Procesos para implementar el modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Enfoque humanizado, intercultural y seguro

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud

Atención Perinatal con Enfoque Intercultural

Desde el año de 2008 la DGPLADES encabeza la elaboración e implantación del *"Modelo de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro"*.

Responde actualmente a la Línea de acción 4.2.8 del Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013–2018, y a la Línea de Acción 4.2.3. del Programa Sectorial de Salud 2013– 2018:

"Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad."

Problema

Lancet publica violencia hacia las mujeres en la atención perinatal/2002.
La OMS Emite pronunciamiento /2014.

Violence against women VI

Violence against women in health-care institutions: an emerging problem

Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Simone Grilo Diniz, Lilia Blima Schraiber

Maternal morbidity and mortality in childbirth is a matter of utmost importance in public health. In this article, we argue that part of the problem lies in violence committed by health workers in childbearing or abortion services, which affects health-service access, compliance, quality, and effectiveness. We analysed rigorous research from the past decade and discuss four forms of violent abuse by doctors and nurses: neglect and verbal, physical, and sexual abuse. These forms of violence recur, are often deliberate, are a serious violation of human rights, and are related to poor quality and effectiveness of health-care services. This abuse is a means of controlling patients that is learnt during training and reinforced in health facilities. Abuse occurs mainly in situations in which the legitimacy of health services is questionable or can be the result of prejudice against certain population groups. We discuss ways to prevent violent abuse.

Organización Mundial de la Salud

hrp

Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud

Declaración de la OMS

Todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación.

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Introducción

THE LANCET. Vol 359, May 11, Pags 1681 – 1684. 2002.

Documento de la OMS, 2014.

Problema

REVISIÓN SISTEMÁTICA

El maltrato a la mujer durante el parto en establecimientos de salud a nivel mundial: Mezcla de Métodos.

Aportes en la propuesta de tipología.

PLOS Medicine, Junio de 2015

PLOS | MEDICINE

RESEARCH ARTICLE

The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review

Meghan A. Bohren[1,2]*, Joshua P. Vogel[2], Erin C. Hunter[3], Olha Lutsiv[4], Suprita K. Makh[5], João Paulo Souza[6], Carolina Aguiar[7], Fernando Saraiva Coneglian[8], Alex Luiz Araújo Diniz[9], Özge Tunçalp[2], Dena Javadi[2], Olufemi T. Oladapo[2], Rajat Khosla[2], Michelle J. Hindin[1,2], A. Metin Gülmezoglu[2]

1 Department of Population, Family and Reproductive Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, United States of America, 2 Department of Reproductive Health and Research including UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 3 Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Maryland, United States of America, 4 Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health, McGill University, Montreal, Quebec, Canada, 5 Population Services International, Washington, D. C., United States of America, 6 Department of Social Medicine, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil

* mbohren1@jhu.edu

Abstract

Background

Despite growing recognition of neglectful, abusive, and disrespectful treatment of women during childbirth in health facilities, there is no consensus at a global level on how these occurrences are defined and measured. This mixed-methods systematic review aims to synthesize qualitative and quantitative evidence on the mistreatment of women during childbirth in health facilities to inform the development of an evidence-based typology of the phenomenon.

Methods and Findings

We searched PubMed, CINAHL, and Embase databases and grey literature using a predetermined search strategy to identify qualitative, quantitative, and mixed-methods studies on the mistreatment of women during childbirth across all geographical and income-level settings. We used a thematic synthesis approach to synthesize the qualitative evidence and assessed the confidence in the qualitative review findings using the CERQual approach. In total, 65 studies were included from 34 countries. Qualitative findings were organized under seven domains: (1) physical abuse, (2) sexual abuse, (3) verbal abuse, (4) stigma and discrimination, (5) failure to meet professional standards of care, (6) poor rapport between women and providers, and (7) health system conditions and constraints. Due to high heterogeneity of the quantitative data, we were unable to conduct a meta-analysis; instead, we

OPEN ACCESS

Citation: Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLoS Med 12(6): e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

Academic Editor: Rachel Jewkes, Medical Research Council, SOUTH AFRICA

Received: November 18, 2014

Accepted: May 22, 2015

Published: June 30, 2015

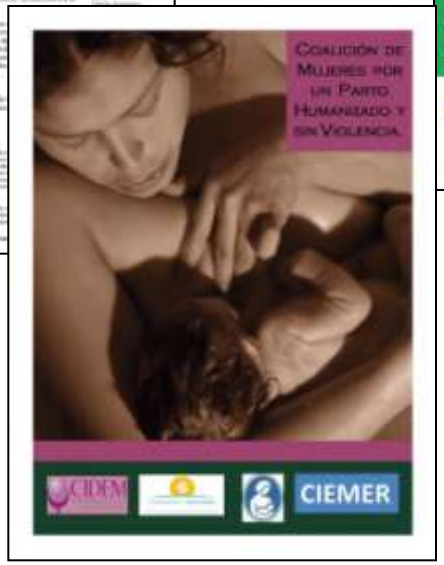
Copyright: © 2015 Bohren et al. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Data Availability Statement: All relevant data are within the paper and its Supporting Information files.

