



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA



FACTORES QUE IMPIDEN O LIMITAN EL ACTUAR DE LA
ENFERMERA OBSTETRA Y PERINATAL

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE MAESTRA EN ENFERMERÍA
PERINATAL

PRESENTA:

L.E.O. CLAUDIA CHÁVEZ ROSAS

ASESOR:

M.S.P ANA MARÍA OVIEDO ZUÑIGA

ZUMPANGO, ESTADO DE MÉXICO, 2014



AGRADECIMIENTOS

- A mis padres, por su cariño y un eterno agradecimiento por mi existencia, valores morales y formación profesional. Porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida para formarme y porque nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aún con las riquezas más grandes del mundo. Por lo que soy y por todo el tiempo que les robé pensando en mí.
- A mis hijos, Bruno e Inés por todos los momentos que deje solos sin compartir momentos importantes y especiales, gracias por su espera y paciencia, los amo.
- Al Centro Universitario UAEM Zumpango por haberme dado cobijo y por las lecciones que aprendí en ella, asimismo, por haberme dado su voto de confianza y por todo el apoyo otorgado a mi persona. A mis maestros que ayudaron en mi formación profesional. A mi asesora de tesis, la Maestra Ana María Oviedo Zúñiga por su paciencia, apoyo y confianza en mí como persona y en mi trabajo. Gracias por no perder la fe (y si así ha sido), gracias por recuperarla. Gracias por sus consejos personales y académicos, por escucharme, por todo su tiempo invertido en la revisión de esta tesis.
- A todos los que directa e indirectamente ayudaron a la realización de este proyecto.



RESUMEN

Objetivo. Analizar los factores que impiden o limitan el actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal en dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México. **Material y métodos.** Se utiliza una fuente primaria para la recolección de datos, un cuestionario, aplicado a través del contacto directo con Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Enfermeras Especialistas Perinatales de dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, en los meses de octubre y noviembre 2013. **Resultados.** El actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, donde se llevó a cabo dicha investigación, mostró estar limitada por diferentes factores determinantes. **Conclusiones.** El estudio muestra la necesidad que tienen las enfermeras de movilizar y unir fuerzas para recobrar áreas de actuación perdidas, como la atención del parto, que había estado en manos de mujeres y que al paso de los años y por muchas circunstancias históricas, el área obstétrica paso a manos de los médicos.

Palabras claves: Factores, actuar, Licenciado en Enfermería y Obstetricia, enfermera Perinatal.

ABSTRACT

Objective. Analyze the factors that prevent or limit the actions of the Perinatal Nurse Obstetrician and in two hospitals of the Health Institute of the State of Mexico. **Material and methods.** A primary source for the data collection, a questionnaire applied through direct contact with graduates in Nursing and Midwifery Nurses and Perinatal Specialists of two hospitals of the Health Institute of the State of Mexico, in the months of October and November 2013 using. **Results.** The act of Perinatal Nurse Obstetrician and hospitals Health Institute of the State of Mexico, where he conducted research that proved to be limited by different determinants. **Conclusions.** The study demonstrates the need to mobilize nurses join forces to regain lost performance areas such as care delivery, which had been held by women and that over the years and many historical circumstances, area obstetric into the hands of doctors.

Keywords: factors, act, Bachelor of Nursing and Obstetrics, Perinatal nurse.



INDICE

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	7
HIPÓTESIS	10
METODOLOGÍA	11
MARCO TEÓRICO	17
CAPÍTULO I	18
1. REMEMBRANZA HISTÓRICA DEL ACTUAR DE LA ENFERMERÍA OBSTETRICA Y PERINATAL	18
1.1. La profesionalización de la enfermería al empezar el siglo xx	23
CAPITULO II	28
2. EL SEGURO POPULAR EN EL ESTADO DE MÉXICO	28
2.1. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México	31
2.1.1. Antecedentes de la regularización	32
2.1.2. Negociaciones para la regularización	32
2.2. Programa anual de profesionalización 2013	34
CAPITULO III	36
3. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA	36
3.2. Competencia de atención prenatal	38
3.3. Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto	39
3.4. Competencia de atención en el puerperio	41
3.5. Competencia de atención al recién nacido	43
3.6. Competencia de urgencias obstétricas	44
3.7. Competencia de atención de urgencias del recién nacido	47
3.8. Competencia del modelo de información, comunicación y educación	47
3.9. Competencia de Interculturalidad	49
3.10. Competencia administrativa	50
CAPITULO IV	51
4. MARCO JURIDICO	51



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



4.1. Análisis de la legislación aplicable	51
4.2. Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de enfermería	52
RESULTADOS	54
DISCUSIÓN	60
SUGERENCIAS	65
CONCLUSIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	73
ANEXOS	77
1. Tablas y gráficos	78
2. Carta de consentimiento Informado	90
3. Cuestionario	91



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermera perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, son profesionales con conocimientos de Obstetricia capaz de proporcionar atención prenatal con calidad a toda mujer embarazada y contribuir en el seguimiento y cuidado integral durante el trabajo de parto, parto, puerperio, atención al recién nacido y urgencias, al amparo de los más altos valores éticos. (García, 2011)¹

La actuación del profesional en Enfermería Perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en la asistencia del parto de bajo riesgo, se concibe actualmente en el Estado de México como una estrategia para la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal, debido a que su intervención en el campo de la obstetricia contribuye en la atención profesional de calidad a la mujer, durante todo el proceso reproductivo, mediante la realización de acciones oportunas de vigilancia prenatal, que conduzcan hacia un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones.

En el Instituto de Salud del Estado de México, existen Profesionales en Enfermería Perinatal y Licenciados en Enfermería y Obstetricia que carecen de libertad para actuar o desempeñar las funciones para las que están capacitados, de acuerdo a su nivel académico. Por todo lo anterior el problema a investigar es el siguiente:

¿Cuáles son los factores que impiden o limitan el actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal en dos Hospitales del Instituto de Salud del Estado de México?



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



OBJETIVOS

GENERAL

- Analizar los factores que impiden o limitan el actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal en dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México.

ESPECÍFICOS

- Evaluar si el profesional de Enfermería Perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia actúa de acuerdo a su nivel académico.
- Comparar entre dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, las diferencias existentes en los resultados obtenidos.



JUSTIFICACIÓN

La atención del parto en México, había estado en manos de mujeres, tal como sucedió en la mayoría de las culturas durante siglos, las cuales vigilaban los embarazos, asistían los partos y el puerperio. Estas mujeres, adquirían una larga práctica que las convertía en un ser respetado y estimado en la sociedad y eran conocidas por el nombre de Tlmatquicitl. (Vargas, 1980)²

Al paso de los años y por muchas circunstancias históricas, el área obstétrica paso a manos de los médicos.

Barros, Magalhaes y Ferreira (2007)³ en una investigación refieren que, en algunos países, sobre todo en los desarrollados, desde hace muchos años la atención del embarazo de bajo riesgo ha estado a cargo del personal de enfermería y partería, pues se reconoce que su formación obstétrica y perinatal puede contribuir a la reducción de acciones intervencionistas, como las cesáreas y las innecesarias inducciones con medicamentos, privilegiando a la mujer como un ser activo en el proceso de parto, conducido por una asistencia humanizada.

En el 2005, durante la administración del Dr. Julio Frenk en la Secretaría de Salud, la Comisión Interinstitucional de Enfermería de esta institución diseñó un Modelo de Atención Obstétrica que tiene como propósito aprovechar el potencial del personal de enfermería, en especial del Licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia y del Especialista en Enfermería Perinatal, con el fin de extender la cobertura de atención profesional a la mujer gestante, mejorar la calidad de la atención y de esta manera contribuir a resolver los problemas de morbilidad y mortalidad materna en el país, en especial en las regiones con mayor incidencia de defunciones maternas.

En un artículo reciente sobre el Modelo Obstétrico (Ramírez, 2012)⁴ comenta, que frente a la situación particular del Estado de México derivada de la existencia de casi 8 millones de mujeres y 350,000 nacimientos anuales, se inició por primera ocasión en el sistema público de atención a la salud como parte de la Red Materna en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y con el liderazgo de la maestra Beatriz García López, Jefe estatal de Enfermería, la gestión e innovación del cuidado integral a las mujeres embarazadas a través de la implementación y consolidación del Modelo Obstétrico incluyendo intervenciones como la atención del parto, valoraciones obstétricas en el servicio de urgencias, vigilancia del puerperio inmediato y mediato y cuidados inmediatos del recién nacido, por personal de Enfermería Obstetra y Perinatal.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Retomando lo anterior, el Instituto de Salud del Estado de México inició en 2008 un programa para abrir “clínicas de maternidad” atendidas por enfermeras obstetras y perinatales, logrando muy buenos resultados en la atención de los partos de bajo riesgo. El 18 de marzo del 2010, se inauguró la primera maternidad en Atlacomulco Estado de México, en donde enfermeras obstetras y perinatales han atendido mil 400 partos, sin que se registre ningún deceso por esta causa, así lo informo el Dr. Gabriel J. O’Shea Cuevas durante el Encuentro Internacional de Obstetras y Perinatales el 12 de diciembre de 2011. Con lo anterior se observa el actuar del Profesional de Enfermería Perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención del parto de bajo riesgo en dicha maternidad, pero desgraciadamente esto no ocurre en algunos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, donde no desempeñan libremente sus actividades profesionales debido a diferentes circunstancias, que a través de este trabajo de investigación se decide identificar y analizar.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



HIPÓTESIS

HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN

- Los factores que impiden o limitan el actuar del profesional de enfermería perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, están relacionados con el tipo de contratación laboral, la categoría de función con la que están contratados y la sobrecarga laboral.

HIPOTESIS NULA

- Los factores que impiden o limitan el actuar del profesional de enfermería perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, no están relacionados con el tipo de contratación laboral, la categoría de función con la que están contratados y la sobrecarga laboral.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



METODOLOGÍA



DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación:

- Cuantitativa.

Tipo de estudio:

- Estudio comparativo entre dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM).
- Según el tipo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es prospectivo, ya que los hechos se registran a medida que ocurren
- Según el período y secuencia del estudio es transversal.
- Según el análisis y alcance de los resultados es descriptivo.

Área del conocimiento:

- Enfermería obstetra y perinatal.

Unidad de análisis:

- Profesional de enfermería obstetra y perinatal.

Criterios de inclusión:

- Profesional de Enfermería obstetra y perinatal que labore en el Hospital General de Ecatepec Las Américas y Hospital Municipal de Otumba.
- Profesional de Enfermería obstetra y perinatal, que acepte formar parte del estudio por carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Profesional de Enfermería obstetra y perinatal que labore en una institución diferente al Hospital General de Ecatepec Las Américas y Hospital Municipal de Otumba.
- Profesional de Enfermería obstetra y perinatal que cumpla o no con los criterios de inclusión, pero no acepte formar parte del estudio.



Criterios de eliminación:

- Todo profesional de Enfermería obstetra y perinatal que no llene el cuestionario o lo haga de forma incorrecta.

Población:

- 46 Enfermeras Obstetras y perinatales del Hospital General de Ecatepec las Américas.
- 40 Enfermeras obstetras y perinatales del Hospital Municipal Otumba.

Lugar de la investigación:

- Hospital General de Ecatepec las Américas, ubicado en la calle Simón Bolívar esquina Libertadores de América, Fraccionamiento las Américas, Ecatepec de Morelos, Estado de México.
- Hospital Municipal de Otumba, ubicado en la localidad de Otumba de Gómez Farias, calle prolongación Eugenio Montaña sin número, colonia Centro, C.P. 5590

Método de recolección de datos:

- La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario, una fuente primaria, la cual se aplicó a través del contacto directo con Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Profesionales de Enfermería Perinatal de dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, durante los meses de octubre y noviembre de 2013.

El cuestionario se organizó de la siguiente forma:

- ✓ Propósito.- Identificar el actuar del profesional de Enfermería Perinatal y del Licenciado en enfermería y Obstetricia, en la atención perinatal en dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México.
- ✓ Instrucciones.- Leer cuidadosamente las preguntas, responda las abiertas libremente y marcar con una "X" las preguntas cerradas con varias alternativas, sin marcar más de una opción. No hay respuestas correctas o incorrectas, estas simplemente reflejan la situación personal, elija la que mejor describa su actuación profesional.
- ✓ Datos Generales.- Fecha, edad, sexo, código de función, antigüedad laboral, área o servicio donde desempeña su función, nivel



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



- académico y tipo de contratación laboral del investigado, todas estas preguntas con espacios en blanco para respuesta abierta.
- ✓ Datos específicos.- Divididos en competencias, basado en el Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica, ya que, para cumplir efectivamente con su misión la enfermera Obstetra cuenta con conocimientos y aptitudes que se traducen en competencias.
 - Competencia de atención prenatal.- Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo. Esta sección se divide en 15 ítems con cuatro alternativas de respuesta, basadas en la escala de Likert (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre), en las que, el sujeto de estudio debe optar, sin elegir más de una alternativa.
 - Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto.- Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto. Esta sección se divide en 22 ítems con cuatro alternativas de respuesta, basadas en la escala de Likert (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre), en las que, el sujeto de estudio debe optar, sin elegir más de una alternativa.
 - Competencia de atención en el puerperio.- Brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puerpera y su familia. Esta sección se divide en 7 ítems con cuatro alternativas de respuesta, basadas en la escala de Likert (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre), en las que, el sujeto de estudio debe optar, sin elegir más de una alternativa.
 - Competencia de atención al recién nacido.- Proporciona atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. Esta sección se divide en 10 ítems con cuatro alternativas de respuesta, basadas en la escala de Likert (nunca, ocasionalmente, frecuentemente y siempre), en las que, el sujeto de estudio debe optar, sin elegir más de una alternativa.



- ✓ Una última sección donde el estudiado debe elegir la respuesta en relación a los factores que limitan o impiden el actuar de la enfermera obstetra y perinatal, dividido en 10 ítems, con dos alternativas de respuesta, “sí” y “no” y dentro de las mismas respuestas debe enumerar de mayor a menor importancia, los enunciados que respondió con “sí”.

Procedimiento para la recolección de información:

- Tiempo: la recolección de datos se llevó a cabo en el mes de octubre para el Hospital General de Ecatepec las Américas y en el mes de noviembre para el hospital Municipal Otumba.
- Recursos: La ejecución de cualquier estudio requiere recursos humanos, económicos y físicos.
 - Recursos humanos:
Autora: L.E.O. Claudia Chávez Rosas.
 - Recursos materiales:
Hojas, lápiz, goma pluma, sacapuntas, computadora, impresora, USB.
 - Recursos financieros:
Autofinanciables.
- Proceso: El cuestionario fue aplicado de forma directa por el investigador al personal de Enfermería Perinatal y Licenciados de enfermería y Obstetricia de ambos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México.

Proceso de Tabulación y análisis:

- Una vez aplicado el instrumento, se creó un archivo de datos introduciéndolos directamente en el editor de datos de un sistema amplio y flexible de análisis estadístico, SPSS (Statistical Product and Service Solutions), generando diferente número de variables, asignándoles nombre, etiqueta, tipo de variable y nivel de medida (escala, ordinal o nominal).
- Se llevó a cabo el procedimiento frecuencias, para las respuestas de los datos generales del cuestionario aplicado, obteniendo tablas y gráficos con valores de frecuencia y porcentaje.
- Para los datos específicos, divididos en competencias (de atención prenatal, de atención durante el trabajo de parto y parto, de atención en el puerperio y de atención al recién nacido), se transformaron dichos datos obtenidos de cada competencia, pasando por la recodificación en distintas variables y la creación de nuevas a partir de otras ya existentes, dando



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



- como resultado una tabla y gráfico de frecuencia y porcentaje por cada competencia.
- La última sección del cuestionario, en relación a los factores que limitan o impiden el actuar de la enfermera obstetra y perinatal, se procesó con ayuda de Excel, elaborando una tabla y gráficos a través de cálculos matemáticos mediante fórmulas (suma y multiplicación).



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



MARCO TEÓRICO



CAPÍTULO I

1. REMEMBRANZA HISTÓRICA DEL ACTUAR DE LA ENFERMERÍA OBSTETRICA Y PERINATAL

La atención del parto había estado en manos de mujeres, tal como sucedió en la mayoría de las culturas durante siglos. (Castañeda, 1998)⁵

Los aztecas, imperio de Moctezuma II, que abarcaba sólo una parte del centro y del sur de lo que ahora es la República Mexicana, formaban la raza más civilizada de la altiplanicie, así como de otras culturas que existían en el país. El nacimiento de un nuevo ser se encontraba, como en todos los pueblos primitivos en manos únicamente de mujeres, las cuales vigilaban los embarazos, asistían los partos y puerperio. Estas mujeres, adquirían una larga práctica que las convertía en un ser respetado y estimado en la sociedad y eran conocidas por el nombre de Tlamatquicitl (Ticitl).

En el nombramiento de la Ticitl, para el cargo de curadora, participaban los ancianos, que en forma insistente le señalaban la responsabilidad de origen divino, al aceptar el cargo, se le interrogaba respecto a su capacidad. Su nombramiento se efectuaba con base en la costumbre de ese tiempo, cuyos derechos indígenas se encontraba protegido por el “grupo de ancianos”, como máximo órgano político.

Estas mujeres, antes de ejercer formalmente su profesión, adquirían una larga práctica que las convertía en seres respetados y estimados. Existen documentos arqueológicos como las cartas de Hernán Cortés (1520), donde consta que la partera actuaba también como enfermera, y su entrenamiento lo realizaban de abuelas, a madres, de madres a hijas; su preparación duraba varios años y, después de recibirse, anualmente debían presentarse a un Consejo que verificaba su nivel de conocimientos. Estos personajes debían contar con un gran soporte de conocimientos sobre herbolaria; según los historiadores, se sabe que Moctezuma (emperador azteca) había plantado en sus jardines reales, junto a las más variadas plantas de ornato, un gran vivero de plantas medicinales con las cuales preparaban remedios, para curar a los enfermos. Cortés en una de sus cartas anota: “Hay calles de herbolarios donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan. Hay casas como de boticarios, donde se venden las medicinas, así potables como ungüentos y emplastos”.

La Ticitl tenía un papel verdaderamente complejo, pues no solamente se encargaba de aconsejar y vigilar a la mujer durante su preñez, asistir el parto y el



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



puerperio, sino que sus importantes funciones empezaban desde antes del embarazo; al casarse una pareja se invitaba a la partera a la boda y se hacía el compromiso de que ella los atendería, siendo ella la que cargaba a costas a la novia para entregarla a su prometido; si ocurría un embarazo, aproximadamente en el quinto mes se le volvía a llamar para que tomara en forma directa el cuidado de la embarazada, cuidara su alimentación, y le palpara el vientre a fin de saber cuáles eran las condiciones de la criatura; además, dictaba las medidas más prudentes de orden higiénico y, recomendaba la dieta, ejercicios y prácticas destinadas al buen curso del embarazo; la grávida era protegida y vigilada por este personaje, quien exigía se diera a la embarazada una vida tranquila y sosegada con reposo físico y moderación en el trabajo manual. Se mudaba a la casa de la embarazada para vivir con ella, desde varios días antes del parto, preparando ella misma la comida.

