

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TÍTULO DEL TRABAJO

**INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN
EL TRATO DIGNO PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MONICA LIZBETH VALENCIA CRUZ

DIRECTORA DE TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. JOSEFINA MARTÍNEZ VARGAS

CIUDAD DE MÉXICO, 2019



SECRETARÍA DE SALUD

**Dirección de Educación e Investigación
Subdirección de Formación de Recursos Humanos para la Salud
Escuela de Enfermería**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Trato Digno para la Atención del Parto

Elaborado por:

1.	<u>VALENCIA</u>	<u>CRUZ</u>	<u>MONICA LIZBETH</u>	Núm. de cuenta:	<u>412504778</u>
2.					
3.					
	Apellido paterno	Materno	Nombre		Núm. de cuenta

Alumna (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México a 12 de abril de 2019

Nombre y firma del Asesor


Lic. Enf. Josefina Martínez Vargas

Nombre y firma de la
Directora Técnica de la Carrera


Lic. Enf. Silvia Vega Hernández



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCIÓN
CLAVE 3095



SECRETARÍA DE SALUD

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN:

TESINA

TÍTULO

**INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL
TRATO DIGNO EN LA ATENCIÓN DEL PARTO**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

MÓNICA LIZBETH VALENCIA CRUZ

DIRECTORA DEL TRABAJO ESCRITO

LIC. ENF. JOSEFINA MARTÍNEZ VARGAS

CIUDAD DE MÉXICO, 2018

AGRADECIMIENTO:

Primeramente, agradezco a Dios, por permitirme ser su instrumento, efectuar esta gran profesión con orgullo ya que me llena de satisfacción, confié en que siempre me guie e iluminé mi pensar y actuar para poder ser una gran enfermera.

Quiero agradecer de igual forma a mi madre por brindarme su amor, apoyo incondicional, por ser la principal impulsora de mis sueños y sobre todo porque jamás permitió que me diera por vencida con cada uno de los sacrificios realizados durante todos estos años y así mismo por proporcionarme las herramientas para poder superarme, en la vida y en mi profesión.

A la Escuela de Enfermería de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México por brindarme la oportunidad de ser parte de su alumnado y por los conocimientos y enseñanzas adquiridos durante mi estancia, así mismo a cada uno de mis profesores y en especial a la L.E.O Josefina Martínez Vargas, quien con su paciencia y asesoría hizo posible llegar a concluir esta tesina de manera satisfactoria.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	6
OBJETIVOS	
• General	
• Específico.....	8
CAPÍTULO I	
1.-MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes Históricos de la Partería.....	9
1.2 Control Prenatal.....	11
1.3 Parto.....	13
CAPÍTULO II	
2.-TRATODIGNO.....	
2.1 Trato digno (definición).....	15
2.1 Trato digno (definición).....	16
2.2 Antecedentes Históricos del trato digno	17
2.3 Indicador	19
2.4 Equidad Social	19
2.5 Interculturalidad en Salud	20
2.6 Satisfacción.....	20
2.7 Calidad y Enfermería	21
2.8. Género	21
2.8.1 Igualdad de Género.....	22
2.8.2 Equidad de Género	22
2.8.3 Características del Enfoque de Género.....	23
2.8.4 Enfoque de Género en Salud.....	23
2.8.5 Violencia de Género.....	24

2.9 Enfermería y Bioética	28
---------------------------------	----

CAPÍTULO III

3.MARCO LEGAL Y NORMAL

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	29
3.2 Ley General de Salud.....	29
3.3. Norma Oficial Mexicana 007	30
3.4 Norma Oficial Mexicana 005	30
3.5 Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018	31
3.6 Carta de los Derechos Humanos de las y los pacientes.....	32
3.7 Marco Jurídico Internacional	33
3.8 Derechos de las mujeres durante el proceso del trabajo de parto....	33
3.9 Política de Igualdad	34

CAPÍTULO IV

4. MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA.....	34
4.1 Evolución Histórica del Cuidado de Enfermería.....	34
4.2 El Cuidado como Objeto de Estudio a la Práctica de Enfermería.....	36
4.3 Enfermería como Profesión y Disciplina.....	37

CAPÍTULO V

5. PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA	40
5.1 Intervenciones.....	40

CONCLUSIONES.....	48
-------------------	----

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
---------------------------------	----

GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	50
---------------------------	----

ANEXOS.....	51
-------------	----

INTRODUCCIÓN

El proceso de la atención del parto es un hecho histórico, que se remonta a la época prehispánica, en el cual la partera desarrollaba un papel fundamental, en la vida de aquellos que se convertirían en padres, desde el inicio de la concepción, hasta el término de dicho proceso, ya que se encargaban de realizar los rituales necesarios para recibir al nuevo ser, que como sacerdotisa debía efectuar previamente al nacimiento de la criatura.

De igual manera efectuaba la función de cuidar y procurar el bienestar para la madre y el recién nacido, el trato otorgado por la “tamatquiticitl” o “ticitl” era con respeto, amabilidad y ternura hacia la parturienta, ya que para ella lo importante es que la parturienta se encontrara cómoda y en un ambiente óptimo.

Sin embargo, al paso del tiempo el cuidado, dejó de ser exclusivo de las mujeres y hacia el fin de la edad media y principios del renacimiento (siglo XVII), los médicos, se apropiaron de la atención del parto y, desde su enfoque médico, lo abordaron y atendieron como una enfermedad. Acostaron a la mujer para comodidad de ellos mismos durante la atención e inventaron diferentes herramientas, como el fórceps, para facilitar su práctica médica. De la misma forma, se desarrolló un procedimiento para resolver complicaciones, el cual se ha venido perfeccionando, pero descuidando, sobre tecnificando y sobre medicalizando la atención de los partos normales. La OMS por otra parte nos menciona, que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en su salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa del embarazo, del parto, su puerperio, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

En la actualidad, esta problemática ha ido en aumento, ya que la adherencia del personal de salud a los protocolos se ve afectada por el número de pacientes, la falta de medicamentos, insumos y equipos, el poco tiempo para atender a la paciente, la actitud institucional, la falta de estímulo, la escasa satisfacción profesional, la insuficiente capacitación técnico-científica, la situación económica de las pacientes y la accesibilidad a los servicios de salud, lo que trae como consecuencia el desgaste por empatía y por ende el maltrato o parto deshumanizado.

Las estrategias de movilización de la comunidad, educación, acciones políticas o incentivos financieros han mejorado la concurrencia de las mujeres a los centros asistenciales. Cuando se investiga que tipo de maltrato se produce en los centros de salud, es común que refieran maltrato físico, verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones de la privacidad, rechazo a la admisión en centros de salud,

negligencia durante el parto derivando a veces en consecuencias potencialmente mortales pero evitables.

En el caso de la maternidad, las mujeres son tratadas como enfermas por lo que son susceptibles a recibir una asistencia perinatal configurada por un conjunto de procedimientos tecnificados.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) dan a conocer la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2016 nos menciona que, en la Ciudad de México, se registraron 128,227 nacimientos y 62,230 muertes, las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos, mientras que la muerte materna es un problema de discriminación, pues afecta especialmente a mujeres que viven en extrema pobreza, en comunidades alejadas de las ciudades, que no cuentan con seguridad social y a las más jóvenes (10 a 14 años de edad).¹

La reducción de muertes maternas (en 75%) era uno de los objetivos del milenio que México no alcanzó. Si bien hubo una reducción de 45%, ésta resulta insuficiente cuando observamos que todas estas muertes se deben a causas prevenibles. La muerte materna es la máxima expresión de la violencia obstétrica.²

Con base a lo anterior, se realiza la presente tesina con la finalidad de identificar las causas que conllevan, a que el personal de enfermería no brinde un cuidado con calidez y calidad, respetando los derechos de las pacientes, sus ideas y creencias sobre cómo vivir el proceso de parto, el tratamiento que deben llevar y la necesidad del apego con el recién nacido, de manera inmediata posterior al parto, y así mismo clasificar las intervenciones específicas que como enfermera me compete realizar, para el cumplimiento satisfactorio del proceso de atención del parto.

¹<https://gire.org.mx/muerte-materna/>

² INEGI Nacimientos registrados por entidad federativa periodo y sexo 2016.

³ INEGI Defunciones Generales por entidad según sexo 2010 a 2016.

JUSTIFICACIÓN

La atención de la mujer en trabajo de parto es un tema de vital importancia para los profesionales de la salud, y en especial del profesional de enfermería, sin embargo, en la actualidad se ha presentado un cambio gradual en la forma en que se brinda dicha atención, puesto que cada vez es más grande el porcentaje de parturientas que sufren algún tipo de maltrato por parte del equipo de salud, esta situación se ha agravado debido a la falta de recursos humanos y materiales y las sobrecarga de trabajo en las unidades que brindan atención a este tipo de población debido a que el personal se ve rebasado en el número de pacientes que debe atender diariamente.

La problemática antes mencionada ha dado lugar a que la atención a las mujeres que requieren servicios gineco - obstétricos sea ineficiente y ineficaz y de mala calidad, lo que ha propiciado que cada vez mas haya quejas sobre el trata que reciben en los hospitales en las instancias como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).³principalmente debido a la desensibilización que se va generando al paso de los años, en la que existe una pérdida de la empatía hacia las pacientes, porque, aunque ya se sabe que el proceso de parto no es como tal una enfermedad, si representa para estas mujeres un estado de vulnerabilidad, ocasionado por los grandes cambios hormonales que se presentan en el proceso antes mencionado.

En la actualidad muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: ⁴

- Las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto)
- Las infecciones (generalmente tras el parto) 12 %
- La hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia) 24 %⁵
- Complicaciones en el parto
- Los abortos peligrosos.

La evaluación del trato digno sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario, además de cumplir en lo que La

³<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.p>

⁴www.beta.inegi.org.mx/temas/natalidad/

⁵<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2018/cmas181bj.pdf>

Ley de Salud en Materia de Protección Social en Salud señala, con énfasis en el trato digno como derecho constitucional y humano, y a su vez dar cumplimiento con el Programa Sectorial de Salud del Plan de Desarrollo 2013-2018 donde, establece que el estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar sexo, edad, lugar de residencia o condición social.

Para mejorar el sistema de salud es necesaria una planeación interinstitucional de largo plazo, una mejor administración de riesgos, así como solidaridad, compromiso y corresponsabilidad entre las instituciones y los diferentes grupos poblacionales.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) dan a conocer la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2014. La cual nos menciona que la tendencia de la fecundidad en las últimas décadas ha mantenido un descenso constante desde finales de la década de los sesenta, en la que la tasa global de fecundidad llegó a ser de siete hijos por mujer; actualmente, la tasa es de 2.21 hijos, estimada para el trienio 2011 a 2013.

En el presente trabajo de investigación se pretende resaltar la participación del profesional de enfermería en la orientación al personal médico y paramédico, la forma en la que se brinda el cuidado a las parturientas enfocándonos específicamente en las intervenciones a realizar como profesionales de enfermería con la finalidad de disminuir los índices de complicaciones en el parto sobre todo el que se presenten casos de Violencia Obstétrica.⁶

⁶http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

Promover un trato digno al interior del equipo de salud hacia la mujer embarazada y en trabajo de parto; a través de una atención cortés, en un ambiente hospitalario de respeto a su dignidad, autonomía y confidencialidad en apego irrestricto a sus derechos humanos y constitucionales, fin de satisfacer sus necesidades en una relación enfermera/paciente dignificada sustentada en la obligación de las enfermeras(os) de proporcionar cuidados humanizados de forma competente y responsable.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Dar a conocer a las mujeres en general y específicamente durante la gestación y parto sus derechos constitucionales y humanos.

Promover al interior del equipo de salud el reconocimiento de los derechos humanos y constitucionales de las mujeres en situación de embarazo y parto.