Funding: The funders had no role in study design, data collection and analysis, decision to publish, or preparation of the manuscript. Funding for this project was received from The United States Agency for International Development (USAID) (USAID Amendment #20, WHO Consolidated Grant GHA-G-00-09-00020) and the UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction (HRP), Department of Reproductive

Problema

En México y Latinoamérica se publica sobre lo mismo



Problema

El ***Síndrome de Burnout*** se da en personal de salud en contacto con un ambiente deshumanizado y estresante.

El personal obstétrico es quien tiene índices más altos del S. de B.

Garza JA, Schneider KM, Promecene P, Monga M. Burnout in residency: a statewide study. South Med J 2004;97 (12):1171- 73.

Castelo-Branco C, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, Balasch J. Stress symptoms and burnout in obstetrics and gynecology residents. BJOG 2007;114(1):94- 98.

Yusvisaret Palmer Morales, Roberto Prince Vélez y Roberto Searcy Bernal. *Factores relacionados con el síndrome de burnout en ginecólogos***.** Ginecol Obstet Mex 2007;75(7):379-83.

Becker JL, Milad MP, Klock SC. Burnout, depression and career satisfaction: cross-sectional study of obstetrics and gynecology residents. Am J Obstet Gynecol 2006;195:1444-49.

Bettes BA, Strunk LA, Coleman HV, Schulkin J. Professional liability and other career pressures: impact on obstetrician-gynecologist career satisfaction. Obstet Gynecol 2004;103(5):967-73.

Problema

El 31 de julio de 2017 la **CNDH** emitió la Recomendación General No. 31/2017, sobre ***la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud***. Está dirigida a los Secretarios de Salud, de la Defensa Nacional y de Marina; Gobernadora y Gobernadores de las Entidades Federativas; Jefe de Gobierno de la Ciudad de México, y Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y de Petróleos Mexicanos.

CNDH
MÉXICO

Comisión Nacional de los Derechos Humanos

CNDH
MÉXICO

RECOMENDACIÓN GENERAL No. 31/2017

SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Ciudad de México, a 31 de julio de 2017

SEÑORAS Y SEÑORES SECRETARIOS DE SALUD, DE LA DEFENSA NACIONAL Y DE MARINA; GOBERNADORA Y GOBERNADORES DE LAS ENTIDADES FEDERATIVAS; JEFE DE GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO, Y DIRECTORES GENERALES DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO Y DE PETRÓLEOS MEXICANOS.

Distinguidos (as) señores (as):

1. El artículo 1°, párrafo tercero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece que todas las autoridades tienen el deber para que en el ámbito de su competencia, promuevan, respeten, protejan y garanticen los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad.

2. Por su parte el artículo 6°, fracción VIII, de la Ley de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos prevé como atribución de este Organismo Nacional, proponer a las diversas autoridades del país en el exclusivo ámbito de su competencia que se promuevan los cambios y modificaciones de leyes y

1/83

http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Recomendaciones/generales/RecGral_031.pdf

Derecho a una vida libre de violencia	La agresión verbal, la degradación, humillaciones, crueldad y maltrato emocional y físico.
Derecho a la protección de la salud	Subestimar las manifestaciones de dolor hechas por la paciente, la realización de maniobras de manera rutinaria sin estimar el caso en particular, la falta de supervisión de los residentes por los médicos de base, la mala infraestructura y equipamiento del hospital y el abuso de medicalización.
Derecho a la información y al libre consentimiento informado	Brindar información incompleta o sesgada sobre el estado de salud del paciente, no hacer de conocimiento de su estado de gravedad, o dándose el caso, el motivo de su deceso; realizar prácticas sin consultar previamente a la paciente,
Derecho a la libertad y autonomía reproductiva	No respetar la forma en que la gestante decide dar a luz, los procesos naturales del parto, acelerarlo mediante la aplicación de oxitocina, o realizar ruptura de membranas de manera artificial cuando no es necesario.
Derecho a la igualdad y no discriminación	Prácticas discriminatorias en contra de las mujeres por su origen y condición social, omitir las circunstancias particulares de la gestante, falta de intérpretes y traductores, ausencia de perspectiva intercultural.
Derecho a la integridad personal	Aplicación de episiotomías innecesarias, cesáreas que no están médicamente indicadas entre otros; prácticas que son invasivas y pueden causar un daño físico, siempre que en las mismas no medie solicitud expresa de la paciente y sean médicamente viables.
Derecho a la vida	Acciones u omisiones que tienen como consecuencia la pérdida de la vida de la mujer o del producto de la gestación, tales como: desestimar los padecimientos manifestados por la gestante, descuidar la vigilancia estrecha del binomio materno-infantil, abandonar a la paciente, la medicalización y patologización de los proceso naturales.

