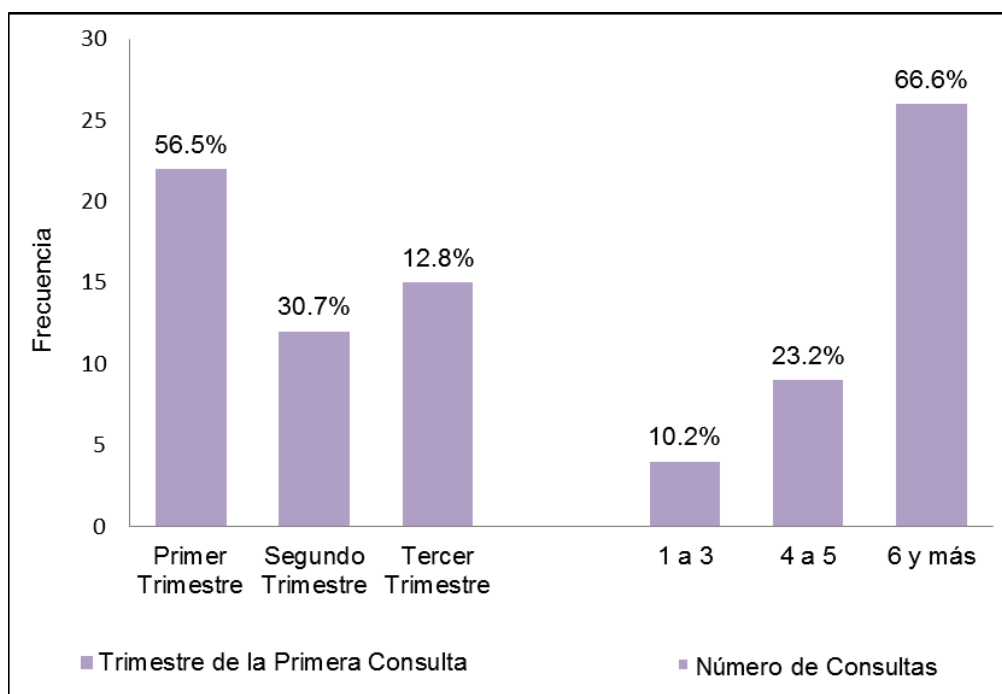
Fuente: Cuadro No. 5

Como lo recomienda la OMS y la SSA en nuestro país, la Licenciada en Enfermería y Obstetricia (LEO) cuenta con las competencias necesarias para otorgar atención a la mujer gestante en el control prenatal, pues tiene como misión atender y cuidar el bienestar físico, emocional, social y detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo, ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico en el primer nivel de atención. Llama la atención que si bien existe el recurso idóneo como lo es la LEO, en el Centro Hospitalario de dicha investigación el control prenatal recae en Enfermeras Especialistas Perinatales y otros profesionales, desaprovechando el potencial de los recursos disponibles para la atención obstétrica.

Cuadro No. 6 Características del Control Prenatal Regular.

Usuaris con Control Prenatal	Trimestre de la Primera Consulta			Número de Consulta		
	Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	1 a 3	4 a 5	6 y más
Fe	22	12	15	4	9	26
%	56.5	30.7	12.8	10.2	23.2	66.6

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.



Gráfica No. 6 Características del Control Prenatal.

Fuente: Cuadro No. 6

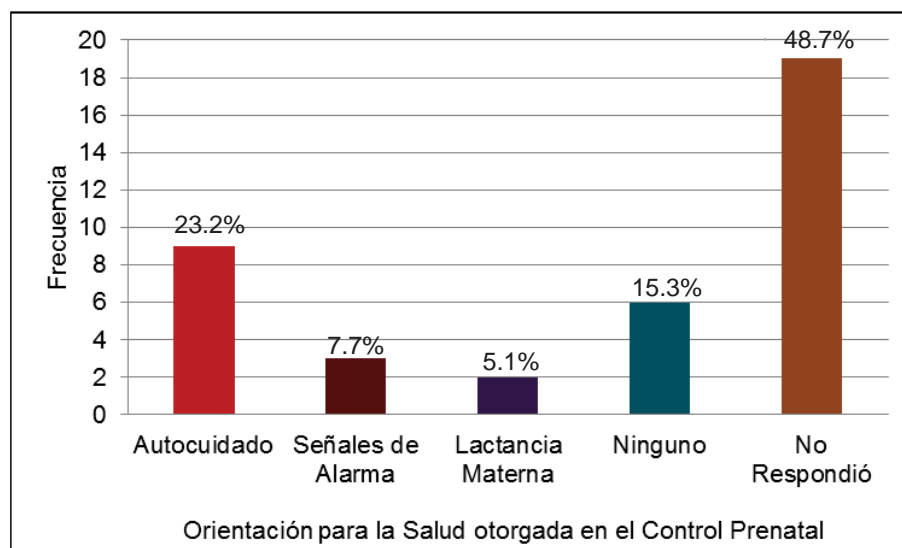
Como lo establece la Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, el control prenatal regular comprende un mínimo de cinco consultas prenatales iniciando desde el primer trimestre de gestación. Los datos reflejan que la población que acude a este hospital cubre el criterio que establece dicha norma, pues el 89.8% cuenta con lo mínimo establecido y sólo el 10.2% tiene menos de 3 consultas, así mismo el 56.5% tuvo su primera consulta en el primer trimestre de embarazo lo cual muestra que la mayoría de las usuarias llevaron un control prenatal regular disminuyendo así los factores de riesgo que conllevan a una complicación durante el nacimiento de su hijo.

Cuadro No. 7 Orientación para la Salud otorgada en el Control Prenatal.

Orientación para la Salud	Fe	%
Autocuidado	9	23.2
Señales de Alarma	3	7.7
Lactancia Materna	2	5.1
Ninguno	6	15.3
No Respondió	19	48.7

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarias de la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013

Gráfica No. 7 Orientación para la Salud otorgada en el Control Prenatal.



Fuente: Cuadro No. 7

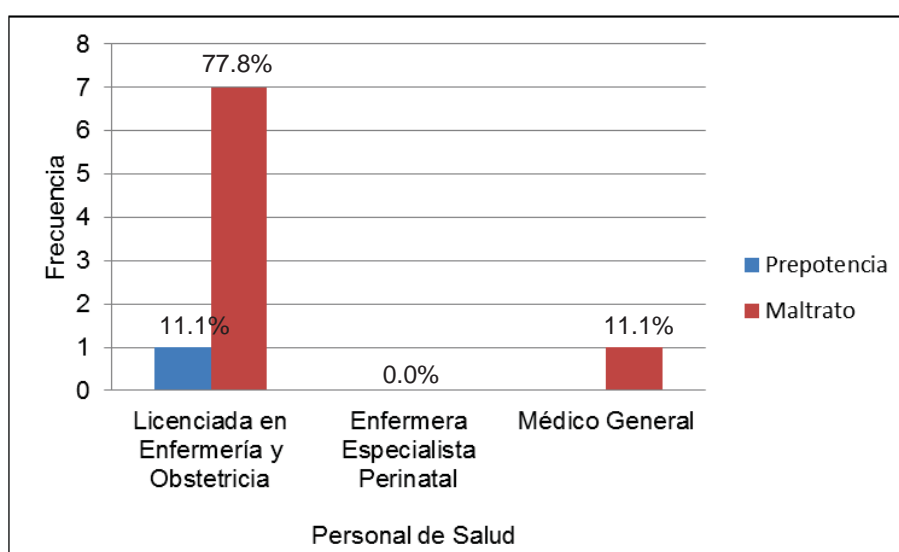
Una de las acciones del control prenatal es informar y orientar a la mujer embarazada sobre datos de alarma y mejorar estilos de vida para prevenir daños durante la gestación. Los resultados arrojan una preocupante cifra puesto que el 48.7% no respondió la pregunta y un 15.3% respondió que no recibió ninguna orientación, datos que reflejan que más de la mitad de la población estudiada no recibió ningún tipo de orientación durante la consulta, si bien la mayoría de la muestra cuenta con un control prenatal regular (ver gráfica No. 6) esto no garantiza que se cumplan los objetivos de este.

Cuadro No. 8 Violencia Obstétrica Durante la Estancia Hospitalaria.