Dar a conocer los indicadores de trato digno al interior del equipo de salud.

Instruir sobre derechos humanos y constitucionales a los estudiantes de medicina y enfermería de los hospitales.

MARCO TEÓRICO

1.1.- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA PARTERA

El Nacimiento y los Ritos Bautismales

El fundamento sobre el cual se dio sentido a la formación de las parteras en México, radica en las raíces culturales, herencia de la época prehispánica. Sin embargo, a lo largo del siglo XX la enseñanza de la obstetricia ha sufrido muchos cambios, que siguieron el modelo de atención de salud y las concepciones materna y neonatal en la formación profesional del área.⁷

Entre los nahuas se creía que la preñez femenina se debía a causas divinas o fisiológicas. Se tenía la idea de que los dioses primordiales *Ometecuhtli* y *Omecíhuatl* (“señor y señora de la dualidad”) eran quienes influían en la concepción mediante la emisión de entidades anímicas al vientre de las mujeres para propiciar la formación del feto. Así el embarazo dependía de la decisión de los dioses y que llegaba a feliz término si la mujer se había sometido a las normas de la moral religiosa imperante.

La partería la desarrollaban con seguridad las mujeres ancianas que se dedicaban a ayudar a la parturienta a dar a luz y poseían cierto grado de libertad, ya que había transcendido su periodo fértil, no estuvieran sujetas a un control como las jóvenes y fueran viudas. Se encargaban de igual manera de permanecer con la parturienta hasta dos meses antes del parto y de asignar el nombre provisional del recién nacido.

Cuando estaba próxima la fecha de dar a luz preparaba el baño de vapor, le daba a beber pócimas, que facilitarían la expulsión del producto, le suministraba el masaje preoperatorio e invocaba a las diosas protectoras de las preñadas: *Cihuacóatl* y *Quilaztli*.

El parto se efectuaba mediante la separación de los genitales con las manos para propiciar la expulsión del producto y “se adopta una postura especial, descansando una rodilla sobre el piso y presionando el vientre contra la otra”. Después del alumbramiento la placenta era arrojada y se efectuaba el corte del cordón umbilical. El parto era llamado “la hora de la muerte” pues se consideraba que la mujer tenía una batalla en la que podía triunfar o sucumbir.

Sahagún refiere que cuando se presentaban complicaciones en el parto, con el permiso previo de los parientes de la mujer, la partera cortaba con una navaja de piedra

⁷<http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

el cuerpo de la criatura y lo sacaba a pedazos. En ese caso la embarazada podía salvar su vida; pero si sus padres negaban su permiso, el cuarto se cerraba y la dejaban sola para que muriera. A la mujer que perecía de esta manera la llamaban *cihuateteo* (“mujer-dios), *mozihuaquetzque* (“mujer valiente”)^{8,9}

La Partera en la Época Colonial

Durante la Colonia, surgió la urgencia de atender a una mujer que va a parir, dado que es un acto que no se puede posponer, se presentaba como una inesperada oportunidad para las más hábiles parteras, lo cual continuó así en los siglos XVI, XVII y dos tercios del XVIII. La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, de las comadronas, de las parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo.

Los médicos y los cirujanos desdeñaron el ocuparse de la partería, la cual quedó relegada en manos de las parteras indígenas que en nada disminuyeron su prestigio en asuntos de esta clase.

La Formación de Parteras de la Nueva España al México Independiente

Desde el inicio de la Colonia el Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. Tenía jurisdicción en todos los problemas de Salubridad Pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de medicamentos y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades.

La Educación Formal de la Mujer en México, en el Siglo XIX

Las opciones que tenía la mujer para estudiar en el siglo XIX, se centraban principalmente en las profesiones de maestra y de partera. La mayoría de las universidades del país ofrecían la carrera de partera, con preparación muy heterogénea, por la autonomía para que los Estados legislaran acerca de la educación en forma independiente con distintos planes de estudio en las diferentes universidades.

En 1833 la Escuela de Medicina de la Ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres, con educación primaria, la aprobación de un examen preparatorio y conocimiento del idioma.

La formación de parteras se vio integrada en 1911 a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México que pasó a depender de la Escuela de Medicina de la

⁸“Historia de la enfermería en México” Mendieta (1980:116) pag.122-126.

⁹<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>

recién inaugurada Universidad Nacional de México en 1910. En ese periodo no era necesaria la carrera de enfermera como antecedente para cursar la de partera.

Ambas escuelas, la de Medicina y la de Enfermería y Obstetricia tenían en común, al mismo director, así como normas y reglamentos disciplinarios en sus planes y programas de estudios y la enseñanza de los partos se daba conjuntamente a los estudiantes de medicina y a las de partera.

Con este nuevo cambio de dependencia, la Escuela de Enfermería y Obstetricia nace como Escuela Universitaria de 1911 a 1916 periodo de la Revolución Mexicana, de gran inestabilidad política que afectó a la Universidad Nacional. No obstante, el 11 de enero de 1912 se aprobó el plan de estudios para la carrera de Enfermera y la de Partera.¹⁰

1.2 Control Prenatal

El control de la gestación debe realizarlo un equipo multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarias de atención primaria y especializada perfectamente coordinado, para asegurar el acceso de la gestante para asegurar así el acceso de la gestante a todos los recursos necesarios para el desarrollo del embarazo.

Por otra parte, también facilita que el personal de salud identifique oportunamente dichas complicaciones, y refiera a las mujeres que así lo ameriten, a un nivel de atención con mayor capacidad resolutive.

La primera visita:

Lo ideal sería que la primera visita se realice durante el primer trimestre o preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el momento de la primera consulta, todas las embarazadas que llegan a la clínica serán examinadas de acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsiguientes. Se espera que la primera visita dure de 30 a 40 minutos. Como se dijo anteriormente, es importante determinar los antecedentes clínicos y obstétricos de las mujeres con el objetivo evaluar la capacidad de la mujer para seguir el componente básico del nuevo modelo de la OMS. En promedio, se espera que un 75% de las mujeres sigan el componente básico. En esta visita, mientras la confección de la historia del caso cumple con los estándares tradicionales e incluso los supera, los exámenes físicos y los análisis bioquímicos son pocos y exigen menos recursos que aquéllos comúnmente recomendados en los programas estándar.

¹⁰<http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>

Ciertos factores, tales como una carga de trabajo extenuante, pueden identificar las mujeres en riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo. El trabajo físicamente arduo, que exige estar de pie durante un período prolongado o implica estar expuesta a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante) podrían afectar adversamente los resultados maternos y neonatales.¹¹

Para establecer el diagnóstico de embarazo no se deben emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, pre eclampsia, infecciones cérvico vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.^{12,13}

1.3 Parto

Según Botella Llusia y Clavero Núñez, se entiende por parto a la expulsión del feto y sus tejidos anexos a través del canal vaginal. Se le considera parto normal al que se ha desarrollado en los límites de duración evolución, lo cuales se consideran fisiológicos. El parto puede entonces ser eutócico cuando un parto normal ha terminado por completo y distócico si durante el mismo se presentan complicaciones.

¹¹http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf

¹²<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>

¹³http://www.uaz.edu.mx/histo/MorfoEmbrio/PDF/4a_38semanas.pdf

TIPOS DE PARTO

Parto normal

Como bien lo dice su nombre, este tipo de partos basan sus técnicas en procedimientos lo más naturales posibles, es decir, controlan el dolor con técnicas de relajación y respiración. La futura madre, idealmente con su pareja, toman clases de parto natural durante varias semanas con el fin de aprender el manejo de estas técnicas. La técnica de relajación consiste principalmente en tensar conscientemente el cuerpo para luego relajarlo, lo cual ayuda a relajar el resto del cuerpo mientras el útero se contrae.

La respiración por su parte, debe ser profunda y se usa al inicio y final de una contracción, una serie de jadeos y soplos ayudarán a dejar de pujar cuando sientas la necesidad de hacerlo.

En la segunda etapa del parto la mujer debe alternar entre jadear y pujar. El apoyo emocional en este tipo de partos es fundamental.

Cesárea

En este tipo de nacimientos, el bebé es extraído por un obstetra a través de una incisión quirúrgica horizontal de las paredes del abdomen y del útero. Hoy, por motivos estéticos realizan la incisión de la última capa de piel en la parte inferior de la pelvis.

Por lo general, una cesárea toma entre 45 y 60 minutos. De este tiempo, el bebé nace en los primeros diez minutos, el resto del tiempo es empleado en la sutura.

A diferencia de un bebé que nace por un parto normal, en la cesárea el bebé tiene menos sufrimiento fetal; tiene rasgos más suaves y la cabeza más redonda, sin embargo, suelen necesitar más tiempo para adaptarse al mundo exterior ya que su entrada al mismo ha sido muy rápida y no han experimentado el viaje que ayuda a los bebés nacidos por parto normal, a eliminar el líquido amniótico de los pulmones y les estimula la circulación.

El porcentaje de nacimientos por cesárea ha aumentado considerablemente los últimos años, esto se debe, en parte, a que los médicos advierten posibles complicaciones asociadas al parto o bien por elección de la madre, ya que este tipo de operación es más programado (se coordina con anterioridad día y hora).

Sin embargo, muchas veces la necesidad de practicar una cesárea ocurre en el mismo trabajo de parto

Quizás el hecho de tener una cesárea hace que la madre se sienta un poco frustrada por no haber tenido un parto vaginal, estos sentimientos son naturales, es importante

recordar que el apego con el recién nacido, empieza mucho antes del parto y continúa después de éste.¹⁴

Trabajo de parto:

El Trabajo de parto según Zigelboim. (2007) es aquel proceso que comprende los fenómenos maternos y fetales, mecánicos y dinámicos, que permiten que este se produzca. En este proceso es importante que el profesional brinde un bienestar físico y emocional tanto para la mujer como para el feto.

La guía de la OMS Cuidados en el Parto Normal: “una guía práctica” estipula que el objetivo del prestador de salud durante el acto del parto es conseguir una madre y niños sanos con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura. En esta misma guía se menciona que las tareas a realizar por el personal sanitario son cuatro:

- a) Animar a la mujer, su compañero y familia durante el parto
- b) Observar a la parturienta, esto incluye, monitorizar la condición fetal
- c) Evaluar factores de riesgo y la detección temprana de problemas
- d) Llevar a cabo intervenciones menores como episiotomía, etc.
- e) Trasladar a la mujer a un nivel mayor de asistencia.

Desde que se implementó por primera vez en 1987 la “Iniciativa Global por una Maternidad sin Riesgo” los expertos han aprendido cuales son los principales agentes sanitarios que permiten reducir los riesgos de las madres. Estos concuerdan que una de las intervenciones más importantes es asegurar que todas las mujeres sean atendidas por un profesional de la salud (partera profesional, enfermero/a o médico/a) con habilidades para la atención del parto durante el período más crítico, durante e inmediatamente después del parto.

Según la norma técnica del Ministerio de Salud (MINS) relacionada con los servicios obstétricos, la sala de parto contará con los recursos humanos, el equipamiento e insumos necesarios para una atención de calidad, esto según el nivel de complejidad y la normatividad vigente, dicha norma estipula que, de darse las condiciones

¹⁴<http://desarrollo-tiposdeparto.blogspot.com/2008/03/tipos-de-parto.html>

adecuadas, se debe permitir la presencia del esposo, o de algún familiar durante el parto.