Tipificación de la violencia obstétrica desde los derechos humanos:

Problema

Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016

Principales Resultados

INEGI
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

Agosto 18, 2017

Problema

Maltrato en la Atención Obstétrica

ENDIREH 2016

Universo: 32.8 millones de mujeres de 15 años y más que tienen entre **15 y 49** años de edad (70.7% del total).

- 8.7 millones (26.7%), tuvieron al menos un parto en los últimos 5 años – de octubre de 2011 a octubre de 2016.

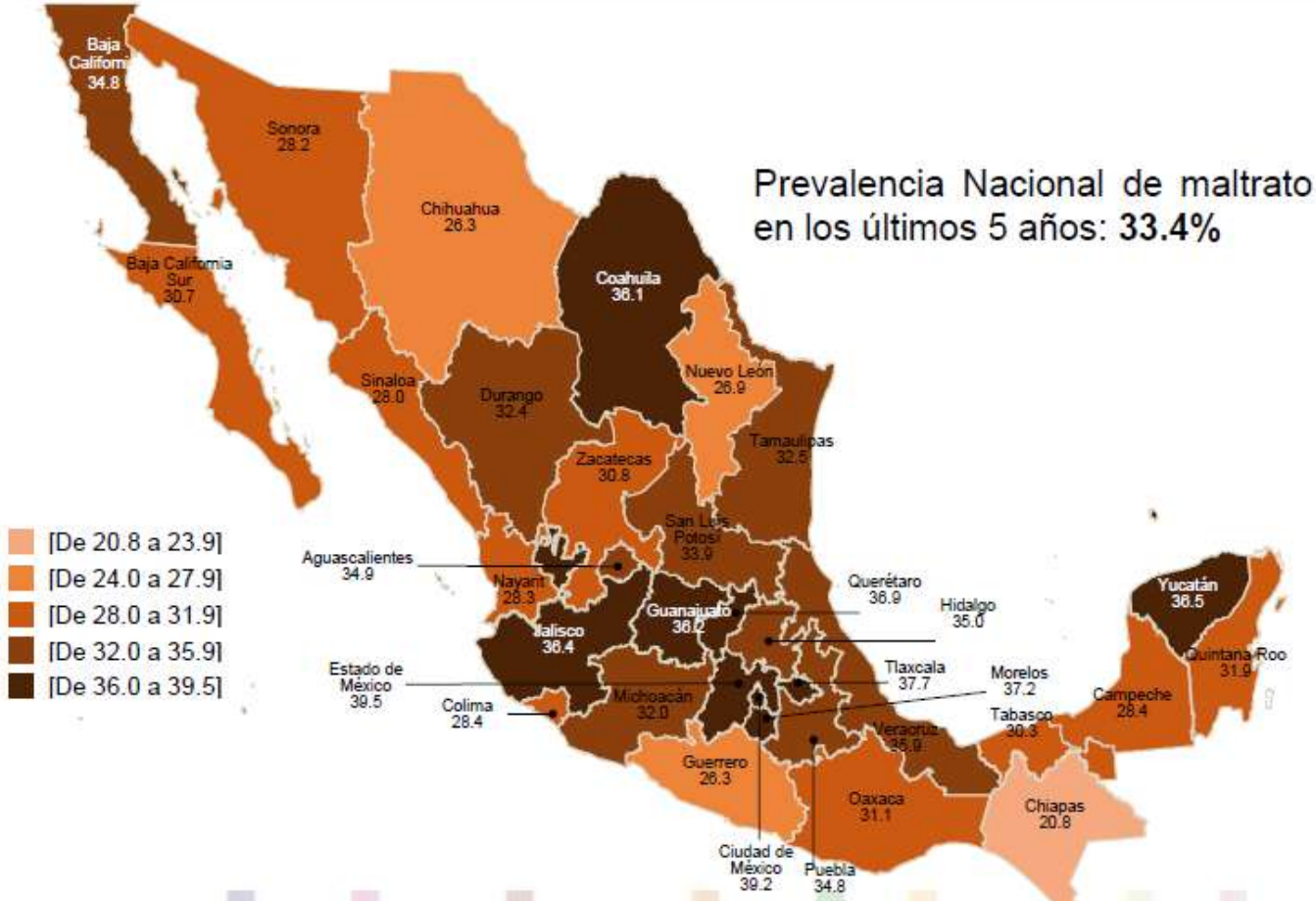
- 3.7 millones (42.8%), reportó que el nacimiento de su último hijo/a fue por cesárea.

La ENDIREH 2016 es la primera encuesta nacional que incluye una sección para valorar la atención obstétrica que las mujeres recibieron durante el último parto por parte del personal que las atendió.

En los últimos 5 años, 33.4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un parto, sufrió algún tipo de maltrato por parte de quienes las atendieron en el parto.