Personal \ Violencia	Licenciada en Enfermería y Obstetricia		Enfermera Especialista Perinatal		Médico General	
	Fe	%	Fe	%	Fe	%
Prepotencia	1	11.1	0	0.0	0	0.0
Maltrato	7	77.8	0	0.0	1	11.1

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 9 Violencia Obstétrica Durante la Estancia Hospitalaria



Fuente: Cuadro No. 8

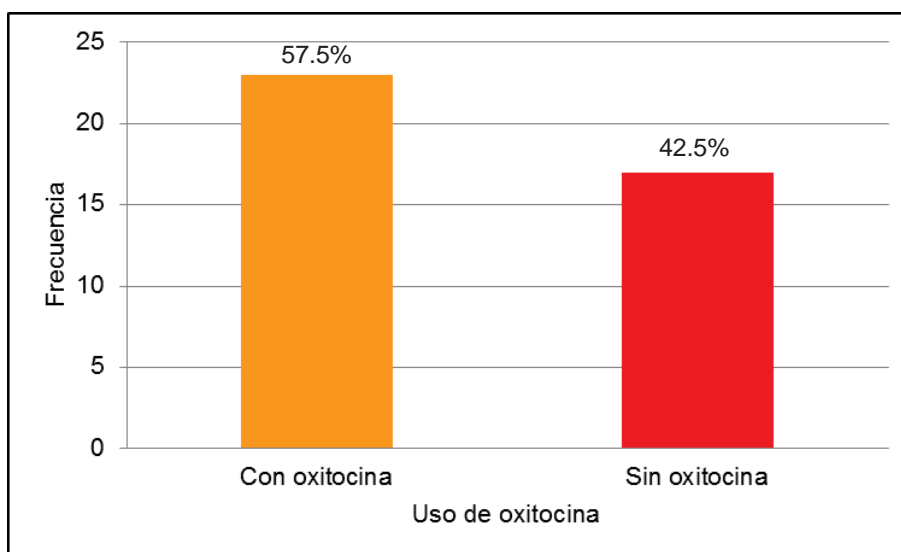
Actualmente la violencia obstétrica ocupa una de las quejas que se han ido acrecentando de forma importante, esto ha generado la creación de fundaciones e instituciones que se encargan de informar a las usuarias sobre sus derechos cuando ingresan a una unidad de salud, la siguiente gráfica muestra que aunque el porcentaje es mínimo 22.5% de las usuarias refirieron haber percibido maltrato y prepotencia durante su estancia hospitalaria, cabe mencionar que este fue proporcionado en su mayoría por las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia con un 88.9%, esto nos lleva a pensar que el profesional debe aprender a sensibilizarse y a mejorar su actitud, para poder brindar una atención de calidad libre de violencia.

Cuadro No. 9 Intervenciones de la Atención Obstétrica durante el Trabajo de Parto.

Intervenciones durante el Trabajo de Parto		Fe	%
Uso de Oxitocina	Con Oxitocina	23	57.5
	Sin Oxitocina	17	42.5
Libertad para Moverse	Cambio de Posición	32	80.0
	Mantuvo una sola postura	8	20.0
Líquidos Orales	Ingesta de Líquidos	26	65.0
	Ayuno	14	35.0
Acompañamiento durante el TDP	Pareja	35	87.5
	Familiar	5	12.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarias en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

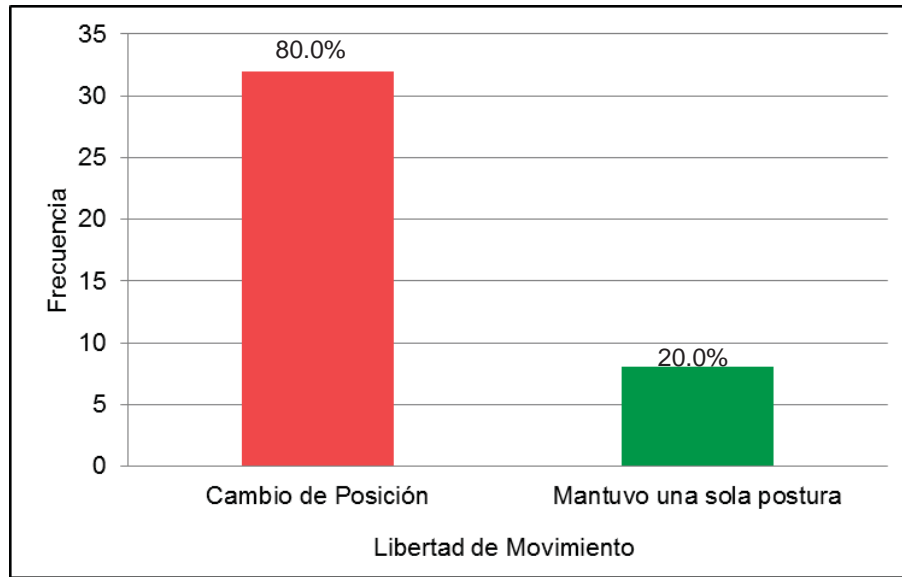
Gráfica No. 10 Uso de Oxitocina durante el Trabajo de Parto



Fuente: Cuadro No. 9

La Guía de Práctica Clínica de Vigilancia y Manejo de Parto recomienda no utilizar de manera rutinaria la ministración de oxitócicos durante el trabajo de parto, pues el uso desmedido y la poca vigilancia durante su uso aumentan el riesgo de hemorragia. A pesar de ello, al 57.5% de la muestra se le administró.

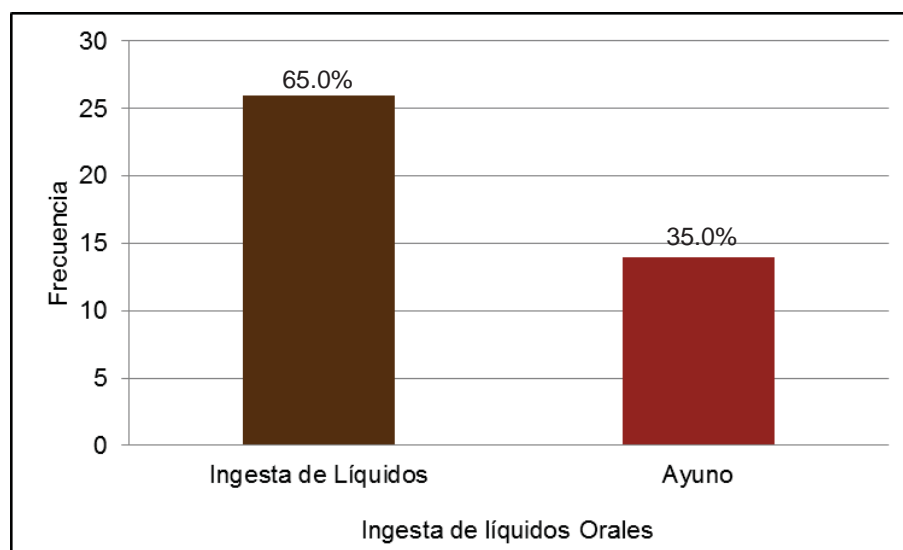
Gráfica No.11 Libertad de movimiento.



Fuente: Cuadro No. 9

El 80% de las usuarias tuvieron libertad para movilizarse durante su trabajo de parto, optando distintas posiciones como la sedente, deambulación y acostada, lo que favorece la aceleración del trabajo de parto, la usuaria tiene mayor tolerancia al dolor y disminuye el estrés.

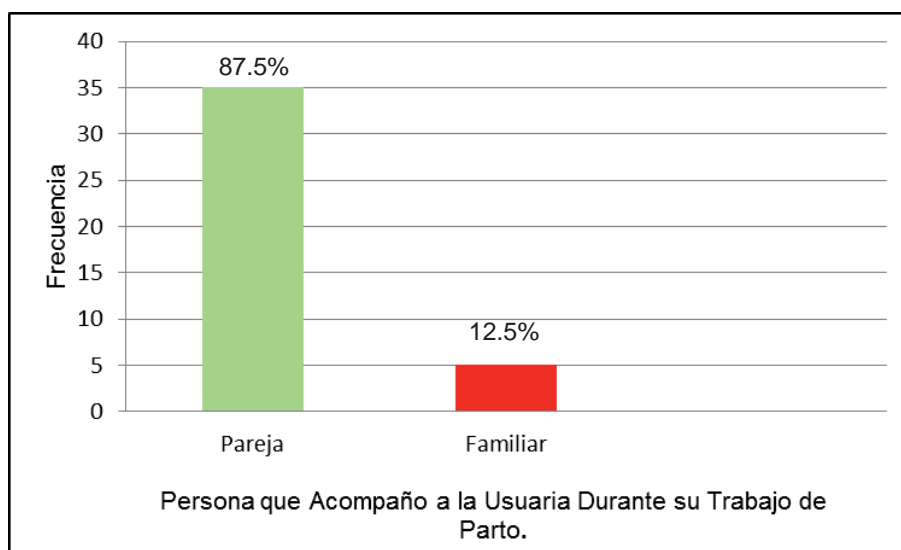
Gráfica No. 12 Ingesta de Dieta Líquida durante el Trabajo de Parto.



Fuente: Cuadro No. 10

Puesto que la institución favorece la atención humanizada del parto, una de las recomendaciones de la OMS es la ingesta de líquidos durante el trabajo de parto ya que disminuye riesgos de deshidratación y proporciona reserva de energía sin necesidad de soluciones parenterales. Es así que el 65.0% de las usuarias consumieron líquidos durante su trabajo de parto, cabe señalar que aunque son partos de bajo riesgo, en la que no se requiere de tener soluciones parenterales, todas las usuarias contaban con una venóclisis, esto para tener un acceso rápido de la ministración de líquidos por vía parenteral en caso de una emergencia.

Gráfica No. 13 Persona que acompañó a la usuaria durante el Trabajo de Parto.