2.- TRATO DIGNO DEFINICIÓN

El Trato Digno es una dimensión de la calidad de la atención médica y se define en la Cruzada como el conjunto de indicadores que miden el grado de satisfacción, en la percepción (en cuanto a tiempo de espera, trato amable y respetuoso, información adecuada) que el usuario o familiar, tiene acerca del trato y la atención proporcionada por el profesional de Enfermería, durante su estancia hospitalaria en los diferentes servicios. El derecho a trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple. Digno es el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia, Digno es proveerle la información adecuada y pertinente para que el usuario pueda tomar una decisión. Digno es plantearle alternativas de solución y procurarías en su caso. Digno es cobrarle los honorarios por servicios acorde a su capacidad de pago. Ala importancia del servicio otorgado y de los medios utilizados en su parte para ello. Digno es procurarle un entorno de confianza, de comodidad y de esperanza si es posible, al lado de sus seres queridos. Digno es tratarle con paciencia, constancia, tolerancia y prudencia. Digno es serle leal y guardián celoso de sus circunstancias con independencia de su origen, posición social, estado de aseo, olor o patología.

Digno, en fin, es consolarle cuando la ciencia y la tecnología ha agotado sus recursos y acompañarle en su último suspiro. Digno es mostrarnos respetuosos hacia su derecho al trato digno, dignificando con ello los merecimientos propios o ajenos. La dignidad puede ser percibida desde dos ángulos, como representación que se hace de uno mismo de su carácter digno y como la imagen que otros se hacen de nosotros.¹⁵

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE TRATO DIGNO

Las acciones institucionales para mejorar la calidad de los servicios de salud se remontan a finales de la década de los cincuenta en el Instituto Mexicano del Seguro Social. A mediados de los años ochenta destaca la implantación de los primeros círculos de calidad en la Secretaría de Salud. Sin embargo, es hasta la década de los noventa cuando es posible identificar un verdadero movimiento hacia la calidad de los servicios.

En el sector público, el Programa de Mejora Continua de la Calidad de la Atención, el impulso a la certificación de los hospitales "Amigo del niño y de la madre", la

¹⁵<http://www.hraeoaxaca.salud.gob.mx>

certificación de jurisdicciones y la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la Secretaría de Salud, así como las acciones en materia de calidad realizadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, los servicios médicos de PEMEX y del ISSSTE retoman la preocupación de elevar la calidad de una manera más sistematizada. A ello se agregan los esfuerzos realizados en hospitales e instituciones privadas que iniciaron procesos de mejora continua.

De esta manera, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud se finca en múltiples cimientos construidos durante años que permiten asegurar la suficiente experiencia para el impulso de este programa.

Con el propósito de que la Cruzada Nacional sea una estrategia eficiente de manera paulatina, ordenada y en forma secuencial se define la implantación de las líneas de acción y la atención a cada uno de los problemas que afectan la calidad de los servicios de salud. En este sentido, para efectos de la aplicación de los recursos durante el 2006 el programa se orientará al financiamiento de proyectos que impulsen la gestión exitosa para la mejora del componente de trato digno, a partir de la medición de indicadores en este rubro como herramienta de gestión. En forma paralela, con los recursos institucionales asignados a la Secretaría de Salud y de manera coordinada con otras instituciones públicas, se están realizando acciones para proveer del componente de calidad a los programas de salud a nivel sectorial, así como la educación en salud dirigida a los prestadores de servicios, la conformación de modelos de gestión para abordar la mejora de otros componentes del concepto de calidad ya enunciado, así como la regulación sanitaria para la mejora de la calidad de los servicios.

Durante el año 2001 como parte del Plan de Arranque de la Cruzada Nacional se estableció el Equipo Consultor Sectorial, integrado por funcionarios de alto nivel de la SSA, IMSS e ISSSTE para el impulso de la estrategia a nivel sectorial. Asimismo, se instalaron Comités Estatales de Calidad en 29 entidades federativas, conformados por directivos de las instituciones de salud en el estado que se adhirieron en forma voluntaria al programa.

En este contexto se definieron indicadores de trato digno a los usuarios de los servicios de salud, en tiempos de espera, satisfacción de los usuarios, información al paciente y surtimiento de recetas que están siendo monitoreados, para proveer de información que sirva para la toma de decisiones en las propias unidades prestadoras de servicios, y en cuya solución participan los Comités Estatales y la Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA, como instancia ejecutora del programa, otorgando apoyo técnico y asesoría.

En el proceso de medición de indicadores durante el periodo señalado se incorporaron a la Cruzada Nacional 3,069 unidades tanto de la SSA, IMSS e ISSSTE que representa alrededor del 26% del total de unidades. Cada institución es responsable de atender la problemática específica que reflejan los índices de sus unidades y de canalizar recursos a las mismas para la mejora de la calidad de los servicios, pero en forma

coordinada a través de los Comités Estatales de Calidad y el Equipo Consultor Sectorial se definen las estrategias para la mejora de los procesos sea homogénea teniendo como base los lineamientos de la Cruzada Nacional.

2.3 INDICADOR TRATO DIGNO

Definición del indicador

Porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno. Los criterios son las condiciones señaladas en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002.¹⁶

DEFINICIÓN OPERACIONAL Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.

FÓRMULA: Total de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno en el servicio y periodo a evaluar _____ X 100 Total de pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo.¹⁷

ESTÁNDAR: El 95 % de los pacientes que cumplan con los criterios establecidos para el trato digno. **SUSTENTACIÓN** Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. SSA 2002. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, SSA 2002.

La Calidad de Atención

La calidad de atención es según Donabedian una serie de juicios de valores que son aplicados a distintos aspectos, propiedades, dimensiones o ingredientes del proceso llamado atención médica. Dicho autor también menciona que la calidad de atención

¹⁶ sanus.uson.mx/revistas/articulos/2-2-art1.pdf

¹⁷ www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7500.doc

consta de varias capas que parten desde lo más interno, donde se encuentran las habilidades técnicas del trabajador de salud, y pasan luego por las habilidades interpersonales del mismo, hasta las instalaciones sanitarias que vendrían a encontrarse en las capas más externas del proceso de la atención de salud.

En México, se puso en marcha la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, enfatizando las dimensiones técnica e interpersonal propuestas por Donabedian. Entre las 90 líneas de acción delimitadas por esta cruzada, se propuso mejorar los aspectos técnicos de la atención, garantizar el abasto oportuno de medicamentos, asegurar el trato digno a los pacientes y ofrecer mayores oportunidades de realización profesional a médicos, enfermeras y todos aquellos que participan en los procesos de atención a la salud. Para ello, el sector salud planteó dos grandes acciones: por un lado, ofrecer trato digno, tanto a los usuarios de los servicios de salud como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica. Esta calidad ha sido definida por la Secretaría de Salud con base en resultados, indicadores (tiempo de espera, recetas surtidas y porcentaje de usuarios satisfechos) y atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.

Para ello, el sector salud planteó dos grandes acciones: por un lado, ofrecer trato digno, tanto a los usuarios de los servicios de salud como a sus familiares y, por otro, mejorar constantemente la calidad técnica de la atención médica. Esta calidad ha sido definida por la Secretaría de Salud con base en resultados, indicadores (tiempo de espera, recetas surtidas y porcentaje de usuarios satisfechos) y atención médica efectiva, eficiente, ética y segura.

El Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) integra evidencia acerca de la calidad técnica y percibida, propone el método de semaforización que señala con rojo las evaluaciones menores al estándar, con amarillo las inferiores, pero cercanas al estándar y con verde las iguales o superiores (SS, 2009). Este modo de evaluar permite identificar de forma general el cumplimiento del indicador de cada uno de sus criterios

Por lo general, existe un acceso segmentado de las mujeres a los servicios de salud, lo que ha provocado un gran traslape entre las poblaciones cubiertas por uno y otro sector: el de la seguridad social, el sector público y el privado. En la realidad, las usuarias utilizan más de un componente del sistema nacional de salud. La atención privada de la salud se ha desarrollado al margen de las políticas oficiales y representa 50% del gasto total en salud.

2.4 Equidad Social en Salud

Se trata de un concepto polisémico y complejo cuando se aplica las realidades sociales, económicas y políticas de distintos individuos o grupos colectivos. De la Torre define la equidad en salud como el tener iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución no autoritaria del poder y una democratización de los conocimientos en el sistema de salud; y/o como una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distinción grupal o personal.

La contraparte de la equidad en salud es la desigualdad en salud, concepto que en el país ha sido asociado no sólo a condiciones de vida de las clases marginadas y, en general, de los pueblos indígenas, sino también a la existencia de un sistema de salud fragmentado y desigual en sus aportaciones y beneficios.

Además, el concepto apunta a reconocer que el sistema de salud tiende a ser en muchas circunstancias excluyentes, en donde se carece a veces de respeto a la dignidad de las personas durante la atención de la salud, y en donde es frecuente discriminar a los y las usuarias por sus diferencias de clase y de etnia-raza. En el caso de los pueblos indígenas, que tienden a diferenciarse del resto de la población no sólo por cuestiones de clase social sino también por marcadores culturales y lingüísticos-lenguas, usos, costumbres, tradiciones y valores, la discriminación y la falta de respeto son bastante comunes en la provisión de los servicios de salud.

Por lo anterior, la promoción de la equidad en salud forzosamente tiene que ser acompañada por la promoción de la interculturalidad, lo cual remite también a visibilizar la importancia y relevancia para la equidad en salud, de la gran diversidad sociocultural existente a lo largo y ancho del país en general y del estado de Oaxaca en particular.

2.5 Interculturalidad en salud

Brindar atención a la salud bajo un enfoque intercultural involucra varias dimensiones, iniciando con la definición de la salud en relación a la cultura. Desde mediados del siglo XX, se ha definido a la salud como ligada a cuatro aspectos: las esferas biológica, psicológica y social de cada ser humano, las cuales se encuentran a su vez en constante interacción con la cuarta esfera: la del ambiente.

Como derecho humano, el derecho a la salud implica para los Estados tres tipos de obligaciones: respetar, proteger y garantizar.

El respeto implica la obligación del Estado de abstenerse de intervenir en el disfrute del derecho a la salud. La protección exige que el Estado adopte las medidas necesarias para impedir que terceros interfieran negando el disfrute del derecho a la salud para otros. El garantizar implica que el Estado cumpla en adoptar todas las medidas necesarias para dar plena efectividad al derecho a la salud. Estas medidas tienen que incluir la atención primaria a la salud, una alimentación nutritiva, el

saneamiento, el agua limpia potable y el acceso a los servicios curativos y a los medicamentos esenciales. Como derecho humano, además, el derecho a la salud implica que el Estado debe adoptar políticas, programas y acciones para avanzar de la manera más rápida posible en el pleno cumplimiento del derecho a la salud para toda la población.¹⁸ El marco de derechos aplicado a la salud representa una plataforma jurídica y programática relativamente novedosa en México, ya que se han venido desarrollando de manera paulatina a partir de la reforma constitucional de 1983 en donde se consagró el derecho a la protección en salud como un derecho de toda la población mexicana. En junio 2011, la reforma constitucional al artículo primero, reconoce que el Estado debe garantizar los derechos humanos para todos e incluye la plataforma de los tratados internacionales suscritos por México como el marco que haya que respetar, promover ya garantizar en el país. Dentro de este marco, se encuentran los derechos económicos, sociales y culturales en donde manera clara se incluye el derecho a la salud, concebido este en sus múltiples dimensiones universales de calidad, disponibilidad, accesibilidad, y calidad; por lo que este marco se vuelve ahora vinculante y obligatorio para el estado.

2.6 SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Calidad de los Servicios de Enfermería

En las tres últimas décadas se han establecido diversos programas encaminados a la mejora continua y se han emitido estándares de cuidado que permiten unificar criterios y asegurar la calidad de atención. El grupo más importante de control ha sido el cliente; los usuarios, sus familiares y la sociedad en general. El modo en que el usuario reciba y perciba los servicios reflejará un aspecto básico de la calidad sanitaria.

