



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MEXICO  
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

***“Prácticas Médicas en la Atención Obstétrica en Unidades de  
Atención a la Salud de la Ciudad de México”***

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SERVICIOS DE SALUD**

**PRESENTADO POR  
DRA. SARA MARIA PONCE SAN MARTIN**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES**

**CIUDAD DE MÉXICO**

**- 2019 -**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**“Prácticas Médicas en la Atención Obstétrica en Unidades de  
Atención a la Salud de la Ciudad de México”**

DRA. SARA MARIA PONCE SAN MARTIN

Vo. Bo.

  
DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Vo. Bo.

  
DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMIREZ  
DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



SECRETARIA DE SALUD  
SEDESA  
CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN

***“Prácticas Médicas en la Atención Obstétrica en Unidades de  
Atención a la Salud de la Ciudad de México”***

DRA. SARA MARIA PONCE SAN MARTIN

Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'J' followed by several loops and a long horizontal stroke.

---

DR. JUAN CARLOS DE LA CERDA ANGELES  
DIRECTOR DE TESIS  
DIRECTOR HOSPITAL GENERAL ENRRIQUE CABRERA

## **AGRADECIMIENTOS**

Mamá y Papá quiero agradecer el apoyo incondicional en toda mi formación como mujer, ciudadana, doctora, consiente, humanista, dedicada y de corazón, todo se los debo a ustedes por ser los mejores ejemplos para mi y el mundo.

Al amor de mi vida, por formarnos juntos, por ser clave en mi recuperación, por ayudarme a creer que soy la mejor ginecóloga.

## **CONTENIDO**

Introducción	1
Planteamiento del problema	13
Justificación	14
Objetivo	15
Material y métodos	16
Anexos	16
Proceso Estadístico	23
Aspecto Ético	23
Resultados	24
Discusión	38
Conclusiones	40
Bibliografía	42

## RESUMEN

### ***“Prácticas Médicas en la Atención Obstétrica en Unidades de Atención a la Salud de la Ciudad de México”***

Todo el personal encargado de proveer los servicios de salud a la mujer debe conducirse con respeto a sus derechos humanos. En la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultados el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación a la protección de la salud reproductiva. La violencia sobre la salud reproductiva se encuentra ligada y vinculada a la violencia de género.

#### Objetivo General

Evaluar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas del médico de atención obstétrica en una unidad de atención a la salud, respecto a los criterios específicos de las prácticas médicas en la atención obstétrica. ¿Cuál es el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas del médico de atención obstétrica y como repercuten en la calidad y la seguridad de la atención de mujeres con embarazo a término en los servicios de salud de la Ciudad de México.?

#### Material y métodos

Se realiza un estudio en el área de servicios de salud, cuantitativo, observacional, exploratorio, diagnóstico situacional, al Personal del médico de atención obstétrica y usuarias con diagnóstico de puerperio inmediato en las unidades toco-quirúrgicas de del Hospital General Enrique Cabrera Cosío de los servicios de salud de la CDMX, durante el periodo transcurrido del 01 de marzo al 30 de abril de 2018.

#### Resultados

Más de la mitad de las pacientes no contaba con consentimiento informado y a un gran porcentaje no se les brindo información sobre su trabajo de parto, su estado de salud y el estado de salud de su bebé. Un tercio de los médicos no se presentaron con su paciente durante el proceso de atención de su trabajo de parto, faltando al principio de beneficencia. Destaca es la aplicación de la maniobra de Kristeller en 32% de las pacientes. El enema evacuante no se aplicó; la episiotomía solo se aplicó en la mitad de las pacientes. Al 86.6% no se les permitió adoptar una posición cómoda en el decúbito, ni la deambulación durante su trabajo de parto. El porcentaje de pacientes que terminaron en cesárea sin indicación médica absoluta fue 38.3 En el estudio también resalta que los médicos que tenían más conocimiento de derechos humanos, habían estado en una situación o problema de este tipo.

#### Conclusiones

Promover educación en derechos humanos para que 100% de los médicos que atienden a la mujer embarazada, en trabajo de parto y puerperio estén sensibilizados en su forma de tratar, atender; la cual debe de estar en el programa universitario, especialidad y como curso de continuación en los médicos adscritos.

Palabras clave: Violencia obstétrica, atención medica, violencia de genero, prácticas medicas.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y puerperio, son un proceso fisiológico y que abarca muchas dimensiones de las mujeres, en este se debe proteger su vida y salud además de la del producto, así como respetar y garantizar su autonomía, dignidad y sus derechos humanos. Todo el personal encargado de proveer los servicios de salud a la mujer debe conducirse con respeto a sus derechos humanos. En la atención obstétrica, algunos integrantes del personal de salud pueden incurrir en prácticas y omisiones que tienen por resultados el menoscabo de los derechos humanos de las mujeres, incluidos el derecho a la igualdad, a la no discriminación, a la información y libre consentimiento, a una vida libre de violencia, a la integridad, vida, y salud, en relación a la protección de la salud reproductiva. La violencia sobre la salud reproductiva se encuentra ligada y vinculada a la violencia de género.<sup>1</sup>

La violencia obstétrica es reconocida a nivel oficial -por primera vez en el mundo-, por la República Bolivariana de Venezuela incorporándose en su ley de acceso a las mujeres a una vida libre de violencia la cual entro en vigencia en marzo de 2007.<sup>3</sup> En México se encuentra incorporada a partir del 2008 en la ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Veracruz; en 2009 en la ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el estado de Chiapas y desde 2010 en el código penal del estado de Veracruz. En Argentina se cuenta con la ley de derechos de los padres y las personas recién nacidas desde 2004, que presenta y desglosa los derechos de las mujeres e hijos en el nacimiento.<sup>2</sup>

A partir de 1960 tales violaciones han generado movimientos sociales de la mujer y a favor del parto respetado, mismos que abogan por un nacimiento libre de presiones e injerencias externas y demandan el respeto de sus derechos y de la salud reproductiva.<sup>3</sup>

Paralelamente y como evidencias que apoyan el debate político, desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan bajo diversas formas los derechos reproductivos de las mujeres.<sup>4</sup> En ocasiones se ha tratado de investigaciones oficiales como la ENAPLAF (CONAPO, 1995) o la ENSARE (IMSS 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido pese a algunos esfuerzos por restringir su difusión; en otros casos se ha tratado de informes de investigación académica (Figuroa, 1990) o se ha tratado de denuncias individuales que publican algunos medios de comunicación, bien porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios o porque son

casos que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres. En este contexto, el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por la Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud si bien quedó claro que aún falta mucho por recorrer en este camino.<sup>5</sup>

De acuerdo con cifras del Sistema de Información sobre Nacimientos (SINAC), durante el 2016 ocurrieron 2,080,253 nacimientos de los cuales 1,595,641 se presentaron en instituciones públicas, lo que presenta un promedio diario de 5,699 y 4,372 nacimientos respectivamente.<sup>6</sup>

Los datos sobre el número de partos y cesáreas atendidos en 2009, confirman lo que ya se ha documentado desde hace varios años: el incremento desproporcionado de los nacimientos por cesárea. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 38.1% del total de nacimientos suceden mediante cesáreas.<sup>7</sup>

En el extremo de la violencia obstétrica sobresalen casos que revelan estrategias abusivas, como obtener la autorización para esterilizarlas o para colocarles un dispositivo intrauterino durante el trabajo de parto (momento en que la mujer se encuentra en condiciones de vulnerabilidad, lo cual no es la condición idónea para dar el consentimiento informado).<sup>8</sup>

Para la documentación de casos e incidencia de violencia obstétrica en los servicios de salud, se presentaron ante la Secretaría de Salud (SSA), las Secretarías Estatales de salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del estado (ISSSTE) y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), sendas solicitudes de información sobre el número de quejas recibidas contra prestadores de servicios de salud en el marco de la atención ginecobstétrica, por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres y las sanciones aplicadas en esos casos. Además, a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y a las Comisiones Estatales, se les solicitó información sobre el número de quejas, recomendaciones emitidas, aceptadas y cumplidas, referentes a casos de malos tratos y negligencia médica con motivo de atención ginecobstétrica.

A nivel federal, la SSA y el IMSS informaron que no cuentan con datos estadísticos sobre lo consultado ni con el detalle de las quejas en la materia. El ISSSTE reportó que para el período 2009-2012 ha recibido 122 quejas por malos tratos y/o negligencia médica contra mujeres en el marco de la atención ginecobstétrica. Resulta preocupante que ni el IMSS ni la SSA estén generando este tipo de información, que resulta indispensable para poder evaluar la

calidad de la atención a las mujeres embarazadas en los términos que establece la NOM 007.

Por otro lado, la CONAMED informó que entre 2009 y 2011 han sido concluidas 17 investigaciones sobre quejas en casos de atención ginecológica y obstétrica, en los que se observó evidencia de mala práctica y/o maltrato hacia mujeres. Por su parte la CNDH recibió 122 quejas relacionadas con malos tratos y/o negligencia médica durante la atención del embarazo, parto y puerperio en el período 2009-2012 a partir de las cuales sólo se emitieron cuatro recomendaciones; tres fueron aceptadas y dos parcialmente cumplidas. Un índice bajo si se considera el elevado número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.<sup>1</sup>

Con la escueta información recibida es posible identificar que existen pocas quejas relacionadas con violencia obstétrica y que en la mayoría de los casos se presentaron cuando han ocurrido hechos trágicos, como la muerte de la mujer o del producto en gestación. Lo anterior señala que el maltrato (físico y psicológico), las humillaciones, el no proporcionar información y la falta de respeto hacia las decisiones de las mujeres no se consideran motivos para interponer quejas.

La violencia obstétrica, como muestra esta información, es silenciosa: Las formas sutiles y naturalizadas de maltrato y abuso sólo se hacen visibles en casos límite.

Las instituciones encargadas de proveer los servicios de atención materna, enfrentan diversos problemas como la infraestructura hospitalaria insuficiente, la carencia de médicos especialistas y personal de enfermería necesarios para cubrir la demanda, la inadecuada supervisión del personal en formación, la falta de camas y medicamentos, la ausencia de sistemas de referencia eficientes.<sup>9</sup>

En los últimos años la mayor preocupación de las instituciones es en cumplir productividad y eso ha convertido en la relación medico paciente casi nula, donde se excluye lo emocional, se ha convertido en una medicina únicamente institucional de carácter burocrático, con un comportamiento poco sensible, desinterés en aspectos emocionales y condiciones de vida de la paciente.

Existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar el derecho de queja y reclamo que tienen los pacientes frente a los abusos, lo que a su vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos las mujeres no saben el nombre de quienes las atendieron, lo que dificulta enormemente identificar a quien eventualmente pudo haberla

maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace difícil para las mujeres localizar a quienes la atendieron. Otros mecanismos menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica.<sup>10</sup>

En abril de 2014, la Secretaría de Gobernación elaboró el Programa Integral para prevenir, atender, sancionar y erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014- 2018, en el que se plantearon dos estrategias, relacionadas con la violencia obstétrica. La primera tiene por finalidad, promover la armonización de la legislación nacional con tratados y convenciones internacionales, eliminando disposiciones discriminatorias en contra de las mujeres. La segunda, busca fortalecer los servicios para la detección oportuna de la violencia contra las mujeres en el Sistema Nacional de Salud a través de la promoción de políticas institucionales para erradicar la violencia de género que ocurre en los servicios de salud, incluyendo violencia obstétrica.<sup>11</sup>

A nivel internacional en el 2015 se publicó un artículo en el que países como Estados Unidos, Suiza, Canadá y Brasil, efectuaron en ese estudio una revisión sistemática proveniente de 34 países relacionado con el maltrato hacia las mujeres en el parto. Dicho estudio revela que la violencia sufrida por las mujeres en las instituciones de salud es un fenómeno global, es decir se presenta en muchas naciones, entre ellas México y que el maltrato ocurre durante la interacción entre la gestante y la persona que brinda la atención médica; asimismo, advirtió sobre las fallas tanto en las instalaciones donde se provee el servicio, como en el sistema de salud.<sup>12</sup>

## MARCO CONCEPTUAL

El Cuerpo Ético de la práctica médica se ha construido a través de una larga historia: Hipócrates (460 a.c) estableció "*Primum non nocere*", como el principio Toral de la medicina: *primero no hacer daño*, este principio está incluido en el juramento hipocrático, que es la base de toda acción médica. Más tarde, Anicio Manilo Torcuato Severino Boecio (480-520 d.C.), filósofo romano, definió al médico como un "hombre bueno, experto en el arte de curar". No obstante, la definición de médico no se debe limitar a la aplicación de conocimiento, sino también englobar todos los principios y responsabilidades que el médico debe de tener.

La medicina hipocrática destaca por su estricto profesionalismo, como una disciplina y práctica rigurosa. La práctica hipocrática recomienda que los médicos siempre fueran bien aseados, honestos, tranquilos, comprensivos,

serios. El médico, según Hipócrates, da atención a todos los aspectos de la práctica. Debía seguir especificaciones detalladas al momento de examinar a un enfermo. También se le daba mucha importancia a las doctrinas de observación y documentación. Es decir, registrar hallazgos y métodos farmacológicos, de manera que estos conocimientos se puedan transmitir y ser usados por otros médicos. Hipócrates era muy detallado, observador y constante en la precisión de las descripciones de los síntomas. El Coronel Fielding Hudson Garrison, historiador médico del siglo XIX comenta que la medicina como la conocemos, se debe a Hipócrates con el arte de la inspección y la observación clínica, por motivo, quizá resulta correcto llamarlo el "*Padre de la medicina clínica*".