Maltrato en la atención obstétrica en el país

ENDIREH 2016



Prevalencia Nacional de maltrato en los últimos 5 años: **33.4%**

Mayor proporción:

- Estado de México
- Ciudad de México
- Tlaxcala **37.7%**
- Morelos
- Querétaro

Menor proporción:

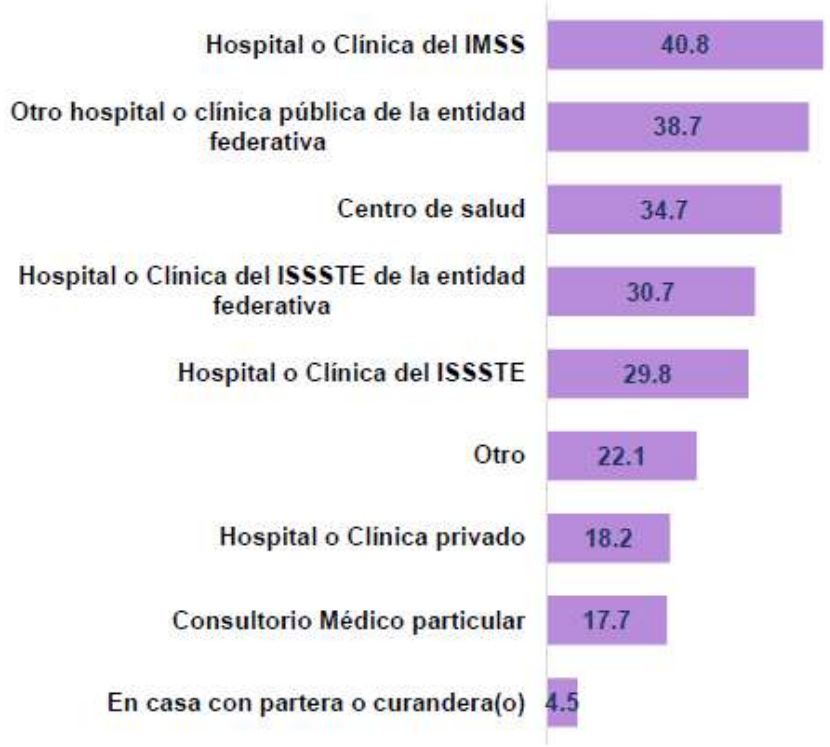
- Sinaloa
- Nuevo León
- Chihuahua
- Guerrero
- Chiapas

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y GEOGRAFÍA

Lugar donde atendieron el parto y maltrato durante el parto

ENDIREH 2016

Proporción de mujeres de 15 a 49 años con maltrato durante la atención obstétrica de su último parto o cesárea en los últimos 5 años por lugar donde la atendieron



Problema

- Tutelaje. Herencia colonial

Alma pequeña:

Indígenas
Mujeres
Niños

Problema

Problemática en los servicios de salud

Servicios médicos que se apropian de las decisiones y del cuerpo de las mujeres, con el argumento que "*ellos si saben lo que ellas necesitan*".

Menosprecio por el respeto a los derechos humanos

Medicalización Revolución Industrial

- Hospital = fabrica
- Mujer embarazada producto inicial.
- Recién nacido producto final.

  “*el producto*”.
- Médicos y enfermeras: Obreros de la cadena de producción.

La mujer, el recién nacido y el personal de salud se vuelven objetos y engranajes de un proceso frío.

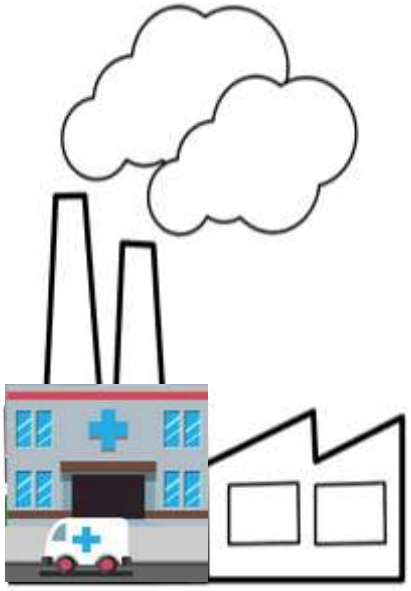
En términos sociológicos se le llama **humanización** al proceso en el cual a animales o a objetos inanimados se les dan características humanas.

Y **deshumanización** cuando a los seres humanos se les priva de su dignidad considerándolos como cosas, objetos de estudio, procesos patológicos o estadísticas.

Tenemos una diabetes gestacional".
"La paciente de la cama 304".
"Un óbito".
"Dos millones trecientos mil partos".

Consecuencias de la industrialización del parto en los hospitales:

- Atención serializada y despersonalizada.
- ***Vínculo roto*** con la paciente y entre personal de diferentes profesiones.
- Concepción mecanicista de la paciente y nacimiento, colocando el eje de atención en la productividad.



Especialidades quirúrgicas > Paciente como cuerpo

Consecuencias de la industrialización del parto en los hospitales:

Con la rutina, la serialización y la ruptura del vínculo con las mujeres se propicia:

- **Pérdida de la capacidad de admiración**. Ante el milagro del nacimiento y de la vida.

- **Pérdida de la capacidad de indignación.** Ante las situaciones negativas que sufren las mujeres en los procesos de atención.

Asunto de Política Pública

La atención a las mujeres en los servicios de atención perinatal, es más que una temática técnico-obstétrica, es una situación de **política pública**.