La garantía de calidad de los cuidados de enfermería es el proceso de establecer un grado indicativo de excelencia en relación con las actividades de enfermería y la puesta en práctica de estrategias que garanticen que los pacientes reciben el nivel de cuidados convenidos.

Existen diferentes estrategias para garantizar la calidad de la práctica profesional de enfermería dentro de una unidad hospitalaria, una es realizar actividades de evaluación o revisión, que compare la situación real en el sistema de atención con los objetivos propuestos por el organismo gestor del cuidado, esta evaluación se basa en un sistema de monitoreo longitudinal de los servicios de enfermería a través de indicadores de cuidados que permitan valorar de forma oportuna y anticipada los cambios y desafíos que genera el entorno.

¹⁸ <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primero/capitulo-i/#articulo-4>

Dentro de los programas de evaluación de calidad y mejora continua de calidad asistencial las encuestas a los pacientes permiten obtener información valiosa sobre los aspectos que precisan de mejora de la calidad.

2.7 Calidad y Enfermería.

En enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que "Las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados". Implementó herramientas para medir los sistemas del cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales. Lo anterior se refleja en la actualidad en el ejercicio profesional de la Enfermera cuando proporciona su servicio en términos de atención.

Visto de esta manera, el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos actualizados de ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el personal de enfermería y el ser humano, sujeto del cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible las potencialidades individuales y colectivas.

2.8.1 Igualdad de Género

La igualdad de género surge del reconocimiento histórico sobre la discriminación de las mujeres por el simple hecho de serlo. Es necesario llevar a cabo acciones que eliminen la desigualdad histórica y acorten las brechas entre los sexos, de manera que se sienten las bases para una efectiva igualdad sustantiva.

No significa que hombres y mujeres deban ser tratados como idénticos, sino que el acceso a oportunidades y el ejercicio de los derechos no dependan del sexo de las personas.

Género

Conjunto de características, conductas, sentimientos, forma de hacer y pensar con las cuales se identifican al hombre y a la mujer, que se construyen socialmente se aprenden a lo largo del ciclo vital.

El género se constituye y expresa a través de las relaciones sociales, roles y expectativas ligados a las atribuciones femeninas y masculinas, que no son fijas y cambian según la cultura y a lo largo de la historia (Scott, 1988).

Sexo

Son las características biológicas naturales, propias de los hombres y de las mujeres, con las cuales se nace y nos hacen diferentes, a la vez que nos permite reproducirnos como especie.

Roles

Masculino: se atribuye el dominio y autoridad, procreadores, proveedores, ser para sí, y se desarrollan en un espacio público.

Femenino: se atribuye la subordinación, sumisión, reproductoras, cuidadoras, ser para los demás, y se desarrollan en la mayoría de los casos en el espacio doméstico.

Igualdad de Género en Materia de salud

La igualdad de género en materia de salud significa que las mujeres y los hombres tienen oportunidades iguales para comprender sus plenos derechos y el mismo potencial para gozar de buena salud, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. La desigualdad de género en materia de salud se refiere a las desigualdades entre hombres y mujeres con respecto al estado de salud, la atención sanitaria y la participación en el trabajo sanitario que son injustas, innecesarias evitables. La equidad es el medio, la igualdad es el resultado.

2.8.2 Equidad de género

El enfoque de género permite ubicar en un **plano histórico social** las que se consideran **diferencias “naturales” o innatas entre mujeres y hombres**, que a la vez se relacionan con otras condiciones como la raza, la clase social o la edad. Además, **visibiliza las relaciones de poder** que operan entre las personas en la vida cotidiana, que se manifiestan en las diferentes instituciones sociales como la familia, el Estado y las instituciones educativas y laborales. **Cuestiona al patriarcado** como un sistema de dominación que desvaloriza no sólo a las mujeres sino también a los niños y niñas.

Características del enfoque de género

- Es inclusivo. Incorpora al análisis otras condiciones que hacen más llevadera o agudizan la discriminación de género (clase, etnia, edad).
- Permite observar y comprender como opera la discriminación.
- Cuestiona el androcentrismo y el sexismo que permean todas las instituciones y actividades sociales.

- Permite hacer visibles las experiencias, perspectivas, intereses, necesidades y oportunidades de las mujeres a lo largo de todo su ciclo vital
- Aporta las herramientas teóricas, metodológicas y técnicas para el empoderamiento de las mujeres

El enfoque de género en salud

- El análisis de género en materia de salud examina la interacción de los factores biológicos y socioculturales, con el objeto de poner en evidencia como actúan en forma positiva o negativa sobre los comportamientos, los riesgos y los resultados sanitarios y cómo influyen en el acceso y el control de los recursos y en la participación a la atención de la salud.
- Reconocen las diferentes normas y roles que existen entre las mujeres y los hombres y la repercusión que tienen en el acceso a los recursos y el control de los mismos y en su contribución al trabajo sanitario.
- Tienen en cuenta las necesidades específicas de las mujeres y los hombres.
- Abordan las causas de la falta de equidad en cuanto a la salud por razones de género.
- Incluyen maneras de modificar las normas, los roles y las relaciones determinados por el género que son perjudiciales.
- Procuran promover la equidad y la eficiencia en el ámbito de la salud.
- Lograr la equidad sustantiva entre el hombre y mujeres, eliminar la violencia contra las mujeres.
- Lograr un cambio cultural donde las personas se reconozcan y respeten, donde hombres y mujeres se vean, se traten y se conciban como pares.^{19,20}

2.8.5 Concepto de violencia de género

La violencia en términos generales se identifica como una conducta aprendida, repetitiva y también un grave problema social con múltiples efectos negativos en el sujeto y en la sociedad. Existen documentados diversos tipos de violencia, una de ellas es la violencia de género. La violencia de género se reconoce como un problema de salud pública, de derechos humanos y de justicia social. El atributo central de la violencia de género es que se trata de la violencia que se ejerce hacia las mujeres por ser mujeres:

La atención obstétrica, la relación médico-paciente y la desigualdad de poderes. La atención médica del parto es un momento, en algunas ocasiones, en el que ocurre el primer contacto entre el proveedor de servicios de salud y la paciente, aquí inicia la tan nombrada relación médico paciente.

¹⁹<http://www.fao.org/docrep/004/X2919S/x2919s04.htm>

²⁰Igualdad de Género. ONU Mujeres 2015.

Este momento es histórico para la vida de las mujeres que se encuentran en espera del nacimiento de su hijo, en este momento la mujer es susceptible de vivir diversas complicaciones orgánicas propias del trabajo de parto como problemas en la contracción uterina (distocia de contracción), hemorragia obstétrica, (secundario a atonía uterina, hipotonía uterina, desgarros), entre otros, y también ser sujeto de violencia física, emocional o simbólica, dada la posición de los personajes que intervienen en el acto: parturienta-médico (subordinación de la mujer con respecto al médico). En este sentido, la presencia y participación de la parturienta en el campo médico, resulta una compleja y hasta problemática situación, dado que debe incorporarse a la actividad “disciplinaria” imperante en los centros hospitalarios o prestadores de servicios de salud, bajo este esquema, los médicos esperan que la mujer sea obediente y conforme.

La violencia obstétrica, es definida por la Ley Nacional, sancionada en el año 2009, de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485 artículo 6 inciso e, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”. El trato deshumanizado comprende tres aspectos, el primero refiere a la vulneración del derecho a la intimidad, que implica la intromisión del equipo de salud no consentida por la mujer en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y órganos genitales.

El segundo aspecto supone la vulneración del derecho de las mujeres y sus familias a recibir información clara y precisa por parte del equipo de salud. Esto involucra la realización de prácticas sin previa consulta, sin que se les brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se llevan a cabo (Lutz, E. y Misol, S. 2007).

El último aspecto refiere a los tratos crueles, inhumanos y degradantes, que implican la insensibilidad del equipo de salud frente al dolor de las mujeres, los silencios, la infantilización, los insultos, comentarios humillantes y malos tratos. Canevari (2011) plantea que en las instituciones de salud se da una despersonalización en la relación comunicativa, donde entre el equipo de salud y los/as usuarios se establece una relación anónima, donde la mujer es tratada como un objeto y no como un sujeto de derechos.

TIPOS DE VIOLENCIA

Abuso verbal

Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

Violencia obstétrica psíquica:

Incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Así mismo, comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general

En este sentido es preciso tener en cuenta que en lo que respecta a los derechos humanos de las mujeres, el control de la sexualidad y de su capacidad reproductiva es el principal modo de violación de los mismos. Por este motivo resulta indispensable colocar a los derechos sexuales y reproductivos en la agenda de los derechos humanos, pero también de las políticas públicas. Centrar la temática desde un enfoque de derechos humanos implica que todos los agentes tienen el deber de promover y proteger esos derechos, fortaleciéndolos y denunciando su violación.²¹

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo/la y amamantarlo/la inmediatamente al nacer.
- 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.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Realizar acoso o presiones psicológicas u ofensivas a una parturienta con el fin de inhibir la libre decisión de su maternidad.
- Cuando exista la posibilidad de parto vertical obligar a la mujer a parir acostada sobre su columna y con las piernas levantadas o en forma distinta a sus usos y costumbres.²²

²¹REVISTA SALUD QUINTANA ROO - ISSN 2007 – 1671

²² <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/home/>

QUEJAS PRESENTADAS ANTE LA CNDH:

CUADRO No. 1

AUTORIDAD PRESUNTAMENTE RESPONSABLE	No DE QUEJAS
IMSS	92
ISSTE	15
SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL	3
SECRETARIA DE MARINA	3
SECRETARIA DE SALUD	3
SECRETARIA DE SALUD DEL D.F	1

Fuente: Elaboración propia de GIRE 2015.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (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. La CNDH recibió también 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 por demás bajo, si se considera el alto número de quejas en relación con las recomendaciones emitidas y cumplidas.

Con la escasa 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.

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 a veces muy 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.²³

PORCENTAJE DE VIOLENCIA OBSTETRICA Y TIPOS DE MALTRATO

CUADRO No. 2

Cesárea	96%
Maltrato físico	11%
Maltrato verbal	19%
Colocación de DIU	6.7%
Tactos Vaginales	4.47%

Fuente: información de CNDH, GIRE, CEAEV, Resultados ENDIRHE 2016
<http://www.milenio.com/tendencias/callate-y-puja-que-es-la-violencia-obstetrica>

2.9 ENFERMERÍA Y BIOÉTICA

Los cuidados de enfermería siempre han tenido implicaciones éticas, especialmente en la relación con los pacientes, pero los continuos avances científicos ponen de relieve nuevos dilemas en la práctica diaria que exigen una visión no solamente técnica si no humanista, así como habilidades que favorezcan la toma de decisiones. Ante este panorama, la bioética se presenta como una herramienta de apoyo para reflexionar sobre los valores humanizando el ejercicio de esta profesión.

La enfermería tiene un valor intrínseco por naturaleza, en 1859 Florencia Nightingale fue quien sentó el precedente más representativo a través de sus ensayos: “La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar personas y tiene que poner a las personas de mejor forma en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ellas. En un sentido más amplio, se define como una profesión en un constante y permanente movimiento que se fundamenta en procedimientos basados en conocimientos teóricos y prácticos, atendiendo en todo momento a los principios científicos basados en ética y autonomía para procurar el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas.