Fuente: Cuadro No. 10

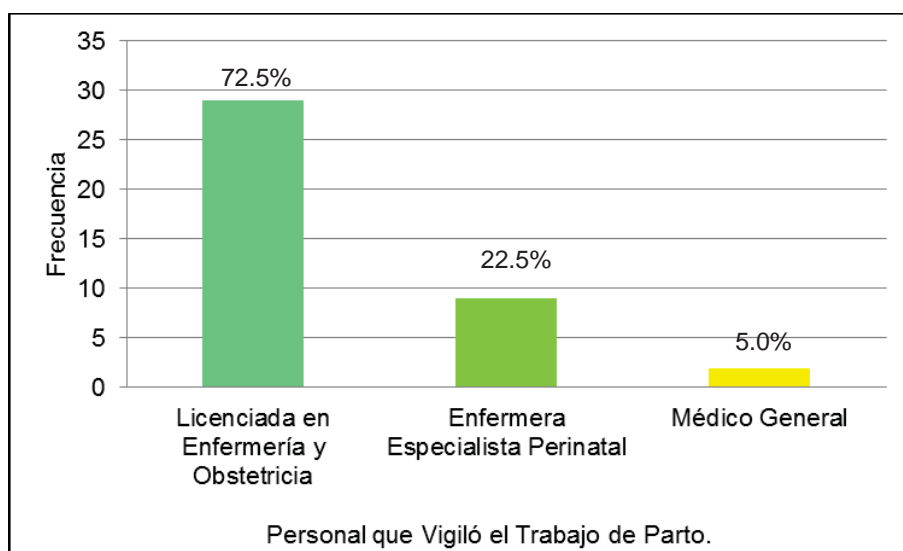
El apoyo continuo a la mujer durante el trabajo de parto y el nacimiento de su hijo reduce la duración del trabajo de parto, el uso de anestesia, la cesárea y aumenta la satisfacción de la mujer proporcionando un contacto físico que crea un ambiente de confianza potencializando la dinámica del trinomio madre- padre- hijo. Todas las usuarias permanecieron acompañadas, el 87.5% por su pareja mientras que el 12.5% lo hizo en compañía de un familiar (madre, hermana).

Cuadro No.11 Personal que vigiló el Trabajo de Parto.

Personal de Salud	Fe	%
Licenciada en Enfermería y Obstetricia	29	72.5
Enfermera Especialista Perinatal	9	22.5
Médico General	2	5.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 14 Personal que vigiló el Trabajo de Parto.



Fuente: Cuadro No. 11

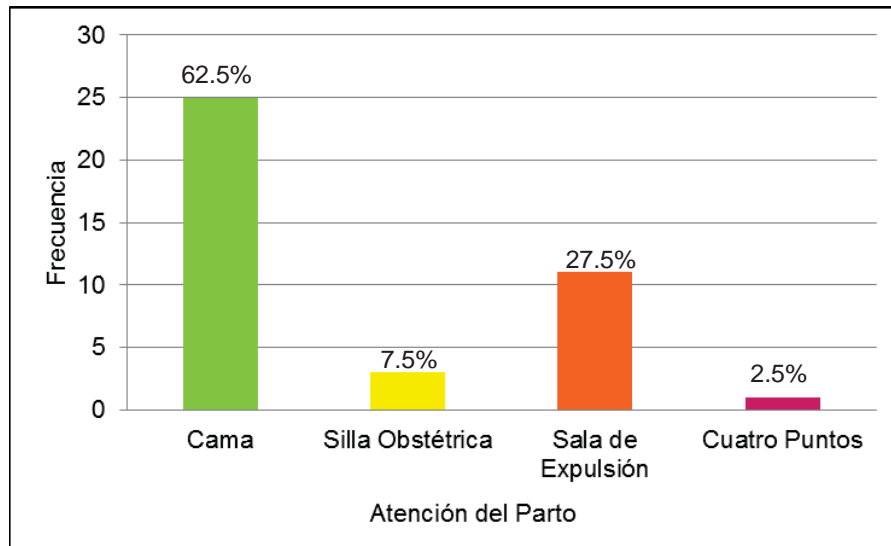
El personal que brinda la atención obstétrica en el hospital son en su mayoría profesionales de la Enfermería. Es así que las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia son quienes liderean la vigilancia del trabajo de parto con un 72.5%, mostrando su capacidad y competencia para proporcionar dichos cuidados, y son ellas quienes realizan las intervenciones durante el trabajo de parto.

Cuadro No.12 Parto atendido en:

Atención de Parto	Fe	%
Cama	25	62.5
Silla Obstétrica*	3	7.5
Sala de Expulsión	11	27.5
Cuatro Puntos**	1	2.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 14 Parto Atendido en:



Fuente: Cuadro No. 12

La OMS promueve la utilización de posiciones no- supinas para la atención del parto, regresándole a la mujer su derecho de libertad en la forma de como parir. Si bien la gráfica muestra una gran variedad en la manera de atención del parto, es relevante que un 62.5% de las usuarias deciden que el nacimiento de su hijo sea en la cama en una posición sedente, donde la parturienta siente mayor confort. Sin embargo un 27.5% aún pare en la sala de expulsión en posición de litotomía, siendo esta no favorable ni cómoda para la usuaria.

* Instrumento de uso obstétrico en el que la mujer permanece sentada, para favorecer el descenso fetal, manteniendo una posición vertical.

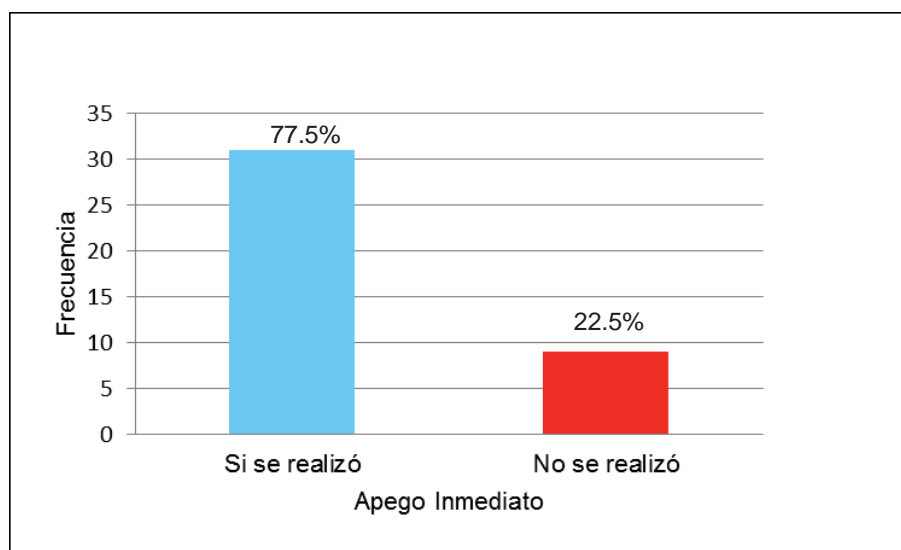
** Se refiere a la posición en la que la mujer apoya manos y rodillas sobre una superficie plana, para favorecer el nacimiento.

Cuadro No. 13 Intervenciones en la Atención del Parto por Enfermeras Obstetras.

Intervenciones	Apego Inmediato		Lactancia Materna	
	Si se realizó	No se realizó	Si se realizó	No se realizó
Fe	31	9	27	13
%	77.5	22.5	65.5	34.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

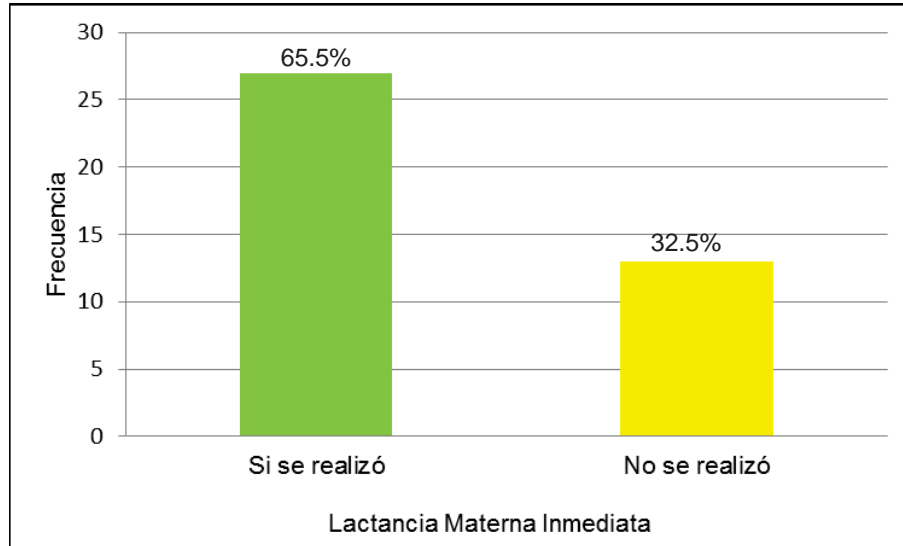
Gráfica No. 15 Apego Inmediato.