Gómez, García y López (2011)⁶ en un artículo refieren que, durante el último trimestre la Ticitl, excedía sus cuidados y le hacía tomar con cierta frecuencia baños de vapor en el Temazcalli, que preparaba personalmente y antes de entrar a él efectuaba un rito religioso. Durante el baño practicaba a la grávida palpación abdominal con objeto de “acomodar al feto” y cuando era necesario, practicaba maniobras para lograr la versión externa; otro tipo de intervención era palpar “en secas”, maniobras fuera del baño. También se le enseñaba a la parturienta la posición para dar a luz; al acercarse el momento de la expulsión que era en cuclillas, es decir, semisentada con los muslos plegados sobre el abdomen, la Ticitl acompañaba y ayudaba en todo lo necesario a la madre durante el trabajo de parto. Si éste era lento le daba a tomar una pócima con cola de tlacuache y cihuapahtli, ambos con potente acción oxitócica. Si las contracciones eran muy frecuentes o sostenidas, dejaba de administrar el medicamento hasta que tomaran el curso requerido, evitando con ello complicaciones graves, como la tetania uterina.

Si lo consideraba necesario, “manteaban” a la paciente, procedimiento que consiste en apretar una manta sobre la parte superior del vientre y comprimirlo hacia la pelvis. Si la criatura moría, la partera realizaba la embriotomía. Su habilidad era extraordinaria; Sahagún anotaba: “nos sorprende cuando descubrimos que sabían hacer versión en caso de mala posición del feto”. (Sahagún, 1989)⁷

Los códices náhuatl indican que la embriotomía, la realizaban valiéndose de pedernales muy bien afilados los cuales eran introducidos diestramente por la vulva, hasta el útero, acción que realizaban cuando era imposible el nacimiento, ya que diagnosticaba la muerte del producto debido a su inmovilidad.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Si el alumbramiento era exitoso, la Ticitl lavaba a la criatura a modo de purificación, si era niña, enterraba el cordón umbilical en el fogón de la casa, y si era niño, lo entregaba a los guerreros para que fuera sepultado en el campo de batalla; éste era cortado con las uñas, con un pedazo de obsidiana o de otate, nunca con instrumento de metal, porque se creía que era frío. Respecto a la placenta, la enterraba profundamente como si fuera un feto, porque decían que era una parte del recién nacido.

Durante el primer baño del pequeño le decían “esté baño te lavará las manchas que sacaste del vientre de tu madre te limpiará el corazón y te dará una vida buena y perfecta”. Otro ritual era en el baño de temazcal donde se invocaba a Yoalticitl, diosa que vigilaba el sueño de los niños, pues protegía su salud y los robustecía. Uno más era ofrecer dádivas a los dioses de la fecundidad como Tenantzin o Texcatlipoca. Si el bebé moría antes de ser purificado y ofrecido a las divinidades, el Dios Tláloc lo acogía y lo llevaba al Tlalocan en donde era alimentado por el árbol de las tetas (chichiquáhuil) en donde esperaba hasta encontrar un mejor momento para regresar al mundo. (Ríos, 2003)⁸

Por todo lo expuesto, la Ticitl, ejercía un verdadero “matriarcado obstétrico” y era tratada con veneración por los valiosos servicios que prestaba, especialmente desde el inicio del embarazo a través de cuidados, orientaciones y ceremonias religiosas.

Nuestra civilización indígena, se adelantó a muchas épocas de nuestro país en lo referente a cuidados pre y posnatales y en el alto concepto que tenía de la función de la mujer en cuanto a la maternidad, teniendo como objetivo garantizar los rasgos esenciales de la estirpe, el fortalecimiento de la raza y cuidar de la madre, considerada como elemento importante en la organización familiar.

Con la llegada de Hernán Cortés en 1519 y consumada la conquista del Anáhuac, por la toma de Tenochtitlán el 13 de Agosto de 1521 (tras la derrota de Cuauhtémoc, recién subido al trono por la muerte de Moctezuma), se produjeron un sinnúmero de cambios, sin embargo la Ticitl siguió con su cometido, ya sin el entusiasmo derivado del apoyo socio-religioso de su pueblo y además combatida, pues el nuevo culto perseguía a quienes celebraban actos de invocación a los dioses de la fertilidad y luchaban contra toda creencia no católica, degradando la imagen de las parteras y su persecución pública en la Nueva España, siendo víctimas de la Inquisición cuando existían sospechas de tener pacto con el diablo. La partera indígena como representante de la religión “pagana” incluía en su práctica ritos y magia para “proteger” a la parturienta. Por tanto era acusada de brujería así como de ocasionar defectos en los recién nacidos.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



En 1523 llegaron a la Nueva España tres franciscanos de origen flamenco; Fray Juan de Aorta, Fray Juan de Tecto, sacerdotes y Fray Pedro de Gante, éste último, pariente de Carlos V, su humildad lo hizo rechazar el sacerdocio y todos los cargos de renombre. Consagrado totalmente a los indios, hasta su muerte en 1572. Fue el iniciador de muchas ramas de la cultura entre los indios, por lo que se le llamó el primer educador de América. El mismo año de su llegada fundó una escuela en Texcoco, la primera escuela en el Nuevo Mundo, para crear más tarde la gran escuela de San Francisco de México, con cupo para más de mil alumnos. Además de enseñarlos a escribir, leer y cantar, les enseñaba artes y oficios. De la escuela anexa a la parroquia de los franciscanos, San José de los Naturales, salían herreros, carpinteros, albañiles, sastres, bordadores, zapateros, pintores, escultores y enfermeros. En 1530 fundó el Hospital Real de Naturales, llamado también Hospital Real de San José de los Naturales, en cuyos archivos se citan entre el personal un cirujano, enfermero mayor y enfermeras. Fue un centro de estudios médicos y quirúrgicos que llegó a tener cupo para mil pacientes y dio servicio hasta 1822.

El 11 de Enero de 1527 se instituyó el Tribunal del Protomedicato de la Nueva España, establecido por 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; sus funciones se extendieron hasta el 21 de noviembre de 1831, con la publicación de La Ley de Cesación del Tribunal del Protomedicato y la creación de la Facultad Médica del Distrito Federal. Dentro de las nuevas funciones del Consejo estaban las de regular el ejercicio de la medicina y la cirugía, así como de los farmacéuticos y de las boticas, de los dentistas, parteras y flebotomianos, y de tomar todas las medidas conducentes a favorecer la salubridad pública.

La Escuela de Medicina del Distrito Federal ofrecía estudios para obtener el título de médico cirujano, farmacéutico, dentista y partera; esta última era la especialidad más breve, con una duración de dos años, durante los cuales las interesadas tenían que cumplir setenta guardias de veinticuatro horas en el Hospital de Maternidad. La enseñanza de esta profesión estuvo presente en el Distrito Federal y en algunos estados como Puebla, Oaxaca y el Estado de México, ejercida exclusivamente por mujeres.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



El 25 de enero de 1553, Don Luis de Velasco, inauguró la Universidad de México, la primera en el continente americano, se fundó a iniciativa del obispo Zumárraga, fue dotada con los mismos privilegios y regida por los mismos estatutos de la ya famosa de Salamanca en España. Al tener la anuencia real de Felipe II y la confirmación del Papa Clemente VII, la Universidad obtuvo la calidad de Real y Pontificia Universidad de México. Cinco eran las facultades que albergaba: Artes, Teología, Cánones, Leyes y Medicina.

Al terminar el gobierno colonial todo lo relacionado con los cuidados y vigilancia del embarazo y atención del parto y puerperio seguían muy deficientes, sobre todo por falta de enseñanza, puesto que ni en la Universidad, ni en el colegio de Cirugía existían estudios sobre la materia. El 16 de marzo de 1768, el real colegio de cirugía fue fundado.

En 1774, se conocen los primeros indicios de atención obstétrica hospitalaria, al anexar al Hospicio de Pobres un departamento de Partos oculto, destinado a mujeres españolas y criollas que se embarazaban fuera del matrimonio y en el cual eran atendidas con sigilo, este lugar se fundó para evitar escándalos sociales.

Consumada la independencia el 21 de septiembre de 1821, extinguido el Protomedicato en 1831 y fundado el Consejo Superior de Salubridad, encargado de extender el título a quienes aspiraban a ejercer la profesión, el avance de la medicina continuó ganando más terreno, el 19 de octubre de 1883, se funda el Establecimiento de Ciencias Médicas y crea la Cátedra de Obstetricia.

Desde 1833 en la Escuela de Medicina se estableció que para ser partera era necesaria la educación primaria, aprobar al ingreso un examen preparatorio y tener conocimiento del idioma francés, la carrera duraba dos años y recibían una enseñanza objetiva, en cadáver y con piezas anatómicas artificiales. La situación de las enfermeras era muy distinta; ya que con el nombre de enfermera(o) se denominaban a las actividades que mujeres y hombres realizaban en los hospitales fundados desde el siglo XVI en la Nueva España.

En la mayoría de las ordenanzas aparecen en la categoría de sirvientes, porque además de atender a los enfermos se especifica su ubicación laboral como: enfermera lavandera, enfermera cocinera y enfermera mandadera. En esas mismas las parteras se ubicaban dentro del personal científico o del administrativo y su salario era tres veces mayor que el de las enfermeras. Aun cuando la partera tenía una situación social superior a la de la enfermera, se encontraba en



condiciones desfavorables en relación con el médico, tratando de conservar las funciones que le fueron propias hasta mediados del siglo XX.

1.1. La profesionalización de la enfermería al empezar el siglo XX

La profesionalización de las parteras y enfermeras permitió avances notables en la práctica sanitaria.

En nuestro país con el triunfo de los liberales, el Estado limitó la participación del clero en la salud y en la educación, despertando el interés en las mujeres por prepararse en actividades que, acorde a su sexo, ejercieran como profesoras, parteras, farmacéuticas, taquígrafas, tenedora de libros, enfermeras, y fueran el resguardo económico, social y familiar; ya que, al ser buenas en su género y profesionistas, seguramente serían buenas hijas y madres. Al mismo tiempo los hospitales pasaron a ser parte de la Beneficencia Pública en 1877, pero no fue hasta el Porfiriato que la educación técnica y principalmente las ciencias médicas y biológicas recibieron un amplio apoyo. (Azuela, 1996)⁹

Frente a los acontecimientos que originaron la Revolución Mexicana, la participación de las mujeres en la lucha revolucionaria determinó un cambio ideológico respecto de la emancipación femenina y también un cambio económico y social que permitió modificar el modelo de lealtades femeninas de sometimiento y de supuesto desinterés por los asuntos nacionales que, por algún tiempo, habían impedido que las mexicanas fueran consideradas miembros activos de la comunidad nacional.

Durante el periodo de 1913 a 1917, mujeres de diversos estratos sociales participaron en el levantamiento armado, algunas ocuparon puestos militares, otras comandaron tropas y manejaban armas, otras más se ocuparon al servicio de la salud y como profesoras.

La profesionalización de la Enfermería al empezar el siglo XX, se instituyó por diversas causas, en relación a la consolidación de recursos idóneos porque: a) ya no se disponía de religiosas que prodigarán atención cristiana y gratuita a los enfermos; b) no se podía utilizar a las parteras para atender a los enfermos, puesto que ellas tenían bien definidas sus funciones y nivel jerárquico. Las enfermeras no estaban acordes con las enormes posibilidades de desarrollo médico que el nuevo siglo prometía. Este proyecto requería de cambios en la estructura que, hasta ese momento, había tenido la atención a los enfermos, y esos cambios se dieron en tres ámbitos principalmente: educativo, ideológico y administrativo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Entre 1810 y 1905 la medicina, y por ende la enfermería, sufrió un estancamiento a causa de grandes acontecimientos trágicos, como la invasión de Estados Unidos (1847), la invasión francesa a causa de un endeudamiento con ese país (1864) y el triunfo de la Lucha de Independencia. “Una mujer religiosa a la que se calificó de la más notable enfermera de México y que se llamaba Sor Micaela Ayans, empezó una labor extraordinaria en la guerra contra los estadounidenses”. Ella, apoyada por tres compañeras, brindó cuidados a los heridos, convirtió los claustros en salas para enfermos, improvisó camas, consiguió medicinas, pidió caridad y logró crear el Hospital de San Pablo (posteriormente Hospital Juárez), donde las Hermanas de la Caridad eran parte fundamental. Las mismas leyes mexicanas, las de Reforma, promulgadas por Benito Juárez en 1859 expulsaron a esas “Hermanas” para quedar de nuevo en cero, pero sirvió de avance, porque después surgió otro personaje que vendría a dar un paso al frente en esta profesión de la lámpara. Refugio Esteves Reyes, fue la primera enfermera militar y conocida como “Mamá Cuca” se consagró al cuidado de los heridos en las diversas contiendas, formando un equipo que se extendió a varias ciudades del país. “Esos ángeles fueron llamados a partir de 1902 para dirigir Escuelas de Enfermería que empezaron a instalarse como la de Cardiología e Instituto Marillac; en 1911 fue fundada la del Hospital Inglés y en 1914 la de Monterrey”. Ocho años más tarde, en 1922, surgió la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana en todo el país, incluyendo Tamaulipas y Nuevo Laredo, donde factor importante fue el doctor Eduardo Liceaga, quien preparó a las enfermeras para ubicarlas en los distintos hospitales de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Este último, en abril de 1898, informa acerca de la construcción de un hospital moderno, mediante el cual el Estado se propone asumir el desafío de mejorar los servicios hospitalarios como respuesta a la demanda de salud de una población creciente.

El 5 de febrero de 1905, fue inaugurado el Hospital General de México, la plantilla de recursos humanos de enfermería, se conformó de una Jefe de Enfermeras, una subjefe, treinta jefes de servicio “primeras”, veinte enfermeras “segundas”, tres para el anfiteatro de operaciones, una partera y tres aspirantes. La Enfermera Prisca Luna en 1905 se desempeñó como “Enfermera Segunda”, para el 22 de mayo de 1912, se le designa “Enfermera primera”. En 1924 asciende a “Partera tercera” y el 1928 a “partera segunda”. El Dr. Eduardo Liceaga, designado por el Presidente de la República, inaugura en el Hospital General de México, la primera Escuela de Enfermería, el 9 de Febrero de 1907, única en su género en todo el país y aprobada por la Dirección General de la Beneficencia Pública. El Dr. Eduardo Liceaga puso gran empeño en ello trayendo incluso a enfermeras extranjeras para hacerse cargo de la educación de las enfermeras



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



ante la necesidad urgente de preparar al personal que habría de trabajar en el Hospital General. En 1910, con la reapertura de la Universidad Nacional de México, Justo Sierra promovió la Reforma Integral de la Educación Mexicana, favoreciendo el desarrollo de extensión de la enseñanza y la investigación científica para contribuir al desarrollo nacional. Al reabrirse la Universidad Nacional, la Escuela de Medicina se integra el 26 de mayo de 1910, y el 30 de diciembre de 1911 la Universidad de México aprueba integrar la enseñanza de la Enfermería a la Escuela de Medicina en las propias instalaciones de ésta (se integra la Escuela de Enfermería del Hospital General). Se instituye así su primer plan de estudios de dos años después de la primaria; como requisito para cursar la carrera de partera (actividad que nació antes de la de enfermería), de ahí que esta escuela, al integrar la carrera de partera, recibió el nombre de Escuela de Enfermería y Obstetricia. Y dos años de duración para la carrera de Enfermería, situación que prevaleció hasta 1945.

En 1935, se creó el nivel técnico de la enfermería con duración de tres años de estudios, que también fue requisito para cursar la carrera de partera. Para 1948, gracias a la iniciativa de Everardo Landa y Cayetano Quintanilla, la Escuela de Enfermería se independizó de la de Medicina, y se determinó que la enfermera debía tener título y cédula profesional para ejercer. Asimismo, se inició un movimiento de crecimiento a partir de que sus directores tuvieron la responsabilidad y las atribuciones que les confiere la legislación universitaria para promover su desarrollo.

En 1968 el brinco fue gigantesco cuando la ENEO sustituye la carrera técnica para convertirla en Licenciatura por iniciativa de varios médicos, hasta que en 1974 se hizo cargo una de las egresadas, la Licenciada en Enfermería Marina Guzmán Vanmeeter.

La maestra Graciela Arroyo de Cordero, una líder de la UNAM, quien consiguió en 2005 cambiar la Enfermería, dejando de ser oficio para ser profesión. Ese año, a petición de la maestra, el entonces presidente de México, Vicente Fox Quesada, decretó durante una celebración del 6 de enero, que la enfermería dejaría de ser oficio para convertirse en profesión.

La Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, afiliada a la UNAM, forma Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO) bajo un programa académico que se remonta a 1945 y que a lo largo del tiempo ha tenido varias modificaciones; en general, las egresadas de la licenciatura en Obstetricia (independientemente de la escuela de la que egresan) están capacitadas para proporcionar atención prenatal, intraparto y postparto, y para otorgar servicios de planificación familiar. Son



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



universitarias y obtienen el título oficial de Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO).

En la ciudad de México se funda en 1978, la Asociación civil; Grupo de Estudios al nacimiento (GEN), con el objetivo de contribuir a la lucha contra los defectos al nacimiento. En 1987 se diseña un proyecto de investigación operativa de orientación perinatal bajo la denominación: Centro de Investigación Materno Infantil, sus actividades inician con aplicación de la “Encuesta reproductiva” en un área suburbana del Hospital del Perpetuo Socorro de la Delegación Iztapalapa.

La finalidad de dicha encuesta fue identificar necesidades de salud reproductiva y justificar la creación y operación de un modelo de atención primaria perinatal. El resultado de la encuesta (5816 familias) destacó la presencia de tasas elevadas de mortalidad materna (6.3 x 10000) y perinatal (22x1000). (Vargas, 2003)¹⁰

La decisión de abrir el CIMIGen como una institución de asistencia no lucrativa, abierta a toda la población y como una alternativa que permitiese contar con servicios de calidad, accesibles a la comunidad fue posible por la incorporación de Enfermeras Obstétricas para la atención integral a las mujeres de riesgo bajo. (Vargas, 1999)¹¹

En 1997 se inicia la Especialización en Enfermería Perinatal en CIMIGen, compartiendo sede con INPer. En el 2005 la 10ª. Generación de Enfermería Perinatal con 2 sedes independientes (CIMIGen e INPer), en el 2009 13va. Generación de Enfermería Perinatal, en 3 sedes (CIMIGen, Hospital General de Ecatepec y Hospital General de México), con un total de 134 Especialistas en Enfermería Perinatal, hasta ese año. (Piña, Balan y Rodríguez, 2008)¹²

CimiGen proporciona al Licenciado(a) en Enfermería y Obstetricia un espacio para cumplir la función profesional para la que ha sido formado, apoya la capacitación de estos profesionales de la salud mediante programas de servicio social que le permiten al pasante adquirir y desarrollar habilidades, destrezas y criterios en la atención perinatal, además de promover y conservar la visión de servicio con responsabilidad y honestidad.