La bioética contempla entre sus características la interdisciplinariedad, a través del diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas; un debate ético basado en una sociedad pluralista y fortalecida por la tolerancia, fundamentándose en principios claros y concretos como la no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

En este sentido, la importancia de la bioética en toda la actividad profesional representa la concreción de valores intrínsecos y extrínsecos, entendiendo por los valores extrínsecos aquellos que diferencian el ejercicio de las profesiones. En la

²³Castro y Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, op. cit. (ver supra, nota 9), pp. 270-271.

profesión de enfermería estos valores otorgan legitimidad y sentido a la práctica profesional en el ejercer con vocación, habilidades, actitudes y conocimientos necesarios para el alivio del sufrimiento humano producido por la enfermedad.²⁴

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA Y SU RELACIÓN CON ENFERMERÍA

Con base en los valores descritos y como ya se mencionó, el profesional de enfermería tiene que basar el cuidado de las personas tiene que basar el cuidado de las personas y pacientes a su cargo en los cuatro principios bioéticos:

- 1.- Principio de autonomía se ve reflejado en la potestad de respetar las decisiones de los pacientes en relación con sus valores y preferencias personales y profesionales de la salud a decir la verdad en todo momento de la relación clínica, respetar su vida privada, información confidencial, y obtener el consentimiento para cualquier tipo de intervención sobre los pacientes.
- 2.- Principio de beneficencia: se encuentra basado en la responsabilidad de causar el bien, maximizando la autonomía, forma de vida, valores y deseos, tanto de la familia, como del paciente.
- 3.- Principio de no maleficencia: fue acuñado en la medicina hipocrática y basado en una medicina paternalista, anteponiendo ante todo el no hacer daño a los pacientes.
- 4.- Principio de justicia: se fundamenta en la distribución equitativa de beneficios desde el punto de vista del bienestar vital, evitando en todo momento la discriminación en el acceso a los recursos para la protección de salud.

El binomio de enfermería y bioética se refleja en las actitudes de todo profesional de enfermería que con base a principios éticos cumple con valores universales, convirtiéndolos en virtudes para su praxis y asegurando el acceso de los pacientes a una atención de calidad, estrechamente, vinculada con los valores de responsabilidad, bondad, veracidad, lealtad, honestidad, disciplina, tolerancia, paciencia, y respeto.

La bioética y la enfermería son dos conceptos insolubles cuyo objetivo principal es respeto a los principios éticos, la calidad del cuidado, la integridad de la persona y sus esferas sociales como la familia comunidad, por los senderos del respeto la tolerancia y solidaridad.

3. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

3.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra el derecho a la salud en su párrafo tercero del artículo 4°.

²⁴Noción consensuada por el Consejo de la Comisión Nacional de Bioética en 2014.

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.

Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

En virtud que la violencia constituye el eje fundamental de los conceptos de violencia contra la mujer y violencia obstétrica, es conveniente iniciar su definición. Para la Organización Mundial de Salud es el uso intencional de la fuerza o poder físico de hecho como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia, por quien comete el acto puede ser auto infligida, interpersonal o colectiva; y por su naturaleza puede ser física, sexual psíquica, incluyendo las privaciones y el descuido.²⁵

3.2 LEY GENERAL DE SALUD.

Por su parte e la Ley General de Salud, se expresa en diferentes secciones y referido a diversos momentos de la atención a la salud, trato digno como una obligación de las instituciones y de los prestadores de servicios. En el artículo 77 bis 37, fracción III Señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán como derecho “Trato digno, respetuoso y atención de calidad, entre otro.”²⁶

3.3 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. La calidad es una secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, identificando tres aspectos interrelacionados entre sí: calidad, calidez y oportunidad de la atención. La calidad de la atención incluye elementos tales como la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario en cuanto a oportunidad de la atención, accesibilidad a la unidad, tiempo de espera y resultados de la intervención clínica. La calidez en la atención se refiere al trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio. La oportunidad en la atención se refiere a la ocurrencia de la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada. Para

²⁵<https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primer/capitulo-i/#articulo-4>

²⁶http://www.sedena.gob.mx/pdf/manuales/Msp_Hosp_Ctrl_Mil.pdf

finde de este diagnóstico, una atención de calidad durante el Embarazo Parto y Puerperio (EPP) en el primer nivel es aquella atención oportuna que se otorga a la mujer las 24 horas, los 365 días del año por parte de los prestadores de servicios de salud, los cuales se encuentran capacitados de acuerdo a las normas vigentes y la evidencia científica actualizada, en establecimientos que cuentan con la infraestructura, equipos, materiales y medicamentos necesarios para la atención de las mujeres durante las etapas de Embarazo Parto Puerperio (EPP). Una atención de calidad, además, brinda servicios de acuerdo a los principios éticos e interculturales que sustentan una atención humana, individualizada, respetuosa y con la mínima exposición a riesgos.

3.4 NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. La anterior Norma Oficial tiene como objeto informar acerca de los principios y formas de 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

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

Por lo que la Norma nos menciona en su inciso 5.1.1 Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

5.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

Para lo cual los servicios de planificación familiar deben quedar protegidos para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, además de la

información que reciba se le debe proporcionar consejería adecuada y en caso de aceptarlo se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

3.5 PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2013-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de Mayo de 2013, prevé como estrategia general elevar la productividad para llevar a México a su máximo potencial, por lo que se orienta a la actuación gubernamental en torno a 5 metas internacionales, México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero, México con Responsabilidad Global, lo cual incluye tres estrategias transversales: democratizar la productividad, gobierno cercano y moderno, y perspectiva de género.

La meta nacional México en Paz, tiene como objetivo, entre otros garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación, para lo cual es indispensable promover medidas especiales orientadas a la erradicación de la violencia de género en las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, entidades federativas y municipios además de garantizar el cumplimiento de los acuerdos generales emanados del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar, y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, mediante una coordinación eficaz entre los diferentes órdenes de gobierno.

A fin de resolver los retos existentes en materia de violencia y discriminación contra la mujer en nuestro país, el Programa tiene cinco objetivos:

- 1.- Fomentar la armonización de contenidos legislativos e impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia.
- 2.- Garantizar la prevención integral para reducir factores de riesgo de la violencia contra las mujeres y niñas.
- 3.- Garantizar el acceso a los servicios de atención integral a mujeres y niñas víctimas de violencia.
- 4.- Asegurar el acceso a la justicia a las mujeres mediante la investigación
- 5.- Fortalecer la coordinación institucional en materia de prevención, atención, sanción, y erradicación de la violencia obstétrica.

Para cumplir con el 1er objetivo impulsar la transformación cultural para contribuir a la no violencia contra las mujeres.

3.6 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LAS Y LOS PACIENTES

Con relación al trato digno se menciona que: “La o el paciente tiene derecho a que el personal de salud que le brinden atención médica, se identifique y le otorguen un trato digno, con respecto a sus convicciones personales, morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.”²⁷

3.7 MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA RELACIONADA CON LA SALUD REPRODUCTIVA

La violencia constituye el eje fundamental de los conceptos de violencia de género, violencia contra la mujer y violencia obstétrica, es conveniente iniciar por su definición. Para la Organización Mundial de la Salud es el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de provocar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. La violencia por quien comete el acto puede ser auto infligida, interpersonal o colectivo; y por su naturaleza puede ser física, sexual, psíquica, incluyendo las privaciones o el descuido. Es decir, se trata de un comportamiento deliberado que se realiza con la intención de dañar.

La violencia contra las mujeres en cualquier etapa de su vida constituye una violencia a sus derechos humanos y libertades fundamentales.

La convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belén Do Pará) adoptada el 9 de junio de 1994 y ratificada por México el 19 de junio de 1998, impone a los Estados Partes obligaciones positivas para abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar porque las autoridades, sus funcionarios personal y agentes.

3.8 Derechos de las Mujeres Durante el Embarazo, Parto y Puerperio

- Derecho a la integridad personal.
- Nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales
- Derecho a la privacidad e intimidad.
- Límite a la intromisión con la vida privada.
- Derecho al respeto de la honra y la dignidad.

²⁷http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf

- Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud
- Derecho a estar libre de discriminación

3.9 Política de Igualdad en los Servicios Estatales de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2005 la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, misma que reconoció al género como un determinante social de la salud.

Según la definición de la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud.

La Comisión publicó en 2007 un reporte sobre las desigualdades de género en salud en el cual establece que el análisis con Perspectiva de Género (PdeG), en tanto comprende los factores que determinan las diferencias de vulnerabilidad y exposición a riesgos de hombres y mujeres a las diversas enfermedades (Biopsicosocial).

Dirige las políticas de salud pública en términos de prevención, diagnóstico oportuno, calidad de atención, optimización de recursos y mejor calidad de vida, en condiciones de igualdad para las y los ciudadanos/as.²⁸

4. MARCO DISCIPLINAR DE ENFERMERÍA

4.1 Evolución Histórica del Cuidado de Enfermería

EL CUIDADO

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. Cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción.

De igual manera el cuidado es un acto recíproco que brinda a cada persona, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayudar para asumir sus cuidados de vida. Por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en ser humano, que practica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas, para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales.

²⁸ **Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programa de Salud**
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, D.F. 2013

El cuidado prestado desde la visión profesional es diferente. La forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociológicas, etc.

El cuidado es el objeto de la enfermería, y aunque no exista una definición precisa y generalizada sobre ella, si se han descrito su naturaleza, su esencia, sus propiedades y sus características.

Por ende, el cuidado se puede comprender que no comprende en un acto sencillo y habitual, características del cuidado como actividad humana. Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requiere con el estudio profundo y sistemático de la sociedad, el hombre la salud y la apropiada enfermería.

Los auténticos orígenes de la enfermería se pierden en el principio de los tiempos.

Las actividades más primitivas para “dar cuidados”, era una noción ligada a cualquier forma de vida y proporcionar cuidados puede considerarse inseparable de la noción de supervivencia de los derechos humanos, de la continuidad de la vida en grupo del desarrollo y mantenimiento de la vida. Cuidar es por tanto observar la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, que se manifiesten de diferentes maneras según los grupos civilizaciones.

Es difícil identificar y describir de forma adecuada los orígenes precisos de la enfermería, ya que no sabemos nada prácticamente de la actividad de las enfermeras de la prehistoria.^{29,30}

La evolución del cuidado enfermero está estrechamente ligada a la consideración del concepto de salud – enfermedad que ha caracterizado a cada momento histórico.

ETAPAS HISTÓRICAS DEL CUIDADO

La primera de estas etapas, denominada “Etapa Doméstica del Cuidado” por ser la mujer en cada hogar la encargada del mantenimiento de la vida frente a las condiciones adversas del medio, se desarrolla en el periodo histórico que comprende desde las primeras civilizaciones a la caída del Imperio Romano.

La “Etapa Vocacional del Cuidado”, segunda etapa de la evolución del cuidado enfermero, se encuadra en la historia desde el origen del pensamiento cristiano,

²⁹ **Nora Baltano. Procesos Históricos de Enfermería**

³⁰ **<https://es.slideshare.net/norabalto/pproceso-historico-de-enfermeria>**

momento en que el concepto de salud – enfermedad adquiere un valor religioso, hasta la Edad Moderna.

La tercera “Etapa Técnica del Cuidado”, que se desarrolla a lo largo del siglo XIX y gran parte del XX, surge como resultado del tipo de atención a la salud predominante en la época, centrada en la lucha contra la enfermedad, en la que el saber médico se enfoca a la persona como enfermo y las personas encargadas de prestar cuidados adquieren un papel de auxiliar de médico.

Finalmente, la “Etapa Profesional del Cuidado”, en la que la enfermería se consolida como disciplina y como profesión con una responsabilidad definida en el cuidado de la salud de la población, es la cuarta etapa en la evolución del cuidado enfermero y desde un punto de vista cronológico comprende las últimas décadas del siglo XX hasta nuestros días.³¹

4.2 EL CUIDADO COMO OBJETO DE ESTUDIO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

La noción del cuidado está vinculada a la preservación o conservación de algo, a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El verbo deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Enfermería por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar dichas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los cuidados de enfermería, por lo tanto, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general pueda decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Por su parte el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha señalado que la responsabilidad fundamental de la enfermera es cuádruple.