Fuente: Cuadro No. 13

Un elemento de la atención humanizada del parto es el contacto de piel a piel o apego inmediato, mientras las condiciones de salud del binomio lo permitan. Lo que refleja que un 77.5% de los recién nacidos solo requirieron cuidados básicos de reanimación.

Gráfica No. 16 Lactancia Materna Inmediata



Fuente: Cuadro No. 13

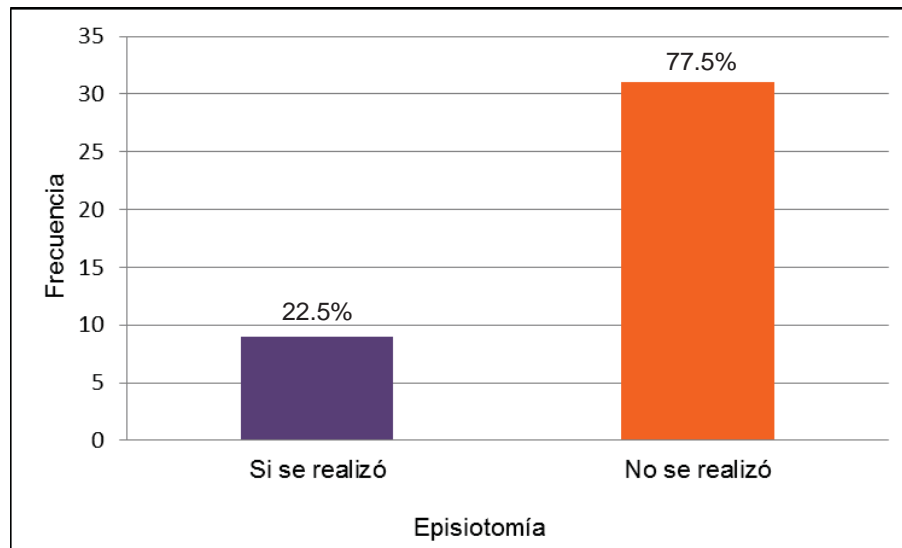
Se obtuvo que aún 65.5% de los recién nacidos iniciaron con lactancia materna inmediata, puesto que las condiciones del nacimiento fueron favorables para el binomio. Cabe mencionar que al resto de los neonatos 34.5% no iniciaron con la lactancia debido a que requirieron una vigilancia estrecha durante su reanimación.

Cuadro No. 14 Episiotomía.

Episiotomía	Fe	%
Si se realizó	9	22.5
No se realizó	31	77.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 17 Se Realizó Episiotomía.



Fuente: Cuadro No. 14

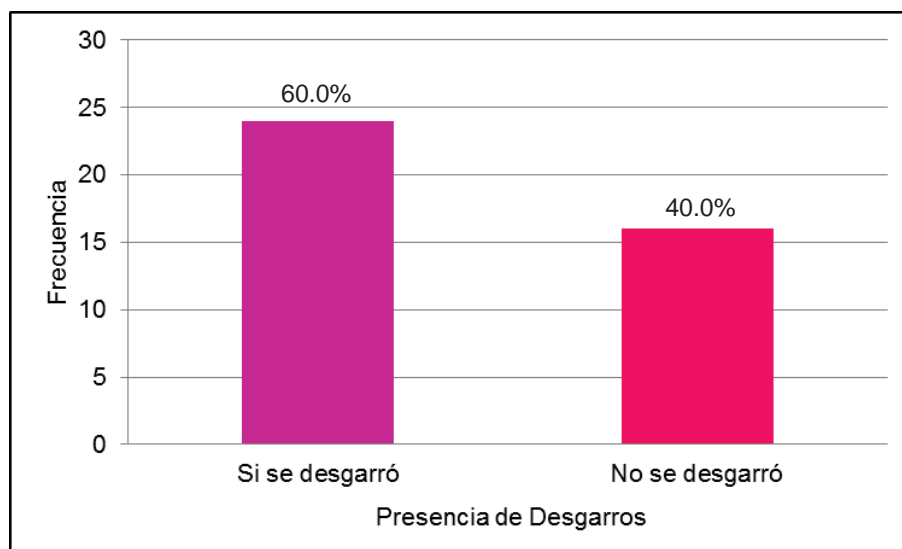
Los lineamientos técnicos refieren que la realización de episiotomía como una técnica de rutina esta descalificada, sin embargo en la institución se tiene un porcentaje (22.5%) considerable, que se confronta con un alto índice de desgarros (60.0%). (Gráfica No. 26). Lo que nos lleva a analizar la práctica de la atención del parto.

Cuadro No. 15 Presencia de Desgarros.

Desgarros	Si se desgarró	No se desgarró
Fe	24	16
%	60.0	40.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 18 Presencia de Desgarros.



Fuente: Cuadro No. 15

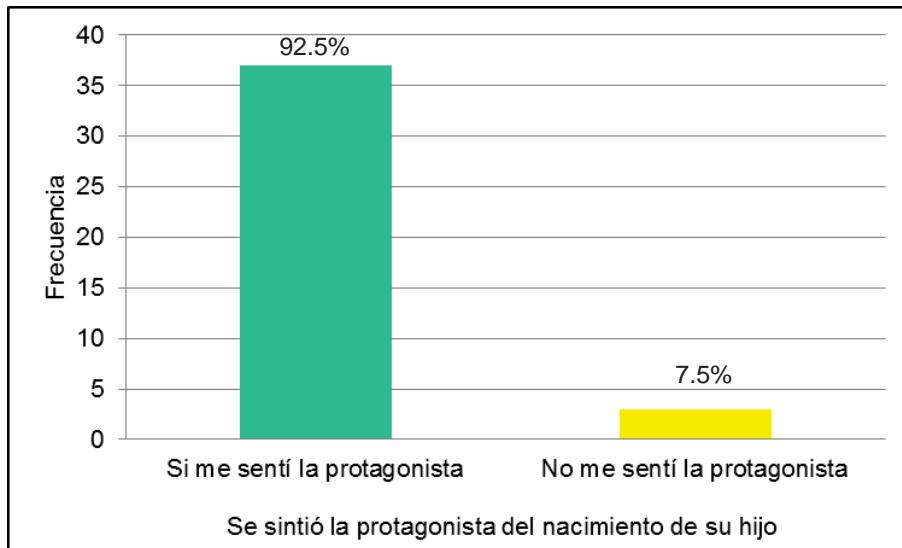
A pesar del alto porcentaje en la no realización de episiotomía, un 60.0% de las usuarias tuvo presencia de desgarros, lo que vale la pena reflexionar acerca de la práctica y experiencia que se tiene en la atención del parto.

Cuadro No. 16 Atención Humanizada del Parto.

Protagonista del Nacimiento	Si me sentí la protagonista	No me sentí la protagonista
Fe	37	3
%	92.5	7.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 19 Atención Humanizada.



Fuente: Cuadro No. 16

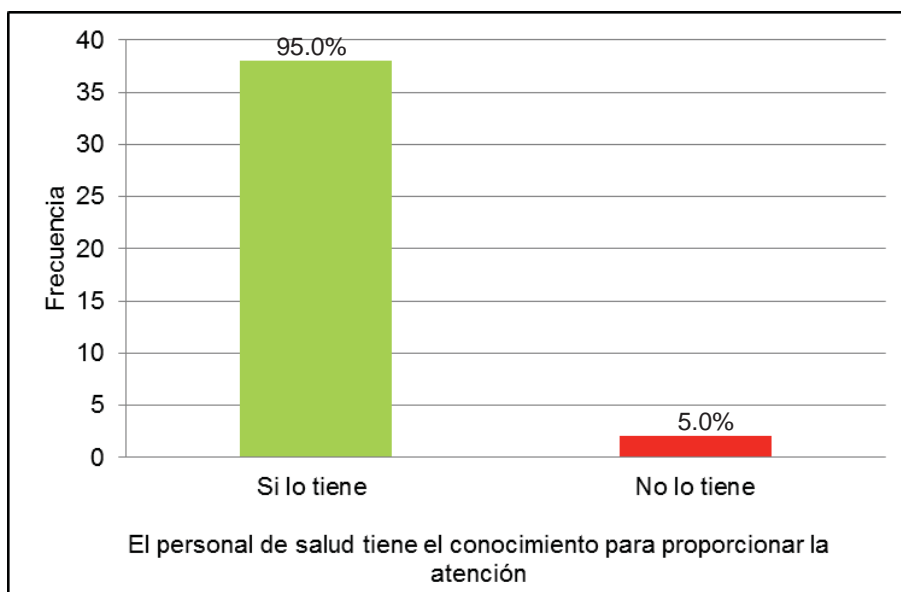
Al brindar una atención humanizada se pretende empoderar a la mujer para que ella tome decisiones de manera libre sobre su cuerpo, esto se puede constatar pues un 92.5% de las usuarias refirió sentirse la protagonista en el nacimiento de su hijo.

Cuadro No. 17 Percepción de la Usuaria sobre el Conocimiento que tiene el Personal para Proporcionar la Atención Obstétrica en el Parto.