En tiempos modernos el Dr. Walsh McDermott (1909-1981), contrajo Tuberculosis y al ser hospitalizado, pudo vivir el acto médico como paciente, esto le dio la oportunidad de observar la atención médica y encontrar como se debe de mejorar, para obtener mejores resultados y disminuir la mortalidad en ciertos padecimientos. El señaló que las responsabilidades de la medicina son:

1. Generar conocimiento científico- médico y enseñarlos a otros.
2. Usar los conocimientos para la salud del individuo y de la comunidad
3. Juzgar la propiedad moral y ética de cada acto médico.

Estos principios y responsabilidades del actuar médico se conforman finalmente como **cuatro categorías** de análisis, contempladas dentro de la teoría del principalísimo. Esta teoría, tuvo su inicio en el libro "*Principios de Ética Biomédica*" de los filósofos Tom L. Beauchamp y James Childress y son<sup>13</sup>:

1. **Autonomía**: Protege el derecho del paciente a conocer la verdad sobre su enfermedad; contar con la información necesaria sobre el manejo médico a los que se va a someter; su propósito y sus posibles riesgos y beneficios, así como las alternativas que se tengan. Se traduce como el respetar la **capacidad de que el paciente tome sus propias decisiones**; participar activamente en las decisiones sobre su tratamiento y manejo (consentimiento informado), con absoluta confidencialidad.
2. **Beneficencia**: Compromiso del equipo de profesionales de la salud por buscar el beneficio del paciente; aplicar su máximo empeño con el propósito de proteger y restaurar la salud del paciente, brindándole la mejor atención médica disponible, considera cuatro elementos básicos; el ser **competente, eficiente, responsable y diligente** (bien y a tiempo), es decir indicadores positivos de salud; días de estancia, tiempo de espera, control de metabólico conocimiento y practica de las GPC y NOMs.

3. **No Maleficencia:** Abstenerse de realizar acciones intencionales que puedan causar **daño y/o agravar el estado de salud** de manera directa o indirecta (dolo; controlar los riesgos inherentes al manejo médico para minimizar los posibles daños al paciente) a través de indicadores negativos de salud; efectos iatrogénicos (complicaciones, demandas, quejas, días-estancia).
4. **Justicia sanitaria:** Derecho de recibir atención médica sin discriminación de ningún tipo; ninguna acción u omisión que produzca o reproduce **desigualdades en la distribución y el acceso a recursos bienes, servicios y oportunidades en salud**, buscando proveer el mejor cuidado a la salud según las necesidades. (atención privada, seguridad social, seg. pop. cuotas de recuperación, gratuidad). Responde a tres principios:
  - a. Principio de libertad (mismo régimen de libertades que todos)
  - b. Principio de igualdad de oportunidades (no discriminación)
  - c. Principio de la diferencia (máximo beneficio a los menos favorecidos)

Los principios propuestos por esta teoría fueron formalizados para la toma de decisiones en los Estados Unidos de América a partir del documento llamado "*Informe Belmont*", creado por la *Comisión Nacional Para La Protección De Los Sujetos Humanos De Investigación Biomédica Y Del Comportamiento* promulgado el 18 de abril de 1979.

La **General Practitioners Committee** (GPC), una organización independiente del Reino Unido, enfocada a mejorar la educación médica y proteger pacientes, establece que los pacientes necesitan buenos doctores: La primera preocupación de un buen doctor debe de ser el cuidado de su paciente, mantener su conocimiento y destrezas actualizados. Establecer y mantener buenas relaciones con paciente y colegas, ser honestos, de confianza y actuar con integridad.<sup>4</sup> La GPC establece las tareas del médico como:

1. Un paciente debe de confiar con su vida; para justificar esa confianza se debe de mostrar respeto a la vida humana.
2. La salud del paciente es la principal preocupación.
3. Proteger y promover la salud de los pacientes y de la población.
4. Mantener una buena calidad en la práctica y para esto:
  - a. Mantenerse actualizado.
  - b. Reconocer los límites de la propia capacidad y competencia
  - c. Trabajar con colegas beneficiando los intereses del paciente.
5. Tratará los pacientes individualmente y con dignidad, trato educado y respetando su confidencialidad.
6. Colaborar con pacientes:
  - a. Escuchar sus preocupaciones

- b. Proporcionar la información necesaria para comprender su padecimiento.
- c. Respetar el derecho de decisión a su tratamiento.
- d. Motivar a los pacientes a su auto-cuidado.

Se menciona que una práctica ejemplar mantiene un historial actualizado, documenta información apropiada, provee información específica para la colaboración con otros colegas y que todos los reportes de investigación se mantengan en orden cronológico.

Sobre estas declaraciones se establecieron los derechos de los pacientes en la Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2016, del expediente clínico.<sup>14</sup>

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.<sup>15</sup>
4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Por otra parte; la confianza se construye con compromiso y empatía, esta confianza no va deslindada de ser un buen médico. Para lograrlo, un profesional de la salud debe tomar al paciente seriamente, realizar una exploración cautelosa y mantener la competencia de acuerdo a los estándares. Un aspecto no mencionado de igual importancia es la muestra de respeto y la confidencialidad dentro del consultorio, esto brindara una excelente reputación con los pacientes, familiares y la comunidad.

Estos conceptos, principios y responsabilidades se integra en la actualidad bajo el término de **“buenas prácticas médicas”** y se han conformado como un estándar ético internacional, que proporciona una garantía pública de que los derechos, seguridad y bienestar del paciente serán salvaguardados, de tal manera, se definen como un ***deber ético centrado en el paciente***, que se llevan a cabo bajo normas morales éticas y legislativas, procurando un ***trato humanizado*** y una mejora en la ***comunicación personal***, en la ***seguridad del paciente*** y ***calidad de la atención*** en salud, en concordancia con los ***derechos*** del paciente.

En términos operacionales, las **buenas prácticas médicas** pueden ser entendidas como el conjunto de acciones y actividades a través de las cuales se proporciona al paciente la mejor *atención médica* posible, en conjunto con el equipo de profesionales de la salud y administrativos. Esto incluye las instalaciones y los recursos.

La evaluación de la práctica médica discurre en un rango que va de la buena, a la mala práctica (iatrogénia). La mala práctica de la medicina, se define como una violación de los principios médicos fundamentales. La inorancia de los señalamientos de la *Lex Artris*, la deontología médica o de las normas o leyes para el ejercicio profesional, conduce necesariamente a la mala práctica médica.

De acuerdo con la *Royal College of General Practitioners* (RCGP), una *mal praxis* propicia quejas a una institución médica por la ausencia de expectativas cumplidas y generalmente tiene las siguientes características, estas características permiten integra indicadores negativos de la calidad en la atención médica:

- Mala competencia y falta de conocimiento de los propios límites.
- Mal liderazgo médico (ignora, contradice e interrumpe).
- No sabe elegir elementos importantes de la historia clínica y no sabe utilizar elementos de los antecedentes.
- No habla temas sensibles y personales.
- Exploración física pobre.
- Nunca explica los procedimientos que realizara sobre el paciente.
- Mal diagnóstico y tratamiento inapropiado. Esto aunado a malas investigaciones.
- Malas conclusiones con la información proporcionada.
- Tratamientos que no van de acuerdo a la mejor evidencia.
- Falta de organización para actividades de prevención y cuidados a largo plazo.
- No apoya el deseo de los pacientes de auto-cuidado.
- Entorno peligroso dentro del establecimiento.

Con base en lo anterior, se ha considerado que al número de quejas como un indicativo de la calidad en la atención, por eso es importante estar familiarizado con las prácticas iatrogénicas en la medicina (dolo, impericia, negligencia e imprudencia).

Para CONAMED, la mala práctica médica se expresa como **queja médica** que es la **manifestación** de los pacientes sobre expectativas no cumplidas y

las características del modelo de atención que desearían tener: son entendidas como **indicadores negativos** de la calidad de la atención. Por analogía, la queja médica puede analizarse de acuerdo con el enfoque sistémico propuesto por Avedis Donabedian, para evaluar la calidad de la atención médica <sup>8</sup>, según este enfoque algunas quejas pueden asociarse con **factores estructurales** y otras con el **proceso de atención**. Estas últimas particularmente se identifican como:

- **Dolo:** Daño al paciente cometido de manera intencional, en el ejercicio de la práctica médica, su contrario es beneficencia.
- **Impericia:** Torpeza, falta de maestría (habilidades y destrezas), incapacidad técnica para el ejercicio de la profesión médica.
- **Negligencia:** Acto en que se incurre al brindar servicios con descuido, sin las preocupaciones y atenciones necesarias en una actividad específica; defecto u omisión en su realización.
- **Imprudencia:** Falta de juicio, sensatez o cuidado en la práctica médica, debido a insuficiente reflexión, que resulta en daño al paciente.

Una mala práctica daña el elemento esencial de una relación médico-paciente exitosa; la “confianza del paciente hacia su tratante”.

#### VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

A lo largo de los últimos diez años la agenda de los derechos reproductivos y sexuales ha adquirido una gran fuerza a escala internacional. Las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), sobre las Mujeres (Pekín, 1995) han desempeñado un papel central en la adopción, por los diversos Estados Nacionales, tanto del discurso como de los compromisos concretos en la promoción y defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En particular, un aporte de estas conferencias ha sido la identificación más específica de los llamados **Derechos Reproductivos**. El reconocimiento de éstos como parte importante de los Derechos Humanos le ha conferido una gran legitimidad a la lucha por la defensa y promoción de los mismos. <sup>4</sup>

La Organización Mundial de la Salud ha destacado la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de atención de la salud suficiente, con capacitación adecuada.<sup>16</sup> El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N. 24 establece la obligación estatal de “Garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos, a servicios obstétricos de emergencia”; y se deben de asignar a esto servicios el máximo de recursos disponibles.<sup>17</sup>

La obligación de eliminar toda afectación hacia la mujer en el contexto de la atención médica en beneficio de la salud sexual y reproductiva, es un deber previsto en el “Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”<sup>18</sup>, los “Objetivos de Desarrollo del Milenio”(ODM) <sup>19</sup> y los Objetivos previstos en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>20</sup>, adoptados en 2015 con la finalidad de que los Estados renueven su compromiso de lograr las metas propuestas en los ODM, así como acelerar su cumplimiento. De acuerdo con los ODM, México ha avanzado de manera relevante en el porcentaje de partos con asistencia de personal capacitado, al pasar de 76.7% en 1990 a 98.2% en 2015 y el número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada desde 2011 superó la meta establecida de 5.0, ubicándose actualmente en 5.35 consultas.

La violencia obstétrica ha sido naturalizada entre el personal médico y el equipo de salud obstétrico, así como en la sociedad en su conjunto incluidas las mismas mujeres que la padecen: La mayoría de las mujeres entrevistadas al respecto refieren que prefieren olvidar las molestias y maltratos del parto (a veces considerados designios divinos) y concentrarse en el gozo de la nueva vida presente para no complicar su estado emocional. Esto último explica las escasas demandas y quejas contra este tipo de violencia, lo cual ha ido cambiando debido a la conciencia social sobre los derechos de las mujeres y al conocimiento sobre las recomendaciones de la *Organización Mundial de la Salud* con respecto al parto.<sup>2</sup> Como consecuencia de lo anterior, se ha generado un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva.