Las Políticas Públicas son acciones de gobierno, que buscan dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad, un "pacto" entre el Estado y la Sociedad; Esta definición rescata el sentido de participación de la sociedad, en este caso de las mujeres. "*Chandler y Plano*".

Respuesta institucional

“EL MODELO …”

“Mujeres” porque se reconoce su diversidad.

Contiene todos los elementos que se requieren para poder implantarlo.

Ratificado por las Mujeres/CNDH/CONMED y Comisión nacional de Bioética.

Procesos para su Desarrollo

Escucha intercultural desde su propia diversidad y **cosmovisión**

Con mujeres indígenas

Con parteras tradicionales
Personaje vital y estratégico.

Con mujeres en general
Usuarias de los servicios de atención perinatal

Con prestadores/as de servicios de salud

Fundamentos:

- Recomendaciones de la OMS.
- Evidencias científicas.
- Derechos humanos.
- Marco normativo mexicano.
- Demandas de grupos de mujeres

Evidencias Científicas

Derecho de la mujer y el recién nacido a recibir atención basada en evidencias científicas

Derecho del personal de salud a atender bajo las evidencias científicas.

Posición de la OMS y Cochrane

Organización Mundial de la Salud

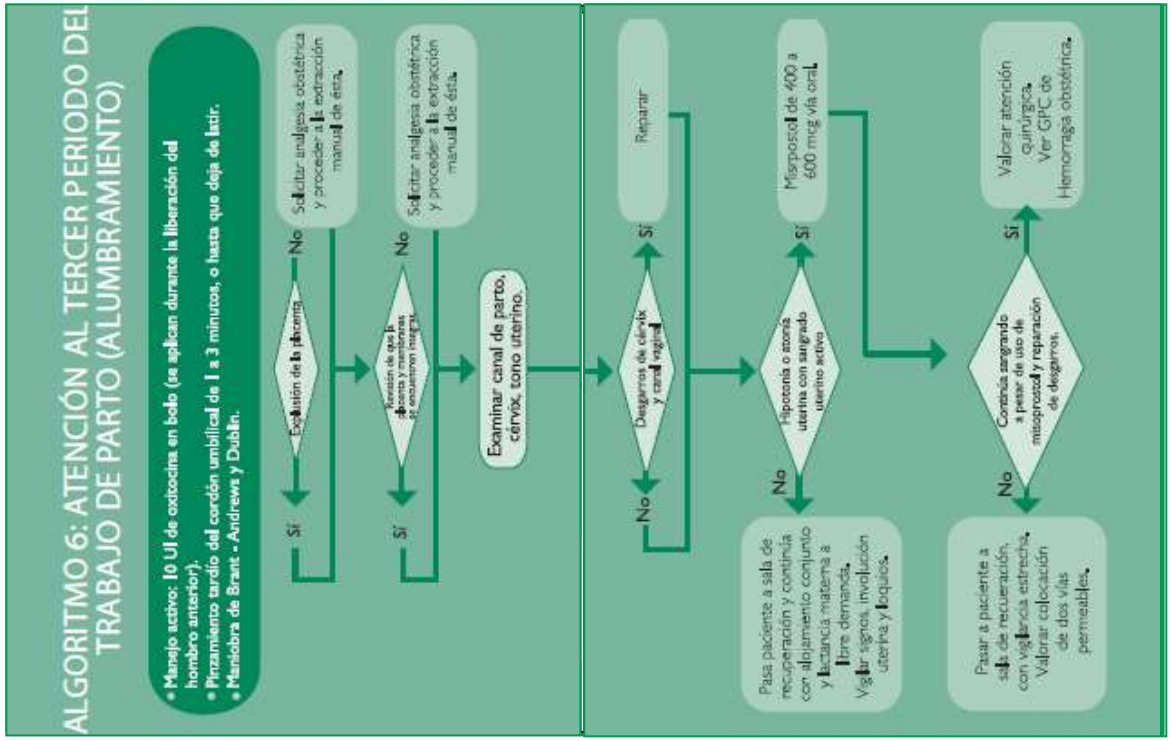
THE COCHRANE COLLABORATION®

Que ahora confirman muchos elementos del modelo tradicional de atención del parto

Procesos para su Desarrollo

Enriquecimiento con las evidencias científicas

Guía de Consulta Rápida



Elaboración de UNICEF en conjunto con DGPLADES y otras instituciones.