Personal tiene el conocimiento	Si lo tiene	No lo tiene
Fe	38	2
%	95.0	5.0

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarias en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

Gráfica No. 20 Percepción de la Usuaria sobre el Conocimiento que tiene el Personal para Proporcionar la Atención Obstétrica en el Parto



Fuente: Cuadro No. 17

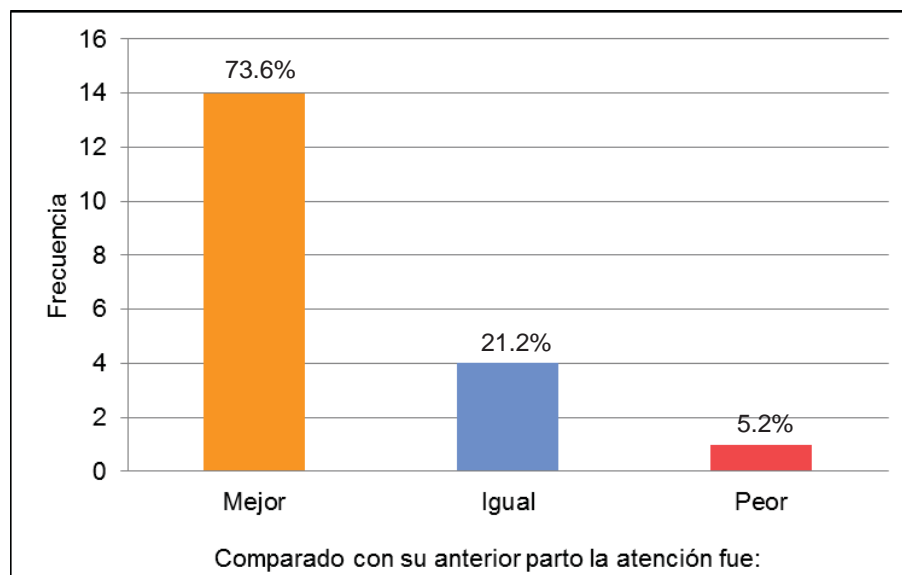
El 95.0% de las usuarias considera que las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia tienen el conocimiento para otorgarles una atención obstétrica, a pesar de ello un bajo porcentaje (5.0%) opina que no lo tienen.

Cuadro No. 18 Calidad de la Atención Obstétrica Proporcionada por Enfermeras Obstetras.

Calidad en la atención Obstétrica		Fe	%
La atención proporcionada en este parto fue:	Mejor	14	73.6
	Igual	4	21.2
	Peor	1	5.2
Si me atendería en mi próximo embarazo en este hospital	Si me atendería	37	92.5
	No me atendería	2	5.0
	Omitieron la pregunta	1	2.5
Recomendaría este hospital	Si lo recomendaría	37	92.5
	No lo recomendaría	2	5.0
	Omitieron la pregunta	1	2.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuarias en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

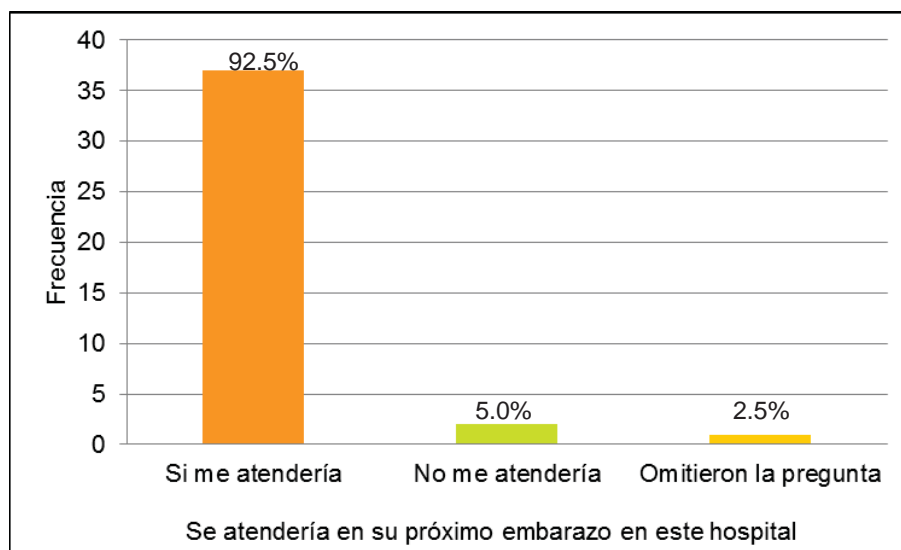
Gráfica No. 21 La Atención Proporcionada en este parto fue:



Fuente: Cuadro No. 17

Del total de la población un 47.5% eran multigestas, de este porcentaje un 73.6% considera que el tipo de atención recibida en este parto fue mejor que la anterior, el 21.2% refiere que igual y solo un 5.2% menciona que fue peor.

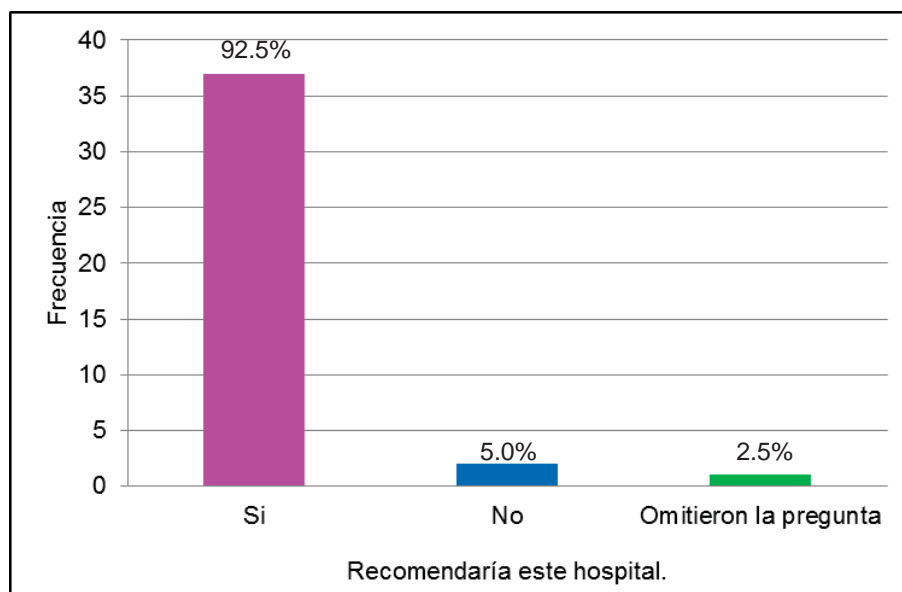
Gráfica No. 22 Se atendería en su próximo Embarazo en este Hospital.



Fuente: Cuadro No. 18

El 92.5% de las usuarias opinaron que se atenderían en su siguiente embarazo en la institución, mientras que un 5.0% refirieron que no, lo cual concuerda con los resultados de la Gráfica No. 28 en la que ese mismo porcentaje expresa el desconocimiento por parte del personal para atenderle y un 2.5% omitieron la pregunta.

Gráfica No. 22 Recomendaría este Hospital.



Fuente: Cuadro No. 18

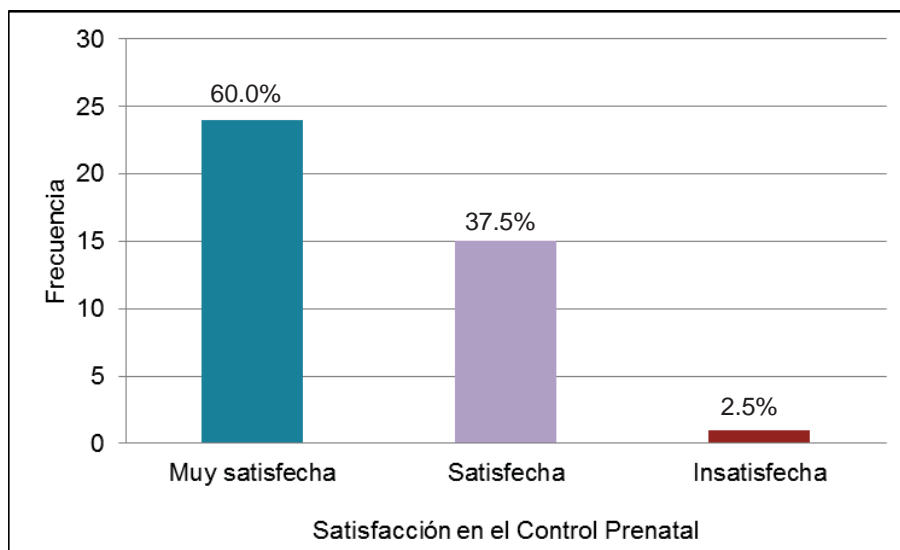
El 92.5% de las usuarias recomendarían a la institución por el profesionalismo del personal así como por el fomento a la atención humanizada del parto, en tanto un 5.0% refirió que no por brindar una mala atención por parte del personal y el 2.5% omitieron la pregunta.