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW) establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas conducentes para eliminar la discriminación contra la mujer en la atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. <sup>21</sup> De acuerdo con el artículo uno de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “*Convención de Belém do Pará*”, se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece

que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9).<sup>25</sup>

Se define a la violencia obstétrica como un tipo de violencia institucionalizada producto de una sociedad patriarcal, que se expresa como relaciones de poder y que legitiman y naturalizan una serie de procedimientos entre los que se da:

- Una **apropiación (enajenación) del cuerpo de la mujer** (maltrato físico) y de los procesos fisiológico presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento y la atención de la o el recién nacido y el puerperio de la mujer.<sup>2</sup>
- Un **trato deshumanizado** (maltrato psicológico); abuso de medicación patologización de los procesos naturales trayendo consigo pérdida de autonomía y de capacidad de decisión de las mujeres durante su embarazo, parto y puerperio, lo cual mengua sus derechos humanos.<sup>1</sup>

Al respecto la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) ha hecho públicas una serie de lineamientos que ha clasificado como:

1. **Prácticas claramente perjudiciales o ineficaces**, que habría que eliminar.
2. **Prácticas evidentemente inútiles**, que tendrían que ser removidas.
3. **Prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente**.
4. **Prácticas sobre las que no existe evidencia clara** para fomentarlas y deberían usarse con cautela hasta tener estudios clarifiquen el tema.<sup>14</sup>

En la operación, la violencia obstétrica se observa al menos como:

1. Omitir la **atención oportuna** de las emergencias obstétricas
2. Omitir la **atención eficaz** de las emergencias obstétricas
3. Obligar a la mujer a **parir en posición supina** con las piernas levantadas existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical en cuclillas o hincada.
4. Obstaculizar el **apego precoz del niño o niña con su madre** sin causa medica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarle inmediatamente después de nacer.
5. **Alterar el proceso natural del parto** de bajo riesgo mediante el uso de **técnicas de aceleración** sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.
6. Practicar el parto por vía de una **cesárea** existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.<sup>2</sup>

Entre las prácticas recomendadas durante la atención institucionalizada del parto destacan entre otras: **no hacer intervenciones médicas innecesarias, es decir; no hacer episiotomía, tricotomía y enema<sup>22</sup> como prácticas de rutina; restringir el uso de oxitócica, analgesia y anestesia; mantener la tasa de cesáreas recomendada por la OMS entre 10 y 15% de los nacimientos.**<sup>14</sup>

Durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres van desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para su atención oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin respeto a su dignidad, el manejo del dolor como castigo.<sup>23</sup>

El maltrato de las mujeres en las salas de maternidad, se materializa como violencia obstétrica. Es necesario cuestionarse sobre sus efectos en la vida de las mujeres, los cuales pueden ser físicos o psicológicos. En diversos estudios se ha establecido que aproximadamente el 35% de las mujeres después del parto, presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático, mismo que en algunas ocasiones, puede ser producto de las acciones u omisiones de los profesionales sanitarios.<sup>24</sup>

La evaluación de las prácticas médicas debe realizarse a través del grado de **conocimientos, actitudes y prácticas**, no solo del médico sino de todo el personal de salud que interactúa con el paciente (enfermeras, estudiantes de medicina, personal de nutrición, odontología, trabajo social, laboratorios e imagenología). Cuando la **actitud** del médico y del equipo de salud, genera inconformidad en el paciente, se expresa como **queja médica**, que es la **manifestación** de los pacientes sobre expectativas no cumplidas y las características del modelo de atención que desearían tener: las quejas del paciente deben ser entendidas como indicadores negativos de la calidad de la atención.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La denuncia de todo tipo de violaciones a los derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco. Sin embargo, ni las denuncias ni las acciones legales que al respecto puedan tomarse bastan por sí mismas para cambiar las cosas. También es necesario el estudio cualitativo de los mecanismos que hacen posible al nivel del encuentro entre prestadores de servicios de salud y las usuarias, la violación de los derechos de estas últimas: Es necesario explorar qué patrones de interacción y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de la realidad, que al mismo tiempo que pueden pasar inadvertidas, desempeñan un papel central en la generación de ese fenómeno social que llamamos violencia obstétrica.

Contrastando la información presentada en el marco de referencia, con lo definido en el marco conceptual, actualmente en México no existe una estrategia integral que permita evaluar de manera objetiva el ejercicio de la práctica médica en cada unidad de atención. Ante la ausencia de información relativa al ejercicio de las **PRÁCTICAS MÉDICAS**, resulta sustantivo conocer:

**¿Cuál es el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas del médico de atención obstétrica y como repercuten en la calidad y la seguridad de la atención de mujeres con embarazo a término en los servicios de salud de la Ciudad de México?.**

## JUSTIFICACIÓN

La violación de los derechos humanos que se ejerce en contra de las unidades tocoquirúrgicas es un gran problema mundial de salud pública, de larga historia que cada vez cobra mayor importancia e interés en diversos países. A pesar de ello no existe un consenso en definición, términos, conocimiento y posibles causas que propicien su origen; es decir este es un complejo problema socio médico, donde se tiene diversas relaciones de poder, discriminación, desigualdad social y de género.

Por un lado existe una corriente que aborda el problema de violencia que se ejerce en las unidades tocoquirúrgicas como resultado de la precariedad del sistema de salud en donde prevalecen jornadas extenuantes para el personal, falta de insumos necesarios y condiciones estructurales que propician practicas de baja calidad en la atención obstétrica que pueden derivar en una negligencia medica y en ultima consecuencia en expresiones de violencia institucional.

Otras corrientes sugieren que no existe conocimiento por parte de el personal de salud sobre los derechos sexuales, reproductivos y de la mujer, lo cual se vuelve un determinante para la relación de poder que existe en la relación medico paciente en los servicios donde se ejerce la violencia institucional y obstétrica.

En este sentido es importante entender desde una perspectiva social y de genero la relación medico paciente en el ámbito institucional en México, para tratar de desarticular los sucesos y entender que es lo que sucede en la atención obstétrica por parte de el personal de salud y analizar por que se ha naturalizado la violación de los derechos humanos en la atención obstétrica; con esto poder generar métodos para prevenir y eliminar practicas perjudiciales, logrando la mejor atención.

El propósito de este proyecto es identificar si el personal de salud tiene conocimiento sobre los derechos humanos de sus pacientes; identificar cuales derechos reproductivos no atiende adecuadamente y las posibles causas que desatan dichos sucesos, logrando de ese modo la difusión de los resultados para contribuir a la reflexión y sensibilización de los servidores de salud.

Estos resultados reflejaran un marco de acciones para fomentar tanto en instituciones publicas como privadas; después se podrá replicar dicha evaluación en otros servidores de la salud como enfermería, camillera e intendencia los cuales tienen contacto con pacientes en unidades tocoquirúrgicas.

## OBJETIVO

### General

Evaluar el nivel de conocimientos, las actitudes y las prácticas **del médico de atención obstétrica en** una unidad de atención a la salud, respecto a los criterios específicos de las *prácticas médicas en la atención obstétrica*.

### Específicos

1. Evaluar el nivel de conocimientos del médico de atención obstétrica, respecto a los criterios de las prácticas médicas en la atención obstétrica.
2. Evaluar las actitudes del médico de atención obstétrica de una unidad de salud, respecto a los criterios de las prácticas médicas en la atención obstétrica.
3. Evaluar las prácticas del médico de atención obstétrica de una unidad de salud, respecto a los criterios de las prácticas médicas en la atención obstétrica.
4. Identificar la frecuencia de violencia obstétrica.
5. Identificar el tipo de violencia a la que consideran las pacientes que fueron expuestas.
6. Identificar las características de la violencia a la que las pacientes fueron expuestas.
7. Identificar las condiciones asociadas a la violencia obstétrica

## MATERIAL Y METODOS

Se realiza un estudio en el área de servicios de salud, cuantitativo, observacional, exploratorio, diagnóstico situacional, al Personal del médico de atención obstétrica y usuarias con diagnóstico de puerperio inmediato en las unidades toco-quirúrgicas de del Hospital General Enrique Cabrera Cosío de los servicios de salud de la CDMX, durante el periodo transcurrido del 01 de marzo al 30 de abril de 2018.

Criterios de inclusión:

- Personal médico de atención obstétrica que preste atención al momento del estudio, en la unidad de Tococirugía, puerperio y hospitalización del Hospital General Enrique Cabrera Cosío.
- Mujeres con puerperio inmediato, atendidas en las unidades toco-quirúrgicas de la CDMX. En el periodo del 01 de Marzo al 30 de Abril de 2018.

Criterios de no inclusión:

- Pacientes que ameritaron traslados a otra unidad médica.
- Pacientes egresadas por alta voluntaria.
- Muerte materna.
- Paciente con déficit cognitivo o inimputables.

Tamaño de la muestra: Censo de 35 médicos Ginecobstetras para conocimientos, a los cuales se les aplico "Cuestionario de conocimientos y percepción del médico"; Censo de 174 pacientes en puerperio inmediato, en hospitalización, se aplico "Cuestionario para la paciente"; 175 expedientes de las mismas pacientes para evaluar "practica medica", (Anexo I , II III).

Saturación Teórica: 5 pacientes por medico para opinión y 5 pacientes por medico para practica.

VARIABLE / CONSTRUCTO (Índice-indicador/categoría-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Sociodemográficas	Contexto	Conjunto de variables que identifican y contextualizan a la paciente y al personal del equipo de salud que le brinda atención.		
Edad	Contexto	Tiempo que ha vivido la usuaria y cada uno del personal médico de atención obstétrica que la atiende; desde su nacimiento hasta el momento del estudio, en años cumplidos.	cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 17</li> <li>• 18 a 24</li> <li>• 25 a 35</li> <li>• &gt; 36</li> </ul>
Sexo	Contexto	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo, del personal médico de atención obstétrica y de la usuaria en atención.	cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masculino</li> <li>• Femenino</li> </ul>

Estado civil	Contexto	Condición en que se encuentra la usuaria y cada uno de los miembros del equipo de salud que la atiende, en relación con otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos.	cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soltera</li> <li>• Casada</li> <li>• Viuda</li> <li>• Unión libre</li> <li>• Sociedad de convivencia</li> </ul>
Escolaridad	Contexto	Nivel de estudios alcanzados, por la usuaria y cada uno del personal médico de atención obstétrica que la atiende.	cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• primaria</li> <li>• secundaria</li> <li>• preparatoria</li> <li>• licenciatura</li> <li>• posgrado</li> </ul>
Embarazo actual	Contexto	Características ginecobstetricas actuales de la usuaria:		
Numero de Gesta	Contexto	Embarazos que hasta el momento ha cursado incluyendo el actual.	cuantitativa discreta	Numero de gestas
Numero de Parto	Contexto	Expulsión del producto de la concepción por vía vaginal después de la semana 22 de la gestación. <sup>26</sup>	cuantitativa discreta	Número de partos
Numero de Cesárea	Contexto	Procedimiento quirúrgico para extraer al producto de la concepción a través de laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a la viabilidad.	cuantitativa discreta	Número de cesáreas
Diagnóstico	Contexto	Herramientas médicas necesarias utilizadas para obtener la respuesta al padecimiento del paciente, en relación con a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundamentado</li> <li>▪ No fundamentado</li> </ul>
Tratamiento	Contexto	Medidas tomadas para resolver la enfermedad o padecimiento del paciente. Con respeto a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fundamentado</li> <li>▪ No fundamentado</li> </ul>
Seguimiento	Contexto	Continuidad de la atención y terapéutica dada al paciente, con respeto a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adecuado</li> <li>▪ No adecuado</li> </ul>
Prácticas médicas:	Compleja	Conjunto de acciones, actividades y servicios que se proporcionan a la usuaria en el contexto del acto médico, con el propósito de proteger y restaurar su salud. Estos se traducen en cuatro categorías de análisis:		
Beneficencia	Compleja	Buscar un estado de satisfacción y comodidad del paciente, en cada acto médico, expresado a través de los criterios:		
Atención	Compleja	Atención otorgada por el equipo de salud, preparado para realizar las <b>prácticas</b> y procedimientos médicos que se requieran para las necesidades y circunstancias específicas de cada usuaria, aplicada con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• juicio, <i>sensatez</i> y <i>cuidado</i> (<b>prudencia</b>).</li> <li>• las <i>habilidades</i> y <i>destrezas</i> (<b>pericia</b>) necesarias.</li> </ul>	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca</li> <li>▪ Casi nunca</li> <li>▪ Casi siempre</li> <li>▪ Siempre</li> </ul>
No maleficencia	Compleja	Vigilar que en el acto médico no se cause perjuicio o daño a la usuaria, de manera que, al menos la razón riesgo/beneficio sea siempre adecuada. La expresión práctica sería la no indicación y/o las contraindicaciones, tomando como referencia mínima las NOM y GPC que correspondan. En el extremo se ubica la razón de efectos iatrogénicos, expresado a través de indicadores negativos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dolo:</b> Hacer daño intencionalmente al paciente, en el ejercicio de la práctica médica. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tasa de cesáreas (10-15%)<sup>15</sup></li> <li>○ Tasa de partos</li> </ul> </li> <li>• <b>Negligencia:</b> Descuido, despreocupación, defecto u omisión en el desarrollo de las acciones y actividades necesarias en la realización del acto médico. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Atención desde su ingreso.</li> </ul> </li> </ul>	Cualitativa ordinal	%
Justicia sanitaria	Compleja	Modelo de atención que atiende al paciente en el acceso a los recursos sanitarios, expresado a través de los criterios:		

Derechohabencia	Compleja	Expresión del principio de libertad: organismo de atención a la salud al que se encuentra afiliada la paciente	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IMSS</li> <li>• ISSSTE</li> <li>• Gratuidad</li> <li>• Seguro Popular</li> <li>• Otro</li> </ul>
Trato digno	Compleja	Expresión del principio de diferencia; respeto a las convicciones morales, condición sociocultural, de género, de pudor y la intimidad y confidencialidad del usuario y sus acompañantes, a través de la opinión de la usuaria.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
Atención de urgencias	Compleja	Expresión del principio de Igualdad de oportunidades; recibir atención en cualquier establecimiento hasta estabilizar, en caso de peligro de órgano, función o vida, a través de la opinión del usuario, respecto al tiempo de espera. Con respeto a las NOM y GPC, que correspondan. <sup>26</sup>	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Número de atención</li> <li>▪ Pacientes con clasificación triage correcta.</li> <li>▪ Tasa de mortalidad / servicio.</li> </ul>
Expediente Clínico	Compleja	Expresión del principio de Igualdad de oportunidades; información personal del proceso de atención médica, de acuerdo con la normativa aplicable.	Cualitativa dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si, de acuerdo a la norma.</li> <li>• No seguir criterios de la norma.</li> </ul>
Autonomía	Compleja	Respeto del derecho del paciente a decidir su tratamiento y manejo, expresado a través de los criterios, consignados en las NOM y GPC, que correspondan. <sup>26</sup>		
Información	Compleja	Información <i>suficiente, oportuna y veraz</i> que proporciona el proveedor de salud, con base en el conocimiento de sus obligaciones y los derechos de la usuaria, para fomentar la autonomía del paciente, evaluados a través de un examen de conocimientos y la opinión del usuario, sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnóstico, pronóstico y tratamiento que le corresponden.</li> </ul>	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
Confidencialidad	Compleja	Respeto a la intimidad y secrecía de los datos personales, en beneficio de las relaciones interpersonales y expresadas a través de la opinión de la usuaria. Con respeto a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>
Decisión sobre la atención	Compleja	Decidir con libertad aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, a través de la opinión de la usuaria. Con respeto a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nunca</li> <li>▪ Casi nunca</li> <li>▪ Casi siempre</li> <li>▪ Siempre</li> </ul>
Consentimiento informado	Compleja	Acto de Informar de la usuaria las alternativas, riesgos, propósitos, beneficios, la forma de proceder y los medios del tratamiento que se le aplicarán, a través de un documento formal. Con respeto a las NOM y GPC, que correspondan.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Si</li> <li>▪ No</li> </ul>