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

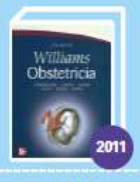
CIESAS

LOW RISK OBSTETRIC AND NEWBORN CARE ACCORDING TO THE LEADING BOOKS ON OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

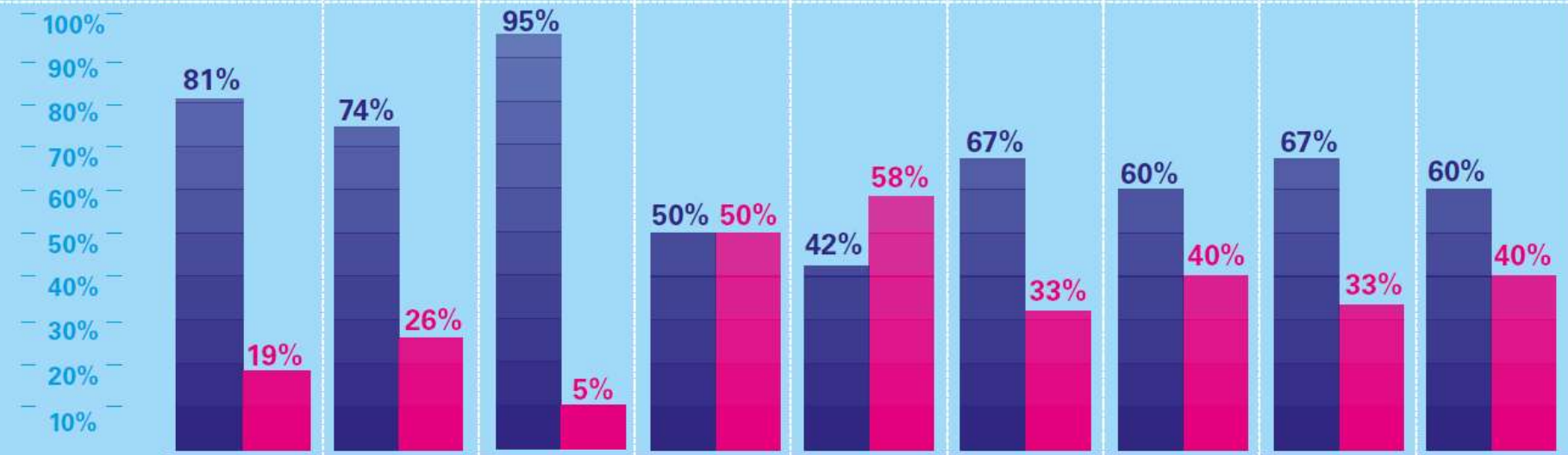
unicef

By Matthias Sachse Aguilera and Paola Ma. Sesia

TOP 9 REFERENCE TEXTBOOKS CONSULTED IN TOP MEDICAL SCHOOLS IN MEXICO[1)]



With information out of the total 26 thematic fields	16	19	22	6	19	9	20	3	15
With NO information out of the total 26 thematic fields	10	7	4	20	7	17	6	23	11



Does not contradict the EBM / Total maneuvers and procedures found	13/16	14/19	21/22	3/6	8/19	6/9	12/20	2/3	9/15
Contradict the EBM / Total maneuvers and procedures found	3/16	5/19	1/22	3/6	11/19	3/9	8/20	1/3	6/15

1) Universidad Autónoma de México / Instituto Politécnico Nacional

BIBLIOGRAPHY. Maria et al. 2012; Sachse, Sesia, Pintado y Lastra, 2012; Sachse, Sesia y García, 2013; Sachse y Calvo, 2013, Valdez Santiago et al. 2013, Walker et al. 2011, 2012; Castro y Erviti, 2002; 2014; GIRE, 2013; Sesia, van Dijk y Sachse, 2014; Valdez Santiago et al. 2013.

Matthias Sachse msachse@unicef.org
Paola Sesia paolasesia@yahoo.com.mx

We appreciate the support of: World Vision Por los niños · Comité Promotor para una Maternidad Segura en México

Marco Normativo Mexicano

- El Programa Sectorial de Salud 2013-2018. Líneas de acción: 2.1.5, 2.3.5 y 4.2.3.

- La Ley General de Salud (LGS) Arts. 51, 51 Bis 1, 52 Bis 2. Art. 61 Bis.

- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, "*Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*". Publicada en el DOF el 7 abril de 2016.

NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016

DOF 7 abril 2016

PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.

OBJETIVO	Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.
CAMPLO DE APLICACIÓN	Observancia obligatoria para todo el personal de salud de las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos

Entre otras consideraciones establece:	
5.1.. 11	**La atención** durante el EPP debe **respetar los derechos humanos, dignidad y cultura…. pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.**
5.1.12	Las **mujeres** y los RN referidas por **parteras tradicionales….**, deben ser atendidos con **oportunidad**. tener la **opción de parir en forma vertical**, …
5.3.1.16	**El control prenatal** debe ser realizado por personal calificado … **con pertinencia cultural**, ….
5.5.3	**Ninguna persona** que preste servicios de ginecología y obstetricia, **discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer** …..
5.5.5	… **permitir la ingesta de líquidos**…. la **deambulación** alternada con reposo…..

NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016 DOF 7 abril 2016

PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIÉN NACIDA.