Cuadro No. 19 Satisfacción de las Usuaris de la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras.

Grado de satisfacción en:		Fe	%
Control Prenatal	Muy satisfecha	24	60.0
	Satisfecha	15	37.5
	Insatisfecha	1	2.5
Durante el Trabajo de Parto	Muy satisfecha	34	85.0
	Satisfecha	5	12.5
	Poco satisfecha	1	2.5
Atención del Parto	Muy satisfecha	34	85.0
	Satisfecha	5	12.5
	Insatisfecha	1	2.5

Fuente: Galicia, V. López, M. Cuestionario Percepción de las Usuaris en la atención obstétrica por Enfermeras Obstetras. México. Distrito Federal. 2013.

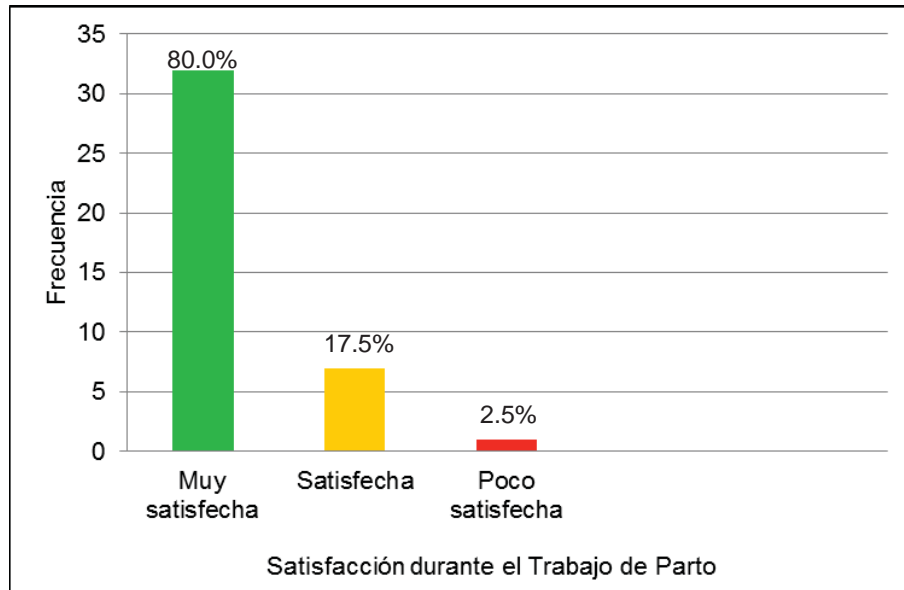
Gráfica No. 23 Grado de Satisfacción en el Control Prenatal



Fuente: Cuadro No. 19

El 60.0% de las usuarias refirió sentirse muy satisfecha con la atención proporcionada en el control prenatal, se destaca que en su mayoría dicha atención está a cargo del profesional de Enfermería. Un 37.5% considera sentirse satisfecha con la atención y un 2.5% insatisfecha.

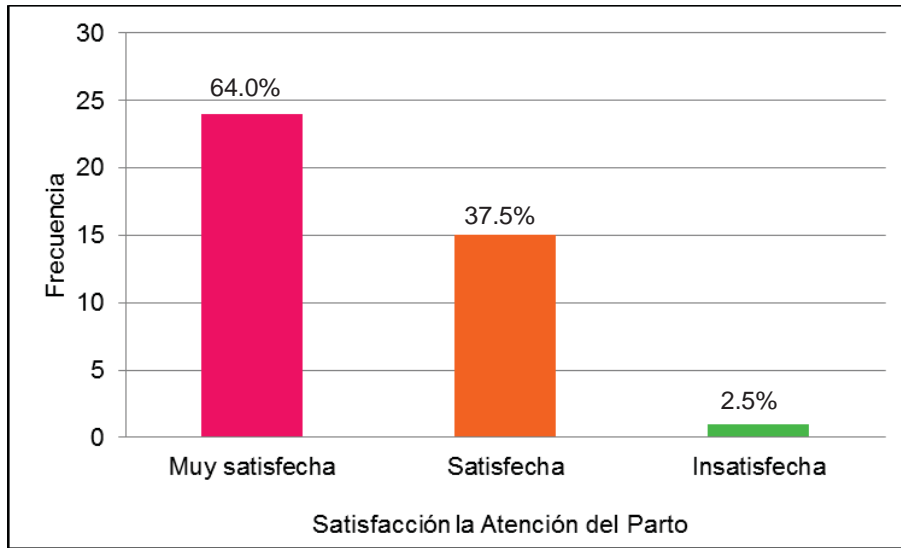
Gráfica No. 24 Grado de Satisfacción durante el Trabajo de Parto.



Fuente: Cuadro No. 19

El 80.0% de las usuarias aluden sentirse muy satisfechas durante la vigilancia de su trabajo de parto, el 17.5% mencionan sentirse satisfechas, si se realiza la sumatoria de estos porcentajes se concluye que un 97.5% expresa un grado de satisfacción positiva.

Gráfica No. 25 Grado de Satisfacción en la Atención del Parto.



Fuente: Cuadro No. 19

Proporcionar servicios con calidad y calidez así como el uso de elementos de una atención humanizada del parto, por ejemplo, el acompañamiento a la usuaria, la libertad de movimiento, el apego inmediato al recién nacido y brindar lactancia materna inmediata fueron factores que influyeron en que la población se sienta muy satisfecha (85.0%) y satisfecha (12.5%). Solo un 2.5% refirió sentirse insatisfecha con dicha atención.

CAPITULO V. CONCLUSIONES

La percepción de las usuarias en la atención obstétrica por enfermeras obstetras fue satisfactoria, pues las mujeres refirieron que el personal de salud tiene el conocimiento y las habilidades para ofrecer una atención de calidad.

Las características sociodemográficas de la población estudiada predominante corresponde a mujeres con edad de 20 a 35 años, viviendo en unión libre, con un nivel educativo superior que se dedican al hogar, convirtiéndose en un grupo con factores protectores que predisponen a una maternidad de bajo riesgo. Aunque no deja de llamar la atención el hecho de que cada vez la mujer aspira a un lugar en el ámbito profesional, sin embargo el aspecto cultural y social llega a tener mayor peso de tal manera que crea barreras en el desarrollo de las mismas.

Dentro del control prenatal, se destaca que un alto porcentaje de las usuarias llevó un seguimiento regular durante su embarazo y que el personal que lo otorgó en su mayoría fue Enfermeras Especialistas Perinatales. Si bien dichos datos cumplen lo que marca la norma como regular, esto se contrapone con el elevado índice de usuarias que a su vez refiere no haber obtenido ningún aprendizaje durante sus consultas. Esto conlleva a cuestionar el quehacer de la Enfermera Perinatal puesto que dentro de sus competencias está capacitada para brindar educación para la salud, siendo la prevención uno de los temas centrales de la enfermería profesional y desaprovechando el potencial de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia, que de acuerdo con la OMS y los lineamientos técnicos de la SSA, esta cuenta con el perfil para otorgar dicha atención.

En cuanto a las intervenciones de la atención obstétrica durante el trabajo de parto se concluye que existe un cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, puesto que el uso de oxitocina no es de manera rutinaria, la usuaria tiene la libertad de movimiento, la ingesta de líquidos orales (es importante mencionar que a pesar de ello todas permanecen con soluciones parenterales en caso de una emergencia) y se favorece el acompañamiento, esto demuestra que intervenciones como estas crean una atmósfera de libertad, seguridad y empoderamiento de la mujer en el momento del nacimiento de su hijo.

Durante la atención del parto de bajo riesgo, las intervenciones realizadas por la Lic. Enfermería y Obstetricia reflejan satisfacción en la usuaria, donde el nacimiento regresa a ser un acto fisiológico y natural y no un acto medicalizado y patológico donde se requieran intervenciones innecesarias.

Sin embargo aunque los resultados son positivos, falta unificar criterios, mejorar actitudes y ampliar el panorama de la atención obstétrica, a pesar de que la usuaria llevó un control prenatal regular no se logró el impacto deseado; acciones como el maltrato y la prepotencia por parte del personal ante la usuaria descalifican la calidad en la atención siendo este un problema de violencia difícil de erradicar, procedimientos como el bajo índice de episiotomía que se contraponen al elevado número de desgarros, pone en duda la habilidad y destreza del profesional que atiende.

A pesar de las recomendaciones elaboradas por la OMS, donde se avala que la Licenciada en Enfermería y Obstetricia tiene las competencias necesarias para otorgar una atención obstétrica de calidad, actualmente son las instituciones de salud quienes limitan el quehacer de la práctica obstétrica por personal de enfermería puesto que esta recae en el médico.

Para ello es necesario el fortalecimiento de la identidad profesional a partir de la formación básica, apoyados por planes de estudio y escenarios de práctica que permitan mejorar y desarrollar habilidades, donde el profesional logre desenvolverse de manera satisfactoria, tanto en un lugar rural como urbano, favoreciendo la interculturalidad entre los pueblos.