- 1) Promover la salud
- 2) Evitar enfermedades
- 3) Restablecer la salud
- 4) Aliviar el sufrimiento

³¹María Luisa Martínez, M Elena Chamorro R. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero 2ª ed. México Mc Graw-Hill. 1993 p1

TIPOS DE CUIDADO DE ENFERMERIA

CURE (curar)

Este término se refiere a la labor de la medicina, sabiduría, técnica, habitualmente ejercida por varones.

CARE

Es la labor de enfermería, la práctica de asistencia solícita, habitualmente ejercida por mujeres.³²

4.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

A esta profesión le corresponde la principal responsabilidad para definir y aplicar las normas deseables relativas al ejercicio y enseñanza. Las enfermeras contribuyen al acervo de conocimientos propios de su profesión.

Por medio de sus acciones profesionales las enfermeras participan en el establecimiento y mantenimiento de condiciones de trabajo de Enfermería que sean económicas y justas.

Para dominar la profesión es necesario adquirir los conocimientos y habilidades de lo que hacen, demostrar las competencias profesionales (competencias para la vida y para saber que hacer); además se deben poseer los siguientes aspectos:

- 1.- Identidad profesional.
- 2.- Autonomía en el desempeño de la labor.
- 3.- Orientación profesional.
- 4.- Reafirmación profesional.
- 5.- Marco teórico.
- 6.- Marco Filosófico
- 7.- Misión profesional
- 8.- Visión profesional

³²<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n2/art6.pdf>

9.- Código ético

10.- Ubicación

11.-Sociedad que nos represente³³

En primera instancia se define lo que es una profesión, dentro del uso común este concepto tiene diferentes aceptaciones, entre ellas: empleo, facultad, u oficio que cada uno tiene y ejerce públicamente, entonces las profesiones son ocupaciones que requieren de un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido del trabajo, organización propia, autorregulación, altruismo, espíritu de servicio a la comunidad, así mismo normas éticas.

Por lo tanto, la profesión de enfermería también recibe ese nombre ya que se encuentra fundamentada en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta de individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse así mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico (una concepción basada en la integración total frente a un concepto o situación). El pensamiento crítico enfermero tiene como base la fundamentación de preguntas y retos ante situación compleja el cómo actuar ante dicha situación.

De acuerdo al Consejo Internacional de Enfermería, la enfermería se define de la siguiente manera:

Los cuidados, autónomos y en colaboración, que se presentan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Sus funciones esenciales la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación de la política de la salud, en la gestión de los pacientes y en los sistemas de salud, básicamente la formación.

La Asociación Norteamericana de Enfermeras declara desde 1980 en un documento denominado "Nursing: A Social Policy Statement" que la enfermería es: "El diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas ante problemas de salud reales o

³³Carlos León R. Fundamentos teóricos-filosóficos de la ciencia y el cuidado. Disponible <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>

potenciales”. La anterior definición ha sido ampliada o adaptada como la que propone la Facultad de Enfermería de la Universidad de Moscú, en Rusia, “ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicosocial y espiritual”.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

INTELECTUAL

Se basa en un conjunto de conocimientos

Emplea el método científico en la práctica.

Utiliza los conocimientos con pensamiento analítico

Crítico y creativo

ACADÉMICA

La práctica de la enfermería se caracteriza por la solidez de su formación teórica

El personal de enfermería debe especializarse con el fin de mejorar la calidad de atención de los usuarios.

HABILIDAD TÉCNICA

La práctica de enfermería se apoya en principios o bases científicas que guían la práctica y a su vez proporciona la base para la legitimidad y autonomía de la profesión.

BASES TEÓRICAS

La enfermería se ejerce dentro de un marco ético. Estos valores se señalan en el Código de Enfermería.

AUTOMÍA

La enfermería como profesión controla sus propias funciones, posee independencia y responsabilidad de sus actos.

SOCIALES

Su principio consiste en ayudar a que las personas conserven su salud.

Ser sensible a las necesidades humanas y tener conciencia de su responsabilidad al contribuir al bienestar de los demás.

Existe una fuerte motivación o vocación en la elección de la carrera un compromiso de la profesión al servicio de la sociedad.

El personal de enfermería durante el ejercicio de su profesión, es importante que posea o adquiera la capacidad de:

Formar juicios sobre la realidad que conduzca a actuar con pleno conocimiento.

Trabajar en un equipo multidisciplinario.

Servir y ayudar a quienes lo requieren

Comunicarse cordial y efectivamente con el usuario, colegas y demás miembros de salud.

Mostrar seguridad y confianza en sí misma.

Realizar investigaciones de proyección social.

Aplicar el sentido y valor de las normas éticas y jurídicas de la profesión

Participar con organismos de influencia en el desarrollo de la profesión

La enfermería hoy implica cualidades muy especiales ya que requiere crear y construir permanentemente, la fuerza, para mantenerse frente al dolor de otros, imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud un entorno favorecedor del cuidado de las personas. Requiere por tanto de una preparación y un conocimiento científico, técnico y humano para enseñar y de esta forma poder ayudar a suplir las necesidades de cuidado de cada individuo como ser único e incorporarlo a su entorno, familia, y comunidad.

4.3 ENFERMERÍA COMO PROFESIÓN Y DISCIPLINA

En la actualidad la enfermería se define como una profesión disciplinar del cuidado a la persona, dicha definición nos lleva identificaren ella dos componentes uno profesional y otro disciplinar.

En lo disciplinar, la enfermera está justificada debido a que posee un cuerpo de conocimientos propios que evolucionan de manera independiente; así mismo tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia, consta de sustentos científicos propios y de otras disciplinas, los cuales están relacionados con el arte y la tecnología del trabajo.

La enfermería como disciplina tiene como finalidad facilitar el conocimiento necesario y suficiente que deben de utilizar los profesionales en la práctica (Donalson y

Crowley,1978), lo cual compromete a quien la ejerce a construir o reconstruir conocimientos propios que contribuyan cada día más a su consolidación como ciencia del cuidado.

La disciplina de enfermería apoya y fundamenta la práctica profesional, no existe una separación, ya que esta debe gobernar la práctica profesional y no ser definida por ella; debe aportar el sustento teórico metodológico necesario para el buen desempeño de los profesionales en el cuidado del individuo, familia y comunidad, base indispensable para la consolidación de una disciplina que, aunque vieja como arte, en la actualidad demanda su construcción y consolidación como ciencia.

Los conceptos básicos de la enfermería sustentan la disciplina y la profesión. Son muchas las propuestas teóricas de enfermería que explican los fenómenos de los que derivan conceptos que le son comunes, permiten su análisis, dan significado y especificidad a la disciplina. Estos conceptos son:

- 1.- **Persona ó paciente**, el receptor de los cuidados de enfermería (incluye individuos, familias, grupos y comunidades).
- 2.- **Entorno**, las circunstancias internas y externas que afectan la paciente. Incluye las personas del entorno físico, como familiares, amigos y otras personas importantes.
- 3.- **Salud**, el grado de bienestar que experimenta el paciente, como un valor y un derecho humano.
- 4.- **Cuidado**, como el objeto de estudio de la enfermería.

5 PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

5.1 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Intervención: Cuidados intraparto.

Actividades:

- Determinar si la paciente presenta trabajo de parto.
- Determinar si las membranas se han roto.
- Determinar la preparación y objetivo de la paciente para el parto.
- Cubrir a la paciente para asegurar la intimidad durante la exploración.
- Realizar la maniobra de Leopold para determinar la presentación fetal.
- Monitorizar los signos vitales maternos entre las contracciones, según protocolo o si es necesario

- Palpar las contracciones para determinar la frecuencia, duración, intensidad y tono de reposo.
- Fomentar la deambulaci3n en la primera fase del trabajo de parto.
- Enseñar t3cnicas de respiraci3n, relajaci3n.
- Animar a la paciente a que miccione cada 2 horas.
- Observar los efectos de la medicaci3n en la madre y el feto.
- Ayudar con la anestesia/analgesia/regional, seg3n corresponda.
- Registrar las caracter3sticas del l3quido amni3tico, frecuencia cardiaca fetal y patr3n de contracciones despu3s de la rotura espont3nea o inducida de las membranas.
- Monitorizar el progreso del trabajo de parto, incluyendo exudado vaginal, dilataci3n cervical, borramiento del cuello, presentaci3n y descenso fetal.
- Obtener el consentimiento informado antes de realizar procedimientos invasivos.
- Enseñar t3cnicas de pujo para la segunda etapa del trabajo de parto, en funci3n de la preparaci3n y preferencias de la madre para el parto.
- Monitorizar los progresos de pujo, descenso fetal, frecuencia cardiaca fetal y signos vitales maternos, seg3n protocolo.
- Preparar el material necesario para el parto.
- Registrar lo que sucede en el parto.

Intervenci3n: Preparaci3n al parto

Actividades:

- Instruir a la madre sobre los signos del parto.
- Comentar con la madre las opciones para controlar el dolor.
- Explicar la monitorizaci3n sistem3tica que puede aplicarse durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Enseñar a la madre y su pareja las t3cnicas de respiraci3n y relajaci3n que se van a utilizar durante el trabajo de parto y el expulsivo.
- Comentar las ventajas y los inconvenientes de la lactancia materna o con biber3n.
- Instruir a la madre para que prepare los pezones para la lactancia, seg3n se le indique.
- Animar a la madre a ponerse al beb3 al pecho despu3s del parto.

-Proporcionar la oportunidad a la madre para que este en estrecho contacto con el bebé durante la hospitalización posparto para facilitar el vínculo y la lactancia materna.

Intervención: Inducción al parto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales maternos y fetales antes de la inducción.
- Iniciar medicación IV (oxitocina) para estimular la actividad uterina, si es necesario.
- Vigilar estrechamente el progreso del parto, estando alerta por si hubiera señales anormales.
- Evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones uterinas adecuadas.
- Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina), si es necesario hasta la inminencia del parto.

Intervención: Parto.

Actividades:

- Proporcionar orientación anticipatoria del parto.
- Mantener la intimidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.
- Administrar analgésicos locales antes del parto o la episiotomía, si está indicado.
- Ayudar a la paciente con la postura para el parto.
- Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía.
- Enseñar a la paciente a realizar respiraciones superficiales (ej. <jadeos>) durante la salida de la cabeza.
- Obtener una muestra de sangre del cordón umbilical si es Rh negativo o si es necesaria para una gasometría de la sangre del cordón.
- Adelantar la expulsión espontánea de la placenta.
- Asignar la clasificación apgar de 1 minuto.
- Administrar analgésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando está indicado.
- Documentar el desarrollo del parto.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL PUERPERIO FISIOLÓGICO.

Intervención: Cuidados postparto.

Actividades:

- Monitorizar los signos vitales cada 15 a 30 min. y temperatura.
- Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia.
- Indicar a la paciente que miccione antes de la exploración posparto y con frecuencia después.
- Controlar la localización, altura y tono del fondo uterino, asegurándonos de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación.
- Realizar o ayudar con los cuidados perianales (es decir, aplicar compresas de hielo, animar a la paciente a tomar baños de asiento y aplicar calor seco).
- Instruir a la paciente sobre los cambios mamarios.
- Reconfortar a la paciente que presente escalofríos (es decir, proporcionar mantas calientes).
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales, incluida la importancia de una dieta equilibrada y suplementos, si está indicado
- Fomentar una deambulación precoz y frecuente, ayudando a la paciente cuando sea necesario.
- Administrar analgésicos.
- Comentar las necesidades de actividad y descanso.
- Tranquilizar a la paciente sobre su capacidad de cuidar de sí misma y del lactante.
- Proporcionar información sobre los cambios en el estado de ánimo (ej. tristeza, depresión y psicosis postparto), incluidos los síntomas que requieran más evaluación y tratamiento.
- Monitorizar el estado emocional de la paciente.
- Comentar la sexualidad y las opciones anticonceptivas.
- Instruir a la paciente sobre los modos no farmacológicos para aliviar el dolor (ej. baños de asiento, deambulación, masaje, imágenes guiadas, compresas de hielo).
- Facilitar la reanudación de una función intestinal (ej. fecha y hora de la última defecación, ruidos intestinales, presencia de flato).