OBJETIVO	Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.
CAMPLO DE APLICACIÓN	Observancia obligatoria para todo el personal de salud de las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a las mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos

Entre otras consideraciones establece:	
5.5.6	La **prescripción de analgésicos, sedantes …..** el TP, **basado en evidencias.**
5.5.7	La **inducción y conducción** del TP deberá estar **basado en evidencias** …. mediante el consentimiento informado.
5.5.14	Durante el periodo expulsivo, **no debe realizarse la maniobra de Kristeller…..**
5.5.15	**Promover La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural ….** . y **permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer.**
5.5.18	**La revisión** manual o instrumental **de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria**.
5.7.8	**Se eliminarán prácticas como el ayuno**, **soluciones glucosadas** por vía oral, **agua y/o fórmula láctea, uso de biberón** y s**eparación madre-hija/o**.

Derechos Humanos

Modificación 2011

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

Articulo 1º.- En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozaran de los derechos humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta constitución establece.

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacionalidad, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Derechos Humanos

Los acuerdos internacionales de carácter vinculante que debemos de cumplir las instituciones y ***servidores públicos***, en el caso de la atención a la mujer son:

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (*CEDAW*), de 1979 (y que entró en vigor en 1981).

CEDAW

La Convención de *Belem do Pará*: Convención Interamericana para Prevenir y Erradicar la Violencia contra la Mujer, de 1994.

~~Violencia obstétrica~~

Derechos Humanos

Los acuerdos internacionales de carácter vinculante que debemos de cumplir las instituciones y ***servidores públicos***, en el caso de la atención a la mujer son:

El Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, realizado en 2013.

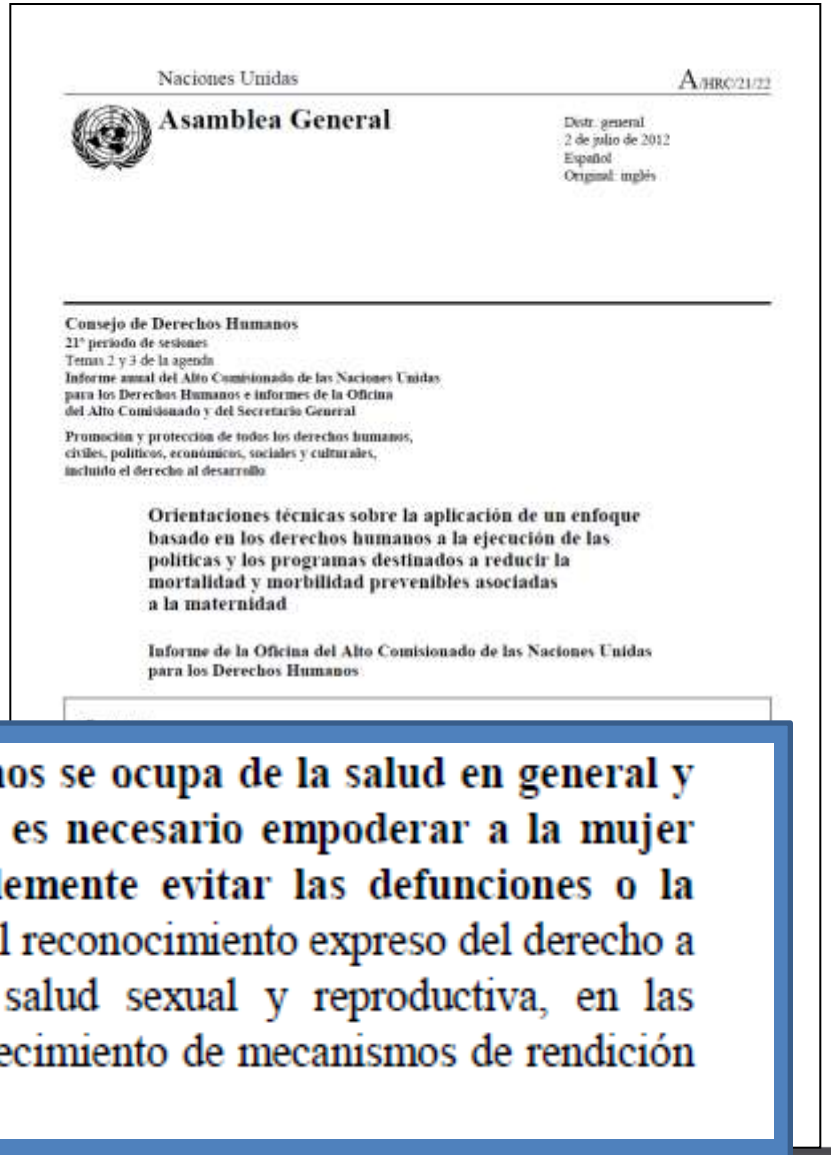
NACIONES UNIDAS
CEPAL
Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe

Acuerdo 43: Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio…

Derechos Humanos

Documento A/HRC/21/ de lo ONU del 2 de julio de 2012 titulado:

"Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad".