Además del CimiGen en el DF, en Teocelo, Veracruz, existe un hospital donde algunas enfermeras generales atienden partos de manera independiente y claramente coexisten con otros profesionales de la salud como médicos generales y especialistas.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



En México, existen diversas organizaciones que se han abocado a capacitar personal para la atención del parto vaginal sin complicaciones: Casa de Partos Luna Maya; Centro de Educación para el Bienestar Humano; Plenitud; Embarazo, Parto y Lactancia; Parto Libre; Asociación Nueve Lunas; entre otras,¹⁵ sin embargo sólo la Escuela de Parteras Profesionales Técnicas del Centro de Apoyo en Salud para Adolescentes (CASA), en San Miguel de Allende, Guanajuato, tiene reconocimiento oficial por parte de la Secretaría de Educación Pública. En el caso de la Licenciatura en Obstetricia y postgrado en Enfermería Perinatal, la UNAM a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) y el Instituto Politécnico Nacional (IPN), en el DF, cuentan con programas de formación para enfermeras obstetras. Los estudios de especialización en enfermería, se ofrecen por primera vez en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM), a partir de 1997, a través del Plan Único de Especialización en Enfermería (PUEE). (Méndez, Vázquez, 2008)¹³

Piña, Balan, Rodríguez y Vázquez (2008)¹⁴ mencionan las diversas especialidades en la UNAM, escalonadas en cinco fases: Enfermería Cardiovascular, Perinatal, Salud Pública se ofertaron en 1997; Infantil, del Adulto en Estado Crítico, del Anciano en 1998; Rehabilitación y Atención en el hogar en 2000 y a partir del 2005 se abrieron tres nuevas especialidades: Enfermería en Salud Mental, Enfermería Neurológica y Enfermería en Cultura física y el deporte; por último en 2009 se incorporaron las especialidades de Enfermería Neonatal y Enfermería Oncológica.

En el Estado de México, la Universidad Autónoma del Estado de México a través de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (UAEM, 2009)¹⁵ consideró la creación de un plan de estudios que permita satisfacer las necesidades de la sociedad, fortalecer y fomentar la formación de maestros calificados. Después de la realización de un estudio de factibilidad para dar respuesta a las demandas educativas que exigen los empleadores y usuarios potenciales de la profesión de enfermería, se diseñó el plan de estudios de la Maestría en Enfermería, con tres opciones terminales; Perinatal, Quirúrgica y Terapia Intensiva, con una duración de cuatro periodos lectivos (2 años) y un total de créditos de 130. El 31 de Agosto de 2009 el H. Consejo Universitario, acordó aprobar el dictamen que rindiera la Comisión de Planeación y Evaluación Académica e Incorporación de Estudios, respecto a la creación de la Maestría en Enfermería con las tres opciones terminales mencionadas anteriormente, aprobando la creación del programa académico en la Facultad de Enfermería y Obstetricia y los Centros Universitarios UAEM Valle de Chalco y Zumpango.



CAPITULO II

2. EL SEGURO POPULAR EN EL ESTADO DE MÉXICO

Contreras-Landgrave y Tetelboin-Henrion (2011)¹⁶ en una investigación hacen mención que; hacia finales de los ochenta inició el proceso de descentralización de los servicios de salud a los gobiernos de los estados, proceso que solamente se logró en 14 de los 32 sistemas estatales de salud, por razones fundamentalmente vinculadas a las capacidades económicas de los estados. En el siguiente período, de 1988 a 1994, dicho proceso se detuvo, hasta la administración del Presidente Ernesto Zedillo (1994-2000), en la cual se continuó. En julio del 2000, después de más de 75 años en el poder, el Partido de la Revolución Institucional (PRI) pierde el poder del gobierno ante el Partido Acción Nacional (PAN), de derecha. Para las políticas de salud, este cambio anunciado aún antes de la toma de posesión del presidente Vicente Fox, y puesto en práctica en 2002 a través de una prueba piloto, sólo se expresa de manera formal hasta enero del 2004, por medio de la adición de un nuevo capítulo a la Ley General de Salud. Con ella, se funda la existencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuya rama operativa será el Seguro Popular de Salud (SPS). En la prueba piloto del programa habían participado cinco estados del país, y en octubre de ese mismo año 2002, se incorpora al estado de México. Desde entonces, al igual que en el resto del territorio nacional, el SPSS se ejecuta en los servicios de salud públicos como parte del Programa Estatal de Salud del estado de México 2005-2011.

La Ley General de Salud (LGS), emitida por el Congreso de la Unión en 1984 y modificada en el 2003 para la incorporación del SPS.

Cuando en noviembre de 2000 Vicente Fox (días antes de su toma de protesta) presentó a los medios de comunicación a Julio Frenk como futuro secretario de salud, declaró que “la salud es una inversión para el desarrollo con oportunidades” y planteó como premisa “el que a mediano plazo todas las familias cuenten con un seguro básico”. (Venegas y Garduño, 2000)¹⁷

Días después, el 1º de diciembre de 2000, en el discurso de toma de posesión como presidente de México, Fox presentó a toda la población mexicana lo que en breve sería el SPS. Así, propuso democratizar el acceso a los servicios de salud pública, a través de un sistema en el que los beneficiarios tuvieran voz en las decisiones que los afectaban y una mayor libertad en la elección del prestador del servicio, hasta llegar a que cada familia eligiera su propio médico. (Venegas, 2000)¹⁸



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Esto se completó con el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, quien propondría “establecer un seguro nacional de salud, separar el financiamiento de la prestación de servicios de salud, abrir el sistema de salud a una prestación plural de los servicios, dar incentivos a la participación del sector privado, crear un Fondo Nacional de Salud Pública y consolidar la función rectora de la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Salud”. (Soberón, 2001)¹⁹

Adicionalmente, plantearía la necesidad de “perfeccionar el paquete básico de salud, aumentar a 13 las intervenciones costo-efectivas, subsidiar sólo a los más pobres y recuperar los gastos en que incurren quienes tienen capacidad de pago”.

El 5 de julio de 2001 se presenta el Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006²⁰ documento emitido por el poder ejecutivo y que contiene las propuestas de desarrollo para el sexenio, los retos, estrategias, acciones y programas, el cual establece:

- En el año 2025 todo mexicano tendría acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su filiación laboral. El seguro de salud es el acceso a servicios bajo un modelo integrado de atención a la salud
- [...] se atenderán de manera preferencial las necesidades de los grupos más vulnerables, con el objetivo explícito de reducir lo más posible las brechas en salud, y según las capacidades de pago serán las contribuciones distribuyendo los beneficios según las necesidades poblacionales.

El PNS presenta entre sus líneas de acción, la importancia de brindar protección financiera en materia de salud a toda la población, a través de la creación de un seguro de salud popular universal, equitativa y que garantice calidad en los servicios cubiertos.

El Instituto de Salud Pública (INSP, 2005)²¹ refiere que “el Seguro Popular consiste en un prepago subsidiado con fondos públicos, dirigido a la población de bajos recursos que actualmente carece de aseguramiento y formas de prepago”. De esta manera el SPS se considera el instrumento de financiamiento que brindará protección médica al 48% de la población, pudiendo establecer para el año 2010 el seguro público universal de salud, porque se sumaría como sistema complementario al brindado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

El 11 de diciembre de 2001, Vicente Fox anunció como un cambio radical en la prestación de los servicios públicos de salud, la puesta en marcha del SPS. Así, manifestó que “con el pago por adelantado, el gobierno federal pretende ampliar la cobertura sanitaria y evitar el empobrecimiento de las familias que no tenían acceso a las instituciones de seguridad social” y que las personas inscritas tendrían garantizada la atención médica de primer y segundo nivel, los medicamentos, los estudios de laboratorio y las cirugías de las enfermedades agudas más comunes; además, se utilizarían las instalaciones ya existentes en los servicios estatales. (Venegas, 2001)²²

El arranque operativo del programa se dio el viernes 22 de febrero de 2002 como plan piloto y bajo el nombre de Seguro Popular de Salud.

Por primera vez en la historia mexicana, existe un seguro médico, público y voluntario, dirigido a poblaciones sin acceso a servicios de salud. En su fase piloto el Seguro Popular fue capaz de afiliar a más de un millón de personas. La fase piloto del Seguro Popular duró tres años (2001-2003) y alcanzó importantes avances en su operación. El programa definió inicialmente un paquete de 78 intervenciones tanto de primer como de segundo nivel de atención. De acuerdo a fuentes oficiales, estas intervenciones cubren el 85% del total de la demanda de atención.

Después de un proceso de negociaciones entre la Secretaría de Salud, el Congreso y los Gobiernos de los Estados, en febrero de 2005 se había logrado incorporar ya a 31 estados. Cada estado tiene la posibilidad de agregar intervenciones al paquete de acuerdo a su conveniencia y capacidad financiera.

El Seguro Popular de Salud fue iniciado por la actual administración de la Secretaría de Salud como un instrumento para proveer de aseguramiento en salud a la población que no era cubierta por ninguna institución de seguridad social. El programa no sólo ha intentado financiar servicios de salud para estos grupos sino también protegerlos financieramente. Se ha estimado que alrededor de 1.5 millones de familias en México se empobrecen anualmente a consecuencia de los gastos en que incurren para pagar servicios de salud.

La población paga una proporción de la prima de acuerdo a su ingreso y el resto es subsidiado por fondos públicos. De este modo, se pretende generar un



sentido de apropiación del programa y una cultura ciudadana para la demanda de buena calidad de la atención en la población afiliada.

El Seguro Popular es un seguro médico, público y voluntario, que fomenta la atención oportuna a la salud, a través de un mecanismo de protección del patrimonio familiar. Además, ofrece atención médica, estudios y medicamentos sin costo al momento de utilizarlos. Garantiza el acceso a un paquete de servicios de salud, que cubre 249 padecimientos, y a los medicamentos asociados a dichos padecimientos.

El objetivo final era que para el 2010 se haya alcanzado la cobertura universal en salud, esto es que el 100% de las familias mexicanas cuenten con algún tipo de seguridad social.

2.1. Regularización laboral de trabajadores de la salud pagados con recursos del Seguro Popular en México

En México, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), creado en 2003 a partir de una modificación a la Ley General de Salud, transfiere recursos financieros a los estados para garantizar la prestación de servicios a poblaciones no cubiertas por la seguridad social. (Nigenda, 2005)²³

Desde su diseño original, los fondos del Seguro Popular estaban diseñados para financiar el costo directo de la producción de los servicios de salud y una parte importante de estos fondos se ha dedicado a contratar personal de salud, inicialmente bajo una modalidad que no incluía ningún tipo de protección laboral. A partir de 2008 la modalidad de contratación varió, extendiendo el tiempo y costo del contrato y ofreciendo algunos beneficios a los trabajadores, tales como el goce de vacaciones, aguinaldo, servicio médico y días económicos. Este proceso es conocido como *regularización*.

Para llevar a cabo la regularización, el sistema de salud mexicano enfrenta una disyuntiva importante entre contratar al personal manteniendo las restricciones laborales prevalentes en el sector público hasta la fecha, o generar nuevas condiciones reconociendo los derechos laborales de los trabajadores, bajo el supuesto de que su participación podrá apoyar la obtención de objetivos institucionales.



2.1.1. Antecedentes de la regularización

Desde el inicio del proceso de ajuste estructural en México, el volumen de trabajadores con plaza de base se ha mantenido prácticamente constante hasta la fecha en la mayoría de instituciones públicas y la modalidad de contratación dominante ha sido el contrato temporal sin beneficios de ley. El gobierno federal no ha creado nuevas plazas de base en ninguna de las categorías laborales. Ruíz, Molina, Nigenda, (2003)²⁴

El único antecedente documentado de creación de plazas es el de los trabajadores eventuales contratados por el Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) a finales de los años noventa. El PAC empleó a miles de trabajadores para apoyar las acciones de salud en las zonas de más difícil acceso, cuyos salarios fueron cubiertos inicialmente por préstamos del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, con el compromiso de que la responsabilidad de pagar los salarios en las fases subsecuentes del programa fuera asumida por la SSa. A inicios del año 2000 el PAC operaba con 5 417 personas y fue en ese mismo año que el SNTSA y la SSa negociaron el otorgamiento de plazas de base para la mayoría del personal operativo del programa. Esta fue la única ocasión desde 1992 que la Secretaría de Salud generó plazas nuevas. (Boletín de la Secretaria de Salud, 2008)²⁵

2.1.2. Negociaciones para la regularización

Una proporción importante de los fondos enviados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud a los estados se ha destinado a la contratación de diferentes categorías de personal. En los primeros años predominó la contratación por honorarios, con duración de cinco meses y medio, generalmente sin acceso a las prestaciones laborales establecidas en la legislación correspondiente. (Secretaria de Salud, 2000)²⁶

En julio de 2006 se creó la Comisión Nacional para la Reglamentación de la Contratación de Recursos Humanos en las Entidades Federativas (CNRCRHEF) y se empezó a plantear la regularización de los trabajadores en situación precaria o contratados por el Seguro Popular (se caracteriza por la corta duración del contrato, el alto riesgo de despido, lo flexible del marco legal, las bajas remuneraciones y el carecer de organización colectiva, entre otros aspectos poco favorables para los trabajadores) , fue el término que algunos actores políticos utilizaron para señalar a los trabajadores bajo contrato temporal. DalPoz, Galin, Novick, Varella, (2000)²⁷



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Uno de los factores que desencadenó la regularización fue la reforma a la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, publicada en marzo de 2007, donde se plantea la integración del personal contratado por honorarios a los beneficios establecidos en dicha ley. El SNTSA fue uno de los actores que tomó la iniciativa de negociar un cambio en las condiciones de contratación de los trabajadores pagados con fondos del SPSS. Este gremio participó activamente para la creación de CNRCRHEF, donde lograron convocar la participación del Comisionado Nacional del SPSS, del Secretario de Salud federal y sus representantes administrativos, y de altas autoridades de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP).

Un acuerdo inicial dentro de la CNRCRHEF fue que la duración de los contratos sería extendida de cinco a doce meses con renovación automática. Los salarios serían actualizados con base en el tabulador correspondiente y se incluirían beneficios tales como seguridad social, aguinaldo, jubilación, pensión, vacaciones, prima vacacional, aunque en menor cantidad y proporción a las que marca la Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado y más limitadas en comparación con las contenidas en las Condiciones Generales de Trabajo (la modalidad burocrática de un contrato colectivo de trabajo). Además, el SNTSA tendría derecho a recibir el pago de la cuota sindical por cada trabajador regularizado así como participar en la selección de los individuos a “regularizar”. La CNPSS pagaría con sus fondos los salarios líquidos y la SHCP generaría una partida especial para financiar los beneficios sociales y prestaciones. No hubo definición en términos de la modalidad de contratación para los nuevos trabajadores que fueran contratados posteriormente al acuerdo. Nigenda, González-Robledo, Aracena, Juárez, (2009)²⁸

En algunos estados llegaron a utilizar 70% de los recursos recibidos en compras de medicamentos o en contratación de personal. Para el año 2007, la CNPSS promovió que en el anexo IV del Acuerdo de Coordinación que se firma entre la CNPSS y los estados para la ejecución de los recursos, se establecieran límites de gasto. Para medicamentos se fijó “hasta 30%” y para la contratación de personal el límite se definió “hasta 40%”. Nigenda, Aguilar, Ruíz, Bejarano, (2008)²⁹

Un elemento importante a señalar es que la mayor parte de los trabajadores regularizados creen que su nueva condición es equivalente a la de un trabajador con plaza de base debido a que ahora pagan cuotas sindicales. Bajo ese estatus, los trabajadores tienden a pensar que su pensión está garantizada al cumplir la edad estipulada por ley, ya que el riesgo de que sean despedidos es prácticamente nulo. También saben que la posibilidad del despido no depende de



su desempeño cotidiano y que el sindicato tendrá capacidad para interceder ante la institución, en caso necesario. Sin embargo, la condición de regularizado no es equivalente a una plaza de base. Si en la productividad así como en la capacidad técnica y el trato a los usuarios muestra un desempeño debajo del promedio, pueden comprometer la renovación del contrato.

El impacto financiero de la regularización ha sido absorbido en su totalidad por los fondos del SPSS asignados a cada estado. Existen opiniones de funcionarios del sistema, en el sentido de que el desempeño de los trabajadores se modificará negativamente con el nuevo estatus, e incluso algunos señalan que los cambios empiezan ya a expresarse mediante faltas injustificadas, retardos y actitudes negativas en relación con el trabajo y con los usuarios de los servicios. Es necesario explorar este tipo de consecuencias en los próximos años.

2.2. Programa anual de profesionalización 2013

La Secretaría de Salud convoca a todo el personal de dicha dependencia que desee participar en la continuidad del “Programa de Profesionalización para el personal de enfermería, Trabajo Social y Terapia”. En tal programa no puede participar personal contratado por seguro popular o personal regularizado, debido a que uno de los requisitos es contar con una base o plaza federal. El último programa de profesionalización, comprende el período Enero-Diciembre 2013, conforme a las siguientes:

Bases generales

- 1- Cierre de la convocatoria: 8 de marzo de 2013.
- 2- La fecha de recepción de documentos de los candidatos será del 11 al 15 de marzo de 2013.
- 3- La documentación soporte para poder participar (Título, cédula, consulta de cédula profesional ante la Dirección General de Profesiones, escrito de petición donde manifieste bajo protesta de decir verdad que los documentos presentados son auténticos y documento que acredite que son titulares de una plaza de base federal definitiva) deberá ser presentada en original y dos copias en las oficinas que ocupe cada jefatura de Recursos Humanos de la unidad de adscripción correspondiente en tiempo y forma.
- 4- Los casos procedentes serán dictaminados por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y la Secretaría de Salud Federal.
- 5- Los trabajadores deberán respaldar su solicitud con el acuse de recibido de los documentos presentados para su inscripción al programa.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



- 6- Los documentos deben ser entregados dentro del período de la convocatoria sin prórroga ni excepción.

Bases para el personal de enfermería

- 1- Ser titular de una plaza federal de Enfermería y estar ocupándola al momento de la aplicación del programa.
- 2- Para ocupar el código MO2105 (Enfermera General Titulada "C"): Se deberá acreditar fehacientemente el soporte académico con Título y cédula a nivel Licenciatura en Enfermería.
- 3- Para ocupar el código MO2107 (Enfermera Especialista "C"): Se deberá acreditar fehacientemente el soporte académico con título y cédula a nivel Licenciatura en Enfermería y especialidad a nivel postgrado.



CAPITULO III

3. MODELO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

El modelo de atención obstétrico en enfermería (2005)³⁰ tiene como características principales la atención centralizada en la mujer gestante y su familia; los tres marcos que le sirven de sustento son: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo.

Todo esto con la utilización adecuada de los recursos institucionales y de la comunidad.

Cruzada Nacional de la Calidad de los Servicios de Salud

La forma como se concibe la calidad y las acciones consideradas en la Cruzada, son elementos indispensables en la definición de un modelo que pretende contribuir a elevar y llevar a niveles aceptables la salud en todo el país.

El modelo de atención de enfermería obstétrica busca alcanzar la calidad de la atención al incorporar como puntos esenciales del mismo, el respeto a los valores de los pacientes y lograr los mayores beneficios con los menores riesgos.

Para alcanzar la calidad de la atención se deben cubrir las dos dimensiones de ésta, la primera es la calidad interpersonal, la cual se traduce en las acciones plasmadas en las competencias de carácter profesional definidas en el perfil profesional para este modelo. La visión holística con la que se precisan actividades como la atención prenatal atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y espirituales, es sólo un ejemplo de cómo se concretiza este respeto por la dignidad de la persona.

La segunda es la calidad técnica, la cual se evidencia cuando se describen las competencias para las cuales se requiere del conocimiento teórico y de las aptitudes para utilizar el juicio crítico en la aplicación de técnicas que garanticen un alto nivel de seguridad para el binomio madre-hijo.

Es de interés particular en la Cruzada Nacional por los Servicios de Salud, la satisfacción que los profesionales logren con la prestación de sus servicios, por ello este modelo se vislumbra como una oportunidad para que el personal de enfermería se realice personal y profesionalmente y porque en su momento se



reconozca su contribución en la reducción sustancial de la heterogeneidad en el nivel de calidad de los servicios otorgados.