Así mismo es indispensable que el licenciado logre incurrir en políticas de salud, donde es necesario normar la práctica para que esta sea ejercida de forma segura, autónoma y libre.

CAPITULO VI. ANEXO 1. CUESTIONARIO.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



Folio: 001

CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE LAS USUARIAS EN LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA POR ENFERMERA OBSTETRAS.

Objetivo: Recabar información para conocer el grado de satisfacción en cuanto a la atención que recibieron las usuarias durante su control prenatal, trabajo de parto y parto.

Instrucciones: Lea las preguntas detenidamente que se le muestran a continuación, conteste lo que se le pida o subraye la respuesta elegida según corresponda.

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. Edad ___ años.
2. Estado Civil:
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Unión libre
 - d) Divorciada
 - e) Viuda
3. Escolaridad:
 - I. Primaria a) Completa b) Incompleta
 - II. Secundaria a) Completa b) Incompleta
 - III. Bachillerato a) Completa b) Incompleta
 - IV. Licenciatura a) Completa b) Incompleta
 - V. Otros, especifique _____
4. Ocupación:
 - a) Ama de casa
 - b) Obrera
 - c) Empleada
 - d) Profesionista

II. DATOS GINECO- OBSTETRICOS

1. Incluyendo abortos, ¿Cuántas veces se ha embarazado usted? _____

III. DATOS DE CONTROL PRENATAL

1. En este embarazo, ¿llevo usted control prenatal?
 - a) Si
 - b) No

2. ¿En qué institución llevo usted su control prenatal?
 - a) CIMIGen
 - b) IMSS
 - c) ISSTE
 - d) Centro de salud
 - e) Otra institución, (especifique cual) _____
3. ¿Cuántos meses de embarazo tenía usted cuando asistió a su primera consulta prenatal?
 - a) 1 a 3 meses
 - b) 4 a 6 meses
 - c) 7 a 9 meses
4. ¿A cuántas consultas asistió?
 - a) 1-3
 - b) 4-5
 - c) 6 y más
5. ¿En alguna consulta de control prenatal le enseñaron técnicas de respiración?
 - a) Si
 - b) No
6. ¿En alguna consulta de control prenatal le enseñaron a identificar una contracción?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Le explicaron acerca de los cambios que pasa su organismo antes del nacimiento de su hijo (a)?
 - a) Si
 - b) No
8. ¿Qué personal de salud le atendió en la mayoría de sus consultas de control prenatal?
 - a) Enfermera Especialista
 - b) Médico Gineco-obstetra
 - c) Médico General
9. ¿Qué otro aprendizaje o enseñanza adquirió usted en el control prenatal?

IV. DURANTE SU TRABAJO DE PARTO

10. ¿Al ingreso al hospital se presentó con usted el personal de salud que la atendió?
 - a) Si
 - b) No, (pase a la pregunta 12)
11. ¿Quién?
 - a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General
12. Durante su trabajo de parto, el personal de salud la llamo:
 - a) Por su nombre
 - b) Con diminutivos (ejemplo madrecita, chaparrita, etc.)
 - c) Con sobre nombres (ejemplo corazón, reyna etc.)
13. ¿Quién?
 - a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General
14. ¿Le trataron con prepotencia?
 - a) Si
 - b) No, (pase a la pregunta 16)

15. ¿Quién?
- a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General
16. ¿Le dieron órdenes?
- a) Si
 - b) No (pase a la pregunta 18)
17. ¿Quién?
- a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General
18. ¿En el trato de las diferentes usuarias percibió si hubo preferencias por alguno?
- a) Si
 - b) No (pase a la pregunta 20)
19. ¿Por parte de quién?
- a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General
20. ¿Le colocaron medicamentos para agilizar el nacimiento de su hijo durante el trabajo de parto?
- a) Si
 - b) No, (pase a la pregunta 23)
21. ¿Le pidieron su autorización para utilizarlos?
- a) Si
 - b) No
22. El personal de salud ¿Le explicó el porqué y para qué de este medicamento?
- a) Si
 - b) No
23. Durante su trabajo de parto, ¿En qué posición permaneció?
- a) En la cama (acostada, sentada)
 - b) De pie (caminando)
 - c) Ambas
24. ¿Sintió la libertad de cambiar de posición durante el trabajo de parto?
- a) Si
 - b) No
25. ¿Quién la acompañó durante su trabajo de parto?
- a) Pareja
 - b) Familiar
 - c) Otro, especifique quien _____
26. ¿Ingerió líquidos durante su trabajo de parto?
- a) Si
 - b) No
27. ¿Llevó usted psicoprofilaxis?
- a) Si
 - b) No (pase a la pregunta 29)
28. ¿Logró poner en práctica los ejercicios aprendidos durante el curso?
- a) Si
 - b) No
29. ¿Quién vigiló su trabajo de parto?
- a) Licenciada en Enfermería y Obstetricia
 - b) Enfermera Especialista
 - c) Médico General

V. DURANTE EL PARTO






30. ¿En qué lugar nació su hijo?
- a) En cama
 - b) En silla obstétrica
 - c) En sala de expulsión
 - d) En quirófano
31. ¿Lo eligió usted?
- a) Si
 - b) No
32. Inmediatamente después del nacimiento de su hijo, ¿Se lo colocaron sobre su pecho?
- a) Si
 - b) No ¿Por qué? _____
33. ¿Inició la lactancia materna inmediatamente después del nacimiento de su hijo?
- a) Si
 - b) No
34. ¿Le realizaron algún corte en el área genital durante el nacimiento de su hijo?
- a) Si
 - b) No (pase a la pregunta 36)
35. ¿Le informaron acerca de este procedimiento?
- a) Si
 - b) No
36. ¿Tuvo algún tipo de desgarro durante el nacimiento de su hijo?
- a) Si
 - b) No (pase a la pregunta 39)
37. ¿Le repararon (suturar) el tipo de desgarro?
- a) Si
 - b) No
38. ¿Le informaron acerca de este procedimiento?
- a) Si
 - b) No
39. ¿Se sintió la protagonista del nacimiento de su hijo?
- a) Si
 - b) No
40. ¿Cree usted que el personal de salud tenía el conocimiento para atenderle?
- a) Si
 - b) No
41. ¿Comparado con sus anteriores partos, usted cree que la atención que recibió en este fue?
- a) Mejor
 - b) Igual
 - c) Peor
42. Si usted se embarazara nuevamente, ¿Se atendería aquí?
- a) Si, ¿por qué?

 - b) No, ¿por qué?

43. ¿Usted recomendaría este hospital?

a) Si, ¿por qué?

b) No, ¿por qué?

Instrucciones: Coloque una (✓) en el recuadro de abajo eligiendo la carita que indica su grado de satisfacción de acuerdo a las preguntas que aparecen a su izquierda.	 Muy Satisfecha	 Satisfecha	 Poco Satisfecha	 Insatisfecha	 Muy Insatisfecha
44. ¿Cómo calificaría la información recibida durante las consultas del control prenatal?					
45. ¿Cómo se sintió con la compañía (pareja, familiar, etc.) durante su trabajo de parto?					
46. ¿Cómo calificaría la vigilancia durante su trabajo de parto?					
47. ¿Cómo calificaría la atención del parto?					

CAPITULO VII. BIBLIOGRAFÍA

¹ Lazcano –Ponce, Schiavonr, Uribe- Zuñiga, Walker D, Suarez- López L. Luna –Gordillo, Ulloa Aguirre. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. Salud Pública México Vol. 55 no.- 2. 2013

² Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía: Indicadores de demografía y Población. 2013 [citado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temasv2/default.aspx?s=est&c=17484>

³ Secretaria de Salud. Subsecretaria de Innovación y Calidad. MODELO DE ATENCIÓN DE enfermería obstétrica. 2005: 7.

⁴ Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la población nacional 2010-2050.2012. [citado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>.

⁵ Sistema Nacional de Información en Salud. Base de datos de muertes maternas. 2011. [citado 20 Sep 2013]. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/>

⁶ Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía: Natalidad. Nacimientos registrados de 1990 a 2011. [citado 17 Sep 2013]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo22&s=est&c=1752>

⁷ Zuleta- Tobón John Jairo. Análisis individual de la muerte perinatal. [Citado 2 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/Departamentos/ObstetriciaGinecologia/disenio/documentos/analisisindividual.pdf>

⁸ UN General Assembly. United Nations Millennium Declaration. Resolution adopted by the General. Assembly: United Nations 2000. 55/2. [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>

⁹ Kerr J. Sweetman C. Mujeres y desarrollo: respuesta a la globalización. Ed. Intermón Oxform. Reino Unido. 2003. Pp149- 175.

¹⁰ Secretaria de Salud. Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, 2009.

¹¹ UNICEF. Salud materna y del neonato. [consultado 17 Feb 2014]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/index_maternalhealth.html

¹² Organización Mundial de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). Washington DC: OPS/OMS; 2003.

¹³ Noguera- Sánchez MF., García – Kavanagh, Cruz- Rojas RE. La queja médica derivada de la atención en Gineco Obstetricia. Ginecol Obstet, México, 2010.