La estrategia de estudio que se aplico en este protocolo se define en la tabla que sigue:

<b>Área de evaluación / instrumento:</b>	<b>Categoría:</b>	<b>Criterios de evaluación:</b>
<b>Conocimientos:</b> <i>Cuestionario de Conocimientos personal médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Beneficencia</li> <li>• No maleficencia</li> </ul>	A. Conocimiento de los derechos de las pacientes obstétricas B. Conocimiento de las obligaciones del personal de salud C. Conocimiento de las NOM y GPC relativas a la atención médica del embarazo, parto y puerperio D. Desarrollo de las habilidades y destrezas propias de su competencia.
<b>Actitudes:</b> <i>Cuestionario de opinión del paciente</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> </ul>	A. Trato digno y respetuoso al paciente B. Relación médico-paciente C. Confidencialidad D. Orientación para una segunda opinión E. Atención orientada F. Explicación diagnóstica

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>G. Explicación del tratamiento y opciones terapéuticas</li> <li>H. Explicación pronóstica</li> <li>I. Capacidad de decisión del paciente</li> </ul>
<b>Prácticas:</b> <i>Cédula de Evaluación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Justicia</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Autonomía</li> <li>• Beneficencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>J. Trato digno y respetuoso al paciente</li> <li>K. Relación médico-paciente</li> <li>L. Confidencialidad</li> <li>M. Orientación para una segunda opinión</li> <li>N. Atención orientada</li> <li>O. Explicación diagnóstica</li> <li>P. Explicación del tratamiento y opciones terapéuticas</li> <li>Q. Explicación pronóstica</li> <li>R. Capacidad de decisión del paciente</li> <li>A. Desarrollo de las habilidades y destrezas propias de su competencia.</li> </ul>

## ANEXO I. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIÓN DEL MÉDICO

Agradezco su colaboración en este estudio que busca mejorar la calidad de la atención durante el embarazo el parto y el puerperio. Toda la información que proporcione será anónima y confidencial. Ahora, si está de acuerdo, le pido responda el siguiente cuestionario de acuerdo con las instrucciones de cada sección.

**Agradezco mucho su atención.**

Sexo:	M	F
-------	---	---

Edad:		
-------	--	--

Nivel académico:	
Estudiante	
Interno	
Residente	
Ginecólogo	

Institución laboral:	
Gubernamental	
Privado	

1. ¿Qué son los Derechos Humanos?
  - a) Son ayudas gubernamentales logradas a través de años de lucha.
  - b) Son el conjunto de prerrogativas sustentadas en la dignidad humana.
  - c) Son todas las normas y leyes que benefician a las personas.
  - d) Son obligaciones morales que toda persona debe cumplir.
  
2. Los servidores públicos deben de tratar a la mujer embarazada como :
  - a) Una enferma
  - b) Un sujeto de derecho
  - c) Una cosa
  - d) Una histórica
  
3. ¿Cuál de estas situaciones es violencia obstétrica?
  - a) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa medica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarlo.
  - b) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.
  - c) Regaños, burlas, ironías, insultos amenazas, humillaciones, manipulación de la información por parte del médico a la paciente.
  - d) Todas las anteriores.

4. Uno de los derechos de las mujeres es:
- No recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes
  - No ser atendidas
  - Ser tratadas cruelmente
  - Darles un libro
5. ¿A tu paciente cuando le ofreces un método anticonceptivo?
- En control prenatal
  - Durante el trabajo de parto
  - Puerperio inmediato
  - Puerperio mediato o tardío

	SI	NO
6. Durante tu formación ¿sientes que te condujeron a ejercer o ser cómplice de la violencia obstétrica?		
7. ¿El personal que labora en tu unidad hace comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca del comportamiento de las pacientes?		
8. En tu trabajo en la unidad tocoquirúrgica, ¿Te has sentido obligado o presionado para ejercer prácticas que te parecen violentas?		
9. ¿Todos los procedimientos médicos que usted realiza son sustentados siempre con conocimiento de la paciente y su consentimiento informado?		
10. ¿Cree que sus pacientes se sienten satisfechas con la atención que usted brinda?		
11. Sabes si tus pacientes lo recomiendan con sus amigas y familiares?		
12. En este momento ¿Se siente cansado?		
13. ¿Te has sentido triste o deprimido recientemente?		
14. ¿A todas sus pacientes en trabajo de parto se les ofrece analgesia obstétrica?		
15. ¿En todas tus atenciones de parto realizas episiotomía?		
¿Por qué?		
16. ¿Ha tenido algún problema en relación a violencia obstétrica?		
¿Cuál?		

17. ¿Cuántas horas trabaja en una unidad tocoquirúrgica a la semana?
- menos de 10 hrs.
  - 10- 20 hrs.
  - 21 – 36 hrs.
  - más de 36 hrs.
18. ¿Cuantas pacientes tiene a su cargo en un turno en promedio?
- 1 – 2
  - 3 – 5
  - 5 – 10
  - más de 10

19. ¿Eres feliz en tu trabajo	Muy Feliz	Feliz	No	Soy infeliz
20. ¿Eres feliz en tu vida?	Muy Feiz	Feliz	No	Soy infeliz

## ANEXO II. CUESTIONARIO PARA LA PACIENTE

Unidad de Atención: \_\_\_\_\_

Agradezco su colaboración en este estudio, que busca mejorar de calidad de atención durante el embarazo el parto y después del parto. Toda la información que proporcione es anónima y confidencial. Ahora, si está de acuerdo, le pido responda el siguiente cuestionario.

### Agradezco mucho su atención.

Esta usted:	
Casada	
Unión Libre	
Sociedad de Convivencia	
Soltera	
Divorciada	
Viuda	

Qué edad tiene

Hasta que grado estudió

¿Cuántos Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ ha tenido usted?

Mientras estaba internada en este hospital, con trabajo de parto:

Núm	Pregunta:	Sí	No
1	¿Fue respetada su intimidad durante su parto? (no se permitió entrar a cualquier persona)		
2	¿Cuando la estaban atendiendo, el personal se reía, hacía chistes o burlas de usted?		
3	¿La trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fuera una niña incapaz de comprender lo que pasaba?		
4	¿Fue criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?		
5	¿Fue difícil o imposible que la escucharan cuando decía sus miedos o preguntas; no te respondían o lo hacían de mala manera?		
6	En el momento del parto ¿la obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque fuera incomodidad esa posición?		
7	¿Fue obligada estar en cama, impidiéndole caminar o buscar posiciones más cómodas?		
8	¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?		
9	¿Se le impidió el contacto inmediato con tu bebé antes de que se lo llevara el pediatra para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, etc.)		
10	Después del parto, ¿sintió que no había hecho lo que esperaban de ti (que no habías "colaborado")?		
11	¿Le dieron la información que necesitaba sobre los problemas que pudieran presentarse y lo que le iban a hacer durante su embarazo, su parto y después del parto?		
12	¿La atención que recibió durante el embarazo, el parto y después del parto fue cálida y de buena calidad?		
13	En algún momento durante la atención de su embarazo, parto y después del parto, ¿se sintió insultada, maltratada, humillada discriminada por parte del personal?		
14	¿Durante el tiempo que estuvo en el hospital fue informada oportunamente sobre la evolución de su parto y el estado de su bebé?		
15	¿Le gustaría volver a atenderse en este hospital?		
16	¿Se le ofreció un método de planificación familiar?		
17	¿Se presentaron con usted todos los médicos que la atendieron ?		
18	Si usted tuvo un parto ¿Cuándo estaba naciendo, de apretaron la panza?		

Quiere usted comentar algo más?

### ANEXO III.

#### EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Durante el trabajo de parto en la unidad toco quirúrgica, según su expediente clínico, las indicaciones y notas médicas, los reportes del servicio de enfermería y el partograma, a la paciente se le realizó:

Núm	Pregunta:	Sí	No
1	Tricotomía		
2	Enema		
3	Indicación de permanecer acostada (DLI)		
4	Ingesta de líquidos y alimentos		
5	Ruptura de Membranas		
6	Conducción con medicamentos		
7	Parto		
8	Cesárea		
9	Episiotomía		
10	Analgesia Obstétrica		
11	Consentimiento Informado		

Si fue Cesárea ¿Cual fue su indicación?

\_\_\_\_\_

Numero de Tactos reportados en partograma \_\_\_\_\_

Numero de personal médico de atención obstétrica que realizo tacto según partograma

\_\_\_\_\_

## **PROCESO ESTADISTICO.**

Tablas y graficas bivariadas según grupos de edad, sexo, grado académico para los médicos y según grupo de edad y sexo para la opinión de las usuarias. Frecuencias simples y estratificadas, medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas, razones y proporciones para las variables cualitativas.

## **ASPECTO ETICO.**

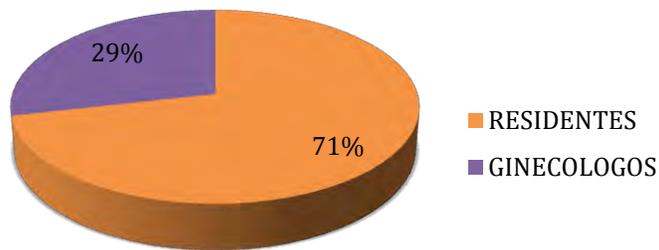
Desde la declaración de Helsinki esta investigación cuenta con riesgo mínimo dado que hay contacto con paciente a través de una entrevista.

## RESULTADOS

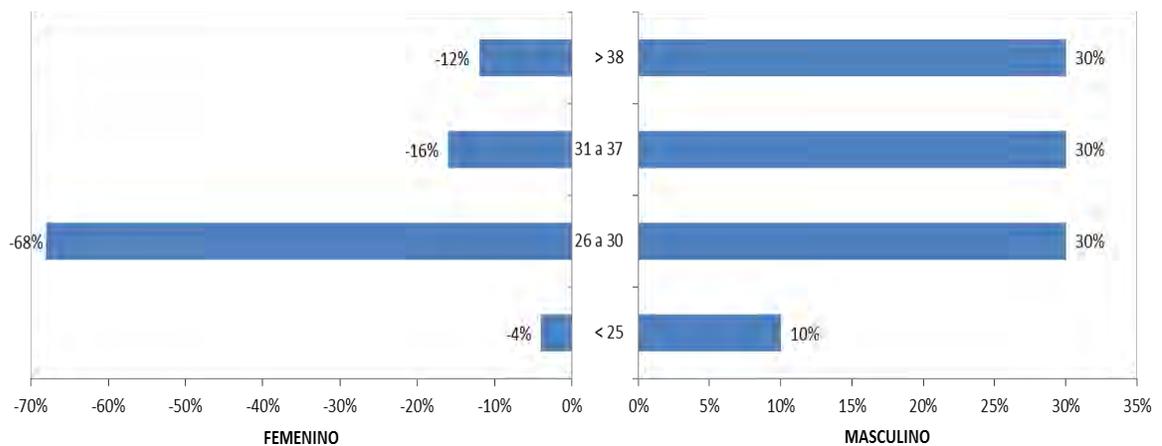
Características de la población Médica estudiada.

En la Unidad de Toco cirugía, 29% de los médicos entrevistados son adscritos de Ginecología y 71% son médicos residentes de la misma especialidad, (Gráfica 1). 71 % de los médicos entrevistados fueron mujeres. La edad mínima fue de 25 y la máxima de 48, con una media de 31 años y una desviación estándar de 6.2, (Gráfica 2).

Gráfica 1  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según nivel académico.