Enfoque de Riesgo

El enfoque de riesgo reproductivo implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permiten identificar las situaciones que pudieran significar una anomalía en el ciclo gestacional.

El riesgo, desde el punto de vista de la atención obstétrica, es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto. La calificación del riesgo, determinada con base en la suma de probabilidades de complicaciones y como herramienta para la asistencia sanitaria considera como punto de partida que:

- Las mujeres con ciertas características enfrentan una probabilidad de muerte materna y/o fetal mayor que otras.
- La identificación de estas características puede prevenir la muerte, y esto permite concentrar la atención y los recursos en aquellas mujeres que más los necesitan.

En la atención obstétrica se ha hecho necesario un sistema de clasificación que permita distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan tanto muertes maternas como fetales. Las enfermeras obstetras como parte del equipo del servicio de salud, conocen y aplican el sistema de evaluación de riesgo de un modo efectivo. Con los resultados que se obtienen de esta valoración, se establece un plan de cuidados ya sea para la vigilancia del estado de la salud y prevención de complicaciones o para la referencia a servicios especializados.

3.1. Perfil de la Enfermera Obstetra

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



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

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

3.2. Competencia de atención prenatal

Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en los criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones:

1.1 Integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

- Realizar el interrogatorio general y obstétrico.
- Efectuar exploración física general y ginecológica.
- Realizar somatometría.
- Determinar las cifras de las constantes vitales.
- Valorar altura del fondo uterino.
- Realizar las maniobras de Leopold.
- Auscultar la frecuencia cardíaca fetal.
- Valorar el estado nutricional de la madre.
- Solicitar exámenes básicos de laboratorio.
- Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas.
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado



2. Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:

- Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
- Iniciar terapéutica preventiva encaminada a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
- Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
- Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.
- Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada.
- Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
- Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables durante el embarazo.
- Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual
- Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.
- Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal.
- Brindar consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar. Identificar, utilizar o implementar las redes de apoyo familiar y de la comunidad para la atención del parto.
- Realizar los acuerdos con la comunidad para la creación de las redes de apoyo.
- Realizar los trámites correspondientes, para que las embarazadas potenciales a utilizar las redes de apoyo cuenten con los medios necesarios para el uso de éstos.

3.3. Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto

Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo a las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto, porque cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Valorar inicialmente las condiciones maternas y fetales a través de:



- Registrar e interpretar las cifras de los signos vitales (T/A, FC, FR y Temperatura).
- Efectuar las maniobras de Leopold.
- Auscultar y medir la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar la dinámica uterina.
- Identificar los periodos clínicos del trabajo de parto.
- Valorar las condiciones de las membranas ovulares.
- Valorar el grado de encajamiento.
- Identificar oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto.
- Identificar factores de riesgo durante todo el proceso
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alto riesgo.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia inminente de complicaciones durante el parto y en caso necesario asistirle durante su traslado.

2. Procurar un estado de bienestar físico, mental, emocional y espiritual del binomio madre-hijo durante la fase de trabajo de parto y controlar la evolución a través de:

- Registrar y valorar los signos vitales por lo menos cada 4 hrs (T/A, FC, FR y Temperatura).
- Monitorizar y auscultar la frecuencia cardiaca fetal antes, durante y después de la contracción uterina.
- Realizar las maniobras de Leopold.
- Identificar la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas.
- Valorar y registrar las modificaciones cervicales (dilatación y borramiento).
- Valorar el descenso de la presentación (planos de Hodge).
- Mantener a la embarazada en un buen estado de hidratación.
- Propiciar el reposo de la embarazada en decúbito lateral izquierdo.
- Identificar signos y síntomas que indiquen el inicio del periodo expulsivo.

3. Atender a la mujer en el periodo expulsivo llevando a cabo lo siguiente:

- Valorar las condiciones generales del binomio madre-hijo.
- Colocar a la embarazada en la posición más apropiada y cómoda.
- Efectuar el aseo de la región.
- Realizar amniorresis en caso necesario.
- Evaluar las condiciones del periné y en caso necesario efectuar episiotomía.



- Valorar los signos vitales de la embarazada.
- Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- Identificar factores de riesgo durante todo el proceso.
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante la presencia de alguna complicación.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Recibir al recién nacido.

4. Atender a la mujer en la etapa de alumbramiento y efectuar las siguientes acciones:

- Verificar signos vitales durante todo el proceso.
- Propiciar el alumbramiento espontáneo de la placenta.
- Comprobar la integridad de la placenta y membranas.
- Verificar la involución uterina y aplicar los fármacos de acuerdo a protocolo.
- Revisar la integridad y condiciones del conducto vaginal.
- Valorar el estado general de la paciente a fin de identificar oportunamente signos que indiquen la presencia de complicaciones.
- Referir oportunamente al siguiente nivel de atención ante cualquier complicación.
- Realizar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la paciente ante situaciones que pongan en riesgo la vida y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Propiciar y proporcionar confort a la puérpera.

3.4. Competencia de atención en el puerperio

Brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

- Valorar la evolución del puerperio en sus tres etapas a partir de las siguientes actividades:
- Medir y verificar la estabilidad de las constantes vitales.
- Explorar físicamente a la puérpera para verificar el grado de involución uterina y para identificar oportunamente complicaciones.



- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Evaluar las características del sangrado transvaginal.
- Aplicar fármacos de acuerdo a protocolos establecidos.

2. Otorgar cuidados específicos en el puerperio inmediato mediante las siguientes acciones:

- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Propiciar el inicio temprano de la lactancia materna.
- Cerciorarse de la presencia de micción vesical espontánea.
- Verificar estado de alerta de la puérpera e iniciar tolerancia a la vía oral.

3. Otorgar cuidados específicos en el puerperio mediano a través de las siguientes acciones:

- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Apoyar a la puérpera para el mantenimiento de la lactancia materna.
- Identificar oportunamente datos de complicaciones tales como: infecciones vaginales o grietas en los pezones.
- Verificar la adecuada eliminación intestinal.

4. Otorgar cuidados específicos en el puerperio tardío mediante las siguientes acciones:

- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la puérpera ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- Orientar a la madre en aspectos sobre la detección oportuna de signos o síntomas de complicación tales como fiebre, sangrado anormal y dolor.
- Informar sobre los métodos de planificación familiar.
- Orientar sobre aspectos de estimulación temprana del recién nacido.
- Identificar causas de abandono del control del puerperio tardío.



3.5. Competencia de atención al recién nacido

Proporciona atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte. Para ello cuenta con los conocimientos y aptitudes necesarias para:

- Evaluar sistemáticamente el estado general del neonato de acuerdo con esquemas establecidos, a través de las siguientes acciones:
- Realizar la valoración de Apgar, Silverman, Capurro y examen físico completo.
- Efectuar intervenciones de acuerdo a la etapa y riesgo del recién nacido.
- Realizar las medidas necesarias para mantener la temperatura corporal del recién nacido.
- Hacer un manejo adecuado del cordón umbilical.
- Detectar signos de alarma en el recién nacido.
- Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización del recién nacido ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirlo durante su traslado.
- Aplicar las medidas preventivas tales como:
 - Profilaxis oftálmica.
 - Aplicación de vitamina K.
 - Inmunización, mediante la aplicación de vacunas de acuerdo al Esquema Nacional de Vacunación.
- Toma de muestras para el tamiz neonatal de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana.

2. Propiciar el bienestar, seguridad física, legal y emocional del recién nacido realizando medidas como las siguientes:

- Identificar y registrar al recién nacido conforme a las disposiciones legales e institucionales que aseguren su personalidad jurídica del neonato.
- Promover el inicio inmediato de la lactancia materna en apego a las políticas del programa de unidades amiga del niño.
- Fomentar la comunicación temprana del trinomio madre, padre e hijo.
- Orientar a la madre sobre los cuidados del neonato en el hogar y la detección oportuna de signos de alarma.
- Realizar acciones dirigidas a fomentar la paternidad responsable.



3.6. Competencia de urgencias obstétricas

Atiende situaciones críticas que representan amenazas para la vida de la mujer en cualquier etapa del embarazo, parto y puerperio, ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Brindar atención ante la presencia de preclampsia – eclampsia, a través de las siguientes actividades:

- Evalúa el estado físico, mental y emocional de la paciente a través del interrogatorio y exploración física para confirmar el diagnóstico de Preeclampsia – Eclampsia.
- Valora la situación hemodinámica, mediante la medición de los signos vitales.
- Valora la condición de los reflejos osteotendinosos.
- Detecta signos de preclampsia (proteinuria, edema e hipertensión arterial).
- Interroga sobre la aparición de síntomas como: cefaléa, acúfenos y fosfenos.
- Identifica datos de sufrimiento fetal (taquicardia, bradicardia, salida de meconio, entre otros).
- Monitoriza la frecuencia cardiaca fetal.
- Determina el grado de evolución de la preclampsia (leve o severa) e inicia el tratamiento a fin de lograr la estabilización de la paciente a través de:
- La canalización de 2 venas periféricas.
- La ministración de soluciones parenterales y antihipertensivos según el manual de atención de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención.
- La colocación de la paciente en posición de decúbito lateral izquierdo.
- La ministración oxígeno a 3 litros por minuto.
- La aplicación de anticonvulsivos ante la presencia de crisis convulsivas conforme a lo establecido en el “Manual de atención de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención”.
- Gestiona la referencia urgente al nivel de atención especializada.
- Identifica necesidades de tipo emocional o problemas de tipo mental.
- Inicia comunicación de carácter terapéutico.
- Deriva a la paciente en caso de requerir atención especializada.



2. Proporcionar atención ante la presencia de sangrado transvaginal en el embarazo, para ello realiza las siguientes actividades:

- Evalúa el estado físico, mental y emocional de la embarazada a través del interrogatorio y exploración física:
- Valora los signos vitales en busca de detectar la presencia de signos y síntomas de choque hipovolémico.
- Identifica las posibles causas del sangrado transvaginal para normar la conducta a seguir en el caso de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, amenaza de aborto o aborto, entre otros.
- Atiende a la paciente para lograr su estabilización a través de:
 - La canalización de 2 venas periféricas.
 - La reposición del volumen circulante con soluciones parenterales y/o expansores de volumen según el “Manual de Atención de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención”.
 - La exploración vaginal manual o armada en caso necesario.
 - La ministración de oxígeno a 3 litros por minuto.
 - La ministración de antiespasmódicos en caso necesario.
 - La aplicación de medidas de reposo y posición de la embarazada.
 - Identifica datos de sufrimiento fetal (taquicardia, bradicardia, salida de líquido amniótico, entre otros).
 - Monitoriza la frecuencia cardíaca fetal.
 - Valora la necesidad de referir a la paciente para su atención especializada.
 - Gestiona el traslado al nivel de atención especializada.
 - Identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.
 - Inicia comunicación de carácter terapéutico.

3. Otorgar atención inmediata ante la presencia de hemorragia durante el parto y el puerperio inmediato, para ello realiza las siguientes actividades:

- Evalúa el estado físico, mental y emocional de la embarazada a través del interrogatorio y exploración física.
- Valora los signos vitales.
- Valora la presencia de signos y síntomas de choque hipovolémico
- Identifica las posibles causas del sangrado transvaginal para normar la conducta a seguir en el caso de inversión uterina, desgarros perineales, retención de placenta, retención de restos óvulo-placentarios, presencia de hematomas y/ o atonía uterina.
- Determina el tratamiento general y específico de la paciente para lograr su estabilización a través de:
 - La canalización de 2 venas periféricas.



- La reposición de volumen circulante con soluciones parenterales y/o expansores de volumen según el “Manual de Atención de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención”.
- La ministración oxígeno a 3 litros por minuto.
- El mantenimiento de medidas de reposo e higiene en la paciente.
- Realiza la exploración vaginal manual o armada en caso necesario.
- La ministración de relajantes musculares.
- La reparación de desgarros perineales.
- La extracción manual de la placenta; en caso de no lograr el desprendimiento, ligar el cordón umbilical y proceder a efectuar el taponamiento vaginal.
- La estimulación de la contracción uterina mediante el apego del recién nacido al seno materno y efectuando masaje y vendaje abdominal, así como la colocación de una bolsa de hielo.
- La ministración de oxitócicos según protocolo.
- La monitorización de la involución uterina.
- La ministración de antiespasmódicos en caso necesario.
- Valora la necesidad de referir a la paciente para su atención especializada.
- Gestiona el traslado al nivel de atención especializada.
- Identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.
- Inicia comunicación de carácter terapéutico.

4. Proporcionar atención inmediata ante la presencia de infección temprana o tardía posparto, para ello realiza las siguientes actividades:

- Evalúa el estado físico, mental y emocional de la paciente a través del interrogatorio y exploración física.
- Valora los signos vitales.
- Valora el estado de conciencia e hidratación de la mujer.
- Identifica la posible causa de la infección.
- Revisa la cavidad uterina y conducto vaginal.
- Valora el estado de las mamas.
- Valora el estado de la episiorrafía.
- Determina el tratamiento para la estabilización de la mujer a través de las siguientes acciones:
 - La canalización de 2 venas periféricas.
 - La ministración de soluciones parenterales según el “Manual de Atención de urgencias obstétricas en unidades de primer nivel de atención”.
 - La ministración de antibióticos, analgésicos y antipiréticos específicos según protocolo.
 - La curación de la episiorrafía y herida quirúrgica



- El mantenimiento de medidas de reposo e higiene de la puérpera.
- Valora la necesidad de referir a la paciente para su atención especializada.
- Gestiona el traslado al nivel de atención especializada.
- Identifica presencia de problemas de tipo emocional o mental.
- Inicia comunicación de carácter terapéutico.

3.7. Competencia de atención de urgencias del recién nacido

Atiende situaciones críticas que representan amenazas serias para la vida del recién nacido, ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Identificar la presencia de hipoxia en el recién nacido, para ello realiza las siguientes actividades:

- Evalúa el estado general, respiratorio y neurológico del neonato
- Realiza la valoración de Apgar.
- Realiza la valoración Silverman.
- Inicia maniobras de resucitación cardiopulmonar según protocolo en caso de asfixia o hipoxia.
- Identifica las posibles causas de asfixia o hipoxia (hipotermia, hipoglucemia, deshidratación, entre otros).
- Determina los niveles de glucosa en sangre.
- Mide la temperatura corporal del neonato.
- Busca signos de deshidratación.
- Refiere al neonato, una vez estabilizado para la atención especializada.

3.8. Competencia del modelo de información, comunicación y educación

Aplica el modelo de información, comunicación y educación, para que las personas logren una vida familiar saludable, embarazos planeados, una paternidad responsable y el autocuidado de la salud, que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Informar a la población sobre la disponibilidad de los servicios de salud y la importancia de su utilización durante las etapas del embarazo, parto, puerperio y para la atención del niño, a través de:

- Proporcionar información amplia veraz y oportuna sobre la prevención de embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual.



- Informar sobre los derechos de la embarazada.
 - Dar a conocer a la pareja las opciones anticonceptivas que pueden utilizar en el posparto, a través del conocimiento informado y respetando su libre decisión.
 - Sensibilizar a la mujer y a su pareja sobre las ventajas de la lactancia materna.
2. Propiciar cambios en actitudes y prácticas en la mujer y su pareja para el fomento del autocuidado mediante acciones como:
- Orientar sobre las mejores prácticas para desarrollar hábitos higiénico – dietéticos saludables.
 - Informar sobre los efectos nocivos del uso del alcohol, drogas y medicamentos durante el embarazo y la lactancia.
 - Enseñar técnicas y procedimientos para el manejo del recién nacido, estimulación temprana, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor.
 - Enseñar formas para identificar signos o señales de alarma de complicaciones maternas o neonatales.
 - Informar sobre la importancia de la comunicación efectiva entre parejas, sexo protegido, proyecto de vida y el espaciamiento de los embarazos.
3. Establecer canales de comunicación con la población para promover la búsqueda de la atención profesional durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, mediante acciones como:
- Formar redes sociales de apoyo para la mujer gestante y para la atención del parto.
 - Estrechar vínculos y mantener una comunicación efectiva con el equipo de salud, la comunidad, los líderes, promotores de salud, parteras y médicos tradicionales, y otros representantes de los sectores relacionados con la salud.
 - Participar en los programas de capacitación y coordinación del ejercicio de las parteras tradicionales.
 - Concertar y coordinar acciones con otras instituciones sociales y educativas presentes en la comunidad, a fin de diseñar programas de educación para la salud de la población.



3.9. Competencia de Interculturalidad

Brinda atención obstétrica con una visión intercultural y ética ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes como bases de la asistencia de calidad a través de:

- Diseñar procedimientos que faciliten el trabajo con las comunidades atendiendo el principio de autonomía de las personas y la interculturalidad
 - Desarrollar alianzas estratégicas con los líderes de la comunidad.
 - Favorecer la relación enfermera (o) – usuaria, aplicando para ello las técnicas que propicien el acercamiento y una relación cálida.
 - Proporcionar atención respetando las creencias y costumbres y ante posibles complicaciones informar suficientemente para la toma de decisiones informadas.
 - Identificar hábitos y costumbres de la localidad en específico sobre la salud reproductiva.
2. Ejercer el liderazgo en el grupo interprofesional y con los trabajadores de la salud no profesionales.
- Integrar equipos de trabajo interprofesional y con otros actores comunitarios: parteras, promotoras de la salud y médicos tradicionales, entre otros.
 - Implementar esquemas de atención a la salud respetando las características culturales y sociales de la población.
3. Desarrollar su trabajo dentro de las normas éticas de la enfermería, con apego al Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México lo que implica:
- Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
 - Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
 - Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
 - Salvaguardar las condiciones de intimidad, confidencialidad y consentimiento informado basado en una información correcta.



3.10. Competencia administrativa

Define su plan de acción y la forma de organizar los recursos humanos, materiales y financieros que estén a su disposición y del ámbito, de su competencia ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Identificar la situación actual de salud de la población y las necesidades que de ella se derivan. Para ello realiza las siguientes actividades:

- Conocer y analizar el diagnóstico situacional de la comunidad.
- Elaborar un censo de mujeres embarazadas de la comunidad.
- Elaborar, implementar y evaluar el plan de trabajo.

2. Establecer coordinación interprofesional institucional, interinstitucional e intersectorial para:

- Participar en los programas nacionales e institucionales dirigidos al área perinatal de bajo riesgo.
- Asistir a reuniones de trabajo a las que se convoque.
- Realizar sesiones clínicas.
- Asistir a cursos de capacitación y actualización.
- Participar en la determinación de los estándares de calidad y de procedimientos para evaluar el desempeño de la atención obstétrica de enfermería.

3. Contribuir a la generación de proyectos de investigación en el área de enfermería.

4. Registrar y analizar la información de la atención proporcionada a embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos mediante formatos únicos.

5. Proponer mejoras para la organización y funcionamiento de los servicios y para la satisfacción de los usuarios.



CAPITULO IV

4. MARCO JURIDICO

Diversos estudios realizados en distintos países han demostrado el impacto que tiene el personal cualificado de enfermería en la evolución de los pacientes, por lo que en los últimos años se han realizado esfuerzos a fin de normar, desarrollar y definir acciones que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la población así como a la formación de profesionales y a la organización del sistema de enfermería. (Recursos Humanos para la Salud, 2011)³⁰

En México, el personal de enfermería representa más del 50% del total de personal de salud. Hasta abril del año 2010 se tenían registradas en el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) un total de 201,801 enfermeras para brindar atención a más de 100 millones de mexicanos.