¹⁴ SAFE. International Research Partnership for Skilled Attendance For Everyone. Strategy Development Tool: A guide for developing strategies to improve skilled attendance at delivery. Scotland: The Douglas Baird Centre for Research on Women's Health, University of Aberdeen; 2003.

¹⁵ Thomson, A., The joint WHO/ICM/FIGO statement on skilled attendants at birth. Midwifery, 2005. 21(1): p. 1

¹⁶ Camacho V, *et al.* Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. Consulta técnica regional. Informe 2004. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: Organización Panamericana de la Salud/USAID, 2004.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Informe sobre la salud de la mujer en Panamá / Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Panamá : Editora Sibauste, 2006. p 10.

¹⁸ CONAPO. Proyecciones de población. Nacional en 2010- 2050. México, Consejo Nacional de Población.

¹⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda. 2010. [Citado 2 agosto 2013]. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>

²⁰ García GR. Genero y Desarrollo: Investigación para la igualdad sustantiva de las mujeres. México. 2010. Publicación electrónica noviembre 2010.

²¹ Conferencia Internacional del Trabajo. Trabajo Decente. Ginebra, 87ª reunión. 1999

²² IFE. Situación Actual de las Mujeres en México. (ANEXO DEL DIAGNOSTICO SOBRE LA SITUACION DE LAS MUJERES EN EL SERVICIO PROFESIONAL ELECTORAL DEL INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL 2013) [Citado 20 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.ife.org.mx/docs/IFE- v2/DS->

CG/DS-SesionesCG/CG-acuerdos/2013/Agosto/CGord201308-29/CGO290813ap18_x3.pdf

²³ International Trade Union Confederation. Gender (in)equality in the labour market: an overview of global trends and developments. [Citado 01 Mar 2014]. Disponible en: http://www.ituc-csi.org/IMG/pdf/GAP-09_EN.pdf

²⁴ Gobierno Federal. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México: PROMOVEER LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LA MUJER. [Citado 3 Sep. 2013] Disponible en: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/ODM/Doctos/Inf2010.pdf>

²⁵ OPS. Salud en la Américas: edición de 2012. Panorama regional y perfiles de país. Washington, DC: OPS. 2012.

²⁶ INEGI. Mujeres y Hombres en México 2011. [Citado 20 Feb 2014]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2011/MyH2011.pdf

²⁷ Stern C. El “Problema” del embarazo en la adolescencia. México: Colmex. 2012.

²⁸ Gómez, E. La salud y las mujeres en América Latina y el Caribe: viejos problemas y nuevos enfoques, Serie Mujer y Desarrollo. CEPAL. Chile. 1997.

²⁹ OMS. Mortalidad Materna en 2005. Estimaciones elaboradas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Banco Mundial. [Citado 20 Feb 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789243596211_spa.pdf

³⁰ SSA. INFORME SEMANAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA. DEFUNCIONES MATERNAS. [Citado 20 Feb 2014]. Disponible en: <http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/4-2014.pdf>

³¹ COMISIÓN NACIONAL PARA PREVENIR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. ESTUDIO NACIONAL SOBRE LAS FUENTES, ORÍGENES Y FACTORES QUE PRODUCEN Y REPRODUCEN LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. TOMO I. VOL. I. MÉXICO 2012.

³² INEGI. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH). [Citado 01 Mar 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/especiales/endreh/endreh2011/default.aspx>

³³ Revista CONAMED, vol. 17, suplemento 1, 2012, pp. S7.

³⁴ Menéndez EL. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. Cuaderno No. 79 de la casa Chata. México: CIESAS; 1982.

³⁵ Castañeda N. Síntesis histórica de la partera en el Valle de México [Citado: 14 Ago. 2013]; Disponible en: <http://maternidadsinriesgos.org.mx/documentos/cronologia%20partera%20y%20servicios%20de%20salud.pdf>

³⁶ Loredo L. Apuntes sobre las parteras y el arte de los partos en el Virreinato. [Citado: 14 Ago. 2013]; Disponible en: http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/1991/1_53-55.pdf

³⁷ Nicolás L. Historia de la Obstetricia en México. Obstetricia. 1972; (2) 85-8.

³⁸ Alatorre W. El surgimiento de la Enfermería Profesional en México. [Citado el 14 Ago. 13]; Disponible en: http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/1994/1_47-51.pdf

³⁹ Instituto Nacional de Salud Pública. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. [Citado el 14 Feb. 14]; Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101196.pdf

⁴⁰ Méndez G y Cervera M. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. [Citado 16 Ago13]; Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342002000200007&script=sci_arttext

⁴¹ Camacho V. et al. Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. CONSULTA TECNICA REGIONAL. Bolivia. Santa Cruz de la Sierra. 2003.

⁴² Vargas C. Modelo de Atención primaria perinatal del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo Gen. Acta de la Conferencia Internacional de partería profesional y Autorregulación; México. Guanajuato. 2002.

⁴³ Carbonell M. OMISIÓN E INDIFERENCIA DERECHOS REPRODUCTIVOS EN MÉXICO. ABORTO/ ANTICONCEPCIÓN/ MORTALIDAD MATERNA/ VIOLENCIA ONSTETRICA/ VIDA LABORAL Y REPRODUCTIVA/

REPRODUCCIÓN ASISTIDA. [Citado 01 Mar14]; Disponible en:
<http://www.miguelcarbonell.com/artman/uploads/1/Gire-Aborto.pdf>

⁴⁴ Ley General de Salud. Artículo 1. [Citado 01 Mar14]; Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

⁴⁵ Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicio de Atención Médico. Artículo 99. [Citado 01 Mar 14]; Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmpsam.html>

⁴⁶ Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM- 007- SSA2- 2010, Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y Recién Nacido. [Citado 01 Mar 14]. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012

⁴⁷ Secretaría de Salud. NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar [Citado 08 Mar 14]. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>

⁴⁸ Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y Manejo del parto. Evidencias y Recomendaciones. México 2009.

⁴⁹ Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. Secretaría de Salud. México 2007

⁵⁰ Jones HR. Crónicas de un Obstetra Humanista. 1ra. ed. Buenos Aires Argentina 2007.

⁵¹ Menéndez E.L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pag 451- 464.

⁵² García I. *et al.* El parto en México, reflexiones para su atención integral. . [Citado: 19 mar 2014] Disponible en:
http://www.concyteg.gob.mx/ideasConcyteg/Archivos/84_4_GARCIA_VAZQUEZ_ET_AL.pdf

⁵³ Arnau S. *et al.* Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. 2012. [Citado: 18 Ago. 2013] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>> ISSN 1695-9752

⁵⁴ Cragin L. *et al.* Educating skilled birth attendants in Mexico: Do the curricula meet international Confederation of midwives standards? Reproductive Health Matters 2007; 15(30):50-60.

- ⁵⁵ Carrión BR. Programa de líderes en salud internacional. Los determinantes internacionales y nacionales en relación al objetivo 5 del milenio en México. [Citado: 14 Ago. 2013] Disponible en: http://72.249.12.201/wordpress-mu/mexico/?page_id=31
- ⁵⁶ Secretaria de Salud; MODELO DE ATENCIÓN DE enfermería obstétrica. México; 2005.
- ⁵⁷ Nueve Lunas; Atención Humanizado del Parto y Nacimiento. México. 2004.
- ⁵⁸ Romano C. Reflexiones Filosóficas Sobre lo Humano. Ed. Romano; México. 2003.
- ⁵⁹ Red de escuelas de parteras de América Latina y Caribe. [Citado 23 May 14]; Disponible en: <http://www.relacahupan.org/declaracion.html>
- ⁶⁰ Claro J. y Clapis M. Nacimiento Humanizado según las enfermeras obstétricas que participan en la atención al parto. [Citado 16 Ago13]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300008&script=sci_arttext
- ⁶¹ Guimaraes T. y Munhoz M. Humanización del Nacimiento: la percepción de los profesionales de la salud que trabajan en la atención del parto. [Citado 16 Ago13]; Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000300008&script=sci_arttext
- ⁶² Janov A. La Biología del amor. Primera edición. Ed. APOSTROFE. 2001.
- ⁶³ Hodnett ED, Osborn RW. Efectos del apoyo profesional durante el parto. Enfermería y Salud. 1989. 177-183.
- ⁶⁴ Suárez L. et al. Atención a la Salud Materna. Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios del sector salud 2012. [Citado 23 Oct 13]; Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101228.pdf
- ⁶⁵ Secretaría de Salud. LA POSICIÓN TRADICIONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO (PARTO VERTICAL), EN LOS SERVICIOS DE SALUD. México; 2005.
- ⁶⁶ Hutton EK. Hassan ES. Late vs. early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. JAMA 2007;(11):1241-52.
- ⁶⁷ Dewey KG, Chaparro CM. Session 4: Mineral metabolism and body composition Iron status of breast-fed infants. Proc Nutr Soc 2007; (3):412-422.

⁶⁸ Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in health full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; (607):488-493.

⁶⁹ Cardona D. Agudelo H. Satisfacción personal como componente de la calidad de vida de los adultos de Medellín. [Citado 08 Mar 14]; Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n4/v9n4a06.pdf>