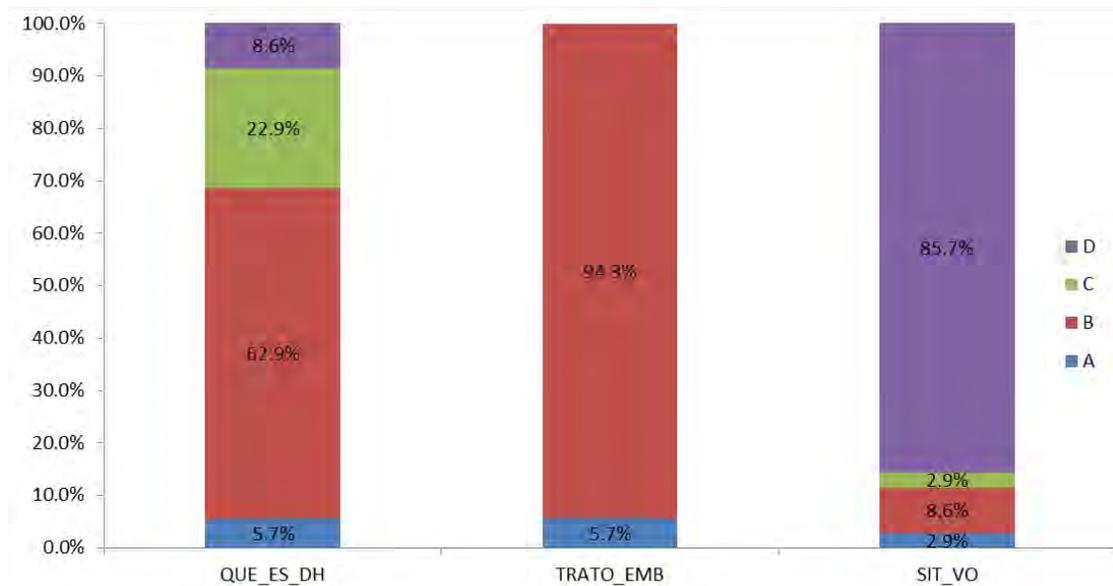
Gráfica 2  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según grupo de edad y sexo.



### Conocimientos.

63% de los médicos conocen el concepto “Derechos Humanos”. Sin embargo, a la pregunta; ¿Uno de los derechos humanos de la mujer es?; 100% de los entrevistados contesto correctamente: “No recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes”. 94% de los entrevistados señala que a la mujer se le debe de tratar como “un sujeto de derecho”. Finalmente; en relación con el conocimiento y distinción de situaciones de “Violencia Obstétrica”; 86% si distingue esas situaciones (Gráfica 3).

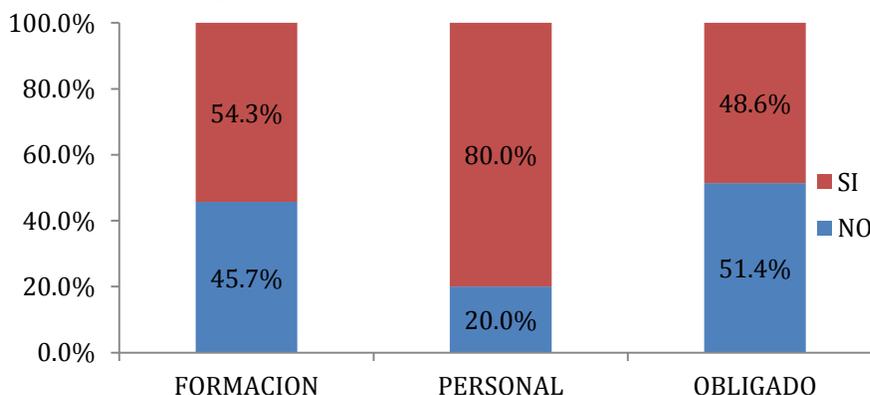
Gráfica 3  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según Conocimiento de Derechos Humanos.



### Formación.

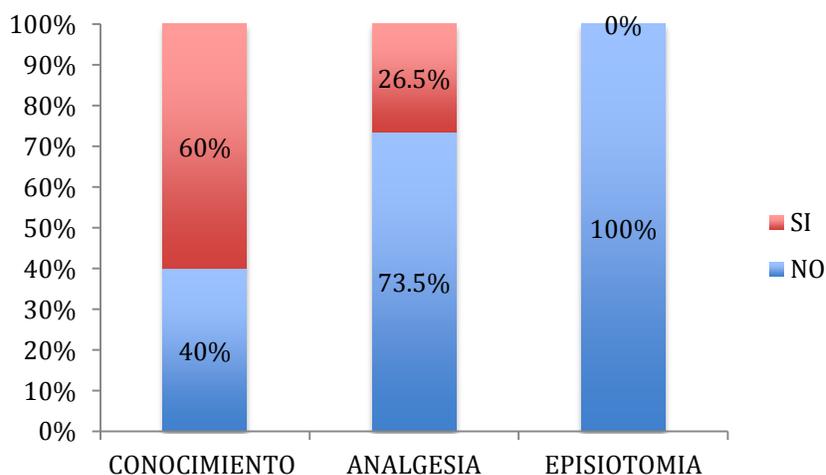
Durante su formación, 54% de los entrevistados fueron conducidos a ejercer o ser cómplices de situaciones de Violencia Obstétrica. 49% se han sentido obligados o presionados a ejercer prácticas que les parecen violentas, 80% reconoce que el personal que labora en su unidad, tanto médicos, como enfermería, camilleros, limpieza y trabajo social, hace comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste sobre las pacientes (Gráfica 4).

Gráfica 4  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según experiencias formativas en DH.



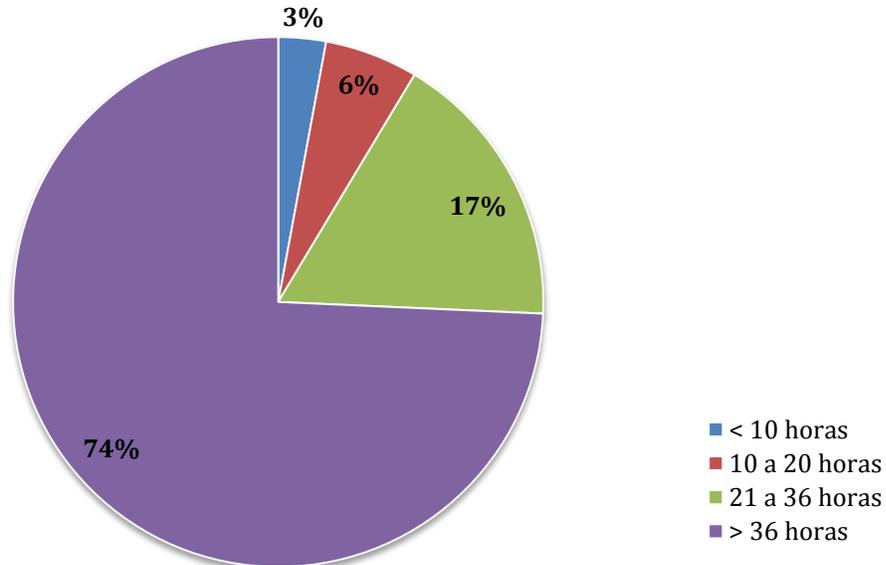
40% de los médicos reconoce que no todos sus procedimientos son sustentados por un consentimiento informado, ni conocimiento de la paciente. 73.5% no le ofrece a sus pacientes analgesia obstétrica. 100% de ellos refiere que no realiza episiotomía en todas sus atenciones de parto, únicamente cuando lo amerita por el bienestar materno y fetal, (Gráfica 5).

Gráfica 5  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según experiencias en la practica.



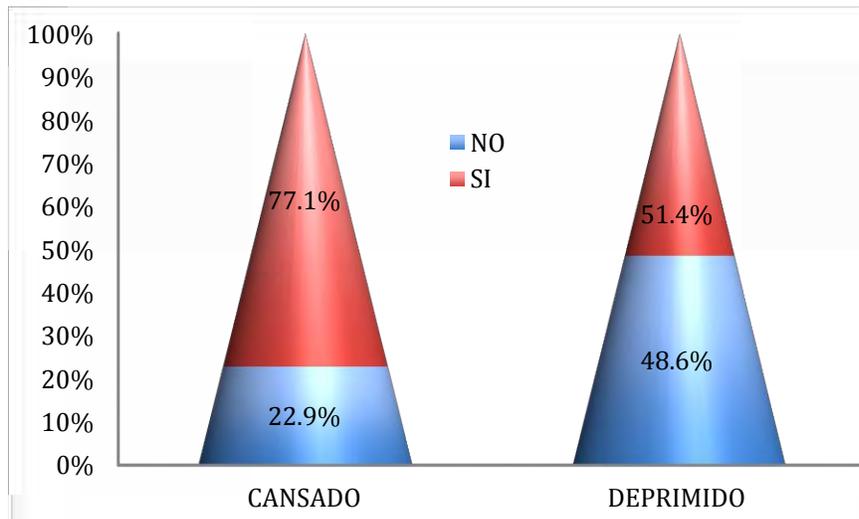
Las horas que laboran los médicos entrevistados en la unidad de Tococirugía a la semana son en un 74% > de 36 horas, 17% de 21 a 36 horas, 6% de 10 a 20 horas y 3% < de 10 horas, (Gráfica 6).

Gráfica 6  
 Distribución de la población de médicos estudiada,  
 Según horas que labora por semana en unidad de tocorirugía.



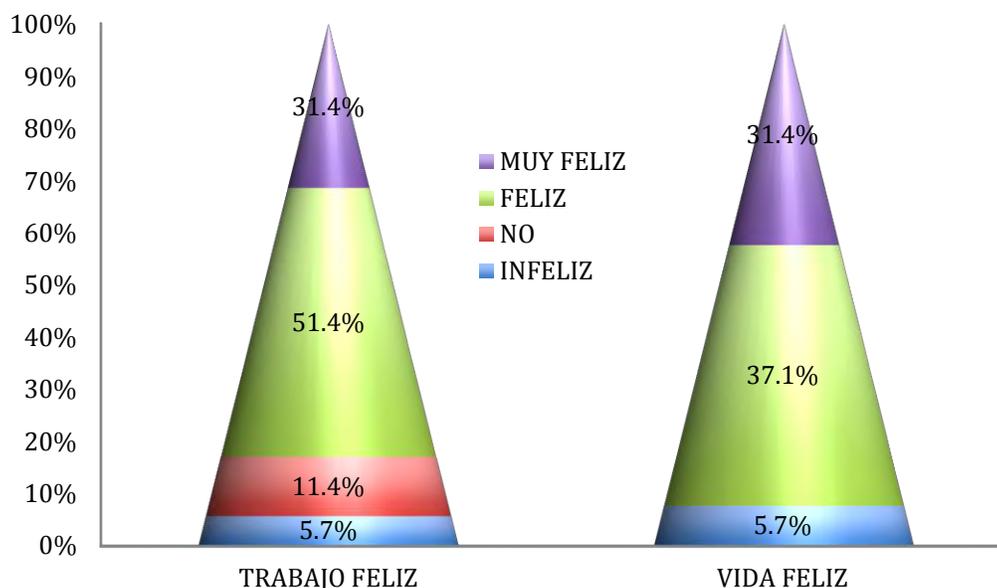
En el momento de realizar la entrevista 77% de los médicos se sentían cansados, 23% no presentaba cansancio en ese momento. 51% de los médicos se han sentido deprimidos o tristes recientemente, 49% no se ha sentido triste en ese recientemente, (Gráfica 7).

Gráfica 7  
 Distribución de la población de médicos estudiada,  
 Según condición psicoemocional.



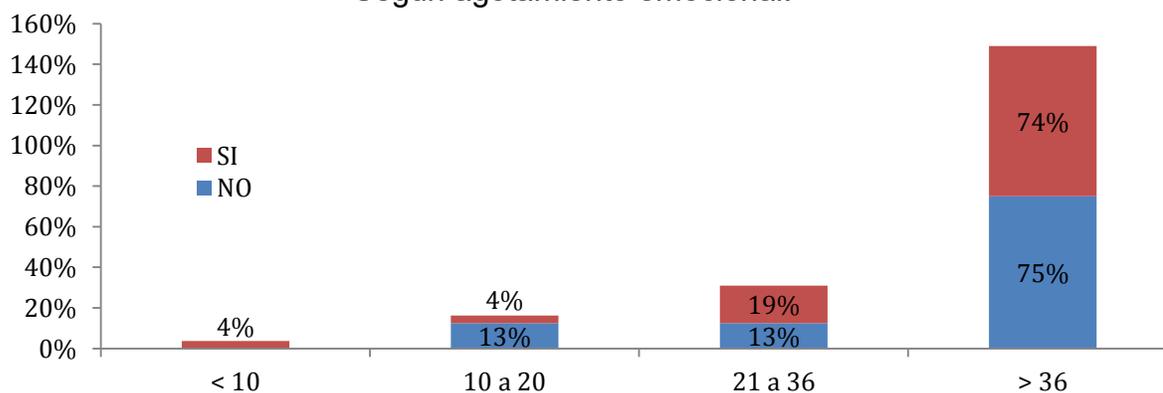
51.4% entrevistados son felices en su trabajo, muy felices 31.4 %, no son felices 11.4% y son infelices 5.7%. En su vida fuera del trabajo 57% son muy felices, 37% felices e infelices el 5.7%, (Gráfica 8).

Gráfica 8  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según condición emocional.



Las y los médicos que trabajan mas de 36 horas en la unidad tocoquirúrgica; 50% de estos se han sentido tristes o deprimidos últimamente; los que trabajan de 21 a 36 hrs el 66% se han sentido tristes o deprimidos ultimamente, (Gráfica 9 ). Durante su turno de trabajo en unidad tocoquirúrgica, 54% atienden a mas de 10 pacientes, 37% de 5 a 10 pacientes, 9% de 3 a 5 pacientes.