Los cambios en la legislación y la reglamentación en las instituciones públicas y Privadas en materia educativa y asistencial contribuyeron también a la modificación de planes y programas, a identificar y proponer el nuevo rol de la enfermera profesional y especializada así como a los avances en la investigación, gestión y administración del cuidado.

La Dirección General de Enfermería de la Secretaría de Salud y la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) son, el órgano rector en enfermería, quien desde su posición formal en la Secretaría de Salud define los lineamientos que regulan a la profesión.

4.1. Análisis de la legislación aplicable

Las disposiciones legales mexicanas respecto al ejercicio de la enfermería se encuentran en gran medida en las normas generales que regulan el ejercicio de todas las profesiones reguladas.

El artículo 5 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dispone que la ley determinara en cada estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben cumplirse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

La enfermería es considerada una de las profesiones reguladas conforme a la Ley General de Salud. Asimismo, el artículo 79, señala un listado de profesiones



de la salud que están sujetas a contar con título profesional o certificado de especialización legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes incluyendo entre ellas a la profesión de enfermería.

La Comisión Permanente de Enfermería (CPE) dependiente de la Secretaría de Salud es el organismo coordinador de las acciones del campo profesional de la enfermería en México. Creada por Acuerdo del 25 de enero de 2007 se considera como un órgano rector asesor del gobierno federal en materia de enfermería, teniendo como principal atribución establecer las políticas para la práctica y formación del personal de enfermería.³¹

4.2. Normas Oficiales Mexicanas (NOM) de enfermería

Actualmente la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) se encuentra elaborando siete Normas Oficiales Mexicanas tendientes a regularizar el ejercicio profesional de enfermería en las instituciones de salud a nivel nacional, contribuyendo al fortalecimiento de la enfermería mexicana.

- 1- NOM-019-SSA3-2007. La práctica de enfermería en el sistema nacional de salud.
- 2- NOM-022-SSA3-2007. Condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos.
- 3- NOM-023-SSA3-2007. Prescripción de medicamentos por el personal de enfermería en la atención primaria a la salud.
- 4- NOM-021-SSA3-2007. Atención ambulatoria de enfermería a pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y de tratamiento prolongado.
- 5- NOM-018-SSA3-2007. Organización y funcionamiento de agencias que contratan y ofrecen servicios profesionales de enfermería a la población en las diferentes etapas de la vida.
- 6- NOM-010-SSA3-2006. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería.
- 7- NOM-020-SSA3-2007. Práctica de la enfermera obstetra en el Sistema Nacional de Salud.

Objetivo: Regular la práctica de la enfermera obstetra a fin de asegurar que ésta responda a las necesidades y demanda de atención de las embarazadas en la atención del parto y del recién nacido. Proteger a la población de prácticas riesgosas al poner su salud en manos de personas que no están calificadas ni académica ni profesionalmente.

Justificación: La atención obstétrica por enfermería es una práctica que recientemente ha sido autorizada para el personal de enfermería, asumiendo a



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



partir de ese momento responsabilidades y funciones que deben ser reguladas porque implican en algún momento la utilización de medicamentos que deben estar claramente definidos para delimitar su uso y asegurar prácticas que eviten poner en riesgo la seguridad de las personas que atienden estas enfermeras, pero también para apoyar bajo un marco legal esta responsabilidad que están asumiendo por la naturaleza de su trabajo.

Razones Artículo 3: Las Normas Oficiales Mexicanas en materia de prestación de servicios de atención médica, son regulaciones que permiten a la autoridad sanitaria vigilar el cumplimiento de las obligaciones que establece la Ley General de Salud en sus artículos 3o. fracción I, 13 apartado A fracciones I y II, 34 fracciones I y III, 45, 48, 78,79, 80, 81, 82 y 83.

Fecha propuesta: 30/10/2009. (Andrade, Jiménez, 2013)³²



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



RESULTADOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



En la tabla y gráfico No. 1 se observa que de 46 enfermeros obstetras y perinatales del Hospital General de Ecatepec las Américas, el 35% tiene de 26 a 30 años de edad, el 30% tiene de 36 a 40 años, el 11% tiene de 31 a 35 años y de 46 a 50 años, el 9% de 20 a 25 años y el 4% de 41 a 45 años.

En el Hospital Municipal de Otumba, de los 40 enfermeros del estudio el 40% tiene de 26 a 30 años, el 28% tiene de 36 a 40, el 15% de 41 a 45, el 10% tiene de 20 a 25 y el 7% tiene de 31 a 35 años de edad. Lo anterior demuestra que en ambos hospitales este personal, es relativamente joven, ya que la mayoría tiene entre 26 a 30 años de edad.

En la tabla y gráfico No. 2 el 68% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas es de género femenino, mientras que el 32% es masculino.

En el Hospital Municipal de Otumba el 88% es femenino y el 12% es de género masculino.

En ambos Hospitales el género que predomina entre el personal de enfermería obstetra y perinatal es el femenino.

En la tabla y gráfico No. 3 el 24% del personal de enfermería obstetra y perinatal, tiene 5 años de antigüedad laboral en el Hospital General de Ecatepec las Américas, el 22% tiene 6 años, el 15% 7 años, el 13% 8 y 2 años respectivamente, el 11% tiene 1 año y el 2% 3 años. El personal de esta institución no tiene más de 8 años de antigüedad laboral, debido a que, dicho hospital tiene 8 años de haberse inaugurado.

En el Hospital Municipal de Otumba, el 21% tiene 4 años laborando, el 18% 3 y 7 años de antigüedad respectivamente, el 8% 14 y 17 años, el 5% 2, 5 y 20 años y el 2% tiene 6, 8, 12, 15, 17 y 22 años como trabajador en dicha institución, lo que muestra que la mayoría tiene pocos años de antigüedad laboral, además de que existe personal de enfermería con más de 20 años trabajando en tal hospital.

La antigüedad laboral del Hospital General de las Américas oscila de 1 a 8 años, mientras que el hospital de Otumba la antigüedad laboral es de 1 a 22 años.

En la tabla y gráfico No. 4 muestra que, en el Hospital General de Ecatepec las Américas, el 67% de los 46 enfermeros obstetras y perinatales son;



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Licenciados en Enfermería y Obstetricia, el 22 % son Licenciados en Enfermería y Obstetricia con curso pos-técnico o posgrado no perinatal, por lo que desempeñan sus actividades en áreas no afines a gineco-obstetricia, mientras que el 11% son Enfermeros con Especialidad Perinatal.

En el Hospital Municipal de Otumba el 83% de las 40 enfermeras obstetras y perinatales son Licenciados en Enfermería y Obstetricia, el 10% son Licenciados en Enfermería y Obstetricia con curso pos-técnico o posgrado no perinatal, el 5% son estudiantes de Maestría en Enfermería Perinatal y el 2% son Enfermeros Especialistas Perinatales.

En ambos hospitales la mayoría del personal en estudio, son Licenciados en Enfermería y Obstetricia. Es importante comentar que la participación de la enfermería perinatal a pesar que es menor su frecuencia se prevé que su presencia vaya en ascenso de acuerdo a las necesidades de Salud Perinatal en México.

La tabla y gráfico No. 5 representan el código de función con el que está contratado el personal de enfermería obstetra y perinatal. En el Hospital General de Ecatepec las Américas, el 90% está contratado como enfermería general, el 4% como auxiliar de enfermería y jefe de piso respectivamente y el 2% es supervisor de enfermería.

En el Hospital Municipal de Otumba el 85% está contratado como enfermería general, el 8% como jefe de piso, el 5% como auxiliar de enfermería y el 2% como supervisor de enfermería.

Los resultados muestran que el código de función en su contratación no corresponde en su mayoría al nivel académico en ambos hospitales. La profesionalización debe ofrecer la coherencia entre la preparación académica y los códigos de contratación.

La tabla y gráfico No. 6 representa el tipo de contratación del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas, de los 46 enfermeros, el 59 % es personal regularizado, significa que ya no firma contratos cada 5 meses y medio y que tiene cierto número de prestaciones, incluyendo seguridad social, exceptuando derecho a escalafón. El 41% es personal contratado por el seguro popular, los cuales firman contrato cada cinco meses y medio, tienen derecho a pocas prestaciones y sin seguridad social. No existe la basificación en el personal, posiblemente se deba a la propuesta de



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



origen como hospital del seguro popular, establecida de formalmente en México a partir del año 2004, donde se establece la contratación por honorarios.

En el Hospital Municipal de Otumba el 50% de los 40 enfermeros obstetras y perinatales, son personal contratado por seguro popular, el 32% es personal de base o con plaza federal, el cual, cuenta con todas las prestaciones brindadas por el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y el 18% es personal regularizado.

En comparación con el Hospital General de Ecatepec las Américas, la situación del Hospital Municipal de Otumba difiere, dado que existe personal basificado antes de iniciar formalmente el Programa de seguro Popular y por ende se encuentran protegidos sus derechos laborales.

Tabla y gráfico No. 7 en el Hospital General de Ecatepec las Américas, el 50% de la población en estudio desempeña sus actividades en la Unidad Tocoquirúrgica, el 18% en el servicio de hospitalización ginecología, el 9% en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y realizando funciones administrativas como supervisoras de enfermería respectivamente, el 4% en medicina interna y pediatría, mientras que el 2% lleva a cabo sus actividades en Triage Obstétrico, puerperio de bajo riesgo y la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Cabe mencionar que existen Licenciados en Enfermería y Obstetricia que se encuentra laborando en áreas no afines a gineco-obstetricia, debido a su especialidad como; pos-técnicos o posgrado en Terapia Intensiva y Pediatría, de ahí la explicación que se encuentren ubicados en áreas no afines a la perinatal.

En el Hospital Municipal de Otumba el 35% labora en los servicios de hospitalización general, el 25% en quirófano general, el 20% en urgencias general, el 8% en la Unidad de Tocoquirúrgica y Triage obstétrico, mientras que el 2% se encuentra en las áreas de consulta externa general y supervisión de enfermería. En este caso los resultados son catastróficos dado que solo dos servicios; la Unidad Tocoquirúrgica y Triage Obstétrico corresponden a su nivel académico, comparado con el Hospital la Américas, esté último tiene mejor administración basada en puestos.

En la tabla y gráfico No. 8 el 74% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas, otorga atención frecuentemente a la mujer embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo, el 15% ocasionalmente, mientras que el 11% nunca lo hace.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



En el Hospital Municipal de Otumba el 93% brinda la atención prenatal a la mujer embarazada frecuentemente, el 5% ocasionalmente y el 2% siempre.

Lo anterior señala, que la mayoría del personal de enfermería obstetra y perinatal de ambos hospitales proporciona atención prenatal frecuentemente. Es de llamar la atención que debemos ubicarnos en que la competencia debe proporcionarse siempre y trabajar en el hospital las Américas con la organización institucional para propiciar que la intervención del personal forme parte de la atención a la paciente como lo establece el Modelo Obstétrico en Enfermería en México.

En la tabla y gráfico No. 9 el 52% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas, proporciona ocasionalmente atención continua a la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo las condiciones generales y obstétricas y previniendo la aparición de complicaciones que pueden afectar la seguridad de la madre y el feto, el 35% frecuentemente y el 13% nunca ha proporcionado dicha atención.

Mientras que en el Hospital Municipal de Otumba el 73% ocasionalmente y el 27% frecuentemente ha brindado atención en base a las competencias de atención durante el trabajo de parto y parto.

Lo antes mencionado, muestra que el personal de enfermería obstetra y perinatal de ambos hospitales no lleva a cabo siempre las funciones que debería realizar de acuerdo a su nivel académico.

Es de llamar la atención que en el Hospital las Américas existe personal que refiere que nunca proporciona la atención durante el trabajo de parto y parto.

De acuerdo a la tabla y gráfico No. 7, reporta ubicarse en servicios no afines a la salud perinatal y en la tabla No. 5 muestra, que el 22% y 10% respectivamente son Licenciados en Enfermería y Obstetricia con postécnico o posgrado no perinatal, por lo que se encuentran ubicados en otras áreas.

Se observa en la tabla y gráfico No. 10 que el 72% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas brinda siempre atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base a las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia, el 11% lo realiza frecuentemente, otro 11% nunca proporciona dichos cuidados y el 6% ocasionalmente.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



El 60% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital Municipal de Otumba proporciona siempre dicha atención, el 35% frecuentemente y el 5% ocasionalmente.

Esto refleja, que la mayoría de las veces el personal de enfermería obstetra y perinatal brinda siempre atención en base a la competencia de atención durante el puerperio. Principalmente en el Hospital General de Ecatepec, comparado con Otumba.

En la tabla y el gráfico No.11 el 74% del personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas proporciona frecuentemente atención inmediata, mediata y tardía al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte, el 17% lo proporciona ocasionalmente y el 9% nunca proporciona tales cuidados.

En el Hospital Municipal de Otumba el 50% proporciona dicha atención frecuentemente, el 43% ocasionalmente y el 7% siempre.

La tabla y gráfico No. 12 representan el orden de los factores que limita a la enfermera obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba. En el primero el 98% de las 46 enfermeras en estudio eligieron como el de mayor importancia, la sobrecarga laboral, el 98% el código de función, el 96% el personal de enfermería insuficiente, el 67% las compañeras enfermeras, el 63% los médicos, el 60% los jefes inmediatos, 54% sólo proporcionaron atención perinatal durante su formación profesional, el 37% falta de conocimientos, 28% el estar contratado como personal regularizado y el 19% el ser contratado como personal de seguro popular.

En el segundo hospital, el 100% de las 40 enfermeras escogió, la sobrecarga laboral, 95% el código de función y el personal de enfermería insuficiente, el 85% los médicos, el 65% el ser contratado como personal de seguro popular, el 50% el estar contratado como personal regularizado, el 15% sólo proporcionaron atención perinatal durante su formación profesional, falta de conocimientos, y los jefes inmediatos, el 10% las compañeras enfermeras.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



DISCUSIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Se estudió a 46 enfermeras obstetras y perinatales del Hospital General de Ecatepec las Américas y a 40 del Hospital Municipal de Otumba, las cuales pertenecían en su mayoría al género femenino, con nivel académico de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, con código de función de Enfermeras Generales, de entre cuatro y cinco años de antigüedad laboral en dichas instituciones, sus edades variaban de entre 20 y 50 años de edad, predominando el grupo de 26 a 30 años, con un tipo de contratación laboral de seguro popular (con muy pocas prestaciones sin incluir la seguridad social) y regularizados (con ciertas prestaciones, no incluyendo el derecho a escalafón), por tal motivo, pese a su nivel académico de Licenciados en Enfermería y especialistas, el personal contratado bajo esta modalidad seguirá laborando con el código de función de Enfermero General o Auxiliar de Enfermería, ya que no tienen derecho tampoco en participar en el Programa de Profesionalización por no contar con una base o plaza federal.

Frente a la situación particular del Estado de México derivada de la existencia de casi 8 millones de mujeres y 350,000 nacimientos anuales, se inició por primera ocasión en el sistema público de atención a la salud como parte de la Red Materna en el Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) y con el liderazgo de la Maestra Beatriz García López, jefe estatal de enfermería, la gestión e innovación del cuidado integral de las mujeres embarazadas a través de la implementación y consolidación del Modelo Obstétrico.

En hospitales del ISEM, como el Hospital General de Ecatepec las Américas entre otros, se trató de implementar el Modelo Obstétrico, en donde las Enfermeras Especialistas Perinatales realizaran intervenciones de enfermería como la atención del parto, valoraciones obstétricas, vigilancia del puerperio inmediato y mediato y cuidados inmediatos del recién nacido. Dichas enfermeras refieren, que iniciaron a realizar tales funciones, principalmente en la Unidad de Toco-cirugía, en donde empezaron con la atención del parto, registrando todas sus actividades en el expediente clínico, función que viene desempeñando el médico. Pero al término de la atención del parto la enfermera perinatal debía seguir con sus funciones de enfermera general o auxiliar de enfermería por la que está contratada, ya que no había ninguna otra enfermera que se hiciera cargo de sus pacientes mientras proporcionaba atención durante el parto. Causando conflictos laborales, con sus jefes inmediatos (supervisores de enfermería) por la falta de recursos humanos que proporcionara cuidados generales de enfermería, por tal razón estos últimos empezaron a limitar la actuación de la enfermera



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



perinatal. Durante el estudio la población refiere que las propias compañeras enfermeras se resistían a proporcionarles asistencia en la atención del parto, ya que muchas de ellas piensan que esta es una función única y exclusiva del personal médico. Por otro lado también existe resistencia de algunos médicos especialistas en gineco-obstetricia, a que el profesional de enfermería realice funciones que ellos con el paso de los años se han adjudicado.

Por otro lado, la sobrecarga laboral existente también las limita, debido al número de pacientes que tienen que atender como enfermeras generales. Este aumento es resultado de la difusión masiva que se ha dado al Seguro Popular para alcanzar la cobertura “universal”, existiendo fuertes limitaciones en los servicios de salud, ya que para el programa la “universalidad” se limita al número de afiliados, y deja fuera elementos como la calidad. Además, el personal de enfermería es insuficiente para atender a toda la población afiliada al seguro popular, debido a que la meta anual para tal Programa, en el 2011 fue de 5,186,227 familias afiliadas y el número de afiliados llegó a 48.5 millones. Aunado a lo anterior, no existe personal de enfermería suplente, que cubra vacaciones, incapacidades, etc, dejando lugares de atención descubiertos, los cuales, deben ser cubiertos por el mismo número de recursos humanos de enfermería. Por tal motivo los Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Especialistas en Enfermería Perinatal no pueden desarrollar actividades de acuerdo a su nivel académico, ya que deben ejecutar funciones de uno o más compañeros que se encuentran ausentes por determinadas circunstancias, en base al código de función por el que están contratados.

En cuanto a la falta de conocimientos en la atención perinatal, factor limitante elegido en su mayoría por Licenciados en Enfermería y Obstetricia con curso pos-técnico o posgrado no perinatal por ejemplo; pediatría, cuidados intensivos a paciente en estado crítico, entre otros, han dedicado sus actividades en la atención del paciente de acuerdo al enfoque de su preparación académica, dejando atrás conocimientos obstétricos o bien únicamente proporcionaron atención perinatal durante su formación profesional, porque era requisito como estudiante.

Debido a todos los factores que limitan o impiden el actuar de la enfermería obstetra y perinatal antes mencionados y en base a los resultados obtenidos de la atención brindada por competencias, de acuerdo al Modelo de Atención de



Enfermería Obstétrica, la enfermera obstetra y perinatal no puede otorgar siempre...

- Una atención a la mujer embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo.
- Una atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo las condiciones generales y obstétricas y previniendo la aparición de complicaciones que pueden afectar la seguridad de la madre y el feto.
- Una atención integral en el puerperio inmediato, mediano y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puerpera y su familia.
- Una atención inmediata, mediana y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte.