- Facilitar la reanudación de la función intestinal normal (administrar ablandadores fecales o laxantes, instruir a la paciente que ingiera líquidos y fibra, fomentar la deambulación).
- Monitorizar las conductas de apego progenitor – lactante.
- Instruir a la paciente sobre las necesidades nutricionales del lactante.
- Proporcionar una educación y apoyo adecuados sobre el método de alimentación escogido.
- Remitir a la paciente a la consulta de lactancia, si está indicado.
- Instruir a la paciente sobre los signos de peligro que requieran ser notificados de inmediato (ej. fiebre, depresión).
- Monitorizar la temperatura de las mamas y el estado de los pezones.
- Aplicar medidas para reducir la probabilidad de desarrollar una trombosis venosa profunda (ej. ejercicios en las piernas y aplicación de botas de compresión).
- Monitorizar las piernas en busca del signo de Homans y organizar las pruebas adicionales, si es preciso.
- Monitorizar la aparición de depresión o psicosis postparto.

Intervención: Cuidados perianales.

Actividades:

- Mantener a la paciente en posición cómoda.
- Aplicar compresas para absorber el drenaje, según se precisa.
- Proporcionar y ayudar con baños de asiento, si es preciso.
- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad.
- Documentar las características del drenaje.
- Proporcionar analgésicos, cuando esté indicado.
- Debe ser medicalizado en lo menor posible, lo que significa que el cuidado fundamental debe utilizar un grupo mínimo de intervenciones, y aplicar solo las necesarias.

Intervención: Trato Digno.

Actividades:

- Brindar Información, a la mujer embarazada, así como a sus familiares de forma clara y concisa sobre el procedimiento a realizar.
- Apoyo con empatía por parte de los profesionales de la salud durante la labor de parto
- Hacer partícipe a la parturienta, como a la familia de su autocuidado
- Libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto
- Reducir el uso de cesárea, solo cuando sea necesario
- Reducir los tactos vaginales
- Evitar el uso rutinario de episiotomía
- Métodos no farmacológicos para reducir el dolor de parto.
- Evitar utilizar oxitócicos de forma rutinaria
- Actitud receptiva y de observación a las condiciones generales de la mujer y su entorno.
- Con respeto al pudor, intimidad y cultura de cada mujer
- Actitud de escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer, brindando la información adecuada.³⁴

³⁴ Bulechek G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6th ed. Madrid-España: Elsevier.

CONCLUSION:

El derecho al trato digno y respetuoso hacia el usuario, se refiere a la aceptabilidad que el comportamiento tanto verbal como no verbal se establece en la relación del profesional de enfermería con aquel, más allá de un saludo simple. Digno es el atenderle con oportunidad, delicadeza, cortesía y en conciencia.

Por lo tanto, la atención durante el parto se encuentra inmersa en la evolución histórica de los conceptos epidemiológicos, y los conocimientos médicos existentes y de la tecnología médica disponible, el conocer la evolución de las etapas recorridas, sus aciertos y errores permitirán reorientar la atención óptima de la madre y del niño, con el propósito de disminuir su mortalidad. Por lo que se insiste en la necesidad de comprender a los servicios de salud como parte de un proceso socio histórico que señala las direcciones a tomar en el cuidado del control prenatal y se hagan propuestas de cambio en políticas de salud en las cuales debemos abordar criterios de atención prenatal con la participación familiar y en especial la participación del padre, así como la incorporación de parteras dentro de los programas de salud, principalmente en embarazos de bajo riesgo.

Es importante recordar que como profesionales de enfermería debemos enfocarnos en proporcionar a cada una de nuestras pacientes parturientas, cuidados oportunos de calidad y calidez, que busquen en todo momento brindar su bienestar físico y emocional, puesto que el proceso de parto no es una enfermedad, se debe brindar además un cuidado individualizado e integral, para ello debemos trabajar en conjunto, como un equipo multidisciplinario, para mejorar el estado de salud de las parturientas antes, durante y después del parto.

Con base a lo anterior la presente tesina busca concientizar al personal de salud, sobre el correcto manejo a las pacientes obstétricas, buscar la empatía en el sentir del otro, mediante un trato cordial, amable, respetuoso que otorgue a la parturienta confianza en el personal de enfermería. De igual forma se busca valorar si aplican ciertas acciones, que pudiesen generar un evento traumatizante como lo son los tactos vaginales, la episiotomía y las acciones que violenten sus derechos, pero en mayor importancia generar un cambio dentro de los hospitales obstétricos en el personal de salud que brinda dicha atención

BIBLIOGRAFIAS

1. http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
2. <http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- 3.-“Historia de la enfermería en México” Mendieta (1980:116) pag.122-126.
- 4.-<http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg061h.pdf>
- 5.- <http://enfeps.blogspot.mx/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html>
- 6.-http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42692/1/WHO_RHR_01.30_spa.pdf
- 7.-<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
- 8.-http://www.uaz.edu.mx/histo/MorfoEmbrio/PDF/4a_38semanas.pdf
- 9.- <http://www.hraeoaxaca.salud.gob.mx>
- 10.-<http://www.hraeoaxaca.salud.gob.mx>
11. http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/modelo_intercultural_09.pdf
- 12.-<http://www.fao.org/docrep/004/X2919S/x2919s04.htm>
- 13.- Igualdad de Género. ONU Mujeres 2015.
- 14.-REVISTA SALUD QUINTANA ROO - ISSN 2007 – 1671
- 15.-Castro y Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, op. cit. (ver supra, nota 9), pp. 270-271.
- 16.- Castro y Erviti, “La violación de derechos reproductivos...”, op. cit. (ver supra, nota 9), pp. 270-271.
- 17.-P. Kuthy, et al. Memorias 1er. Congreso Internacional Comisión Nacional de Bioética. (México: Ed CON-BIOETICA, 1994),38

- 18.-<https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primero/capitulo-i/#articulo-4>
- 19.http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/coesamed_nayarit/publicaciones/pdf/carta_derechos.pdf
- 20.-http://www.sedena.gob.mx/pdf/manuales/Msp_Hosp_Ctrl_Mil.pdf
- 21.-Guía para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Programa de Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, México, D.F. 2013
- 22.-Nora Baltano. Procesos Históricos de Enfermería
- 23.-<https://es.slideshare.net/norabalto/p proceso-historico-de-enfermeria>
- 24.- María Luisa Martínez, M Elena Chamorro R. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero 2ª ed. México Mc Graw-Hill. 1993 p1
- 25.-Carlos León R. Fundamentos teóricos-filosóficos de la ciencia y el cuidado. Disponible <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>
- 26.-<http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/267/486>
- 27.- http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf
- 28.-Nora Baltano. Procesos Históricos de Enfermería
- 29.- <https://es.slideshare.net/norabalto/p proceso-historico-de-enfermeria>
- 30.- María Luisa Martínez, M Elena Chamorro R. Historia de la Enfermería. Evolución Histórica del Cuidado Enfermero 2ª ed. México Mc Graw-Hill. 1993 p1
- 31.- <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v27n2/art6.pdf>
- 32.-Carlos León R. Fundamentos teóricos-filosóficos de la ciencia y el cuidado. Disponible <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library>
- 33.<http://www.dgdiconamed.salud.gob.mx/ojsconamed/index.php/revconamed/article/view/267/486>
- 34.-http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_resum.pdf

GLOSARIO

Atención: Acto que muestra que se está atento al bienestar o seguridad de una persona o muestra respeto, cortesía o afecto hacia alguien.

Bioética: es la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica.

Calidad: Incluye la asistencia, la cual debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

Cesárea: Operación quirúrgica que consiste en extraer el feto del vientre de la madre mediante una incisión en la pared abdominal y uterina y evitar el parto

Comadrona: Persona que tiene por oficio asistir a la mujer en el parto; antiguamente, este oficio era ejercido solo por mujeres basándose en la experiencia tradicional y actualmente requiere titulación específica.

Cuidado: El enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento,

Cihuateteo: Mujer- dios

Cihuacóatl: Divinidad mexicana, mitad serpiente mitad mujer.

Episiorrafia: Es una intervención quirúrgica que consiste en reparar la herida dejada por la episiotomía, suturando las caras internas de los labios mayores. Tratamiento: Postoperatorio correspondiente a la intervención para comprobar que los puntos se caen solos y no se infecta

Episiotomía: Incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.

Gestación: Es el período de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento. Durante este tiempo, el bebé crece y se desarrolla dentro del útero de la madre.

Holístico: “Toda práctica de **enfermería** donde la curación a la persona como un todo es su meta”.

Mozihuaquetzque: Mujer valiente

Matrona: Partera, esp. Legalmente autorizada.

Obstetricia: Es la rama de la medicina que cuida la gestación, el parto y el puerperio

Ometecuhtli: Señor de la dualidad

Omecíhuatl: Señora de la dualidad

Parto: Proceso por el que la mujer o la hembra de una especie vivípara expulsa el feto y la placenta al final de la gestación; consta de tres fases: la fase de dilatación, la de expulsión y la placentaria o de alumbramiento

Partera: Persona que tiene por oficio asistir a la mujer en el parto; antiguamente, este oficio era ejercido solo por mujeres

Puerperio: es un periodo crítico para la salud de la mujer. Se inicia con el posparto inmediato, compuesto por las dos horas que siguen al alumbramiento.

Quilaztli: Diosa del nacimiento, patrona de los médicos, de los sangradores, de las parteras, de los cirujanos y de los que daban remedios para abortar, guía recolectora de las almas; De igual modo, se le considerada la protectora de las mujeres.

ANEXOS

Trato digno

1. Definición del indicador

Porcentaje de pacientes atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno.

Los criterios son las condiciones señaladas en el Código de ética para enfermeras y enfermeros en México y en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, 2002.

2. Definición operacional

Es la percepción que tiene el paciente o familiar del trato y la atención proporcionada por el personal de enfermería durante su estancia hospitalaria.

3. Fórmula

Total, de pacientes o familiares encuestados, que fueron atendidos por el personal de enfermería que respondieron afirmativamente a los 11 criterios determinados para trato digno en el servicio y periodo a evaluar

_____ X 100 Total de
pacientes encuestados en el mismo servicio y periodo

4. Estándar: 95 %

Calificación mínima esperada por el cumplimiento de los criterios establecidos para el trato digno.

5. Sustentación

- Código de ética para enfermeras y enfermeros en México. SSA 2002.
- Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. México, SSA 2002.

6. Fuente de datos

Entrevista directa al paciente o familiar.

7. Instrumentos de recolección de datos

Formato No. 1 de recolección de datos *Trato digno* (F1-TDE/02), con sistema de preguntas dicotómicas de respuesta afirmativa o negativa.

Formato No.2 de concentración de datos por criterio (F2-TDE/02).

8. Universo

Servicios que deseen participar en la medición de los indicadores.

9. Población objetivo

Pacientes hospitalizados o familiares de pacientes con ingreso de más de 24 horas en algún servicio de especialidades médicas o quirúrgicas.

10. Unidad de análisis

Respuestas de los pacientes y/o familiares entrevistados en el servicio a evaluar.

11. Tipo y tamaño de la muestra

El tipo y tamaño de la muestra será el total de pacientes que hayan sido incluidos en la muestra de los indicadores de ministración de medicamentos vía oral y vigilancia y control de venoclisis instaladas

12. Definición de responsabilidades

- Los responsables designados por la unidad médica deberán garantizar la confidencialidad de la información de acuerdo con el Art. 38 de la Ley Federal de Información Estadística y Geográfica.
- Conocer la metodología para la medición de la calidad del indicador: Trato digno.
- Apegarse a las instrucciones de llenado del instrumento de medición.