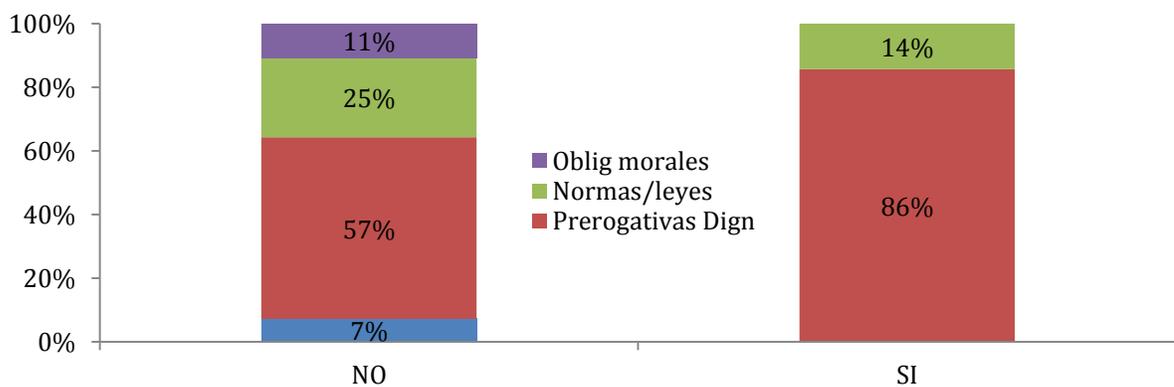
Gráfica 9  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según agotamiento emocional.



79% respondieron que sus pacientes están satisfechas con su atención, 21% desconocen. 57% no sienten que sus pacientes los recomiendan, 25% si sienten que los recomiendan. 20% de los entrevistados refiere haber tenido algún problema en relación con la Violencia obstétrica.

Los médicos que han tenido un problema con Violencia Obstétrica, tienen conocimiento sobre los Derechos humanos un 85% de los que contestaron que si habían tenido un problema, 57% que no habían tenido problema si tenían conocimiento de derechos humanos y 43% no tienen este conocimiento. Esto nos manifiesta que gran porcentaje de el conocimiento de los Derechos Humanos se obtiene ya hasta que se encuentran en una situación manifestada ya como un problema, una demanda, (Gráfica 10).

Gráfica 10  
Distribución de la población de médicos estudiada,  
Según conocimiento de DH / haber tenido problemas con DH.

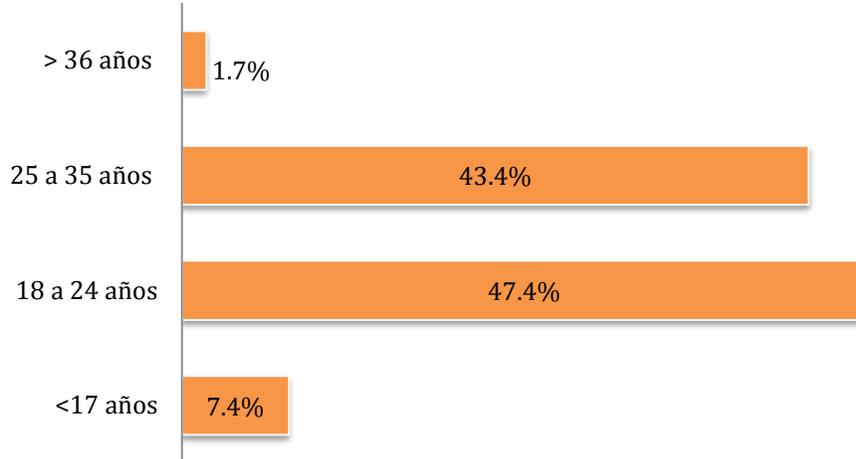


### Características de la población Pacientes estudiada.

Se realizó esta entrevista a 175 pacientes en su puerperio inmediato, el cual comprende las primeras 24 horas, ya en hospitalización sin estar en el ambiente de la unidad de Tococirugía. Entre las pacientes que se entrevistaron 38.3% su interrupción del embarazo fue cesárea y 61.1 % pacientes fue parto y una paciente parto fortuito 0.6%.

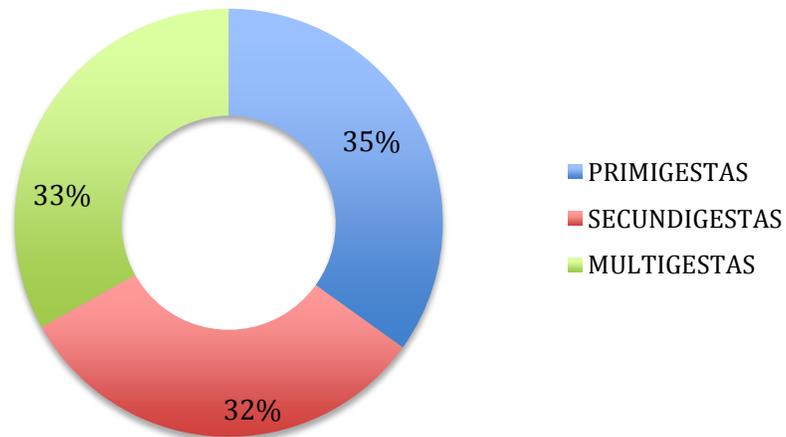
La Media de la edad de las pacientes entrevistada fue de 24.4 años con una desviación estándar de 5.6, la edad mínima fue de 16 años y la máxima de 36 años, (Gráfica 11).

Gráfica 11  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según grupo de edad.



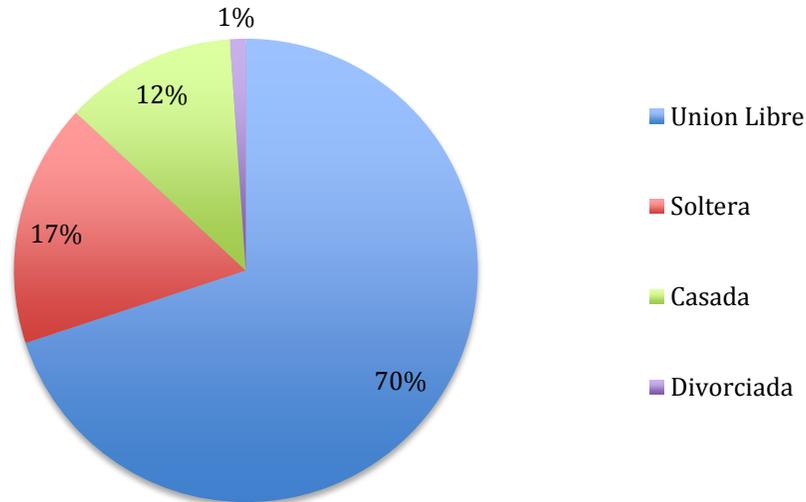
La media de gestas por paciente fue de 2.24 con una D.S. de 1.28 y máximo de 6; 35% fueron primigestas, 32% secundigestas y 33% multigestas, (Gráfica 12).

Gráfica 12  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según gestas.



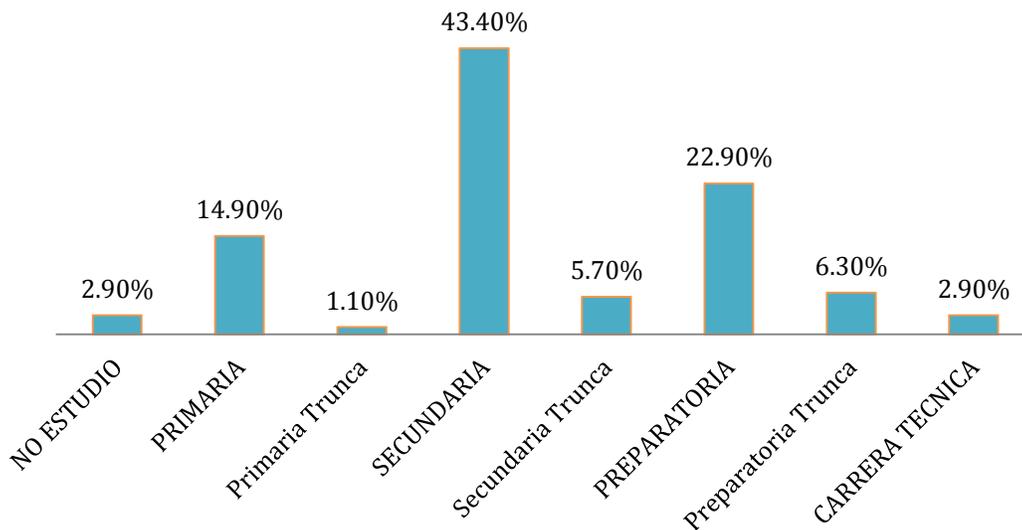
82% de las entrevistadas están formando pareja (70% en Unión Libre y 12% casadas), seguido por 18% solas (17% solteras y 1.1% divorciadas), (Gráfica13).

Gráfica 13  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según Estado Civil.



2.9% de las pacientes son analfabetas y nunca cursaron ningún grado de estudios, la mayoría de las pacientes 43.3% cuenta con Secundaria Completa; 5.7% Secundaria Trunca; Preparatoria completa 22.9%; 6.3% Preparatoria Trunca; Primaria completa 14.9%; Primaria trunca 1.1%; Carrera técnica únicamente 2.9%; Ninguna de ellas cursaron Universidad, Ni Posgrado, (Gráfica 14).

Gráfica 14  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según Escolaridad.

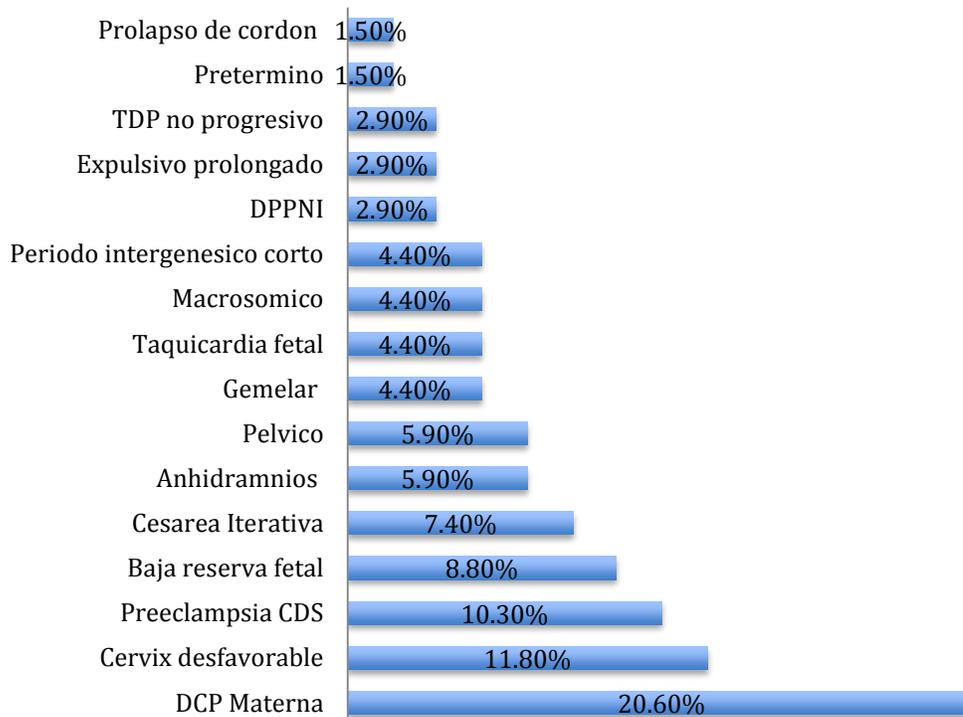


### Vía de Resolución del Embarazo.

61.1% cursaban con un puerperio inmediato posparto: 28% de estas pacientes no habían tenido partos previos, 57% uno a dos partos y 15 % más de tres partos. 38.3% cursaba un puerperio inmediato postcesárea: 51.4% de estas pacientes no han tenido ninguna cesárea, 31.4% una cesárea, 14.3% dos cesáreas y 2.9% cesáreas iterativas. 21.1% si han cursado con un aborto y 78.9% nunca.

Las cinco primeras causas de resolución por cesárea son DCP materna 20.6%, siguiente cérvix desfavorable para Inducto - conducción en un 11.8%; preclapsia con datos de severidad en un 10.3%; Baja reserva fetal 8.8%; Iterativa 7.4%. Las siguientes indicaciones en menor porcentaje las cuales si incluyen indicaciones absolutas son embarazo gemelar 4.4%, producto macrosómico 4.4%, Desprendimiento Prematuro de Placenta Normo Inserta 2.9% y producto pélvico 5.9%, (Gráfica 15).

Gráfica 15  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según su indicación para finalizar el embarazo vía cesárea.



De las pacientes que se diagnosticaron con desproporción cefalopélvica materna 28.5% tuvieron conducción de trabajo de parto previo, 71.5% no se les brindó; a las que su indicación fue cérvix desfavorable para inducto -conducción 50% si se les dio prueba de trabajo de parto y a todas las que su indicación fue trabajo de parto no progresivo si se les dio conducción previa.