Por el contrario, en el artículo “Modelo de Atención Obstétrica por Enfermeras Obstetras y Perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: Una experiencia exitosa” y el expuesto en el Foro Partería el 18 de junio del 2010 con el tema “experiencias exitosas – Maternidad Atlacomulco”, describen el desempeño exitoso del Modelo Obstétrico por profesionales de enfermería en esas dos instituciones. El primer artículo hace referencia que del año 2008 al 2011, del total de partos, 25.82% fue atendido por profesionales de enfermería, sin complicaciones en un 97%, valoraciones obstétricas 5,112; 1,826 mujeres obtuvieron un método anticonceptivo, se realizaron 11,727 pláticas de educación para la salud durante el periodo inmediato. Para la correcta implementación de esta estrategia, se obtuvo el apoyo de la Jefatura Estatal de Enfermería, de tal suerte que en la planeación del recurso humano se buscó intencionalmente que el personal que cubriera las áreas de toco – cirugía, hospitalización y urgencias de ginecología fueran enfermeras con formación obstétrica. En el 2010 hicieron acuerdos con la escuela de enfermería del IPN (Instituto Politécnico Nacional) y la ENEO (Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia) para realizar el Servicio Social de sus egresados en el Hospital General de Cuautitlán, rotaban por los diferentes turnos cubriendo las áreas correspondientes para ejecutar la meta programada: 100 partos al culminar su estancia del Servicio Social. En cuanto a la Maternidad Atlacomulco, en agosto de 2009 la Secretaria de Salud autorizó una



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Unidad Médica ubicada en la zona noroeste del Estado de México, en Atlacomulco de Fabela, con el objetivo de implementar un Modelo de Enfermería Perinatal profesional, especializado y de alta calidad que proporcione atención perinatal de bajo riesgo, de vanguardia en salud reproductiva, embarazo, parto, puerperio y recién nacido que contribuya a la reducción de muertes maternas y neonatales. Dicha atención es otorgada por Licenciadas en Enfermería y Obstetricia y Enfermeras Especialistas Perinatales, con los siguientes requisitos académicos; Título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia, Especialidad en Enfermería Perinatal, Diplomado en Psicoprofilaxis Perinatal, Certificación actualizada en Rcp Neonatal y en Adulto y Certificación en el Modelo de Enfermería Obstétrica, por lo que, se les considera a las enfermeras obstetras y perinatales en esa unidad como, personal capacitado que cuentan con las competencias profesionales para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido normales, participa en la detección temprana de riesgos perinatales, la atención de urgencias, estabilización y referencia oportuna de casos con complicaciones. Son reconocidas como un profesional de salud, que cuenta con elementos teórico metodológico y humanístico necesarios para satisfacer necesidades de la salud perinatal en el país y su reflejo en la disminución de la morbilidad materna y perinatal.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



SUGERENCIAS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



Por todo lo descrito anteriormente es necesario:

- Que se replantee la organización y administración de los recursos del Seguro Popular, para brindar un servicio de calidad a las personas que más lo necesitan, y no se trata únicamente de demostrar que realmente se afiliaron millones de personas, sino que el servicio que reciben es oportuno y satisface las necesidades de salud del binomio.
- La contratación de más personal de enfermería, que cubra vacaciones, días otorgados, incapacidades, etc., para que el personal atienda con calidad y calidez a los y las pacientes que ingresan a dichos hospitales, esto ayudará a evitar conflictos laborales entre compañeros, debido a que tendrán que realizar únicamente las actividades que les corresponden y no, la de uno o dos compañeros más que se encuentran ausentes por determinadas circunstancias.
- Que dentro de los beneficios que obtengan las enfermeras (os) al ser regularizados incluyan, el de escalafón, para que puedan obtener el grado de Enfermeras Especialistas, en este caso, Perinatales Y Enfermeras Generales “C” en el caso de los Licenciados en Enfermería y Obstetricia ya que no existe un código como tal. O bien el derecho a participar en el Programa de Profesionalización, así las enfermeras podrán realizar las actividades de acuerdo a su nivel académico, de esta forma, existirá mayor satisfacción laboral, disminuirá el ausentismo y habrá motivación debido a la mejor remuneración económica. Las instituciones empleadoras demandan personal profesional y cada vez menos personal de enfermería técnico, aunque para fines prácticos ambas categorías terminan realizando las mismas actividades y recibiendo los mismos ingresos económicos.
- Diseñar un área dentro de los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México, en donde las mujeres gestantes, sean atendidas por los Licenciados en Enfermería y Obstetricia y Enfermeros Especialistas Perinatales, desde su control prenatal, atención del parto de bajo riesgo, valoraciones obstétricas, vigilancia del puerperio inmediato y cuidados inmediatos del recién nacido sin complicaciones.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



- Que los médicos especialistas en gineco-obstetricia, atiendan los embarazos de alto riesgo, para evitar la resistencia de estos últimos, a que las enfermeras hagan funciones que ellos se han adjudicado.
- Apoyo por parte de la Jefatura Estatal para que los Licenciados en Enfermería y Obstetricia y los Enfermeros Perinatales actúen de acuerdo al nivel académico.

Lo anterior ayudara a crear un ambiente de cordialidad y respeto dentro del área laboral, ya que cada trabajador de enfermería, tendrá la libertad para actuar de acuerdo a sus conocimientos y nivel académico, existirá independencia e iniciativa necesaria en las actividades diarias, control de su trabajo, habilidad para desempeñar funciones en forma independiente, sin tener supervisión cercana y construir su autonomía en su área de trabajo.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



CONCLUSIÓN



Los resultados obtenidos en dicha investigación indican que la hipótesis planteada es probada, “los factores que impiden o limitan el actuar del profesional de enfermería Perinatal y el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, están relacionados con el tipo de contratación laboral, la categoría de función por la que están contratados, la sobrecarga laboral” y otros factores más que el personal de enfermería encuestado hizo referencia como; personal de enfermería insuficiente para la atención de pacientes afiliados al Seguro Popular, los médicos, los jefes inmediatos y las mismas compañeras enfermeras, entre otros.

Se constata la baja actuación del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal en la atención prenatal, durante el trabajo de parto y parto, el puerperio y la atención del recién nacido debido, a dichos factores que impiden desempeñar tales competencias específicas, para las que fueron capacitadas durante su formación profesional.

El estudio demuestra la necesidad que existe entre las enfermeras de movilizarse y unir fuerzas para recobrar áreas de actuación perdidas, como la atención del parto, que había estado en manos de mujeres y que al paso de los años y por muchas circunstancias históricas, el área obstétrica paso a manos de los médicos.

Sería interesante realizar un estudio en todos los hospitales del Instituto de Salud del Estado de México y del país, para verificar la existencia de algunos otros factores limitantes, o comprobar si las enfermeras obstetras y perinatales realizan sus actividades de acuerdo a su nivel académico.

El presente estudio se orienta hacia una investigación más amplia sobre esta temática y hacia la reflexión acerca de las competencias laborales de las enfermeras obstetras y perinatales, pudiendo aportar elementos que permitan afianzar la actuación del profesional de enfermería en el cuidado de la mujer embarazada.



REFERENCIAS

- 1- Mtra. Beatriz García López, Jefa Estatal de Enfermería, Maternidad Atlacomulco, “Experiencias exitosas”, 2011. Disponible en: http://www.maternidadsinriesgo.org.mx/documento/parteria/1erforo/18junio/EXPERIENCIAS_EXITOSAS_EN_LA_SALUD_MATERNA_Foro_Parteria.ppt
- 2- Vargas L. Práctica de la medicina en el antiguo náhuatl, MalinalTíctil , México, Prrua 1980[online]. [consultado 2012 junio 05]. Disponible en: <http://www.aztlan.org.mx/secciones/46-salud-holistica/835-ticitl-mujermedicina-en-la-tradición-náhuatl-por-lolita-Vargas>.
- 3- Barros Lena María; Magalhã, Raimunda; Ferreira Moura, Escolástica Rejane. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. Revista Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXV, núm. 2, septiembre, 2007, Universidad de Antioquia Medellin, Colombia, pp. 44-7.
- 4- Cynthia Ramírez-Hernández. Artículo Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. Revista CONAMED, vol 17, suplemento 1, 2012, pags.s- 37 – s41. ISSN 1405-6704.
- 5- Imelda Castañeda Núñez, Síntesis Histórica de la Partera en el Valle de México, Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, volumen 1, número 1, 1998.
- 6- Ticitl: ser y hacer: personajes divinos antecesores de la enfermería perinatal mexicana, Danelia Gómez Torres^I; Cleotilde García Reza^{II}; Catalina Ofelia López Ocampo, artículo 2011.
- 7- Sahagún B. “Derecho náhuatl” en: historia general de las cosas de la Nueva España. México: Porrúa; 1989. p.582.
- 8- Arturo Ríos Ruiz, Cuauhtémoc conquistador Instituto Nacional del Derecho de Autor Registro Público del Derecho de Autor No. De Registro: 03-2003-02121212553900-01, 20 de febrero de 2003.
- 9- Azuela, B. L.F. (1996). *Tres sociedades científicas en el Porfiriato. Las disciplinas, las instituciones y las relaciones entre la ciencia y el poder*. México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología, Universidad tecnológica de Netzahualcóyotl el Instituto de Geografía UNAM.



- 10-Vargas A, JC, Prevención en el primer nivel de atención, experiencia de 15 años en CIMIGen. II Congreso Nacional sobre Defectos al nacimiento. "Prevención para un mejor futuro". 12-14 Junio 2003. Centro Médico Siglo XXI, Ciudad de México.
- 11-Vargas, G.C, Atención primaria con enfoque de riesgo. Rev. Perinatología y Reproducción humana del INPer. Vol. 3, N° 4. Oct.-Dic. 1999.
- 12-Aprendizajes que promueve el Plan Único de Especialización en Enfermería. La perspectiva del alumno. Resultados parciales 1ª parte. Mtra. Irma Piña Jiménez, Lic. Cristina BalánGleaves, Lic. Amelia Rodríguez
- 13-Méndez, Lic. Graciela Vázquez López. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 5. Año. 5 No. 4 Octubre-Diciembre 2008.
- 14-Piña J. I, Balan G. C, Rodríguez M. C, Vázquez L. G. Eficiencia terminal de alumnos del Plan Único de Especialización en Enfermería. Plan único de especialización en enfermería en México.
- 15-Creación de la Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Agosto 2009.
- 16-Contreras-Landgrave G., Tetelboin-Henrion C. El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. Julio 2011. http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/dossier_1.pdf
- 17-Venegas JM, Garduño R. Crecimiento sustentable y con calidad, la meta del gabinete: Fox. La Jornada, Política. 2000 noviembre 2; p. 3.
- 18-Venegas JM. Ni Pemex ni CFE se privatizarán, afirmó Fox en su toma de posesión. La Jornada, Política. 2000 diciembre 2; p. 3.
- 19-Soberón Acevedo G. La participación del Sector privado. Ponencia presentada en el Simposio La reforma del Sistema Nacional de Salud, organizado por Funsalud y realizado el 18 de abril de 2001 en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina, México. Gaceta Médica de México. 2001 septiembre-octubre; 137 (5): 437-43.
- 20-SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001.
- 21-Instituto Nacional de Salud Pública. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. 1ª. ed. México: INSP, Colección Cuadernos de Salud Pública; 2005.
- 22-Venegas JM. Nueva estrategia de desarrollo humano y social a partir del 1º de enero, anuncia Fox, Se creará un seguro popular y se expedirá la carta de los derechos de los pacientes La Jornada, Política.2011 diciembre 12.



- 23-Nigenda G. El seguro popular de salud en México. Desarrollo y retos para el futuro. Nota técnica de salud. No.2/2005. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.
- 24-Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. En: Knaul F, Nigenda G, ed. El Caleidoscopio de la salud. México: Funsalud, 2003.
- 25-Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística. México: SSA, 2008.
- 26-Secretaría de Salud. Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000. Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México, SSA, 2000.
- 27-DalPoz M, Galin P, Novick M, Varella T. Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis. Quito: OPS, 2000.
- 28-Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, Juárez C, Wirtz V, Idrovo AJ, *et al.* Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Resumen ejecutivo. México: INSP, 2010.
- 29-Nigenda G, Aguilar E, Ruiz JA, Bejarano R. Recursos Humanos. En: Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos. México: INSP, 2008.
- 30-Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Salud y Calidad. 2005, Pp. 9 – 32.
- 31-Serie, Recursos Humanos para la Salud. Regulación de la Enfermería en América Latina, Organización Panamericana de la Salud, 2011, Pp. 157,158 y 159.
- 32-Andrade-Ruiz, Jiménez-Sánchez. Regulación de la práctica de enfermería por medio de normas oficiales mexicanas, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (1): 41-46



BIBLIOGRAFÍA

1. Alonso C, Gerad T. El parto humanizado como herramienta para la prevención de la mortalidad materna. En: Freyermuth G, Sesia P (coord.). La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Primera ed. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité promotor por una maternidad sin riesgos. CIESAS; 2009. p. 95-100.
2. Andrade-Ruiz, Jiménez-Sánchez. Regulación de la práctica de enfermería por medio de normas oficiales mexicanas, Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2013; 21 (1): 41-46
3. Arturo Ríos Ruiz, Cuauhtémoc conquistador Instituto Nacional del Derecho de Autor Registro Público del Derecho de Autor No. De Registro: 03-2003-02121212553900-01, 20 de febrero de 2003.
4. Azuela, B. L.F. (1996). *Tres sociedades científicas en el Porfiriato. Las disciplinas, las instituciones y las relaciones entre la ciencia y el poder*. México: Sociedad Mexicana de Historia de la Ciencia y la Tecnología, Universidad tecnológica de Netzahualcóyotl e Instituto de Geografía UNAM.
5. Barros Lena María; Magalhã, Raimunda; Ferreira Moura, Escolástica Rejane. Autonomía de la enfermera que asiste el parto normal en Brasil. Revista Investigación y Educación en Enfermería, vol. XXV, núm. 2, septiembre, 2007, Universidad de Antioquia Medellin, Colombia, pp. 44-7.
6. Camacho V, Gálvez A, Murdock M, Puig C, Escóbar A. Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe. Consulta técnica regional. Informe 2004. Santa Cruz de la Sierra, Bolivia: Organización Panamericana de la Salud/USAID, 2004.
7. Contreras-Landgrave G., Tetelboin-Henrion C. El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México. Julio 2011.
8. Creación de la Maestría en Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia, Agosto 2009.
9. Cynthia Ramírez-Hernández. *Artículo Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. Revista CONAMED, vol 17, suplemento 1, 2012, pags.s- 37 – s41. ISSN 1405-6704.*
10. Dal Poz M, Galin P, Novick M, Varella T. Relaciones laborales en el sector salud. Fuentes de información y métodos de análisis. Quito: OPS, 2000.



11. García López Beatriz, Jefa Estatal de Enfermería, Maternidad Atlacomulco, “Experiencias exitosas”, 2011
12. Gomes A.M.T, Oliveira D.C. Estudio de estructura de representación social de autonomía profesional en enfermería, 2005.
13. Gómez Torres Danelia; García Reza Cleotilde; López Ocampo Catalina Ofelia. Ticitl: ser y hacer: personajes divinos antecesores de la enfermería perinatal mexicana, artículo 2011.
14. Hernán Cortés, Cartas de Relación, Carta a Carlos V, 30-X-1520, P. 23
15. Imelda Castañeda Núñez, *Síntesis Histórica de la Partera en el Valle de México, Revista de Enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, volumen 1, número 1, 1998.*
16. Instituto Nacional de Salud Pública. Seguro Popular de Salud. Siete perspectivas. 1ª. ed. México: INSP, Colección Cuadernos de Salud Pública; 2005.
17. Lineamientos y directrices de enfermería para la mejoría de la calidad de la atención prenatal en embarazos de bajo riesgo en América Latina y el Caribe Unidad de Salud de la Mujer y Materna Iniciativa Regional de Reducción de la Mortalidad Materna Área de Salud de la Familia y la Comunidad Unidad de Organización de Servicios de Salud Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) p. 3,4
18. Llañez A. F. J. Ergonomía y Psicología Aplicada, Manual para la formación del Especialista. Editorial Lex N0va. S.A, 12a edición, 2009, pp. 411
19. Méndez, Lic. Graciela Vázquez López. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. Vol 5. Año. 5 No. 4 Octubre-Diciembre 2008.
20. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. Secretaría de Salud, Subsecretaría de Salud y Calidad. 2005, Pp. 9 – 32.
21. Nigenda G. El seguro popular de salud en México. Desarrollo y retos para el futuro. Nota técnica de salud. No.2/2005. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2005.
22. Nigenda G, Aguilar E, Ruiz JA, Bejarano R. Recursos Humanos. En: Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación de procesos administrativos. México: INSP, 2008.
23. Nigenda G, González-Robledo LM, Aracena B, Juárez C, Wirtz V, Idrovo AJ, *et al.* Evaluación de procesos administrativos del Sistema de Protección Social en Salud 2009. Resumen ejecutivo. México: INSP, 2010.



- 24.OMS, UNFPA, UNICEF, El Banco Mundial. Reducción de la mortalidad materna. Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial. Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 1999.
- 25.Piña Jiménez Irma; Balán Gleaves Cristina; Rodríguez Amelia. Aprendizajes que promueve el Plan Único de Especialización en Enfermería. La perspectiva del alumno. Resultados parciales 1ª parte.
- 26.Piña J. I, Balan G. C, Rodríguez M. C, Vázquez L. G. Eficiencia terminal de alumnos del Plan Único de Especialización en Enfermería. Plan único de especialización en enfermería en México.
- 27.Ruiz JA, Molina J, Nigenda G. Médicos y mercado de trabajo en México. En: Knaul F, Nigenda G, ed. El Caleidoscopio de la salud. México: Funsalud, 2003.
- 28.Sahagún B. "Derecho náhuatl" en: historia general de las cosas de la Nueva España. México: Porrúa; 1989. p.582.
- 29.Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud. Boletín de Información Estadística. México: SSa, 2008.
- 30.Secretaría de Salud. Programa de Ampliación de Cobertura 1996-2000. Recuento y testimonio de un esfuerzo de equidad y extensión de servicios de salud en México, SSa, 2000.
- 31.Serie, Recursos Humanos para la Salud. Regulación de la Enfermería en América Latina, Organización Panamericana de la Salud, 2011
- 32.Soberón Acevedo G. La participación del Sector privado. Ponencia presentada en el Simposio La reforma del Sistema Nacional de Salud, organizado por Funsalud y realizado el 18 de abril de 2001 en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina, México. Gaceta Médica de México. 2001 septiembre-octubre; 137 (5): 437-43.
- 33.SSA. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001.
- 34.Suárez L. Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006. México: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Secretaría de Salud. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2010.
Vargas A, JC, Prevención en el primer nivel de atención, experiencia de 15 años en CIMIGen. II Congreso Nacional sobre Defectos al nacimiento. "Prevención para un mejor futuro". 12-14 Junio 2003. Centro Médico Siglo XXI, Ciudad de México.



35. Vargas, G.C, Atención primaria con enfoque de riesgo. Rev. Perinatología y Reproducción humana del INPer. Vol. 3, N° 4. Oct.-Dic. 1999.
36. Vargas L. Práctica de la medicina en el antiguo náhuatl, MalinalTíctitl , México, Prrua 1980.
37. Venegas JM, Garduño R. Crecimiento sustentable y con calidad, la meta del gabinete: Fox. La Jornada, Política. 2000 noviembre 2; p. 3.
38. Venegas JM. Nueva estrategia de desarrollo humano y social a partir del 1º. de enero, anuncia Fox, Se creará un seguro popular y se expedirá la carta de los derechos de los pacientes La Jornada, Política. 2011 diciembre 12.
39. Walker D, De Maria LM, Campero L, González D, Suárez L, Romero, P. El uso y rol de proveedores no-médicos para la atención prenatal y obstétrica en México: parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras. Evidencias y áreas de oportunidad. Resumen Ejecutivo. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2011.
40. Zúñiga E, editor. Primera ed. México: CONAPO. México, ante los desafíos de desarrollo del milenio. Consejo Nacional de Población; 2005.