13. Procedimiento para recolección de información

- Aplicar la encuesta al total de pacientes con más de 24 horas de estancia hospitalaria que formaron la muestra de los indicadores de ministración de medicamentos vía oral y vigilancia y control de venoclisis instalada.
- Presentarse con el paciente y solicitarle su colaboración para realizar la entrevista.
- Si el paciente no acepta, darle las gracias y retirarse.
- En caso de aceptar, recolectar la información sin dejar casillas en blanco.
- Anotar los datos que se solicitan en el encabezado de los instrumentos de captura de acuerdo con el instructivo de llenado.
- Verificar que toda la información solicitada esté requisitada al concluir el levantamiento de la misma.
- Entregar la información al responsable para su concentración.
- Introducir los datos al sistema de información para indicadores de calidad en enfermería de acuerdo con el cronograma establecido. Art. 38 Ley Federal de Información Estadística y Geográfica. "Los datos e informes proporcionados por los particulares para fines estadísticos serán manejados bajo la observancia de los principios de confidencialidad y reserva y no podrán comunicarse en ningún caso en forma nominativa o individualizada ni harán prueba ante autoridad administrativa ni en juicio ni fuera de él".

14. Periodicidad de las mediciones

- La medición se realizará cada cuatro meses.
- El reporte al sistema de información para indicadores de calidad en enfermería será de acuerdo con el cronograma ya establecido para el sistema INDICA.

15. Validación

Al concluir el levantamiento de la información, el responsable designado por la unidad médica deberá:

- Verificar que estén registrados todos los datos solicitados.
- Revisar que cada celda del instrumento esté debidamente requisitada.

16. Procesamiento de la información

Los resultados de la evaluación se pueden obtener de dos formas:

En unidad médica sin computadora:

- Aplicar la fórmula para obtener el indicador global. Sume en forma horizontal las respuestas afirmativas, los casos con 11 respuestas afirmativas conformarán el numerador del indicador, el denominador será el total de casos de la muestra.
- Registrar las oportunidades de mejora.
- Vaciar la información del formato F1-TDE/02 al formato F2-TDE/02.
- Elaborar el concentrado manual para cada variable.
- Representar en la gráfica de barras los valores porcentuales que aparecen en la tabla de concentración manual.
- Registrar las oportunidades de mejora. Si el espacio que tiene en el formato es insuficiente anexe otra hoja.

En unidad médica con computadora:

- Vaciar la información del formato F1-TDE/02 al sistema de información para indicadores de calidad en enfermería cumpliendo estrictamente con la fecha programada.
- Obtener reporte por indicador, criterio y gráfico una vez alimentado el sistema.
- Analizar los resultados para la toma de decisiones.

17. Actividades posteriores a la evaluación:

- Difundir los resultados de la evaluación al personal de la unidad médica y usuarios del servicio.
- Motivar mediante el reconocimiento al personal participante en proyectos de mejora.

INSTRUCTIVO DE LLENADO

Formato F1-TDE/02

Trato digno por enfermería El instrumento consta de un encabezado con información que identifica a la unidad, un cuerpo que contiene 13 columnas y 10 filas para el registro de la información requerida, y una sección para firmas.

Encabezado

Registrar los datos solicitados de acuerdo con las especificaciones. Servicio o área que se evalúa: Registrar el nombre completo del servicio y marcar con una "X" el cuadro que corresponda a la especialidad del servicio. (Médica o quirúrgica)

Periodo que se evalúa: Fecha de inicio y conclusión de la recolección de datos, usando siempre dos dígitos, día/mes/año. (ejem: 30/08/03)

Institución: Nombre completo de la institución.

Jurisdicción o Delegación: Registrar la Jurisdicción Sanitaria o Delegación donde se encuentra ubicada la unidad médica.

Municipio: Nombre completo del municipio donde se ubica la unidad médica.

Localidad: Nombre completo de la localidad donde se ubica la unidad médica.

Fecha de elaboración: Fecha en que se lleva a cabo la recolección de los datos, usando siempre dos dígitos, día/mes/año. (ejem: 30/08/03)

Nombre de la unidad: Nombre completo de la unidad médica sin abreviaturas.

Clave de la unidad: Colocar en cada recuadro o celda un solo número, hasta completar la clave.

Turno: Marcar con una "X" el cuadro que identifica al turno en el que se lleva a cabo la recolección de los datos. Utilizar un formato para cada turno hasta completar la muestra.

Área: Marcar con una "X" el cuadro que identifica el área geográfica donde está ubicada la unidad.

Cuerpo

Consta de 13 columnas y 10 filas para realizar hasta nueve registros, en la décima fila se totalizarán los datos de cada columna.

Número de expediente: Registrar el número completo del expediente que corresponde al paciente.

- El instrumento de evaluación se aplicará a pacientes con una estancia de más de 24 horas.
- El encuestador deberá formular la pregunta al paciente o familiar donde está ubicada la unidad.

Cuerpo

Consta de tres secciones:

- *Cuadro para el registro manual del total de respuestas afirmativas.*
- En cada una de las variables anotar el total y el porcentaje que corresponda según el total de pacientes entrevistados.
- *Cuadro para gráfica.* Con los resultados del porcentaje de cada una de las variables, elaborar la gráfica correspondiente.
- *Cuadro de oportunidades de mejora.* Registrar las variables que se encuentren por debajo del 100% de cumplimiento. El uso de este concentrado es principalmente para la toma de decisiones.

Firmas

Se registrarán los siguientes datos:

- Nombre completo y firma del responsable de la concentración de datos.
- Nombre completo y firma del responsable de validar la información en la unidad.

En caso de utilizar más de una hoja de recolección de datos, anotar el número consecutivo que corresponda a la hoja, del total de hojas utilizadas. (Ejem. 1 de 2, 1 de 3, 2 de 2, etc)



**CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
TRATO DIGNO POR ENFERMERIA
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

F1-TDB/02



SERVICIO O ÁREA QUE SE EVALÚA: _____ ESPECIALIDADES MEDICAS ESPECIALIDADES QUIRURGICAS

INSTITUCIÓN _____ Período que evalúa: del al

JURISDICCIÓN O DELEGACIÓN: _____ MUNICIPIO: _____

LOCALIDAD: _____ Fecha de elaboración

NOMBRE DE LA UNIDAD: _____

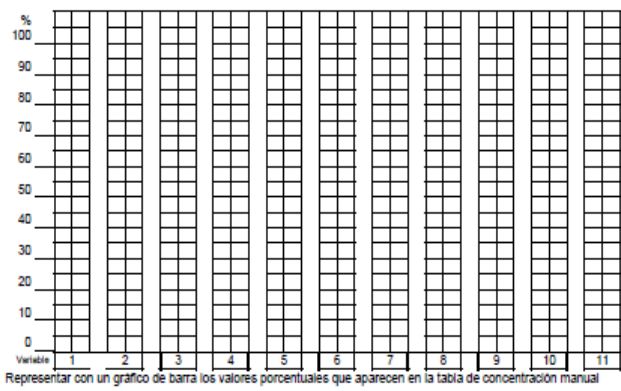
CLAVE DE LA UNIDAD:

TURNO M V N JE AREA: RURAL URBANA

Nº de caso	Número de expediente	1. ¿La enfermera(o) lo saludó en forma amable?		2. ¿Se presenta la enfermera (o) con usted?		3. ¿Cuando la enfermera(o) se dirige a usted lo hace por su nombre?		4. ¿La enfermera(o) le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?		5. ¿La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?		6. ¿La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor?		7. ¿La enfermera(o) le hace sentirse segura(o) al atenderle?		8. ¿La enfermera (o) lo trata con respeto?		9. ¿La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?		10. ¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?		11. ¿Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera(o)?	
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

CLAVE DE LA UNIDAD:

TURNO M V N JE AREA: RURAL URBANA



CONCENTRADO MANUAL		
VARIABLE	Nº	%
1. La enfermera (o) lo saludó en forma amable		
2. Se presenta la enfermera (o) con usted		
3. Cuando la enfermera (o) se dirige a usted lo hace por su nombre		
4. La enfermera le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar		
5. La enfermera (o) se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable		
6. La enfermera (o) procura ofrecerle las condiciones necesarias que guarden su intimidad y/o pudor		
7. La enfermera (o) lo hace sentirse segura (o) al atenderle		
8. La enfermera (o) lo trata con respeto		
9. La enfermera (o) le enseña a usted o a su familiar los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento		
10. Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día		
11. Se siente satisfecho con el trato que le da la enfermera (o)		

OPORTUNIDADES DE MEJORA	
1	
2	
3	
4	

Nombre y firma del responsable del levantamiento de datos _____


Nombre y firma del responsable de unidad _____

Conservar este formato en la Unidad para referencia y comparaciones

Hoja _____ de _____

CALIDAD DE VIDA

12 Derechos Generales de los Pacientes



- 1 Atención médica adecuada y oportuna.
- 2 Información precisa, oportuna y veraz sobre tu diagnóstico, pronóstico y tratamiento.
- 3 Aceptar o rechazar el tratamiento o procedimiento terapéutico que se te ofrezca.
- 4 La confidencialidad de la información que proporcionas a tu médico.
- 5 Otorgar tu consentimiento por escrito con fines de diagnóstico o terapéuticos.
- 6 Una segunda opinión sobre el diagnóstico.
- 7 Atención médica de urgencia.
- 8 Un expediente clínico completo y obtener un resumen médico por escrito si lo necesitas.
- 9 Servicio de medicina preventiva.
- 10 Presentar tu queja o inconformidad en caso de existir alguna irregularidad en la atención recibida.
- 11 Solicitar y obtener la información completa y oportuna respecto de los trámites que debas realizar.
- 12 Recibir del personal del IMSS, en todo momento, un trato digno y eficiente.

Lada sin costo 01 800 714 23 26
01 (462) 624 94 04 / 624 9405

Domicilio:
Calle Santa Clara, esquina San Juan s/n,
Fracc. Las Misiones CP 36567, Irapuato, Gto.

gto orgullo y compromiso de todos

IMPULSO

Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico

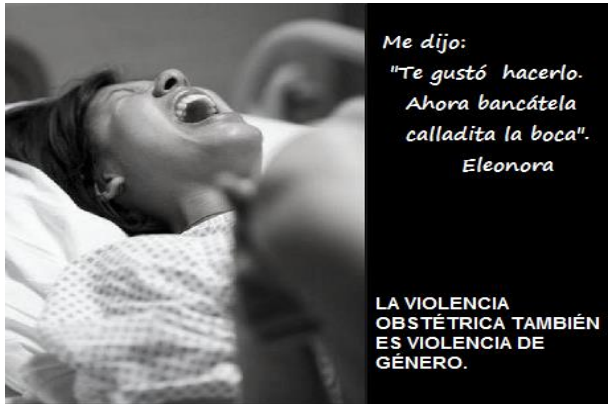


Decálogo De Derechos Embarazo, Parto y Nacimiento

Carlos Burgo

- * Derecho al buen trato
- * Derecho a que no la consideren una enferma.
- * Derecho a tener miedo
- * Derecho a elegir
- * Derecho a sentirse dueña de su cuerpo
- * Derecho a pedir la participación y protagonismo de su pareja o acompañante.
- * Derecho a no ser sometida ella y el recién nacido a rutinas médicas innecesarias
 - * Derecho a sentir placer y a sentir dolor
 - * Derecho a expresarse según su necesidad
 - * Derecho al vínculo inmediato con su hijo

TESTIMONIOS



CUIDADO DE ENFERMERÍA