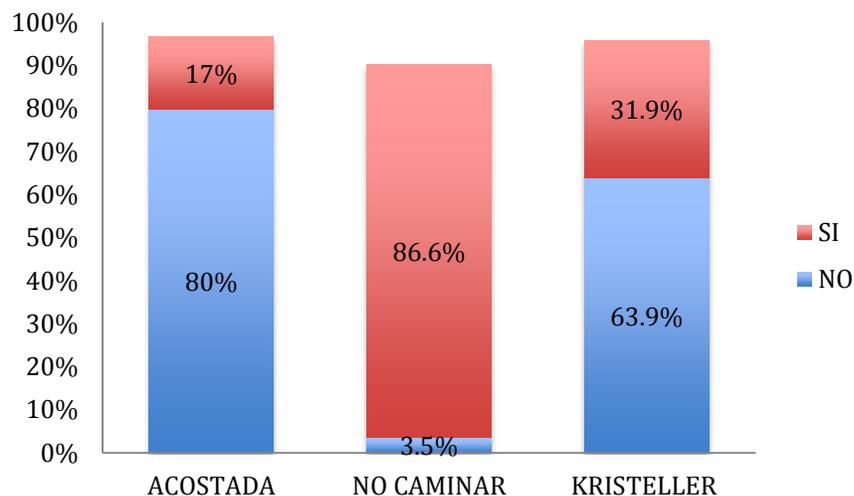
25.1% de las pacientes refiere que no se le ofreció método de planificación familiar, 83.2% si se le ofreció. 68% de las pacientes que su finalización del embarazo fue parto se les ofreció método de planificación familiar; a las pacientes primigestas 83% se les ofreció método, 73% de las secundigestas y 56% de las multigestas no se les ofreció método.

Los médicos contestaron 62.9% ofrecen un método anticonceptivo durante el control del embarazo, 17.1% en el trabajo de parto, 14.3% en el puerperio inmediato, 2.9% en el puerperio tardío y 2.9% en todo momento.

#### Violencia física.

17% de las mujeres se sintieron obligadas a permanecer acostadas boca arriba, 80% de ellas no se sintieron obligadas; 86.6% de las pacientes fue obligada a permanecer acostada e impidiéndole caminar o buscar una posición mas cómoda, el 3.5% no. Y las pacientes que finalizaron su embarazo en parto, 31.9% refiere que mientras estaba naciendo su bebe les apretaron la panza, es decir maniobra de Kristeller, (Gráfica 16).

Gráfica 16  
Distribución de la población de pacientes estudiada,  
Según su percepción de violencia física hacia ellas.

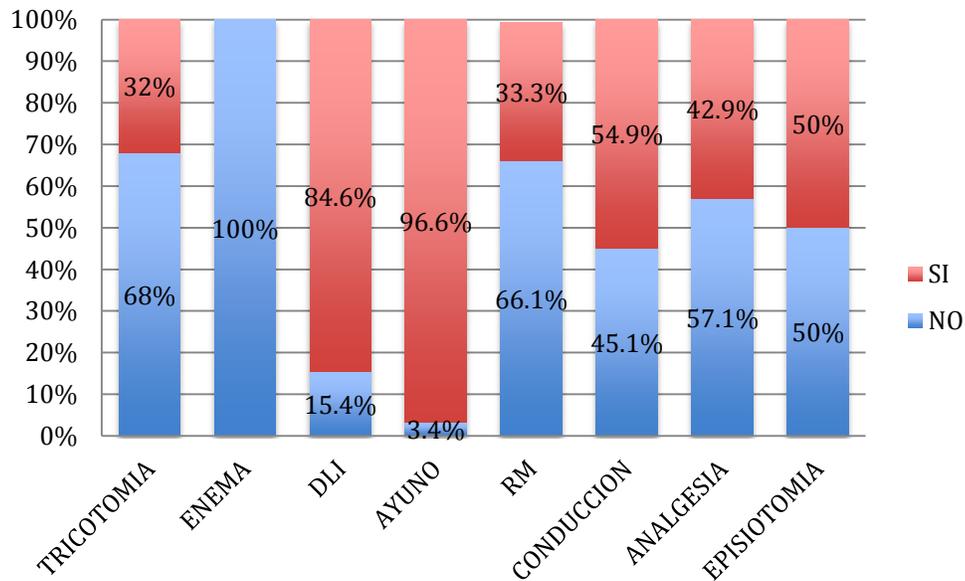


En la evaluación de la atención del trabajo de parto se realizó una compilación de datos de los expedientes de las 175 pacientes incluyendo los partogramas, las indicaciones, y las notas medicas; 0.6% de los expedientes no contaba con partograma.

La violencia física se evaluó en la atención de parto, 32% de le realizo tricotomía según las indicaciones y los reportes de enfermería; Enema no se le realizo a ninguna paciente; 84.6% se puso en las indicaciones medicas que permanecieran en Decúbito Lateral Izquierdo y al 96.6% se les indico permanecer en ayuno; En el partograma se reporto que el 33.3% se realizo Ruptura de Membranas por parte del médico y no espontanea.

54.9% de la pacientes recibieron conducción del trabajo de parto; 42.9% recibió analgesia obstétrica y 50% de las pacientes que tuvieron interrupción del embarazo vía vaginal se les realizo episiotomía, (Gráfica 17).

Gráfica 17  
Distribución de los expedientes de las pacientes estudiadas  
En relación a violencia física.



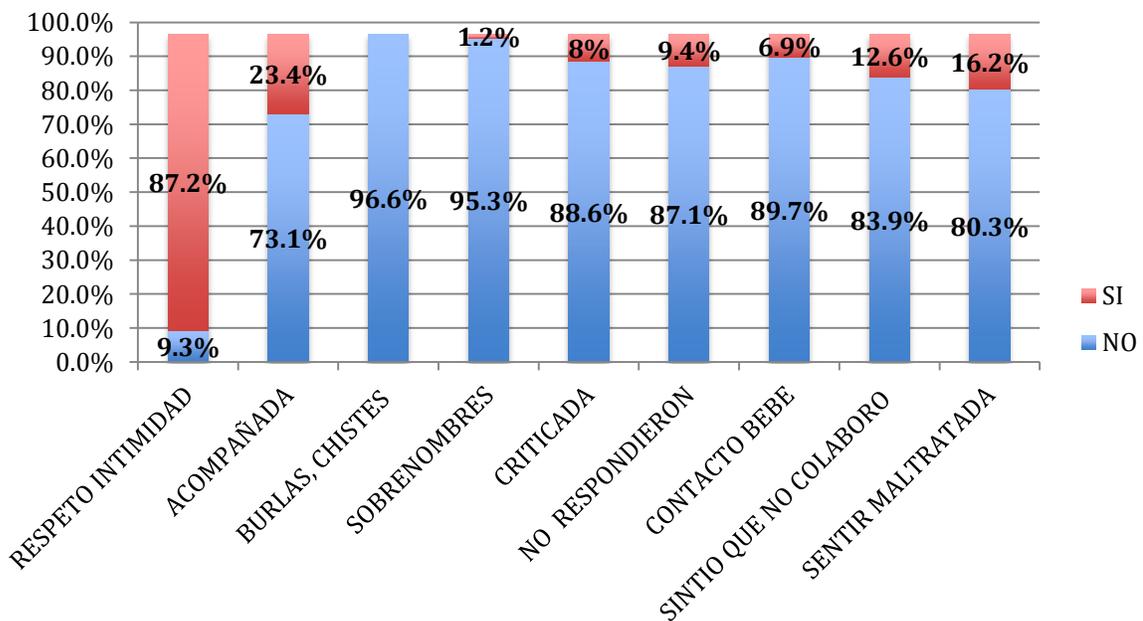
42.9% de las pacientes recibieron analgesia obstétrica, 89% de ellas se trato de pacientes las cuales terminaron su embarazo en cesárea, es decir que solo 11% de las pacientes que finalizaron vía vaginal recibieron analgesia.

De las pacientes que recibieron conducción únicamente el 30% tenían consentimiento informado en su expediente.

### Violencia psicológica.

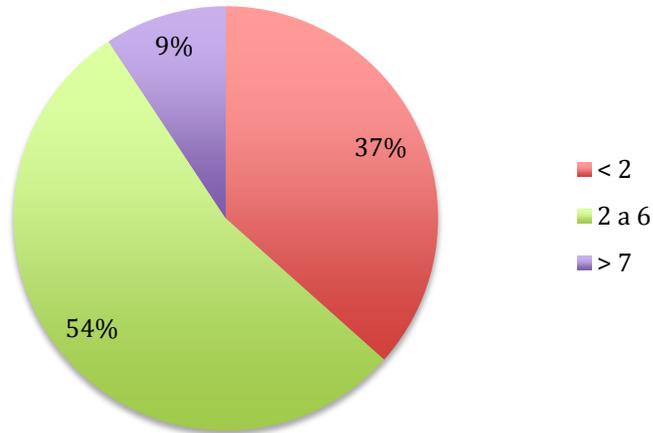
En el cuestionario el 87.2% de las mujeres contestó que fue respetada su intimidad durante su parto y el 9.3% que no y se permitió entrar a cualquier persona; A el 23.4% se les impidió estar acompañadas por alguien de confianza durante su trabajo de parto. Ninguna paciente refiere que el personal se burlaba, reía, hacia chistes o burlas de ellas, tomando en cuenta que el 3.4% no sabe leer, escribir y no contestó el cuestionario como ya se mencionó anteriormente; El 1.2% de las pacientes refieren que se les trato con sobrenombres o diminutivos; Fueron criticadas por llorar, gritar de dolor o emoción durante su trabajo de parto el 8%; El 9.4% refiere que no se les respondieron sus dudas, miedos y preguntas, o lo hicieron de mala manera; Cuando sucedió el nacimiento de su bebé al 6.9% se les impidió tener contacto con el, verlo, acariciarlo, tenerlo en los brazos, conocer su sexo, hablarle; Las pacientes después de su finalización del embarazo el 12.6% sintió que no colaboro o que no hizo lo que se esperaba de ellas en todo el procedimiento; El 16.2% de las pacientes se sintieron humilladas, maltratadas, insultadas o discriminadas por parte del personal, (Gráfica 18).

Gráfica 18  
Distribución de las pacientes estudiadas en relación a su percepción violencia psicológica.



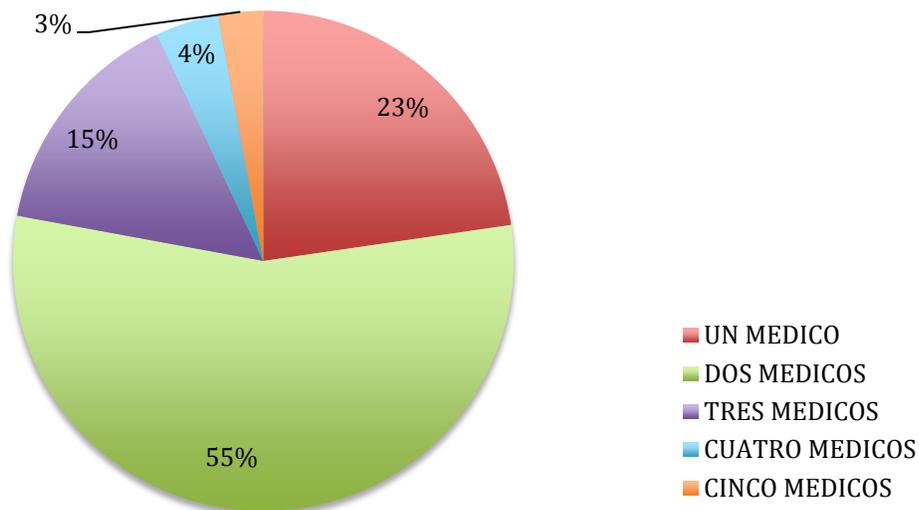
En los partogramas de los expedientes de las pacientes se encontró una media de 3.7 tactos, la desviación estándar 2.3 con un mínimo nulo y un máximo de 13 tactos desde su llegada al hospital; 54.1% reporto de 3 a 6 tactos, 36.6% dos o menos tactos y 9.3% mas de 7 tactos, (Gráfica 19).

Gráfica 19  
Distribución de los partogramas de las pacientes estudiadas en relación a numero de tactos realizados.



Los médicos que realizaron un tacto la media fue de 2.08%, la desviación estándar 0.9, el mínimo 0 y máximo fueron 5; 77.9% reporto dos o menos médicos que realizaron tacto y 22.1% mas de tres médicos, (Gráfica 20).