PAGINAS DE INTERNET

- 1- <http://www.aztlan.org.mx/secciones/46-salud-holistica/835-ticitl-mujermedicina-en-la-tradición-náhuatl-por-lolita-Vargas>.
- 2- http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol10_n_21/dossier_1.pdf
- 3- <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>
- 4- <http://www.aztlan.org.mx/secciones/46-salud-holistica/835-ticitl-mujermedicina-en-la-tradicion-nahuatl-por-lolita-vargas>.
- 5- <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105215257004>
- 6- http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se26.pdf
- 7- <http://www.familycareintl.org/UserFiles/File/Skilled%20Care%20Info%20Kit%20PDFs/Spanish/spanish%20policy.pdf>
- 8- http://www.unicef.org/spanish/index_maternalhealth.html
- 9- www.uff.br/nepae/objn303santosetal.htm
- 10- <http://es.scribd.com/doc/131766268/ANTECEDENTES-HISTORICOS-NACIONALES-DE-LA-VIGILANCIA-PRENATAL>
- 11- http://www.maternidadsinriesgo.org.mx/documento/parteria/1erforo/18junio/EXPERIENCIAS_EXITOSAS_EN_LA_SALUD_MATERNA_Foro_Parteria.ppt
- 12- <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim131h.pdf>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



ANEXOS

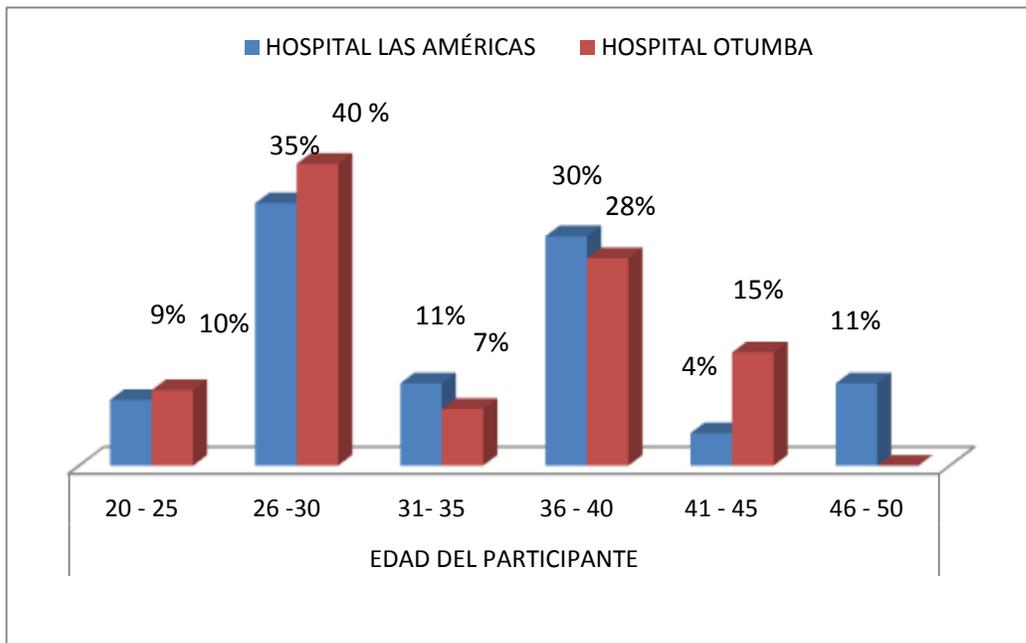


TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla y gráfico No. 1- Edad del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		EDAD						TOTAL
		20 - 25	26 - 30	31 - 35	36 - 40	41 - 45	46 - 50	
HOSPITAL LAS AMÉRICAS	FRECUENCIA	4	16	5	14	2	5	46
	%	9	35	11	30	4	11	100%
HOSPITAL OTUMBA	FRECUENCIA	4	16	3	11	6	-	40
	%	10	40	7	28	15	-	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas, y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



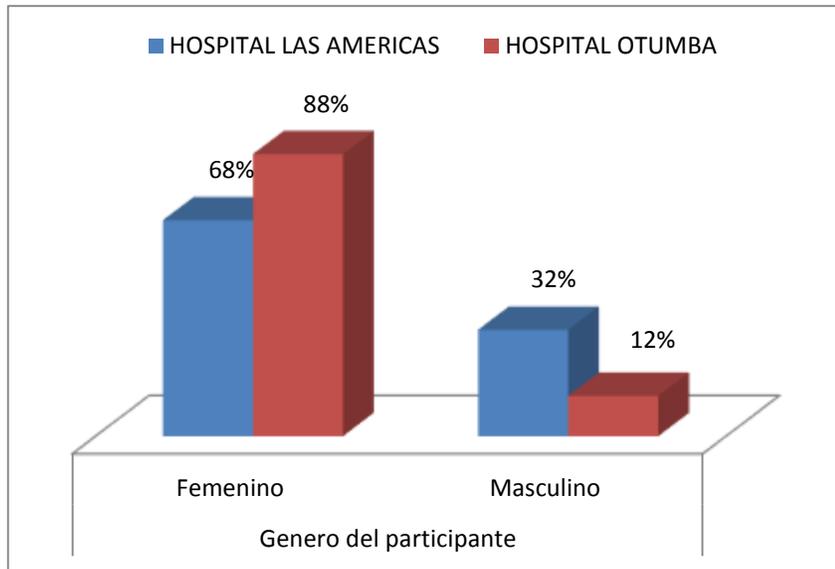
Fuente: Tabla No. 1



Tabla y gráfico No. 2 - Género del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		GENERO		TOTAL
		Femenino	Masculino	
Hospital las Américas	Frecuencia	31	15	46
	%	67	32	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	35	5	40
	%	88	12	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



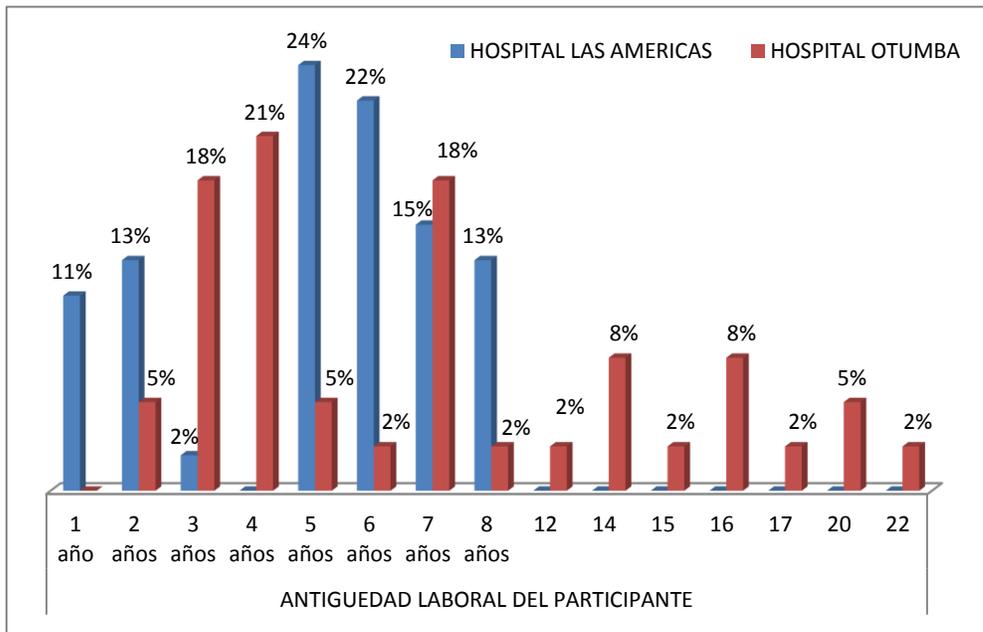
Fuente: Tabla No.2



Tabla y gráfico No. 3- Antigüedad laboral del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		ANTIGÜEDAD LABORAL														Total	
		1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 años	7 años	8 años	12	14	15	16	17	20		22
HOSPITAL AMÉRICAS	FRECUENCIA	5	6	1	-	11	10	7	6	-	-	-	-	-	-	-	46
	%	11	13	2	-	24	22	15	13	-	-	-	-	-	-	-	100%
HOSPITAL OTUMBA	FRECUENCIA	-	2	7	8	2	1	7	1	1	3	1	3	1	2	1	40
	%	-	5	18	21	5	2	18	2	2	8	2	8	2	5	2	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas, y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



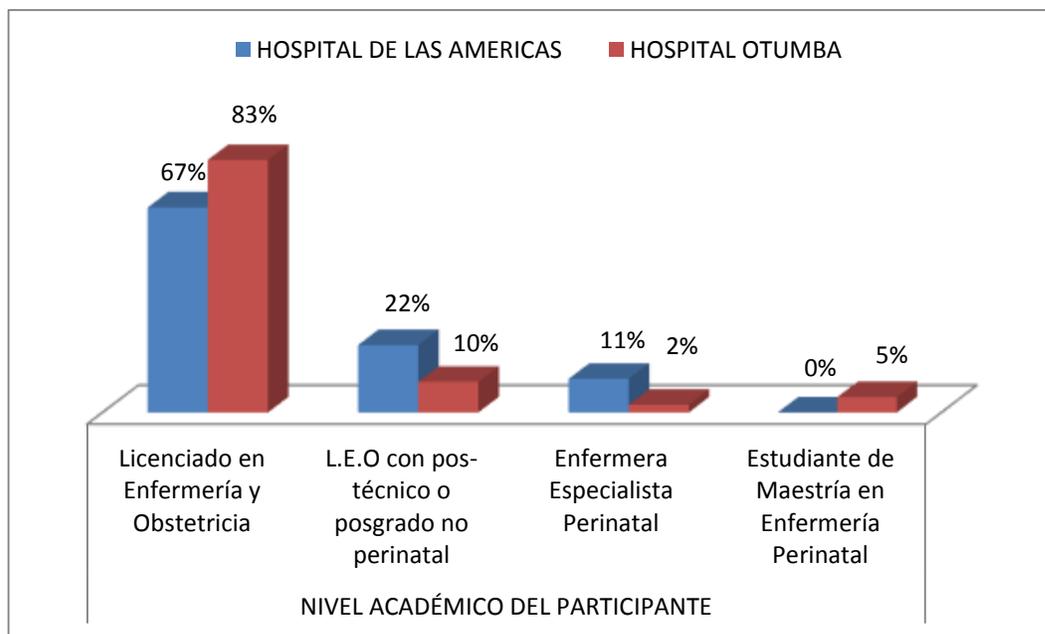
Fuente: Tabla No. 3



Tabla y gráfica No. 4 - Nivel académico del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		NIVEL ACADÉMICO				Total
		Licenciado en Enfermería y Obstetricia	L.E.O con pos-técnico o posgrado no perinatal	Enfermera Especialista Perinatal	Estudiante de Maestría en Enfermería Perinatal	
Hospital las Américas	Frecuencia	31	10	5	-	46
	%	67	22	11	-	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	33	4	1	2	40
	%	83	10	2	5	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



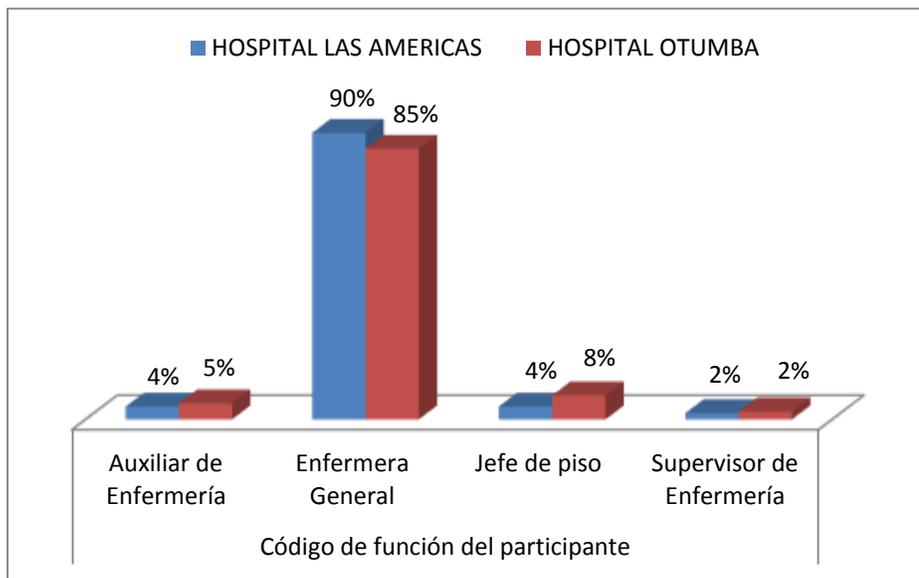
Fuente: Tabla No. 4



Tabla y gráfico No. 5 - Código de función del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		CÓDIGO DE FUNCIÓN				Total
		Auxiliar de Enfermería	Enfermera General	Jefe de piso	Supervisor de Enfermería	
HOSPITAL LAS AMÉRICAS	FRECUENCIA	2	41	2	1	46
	%	4	90	4	2	100%
HOSPITAL OTUMBA	FRECUENCIA	2	34	3	1	40
	%	5	85	8	2	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



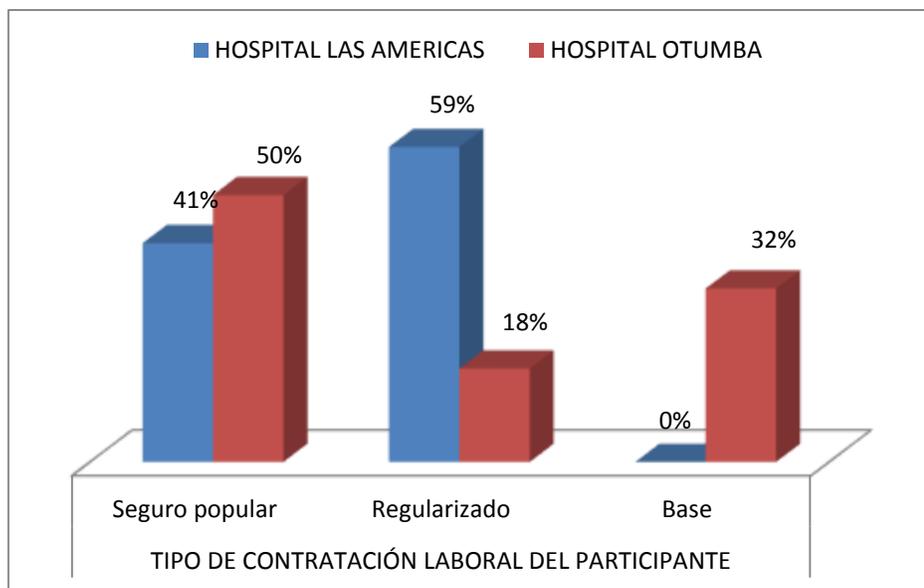
Fuente: Tabla No. 5



Tabla y gráfico No. 6- Tipo de contratación del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		TIPO DE CONTRATACIÓN LABORAL			Total
		Seguro popular	Regularizado	Base	
Hospital las Américas	Frecuencia	19	27	-	46
	%	41	59	-	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	20	7	13	40
	%	50	18	32	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



Fuente: Tabla No. 6

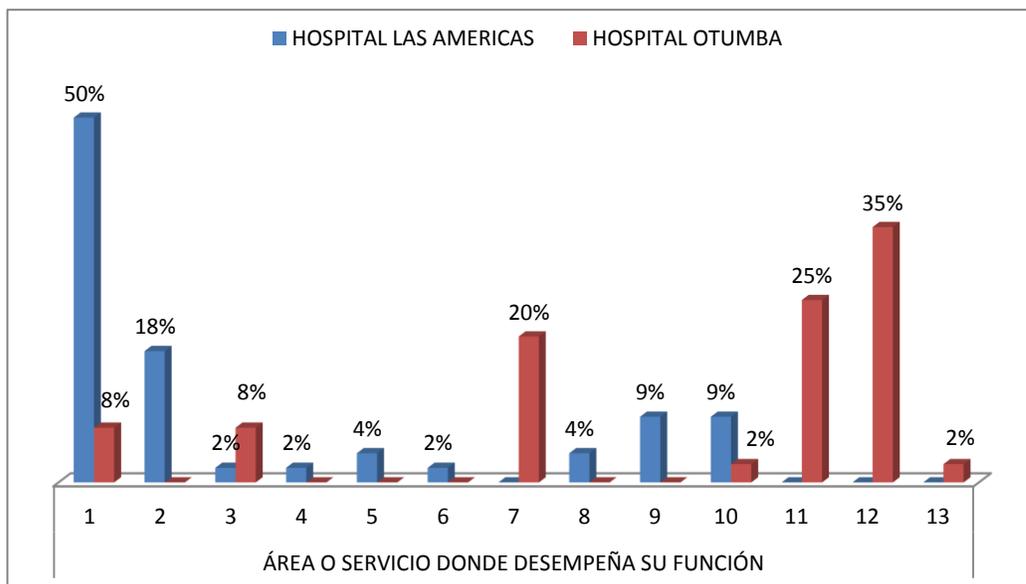


Tabla y gráfico No. 7- Área o servicio del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba donde desempeña su función el personal de Enfermería Obstetra y Perinatal, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		ÁREA O SERVICIO DONDE DESEMPEÑA SU FUNCIÓN													Total
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
HOSPITAL LAS AMÉRICAS	Frecuencia	23	8	1	1	2	1	-	2	4	4	-	-	-	46
	%	50	18	2	2	4	2	-	4	9	9	-	-	-	100%
HOSPITAL OTUMBA	Frecuencia	3	-	3	-	-	-	8	-	-	1	10	14	1	40
	%	8	-	8	-	-	-	20	-	-	2	25	35	2	100%

1) Unidad Tocoquirúrgica, 2) Hospitalización Ginecología, 3) Triage Obstétrico, 4) Puerperio de bajo riesgo, 5) Pediatría, 6) UCIN, 7) Urgencias, 8) Medicina Interna, 9) UCIA, 10) Supervisión de Enfermería, 11) Quirófano, 12) Hospitalización General. 13) Consulta Externa.

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



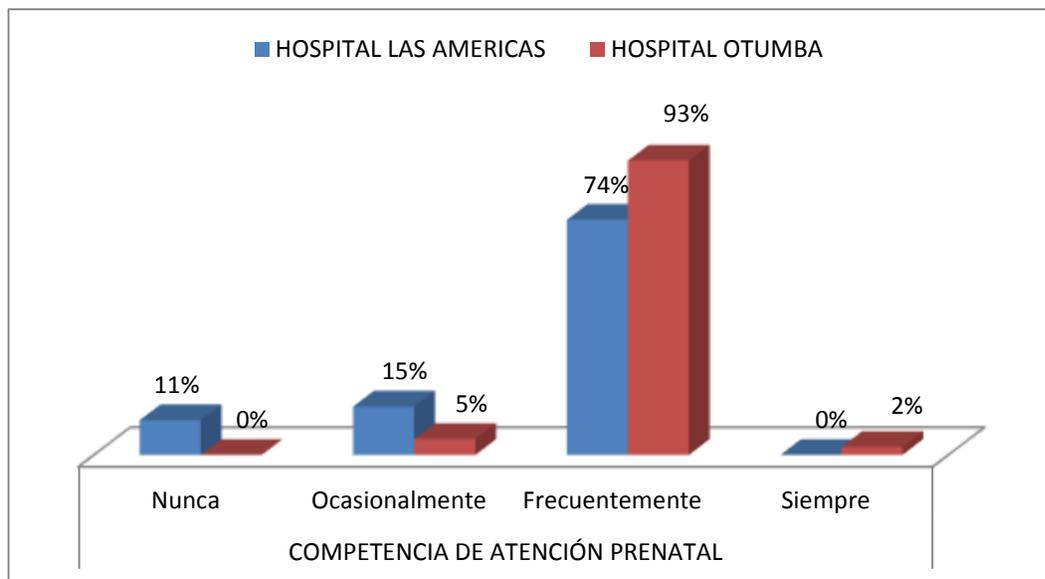
Fuente: Tabla No. 7



Tabla y gráfico No. 8 – Competencia de Atención prenatal del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal, en el Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		COMPETENCIA DE ATENCIÓN PRENATAL				Total
		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre	
Hospital las Américas	Frecuencia	5	7	34	-	46
	%	11	15	74	-	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	-	2	37	1	40
	%	-	5	93	2	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



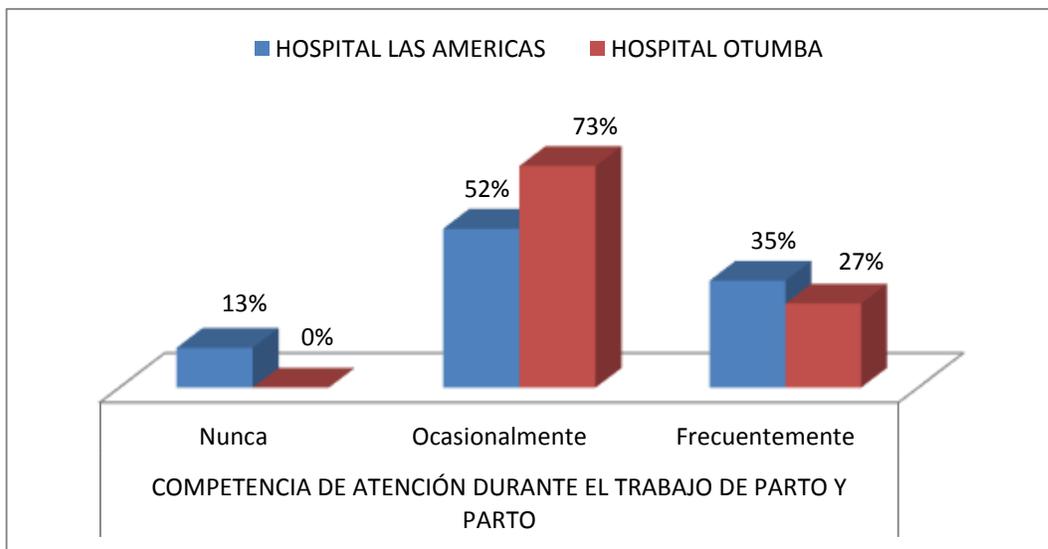
Fuente: Tabla No. 8



Tabla y gráfico No. 9 – Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto, por el personal de Enfermería Obstetra y Perinatal enfermería del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		COMPETENCIA DE ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO			Total
		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	
Hospital las Américas	Frecuencia	6	24	16	46
	%	13	52	35	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	-	29	11	40
	%	-	73	27	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013



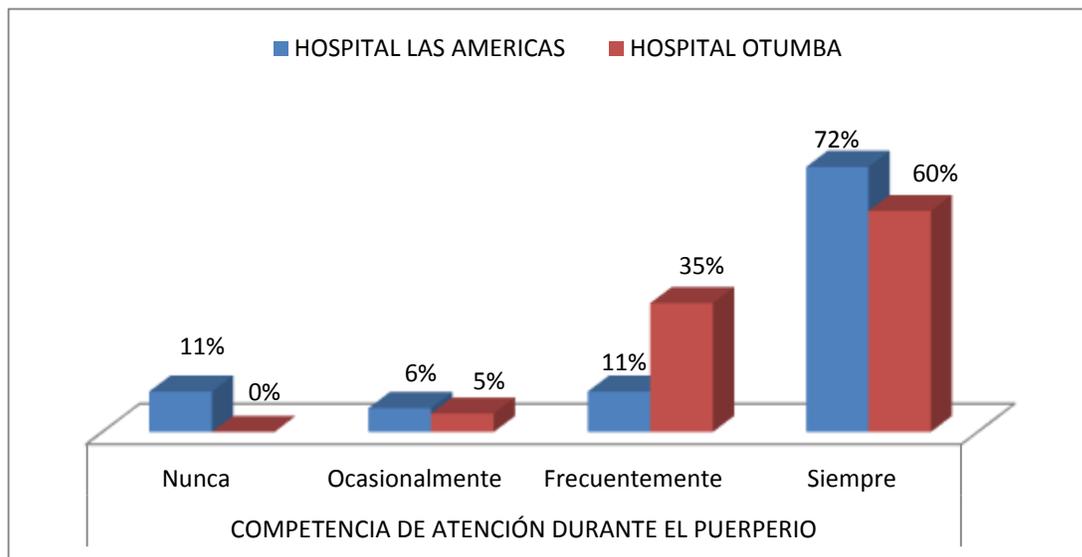
Fuente: Tabla No. 9



Tabla y gráfico No.10 – Competencia de atención del personal de Enfermería Obstetra y Perinatal durante el puerperio, en el Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		COMPETENCIA DE ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO				Total
		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre	
Hospital las Américas	Frecuencia	5	3	5	33	46
	%	11	6	11	72	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	-	2	14	24	40
	%	-	5	35	60	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013



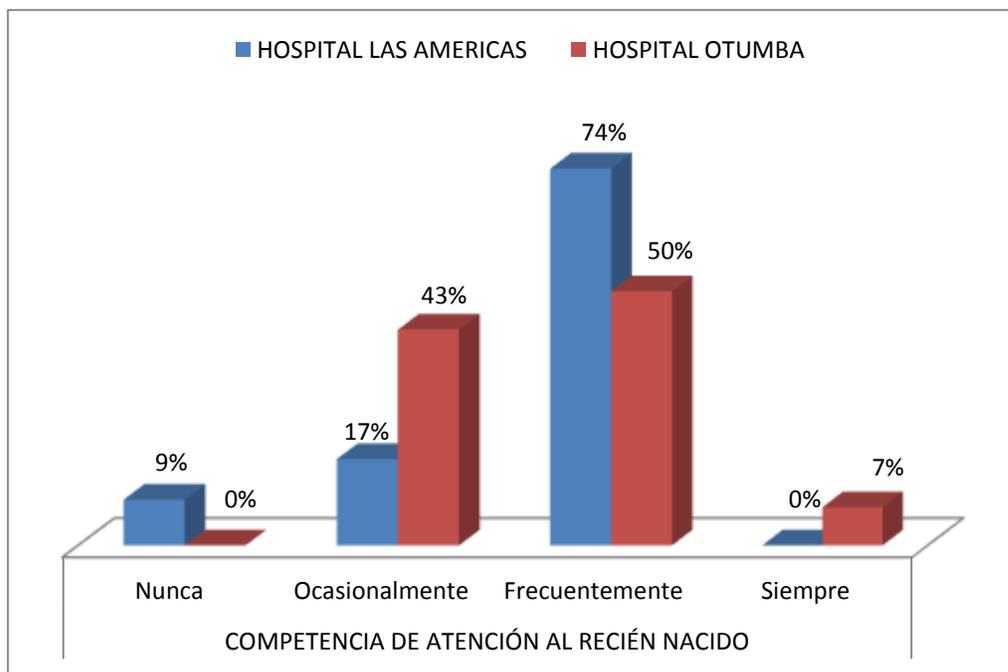
Fuente: Tabla No. 10



Tabla y gráfico No. 11- Competencia de Atención del Recién Nacido por el personal de Enfermería Obstetra y Perinatal, del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

HOSPITAL		COMPETENCIA DE ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO				Total
		Nunca	Ocasionalmente	Frecuentemente	Siempre	
Hospital las Américas	Frecuencia	4	8	34	0	46
	%	9	17	74	-	100%
Hospital Otumba	Frecuencia	-	17	20	3	40
	%	-	43	50	7	100%

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013



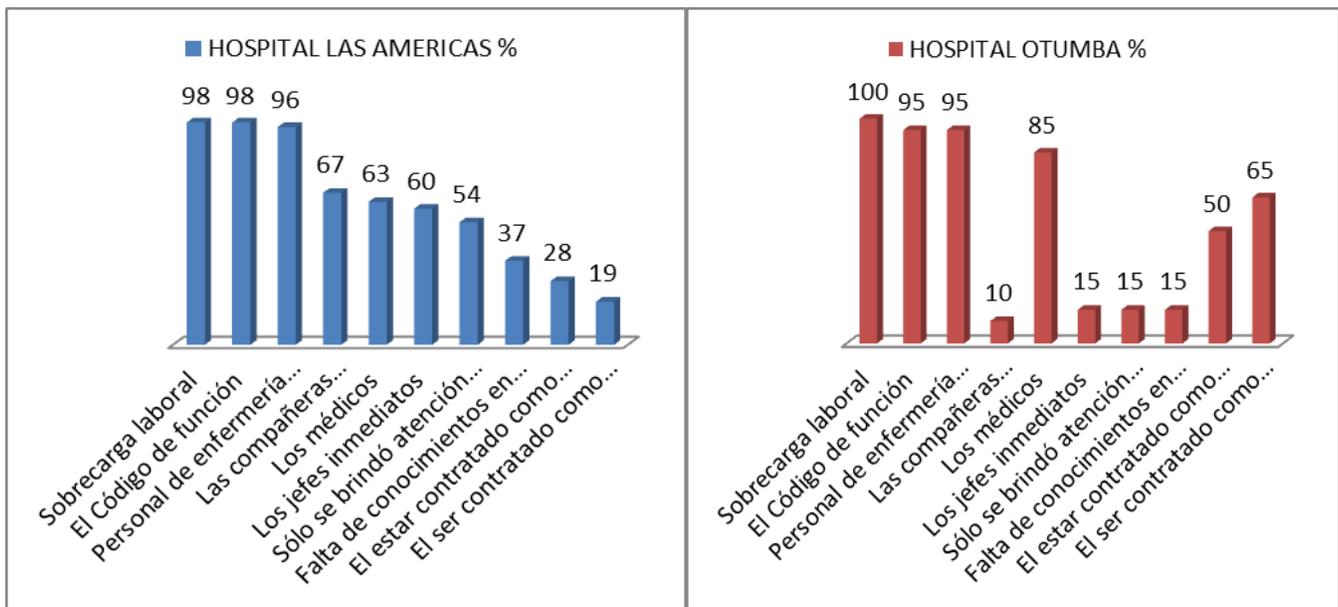
Fuente: Tabla No. 11



Tabla y gráfico No.12 - Factores que limitan o impiden el actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal, en el Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal de Otumba, octubre y noviembre 2013

#	FACTORES LIMITANTES	HOSPITAL AMERICAS		HOSPITAL OTUMBA	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%
1	Sobrecarga laboral	45	98	40	100
2	El Código de función	45	98	38	95
3	Personal de enfermería insuficiente	44	96	38	95
4	Las compañeras enfermeras	31	67	4	10
5	Los médicos	29	63	34	85
6	Los jefes inmediatos	28	60	6	15
7	Sólo se brindó atención perinatal durante la formación profesional	25	54	6	15
8	Falta de conocimientos en la atención perinatal	17	37	6	15
9	El estar contratado como personal regularizado	13	28	20	50
10	El ser contratado como personal de seguro popular	9	19	26	65

Fuente: Cuestionario aplicado al personal de enfermería obstetra y perinatal del Hospital General de Ecatepec las Américas y Municipal Otumba, octubre y noviembre 2013.



Fuente: Tabla No. 12



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para formar parte del grupo de Especialistas en Enfermería Perinatal y Licenciados en Enfermería y Obstetricia que de manera comprometida participaremos en la investigación que llevará por nombre: Factores que impiden o limitan el actuar de la Enfermera Obstetra y Perinatal.

En el entendido que cooperaré en la aportación responsable y confiable que me caracteriza como profesional en enfermería; así mismo estoy en la disposición de colaborar las veces que el autor considere, con el fin de que los datos que se reflejan sean asertivos y aporten información confiable a la investigación.

Estoy consciente que fui elegida (o) para ser parte del grupo, por la actividad que desempeño y nivel académico con el que cuento.

El estudio tiene como propósito identificar el actuar del profesional de Enfermería Perinatal y Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención perinatal en dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México.

Los resultados de ésta investigación serán publicados y se le otorgarán siempre y cuando lo solicite previamente.

Yo: _____

(Nombre completo y firma del participante)

Declaro libre y voluntariamente participar en este proyecto.

Fecha: _____



1. CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como propósito identificar el actuar del profesional de Enfermería Perinatal y del Licenciado en enfermería y Obstetricia, en la atención perinatal en dos hospitales del Instituto de Salud del Estado de México.

INSTRUCCIONES: La contestación debe ser en base a la libertad que tiene usted para desempeñar su profesión. Lea cuidadosamente las preguntas y marque con una "X" sus respuestas, recuerde no marcar más de una opción.

No hay respuestas correctas o incorrectas, estas simplemente reflejan su situación personal, elija la que mejor describa su actuar profesional.

De antemano: ¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

1- Datos Generales

1.1- Fecha:	1.2- Edad:	1.3- Sexo:
1.4- Código de Función:		1.5- Antigüedad laboral:
1.6- Área o servicio donde desempeña su función:		
1.7- Nivel académico:		
1.8- Es personal de Seguro popular, regularizado o con base:		

2- Competencia de atención prenatal

Otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo.

NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUEMENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4

ITEMS	1	2	3	4
2.1- Realiza el interrogatorio general y obstétrico				
2.2- Efectúa exploración física general y ginecológica				
2.3- Realiza somatometría				
2.4- Determina las cifras de las constantes vitales				
2.5- Valora altura del fondo uterino				
2.6- Realiza las maniobras de Leopold				
2.7- Ausculta la frecuencia cardiaca fetal				
2.8- Valora el estado nutricional de la madre				
2.9- Solicita exámenes básicos de laboratorio				



2.10- Determina el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores y en cada una de las consultas				
2.11- Refiere oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo				
2.12- Proporciona intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.				
2.13- Capacita a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo				
2.14- Orienta sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual				
2.15- Brinda consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar.				

3- Competencia de atención durante el trabajo de parto y parto

Proporciona atención continua a la embarazada durante el trabajo de parto y parto, atendiendo las condiciones generales y obstétricas y previene la aparición de complicaciones que puedan afectar la seguridad de la madre y el feto.

NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4

ITEMS	1	2	3	4
3.1- Registra e interpreta las cifras de los signos vitales				
3.2- Realiza maniobras de Leopold				
3.3- Ausculta y mide la frecuencia cardíaca fetal				
3.4- Valora la dinámica uterina				
3.5- Valora las condiciones de las membranas ovulares				
3.6- Valora el grado de encajamiento				
3.7- Identifica oportunamente signos y síntomas que indiquen el inicio del trabajo de parto				
3.8- Identifica factores de riesgo durante todo el proceso				
3.9- Identifica la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas				
3.10- Valora y registra las modificaciones cervicales (dilatación y borramiento).				
3.11- Valora el descenso de la presentación (planos de Hodge).				
3.12- Identifica signos y síntomas que indiquen el inicio del periodo expulsivo				



3.13- Coloca a la embarazada en la posición más apropiada y cómoda				
3.14- Efectúa el aseo de la región				
3.15- Realiza amniorresis en caso necesario				
3.16- Evalúa las condiciones del periné y en caso necesario efectuar episiotomía				
3.17- Recibe al recién nacido				
3.18- Propicia el alumbramiento espontáneo de la placenta.				
3.19- Comprueba la integridad de la placenta y membranas				
3.20- Verifica la involución uterina y aplica los fármacos de acuerdo a protocolo				
3.21- Revisa la integridad y condiciones del conducto vaginal				
3.22- Realiza episiorrafia en caso de episiotomía.				

4- Competencia de atención en el puerperio

Brinda atención integral en el puerperio inmediato, mediato y tardío con base en las condiciones físicas, psicológicas y sociales de la puérpera y su familia.

NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4

ITEMS	1	2	3	4
4.1- Mide y verificar la estabilidad de las constantes vitales				
4.2- Explora físicamente a la puérpera para verificar el grado de involución uterina y para identificar oportunamente complicaciones				
4.3- Evalúa las características del sangrado transvaginal				
4.4- Ministrar fármacos de acuerdo a protocolos establecidos				
4.5- Propicia el inicio temprano de la lactancia materna				
4.6- Identifica oportunamente datos de complicaciones tales como: infecciones vaginales o grietas en los pezones				
4.7- Orienta a la madre en aspectos sobre la detección oportuna de signos o síntomas de complicación tales como fiebre, sangrado anormal y dolor				

5- Competencia de atención al recién nacido

Proporciona atención inmediata, mediata y tardía, al recién nacido con el fin de disminuir el riesgo de enfermedad o muerte.



NUNCA	OCASIONALMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
1	2	3	4

ITEMS	1	2	3	4
5.1- Recibe al recién nacido inmediatamente después del nacimiento				
5.2- Realiza la valoración de Apgar, Silverman, Capurro y examen físico completo				
5.3- Realiza las medidas necesarias para mantener la temperatura corporal del recién nacido				
5.4- Pinza, liga y corta el cordón umbilical				
5.5- Detecta signos de alarma en el recién nacido				
5.6- Somatometría completa del recién nacido				
5.7- Profilaxis oftálmica				
5.8- Aplica vitamina K				
5.9- Identifica y registra al recién nacido conforme a las disposiciones legales e institucionales que aseguren su personalidad jurídica				
5.10- Orienta a la madre sobre los cuidados del neonato en el hogar y la detección oportuna de signos de alarma				

6- Señale la respuesta que crea oportuna en relación a los factores que limiten o impiden su actuar como enfermera obstetra y perinatal y enumere el de mayor a menor importancia.

SI	NO	Enumere de mayor a menor importancia, los enunciados que respondió con "si"
1	2	3

ITEMS	1	2	3
6.1. Los médicos prohíben o limitan su actuar como Enfermera Obstetra o Perinatal			
6.2. Sus jefes inmediatos prohíben o limitan su actuar como Enfermera Obstetra o Perinatal			
6.3. Sus compañeras enfermeras que no tienen el nivel académico de Obstetra o perinatal la limitan			
6.4. La sobrecarga laboral impide o limita su actuación			
6.5. El código de función con el que cuenta le impide realizar sus actividades de obstetricia o perinatal			
6.6. El ser contratado como personal de seguro popular limita su función			



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
CENTRO UNIVERSITARIO UAEM ZUMPANGO



como Obstetra o Perinatal			
6.7. El ser personal regularizado limita su actuar como enfermera Obstetra o Perinatal, debido a que no tiene el derecho a escalafonar para un código de enfermera obstetra o perinatal			
6.8. El personal de enfermería es insuficiente, por tal motivo no realiza actividades de enfermera Obstetra y Perinatal, ya que debe ejecutar funciones de acuerdo al código de función por el que está contratado.			
6.9. La falta de conocimiento en la atención perinatal limita o impide su actividad			
6.10. Durante su formación profesional únicamente brindo atención perinatal, porque era requisito como estudiante			