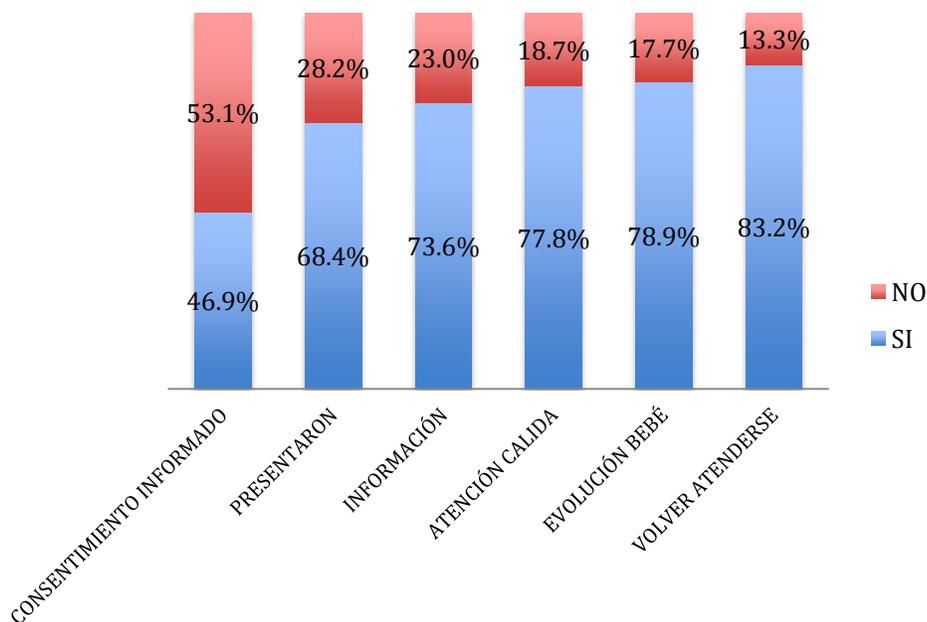
Gráfica 20  
Distribución de los partogramas de las pacientes estudiadas en relación a numero de médicos que realizaron realizaron.



Según la revisión de los expedientes de las pacientes en el 53.1% no se encontró documento de consentimiento informado y el 46.9% de los expedientes si.

Las pacientes en su cuestionario contestaron que los médicos en un 28.2% no se presentaron con ellas y el 68.4% si lo hicieron; Al 23% que no se les brindo información sobre los problemas que pudieran presentarse y lo que le iban a hacer durante su embarazo, parto y puerperio, el 73.6% si; El 77.8% manifiesta que la atención que recibió fue cálida y de buena calidad y el 22.2% no; Durante el tiempo que estuvo en el hospital al 17.7% no se informo oportunamente sobre la evolución de su parto y estado de su bebé y al 78.9% si; Al 13.3% no le gustaría volver a atenderse en este hospital y al 83.2% si, (Gráfica 21).

Gráfica 21  
Distribución de la percepción de las pacientes estudiadas en relación a su atención.



## DISCUSIÓN:

“La violencia contra la mujer es una forma de discriminación y una violación de los derechos humanos. Causa sufrimientos indecibles, cercena vidas y deja a incontables mujeres viviendo con dolor y temor en todos los países del mundo, causa perjuicio a las familias durante generaciones, empobrece a las comunidades y refuerza otras formas de violencia en las sociedades. La violencia contra la mujer les impide alcanzar su plena realización personal, restringe el crecimiento económico y obstaculiza el desarrollo. La generalización y el alcance de la violencia contra la mujer ponen de manifiesto el grado y la persistencia de la discriminación con que siguen tropezando las mujeres. Por consiguiente, sólo se puede eliminar tratando de eliminar la discriminación, promoviendo la igualdad y el empoderamiento de la mujer y velando por el pleno ejercicio de los derechos humanos de la mujer. Toda la humanidad saldría beneficiada si se pusiera fin a este tipo de violencia”.<sup>27</sup>

Al contrastar los principios de ética médica que condujeron este estudio; en relación al principio de autonomía, 53.1% más de la mitad de las pacientes no contaba con consentimiento informado y al 23% no se les brindó información sobre su trabajo de parto, su estado de salud y el estado de salud de su bebé<sup>1</sup>. Un tercio de los médicos no se presentaron con su paciente durante el proceso de atención de su trabajo de parto, faltando al principio de beneficencia. La no maleficencia se evaluó con acciones iatrogénicas; en donde destaca es la aplicación de la maniobra de Kristeller en 32% de las pacientes, cabe señalar que la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida, indican en su artículo 5.5.14 que “Durante el periodo expulsivo no debe realizarse maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados”.<sup>26</sup>

Destaca positivamente que el enema evacuante no se aplicó; la episiotomía solo se aplicó en la mitad de las pacientes, así como la tricotomía que únicamente se aplicó en las pacientes cuyo embarazo terminó en cesárea. Estos procedimientos solo deben aplicarse bajo criterio del médico.

En la entrevista a las pacientes destacó que al 86.6% no se les permitió adoptar una posición cómoda, ni la deambulación durante su trabajo de parto. Esta información se pudo corroborar en el expediente en donde el 85% de las indicaciones médicas señalaba que permanecieran en decúbito lateral

izquierdo. Lo que refleja que las unidades hospitalarias no cuenta con la infraestructura física ni el personal médico y paramédico suficiente para cubrir la libre deambulación de las pacientes, en contraste con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud que destacan la importancia de que los Estados garanticen personal médico y de atención a la salud suficiente y con capacitación adecuada.<sup>16</sup>

El incentivarlas a recibir un método de planificación familiar justo en el momento del parto o su cesárea, destaca como una forma más de violencia obstétrica, toda vez que en ese momento se encuentra en condiciones vulnerables para tomar una decisión tan trascendente.<sup>9</sup> Destaca que se ofreció un método anticonceptivo a 83% de las primigestas; a 73% de las secundigestas y a 56% de las multigestas, es decir; entre más gestas tenían, los médicos menos información sobre los anticonceptivos les ofrecía a las pacientes.

Respecto a restringir el uso de analgesia y anestesia obstétrica, sólo se aplicó en 11% de los trabajo de parto, un porcentaje muy bajo que respeta lo recomendado por la OMS, sin embargo considero que ese estatuto debería de cambiar ya que cada paciente debe tener la libre elección de cómo tratar su dolor.

Vuelve a destacar el porcentaje de pacientes que terminaron en cesárea sin indicación médica absoluta (38.3%), que sigue siendo elevado, incluso en contraste con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, que reporta 33.7% en el sector público<sup>8</sup> cuando el objetivo de la OMS es mantener la tasa de cesáreas entre 10 y 15% de los nacimientos.<sup>14</sup>

Es preocupante destacar que de los médicos que trabajan más de 36 horas en la unidad tocoquirúrgica; 50% se han sentido tristes o deprimidos últimamente y esto sucede en 66% de los que trabajan de 21 a 36 hrs; ya que un medico que acompañante a la paciente en su trabajo de parto y su puerperio, no debe encontrarse en un estado emocional vulnerable.

En el estudio también resalta que los médicos que tenían más conocimiento de derechos humanos, habían estado en una situación o problema de este tipo.

## **CONCLUSIONES:**

Durante cientos de años la sociedad patriarcal que hemos heredado y reproducido ha colocado a la mujer en un papel de inferioridad en el ejercicio de sus derechos humanos, su reconocimiento formal en las leyes es de hecho muy reciente y la aplicación de las convenciones internacionales y leyes nacionales que prohíben y sancionan la violencia hacia las mujeres en todas sus formas están muy lejos de instrumentarse en la realidad.

El abuso, la violencia y el maltrato en sus diversas formas, se generan desde el nacimiento, en el hogar, en la escuela, en la calle, en los medios, en las iglesias y en las instituciones públicas y privadas –incluidas las de salud- donde el trato diferenciado conculca el ejercicio igualitario de derechos y el proyecto de vida de las mujeres.

Por eso un primer paso es el conocimiento del fenómeno; no es normal maltratar o violentar a las mujeres, desde la primera consulta de control prenatal, hasta el alta post parto. No es normal hacer comentarios sarcásticos, por haber o no utilizado un método, por hacer preguntas, por sentir miedo y por sentir dolor; No es normal ser revisada por múltiple personal que se encuentra en aprendizaje, ni experimentar con su cuerpo.

Desde el ámbito de la salud estamos obligados a profesionalizarnos para des-normalizar practicas discriminadoras, a ser más empáticos con las pacientes, a entender que la dignidad humana está en esas personas, en esas vidas que buscan nuestra ciencia y nuestra comprensión a pesar de las jornadas extenuantes, a pesar de la falta de personal y materiales, ellas merecen lo mejor de nosotros, a eso estamos convocados quienes amamos la medicina más allá de una simple profesión, a eso estamos obligados y nuestro sistema de salud esta obligado a gestionar mas recursos e impartir mas presupuesto para mejora todas las condiciones en las que laboramos.

Las instituciones deberán de seguir trabajando en la realización del programa integral, de lado de la convención CEDAW, con objetivo de erradicar la violencia contra las mujeres donde destaca violencia obstétrica que es el que se puede erradicar en el Sistema Nacional de Salud y obtener para las pacientes una atención más cálida.

Estos resultados reflejan un marco de acciones para fomentar tanto en instituciones públicas como privadas; después se podrá replicar dicha evaluación en otros servidores de la salud como enfermería, camillera e intendencia los cuales tienen contacto con pacientes en unidades toco quirúrgicas.

Con los resultados de este estudio se considera que las siguientes acciones deben de ser prioridad en las instituciones de salud tanto públicas como privadas:

- Educación en derechos humanos para que 100% de los médicos que atienden a la mujer embarazada, en trabajo de parto y puerperio estén sensibilizados en su forma de tratar, atender; la cual debe de estar en el programa universitario, especialidad y como curso de continuación en los médicos adscritos.
- Actualización de conocimientos y procedimientos necesarios para la atención de un trabajo de parto, y así evitar acciones que pongan en riesgo la vida del binomio.
- Los médicos deberán de tener actualización en conocimiento medico para disminuir la tasa de cesárea.
- Extender estas acciones en todos los servidores de salud tanto médicos, enfermería, camillería y limpieza.
- Promover presupuesto para instituciones que estén con estructura funcional para un trabajo de parto más libre, pero con todo el equipo necesario para una complicación.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Comisión Nacional de Derechos Humanos, **Recomendación General No. 31/2017 Sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud**, CDMX, Julio 2017.
- <sup>2</sup> Almaguer, José Alejandro, Hernán José García y Vicente Vargas Vite, “La violencia obstétrica: una forma de patriarcado en las instituciones de salud”, **Género y salud en cifras**, México, vol. 8, núm. 3, septiembre diciembre 2010, pp. 3-20.
- <sup>3</sup> Bellón Sánchez, Silvia, “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”, **Dilemata año 7**, 2015, n° 18, 113-128. Página 94.
- <sup>4</sup> López, Rico, B., Langer, A., y Espinoza, G., **Género y Política en Salud**, México: SSA-UNIFEM. 2003.
- <sup>5</sup> Medina, “Violencia obstétrica”, **Revista de Derecho y Familia de las Personas**, Buenos Aires, núm. 4, diciembre 2009.
- <sup>6</sup> Sistema de Información Sobre Nacimientos:  
[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/indica\\_gral\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/indica_gral_gobmx.html)
- <sup>7</sup> INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre”, **Datos Nacionales**, México, 10 de mayo de 2012.
- <sup>8</sup> Instituto Nacional de Salud Pública, “Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto”, en **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012**, México, 2012.
- <sup>9</sup> Castro, Roberto y Joaquina Erviti, “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”, **Género y Política en Salud**, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 259.
- <sup>10</sup> ¿De que hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?, **Revista CONAMED**, 2016, volumen 21 suplemento 1.
- <sup>11</sup> Negligencia médica y deficiencias en la disponibilidad de personal y recursos materiales en la atención a la salud materno-infantil, CDHDF, **Recomendación 02/2009**, México, 30 de marzo de 2009.
- <sup>12</sup> Secretaría de Gobernación. Decreto por el que se aprueba el Programa Integral para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres 2014-2018, **Diario Oficial de la Federación**, 30 de abril de 2014.
- <sup>13</sup> Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al, “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review”. **PloS Med** 12(6):e1001847, 2015, Doi: 10.1371/journal. Pmed. 10011847.
- <sup>14</sup> OMS, **Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo**, Ginebra, 1996.

- <sup>15</sup> Chervenak FA, McCullough LB. Ethics in obstetrics and gynecology. An overview, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75: 91-94.
- <sup>16</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), **“Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento”** ISBN 978 92 4 350736 1. Ginebra, Suiza. 2015.
- <sup>17</sup> Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer, Recomendación general no. 24: párrafo 27.
- <sup>18</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas, **“Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo”**. El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994.
- <sup>19</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU). **Objetivos de Desarrollo del Milenio**. Septiembre 2000.
- <sup>20</sup> Organización de las Naciones Unidas (ONU). **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**. 25 de septiembre de 2015.
- <sup>21</sup> Comité CEDAW, **Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud**, 20º período de sesiones (1999), párrafo 2.
- <sup>22</sup> Paulo Adrián Rodríguez Ramos, Laura Aguilera Avila, La Violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer, El caso de Tenerife. **Musas**, vol. 2, núm.2 (2017): 56 - 74. ISSN 2385-7005.
- <sup>23</sup> GIRE Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. **Violencia Obstétrica. Un enfoque derechos humanos**, capítulo 4. México CDMX 2015 Noviembre.
- <sup>24</sup> Olza Fernández, Ibone. “PTSD and obstetric violence”. **Midwifery Today issue**, 105, Spring 2013.
- <sup>25</sup> Teran P., Castellanos C., Gonzalez M., Ramos D., Violencia obstétrica: percepción de las usuarias, **Rev Obstet Ginecol Venez**, 2012;73 (3):171-180.
- <sup>26</sup> NORMA Oficial Mexicana **NOM-007-SSA2-2016**, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
- <sup>27</sup> Poner fin a la violencia contra la mujer, De las Palabras a los hechos, **Estudio del Secretario General Naciones Unidas**, 2006.