Naciones Unidas A/HRC/21/22

Asamblea General

Distr. general
2 de julio de 2012
Español
Original: inglés

Consejo de Derechos Humanos
21º período de sesiones
Temas 2 y 3 de la agenda
Informe anual del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos e informes de la Oficina del Alto Comisionado y del Secretario General

Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo

Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad

Informe de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

12. **Un enfoque basado en los derechos humanos se ocupa de la salud en general y no de enfermedades aisladas; la premisa es que es necesario empoderar a la mujer para que reivindique sus derechos, y no simplemente evitar las defunciones o la morbilidad maternas.** En este enfoque es esencial el reconocimiento expreso del derecho a la salud, con una comprensión completa de la salud sexual y reproductiva, en las constituciones y/o la legislación, junto con el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas para la reivindicación de esos derechos.

Derechos Humanos

La Secretaría de Salud tiene como Misión:

Establecer las políticas de Estado para que la población ejerza su derecho a la protección a la salud.

https://www.gob.mx/salud/que-hacemos

Derechos Humanos

La Ley General de Salud (LGS) Art. 61 Bis: *"**Toda Mujer embarazada, tiene derecho a obtener servicios de salud** en los términos a que se refiere el Capítulo IV del Título Tercero de esta Ley **y con estricto respeto de sus derechos humanos**."*

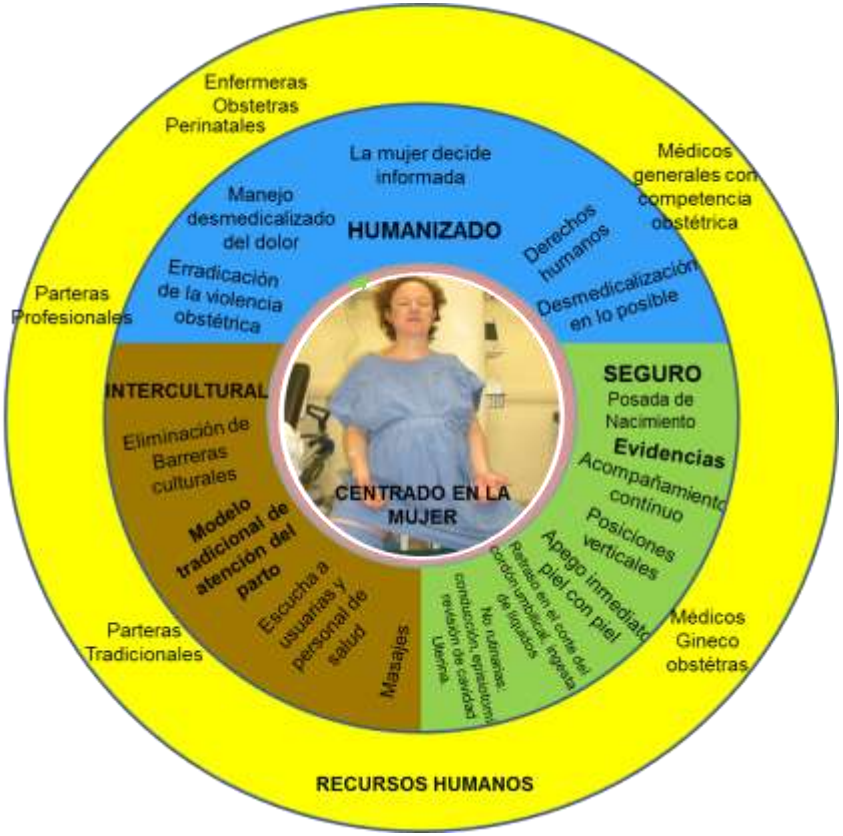
Modificación 2014

Derechos Humanos

La recomendación General No. 31/2017 de la **CNDH**

Recomienda en el punto primero:

"Que se diseñe y ponga en práctica una política pública de prevención de violaciones a los derechos humanos de las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, centrada en el reconocimiento de la mujer como protagonista… que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud…"



Derechos Humanos

CNDH
MÉXICO

Recomienda en el punto segundo:

"Que se asuman los acuerdos necesarios, sobre requerimientos técnicos, humanos y para que se programe el presupuesto necesario, entre otros, que permitan ampliar y mejorar la infraestructura hospitalaria en la que se atiende a las mujeres en ocasión del embarazo, el parto y el puerperio, con prioridad en zonas alejadas y de marginación social…"

Derechos Humanos

La recomendación General No. 31/2017 de la **CNDH**

CNDH
MÉXICO

La tercera recomendación señala:

"Que se implemente el **Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro** de la Secretaría de Salud, en las instituciones del Sistema Nacional de Salud, a fin de garantizar la disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género."

Derechos Humanos

La recomendación General No. 31/2017 de la **CNDH**

La cuarta recomendación señala:

"Implementar en las instituciones de salud a su cargo, una campaña de promoción de los derechos humanos y salud reproductiva de las mujeres, durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio."

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO

La planificación familiar en México se sustenta en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Por consiguiente, las personas tienen derecho a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.

Para la mejora de los servicios de planificación familiar, es fundamental respetar la cultura de la población, particularmente la indígena, lo cual representa un reto sustancial y requiere de la aplicación de metodologías interculturales.

El presente documento tiene como finalidad ofrecer al personal de salud que atiende población indígena, lineamientos interculturales y de género que le permitan lograr una comunicación efectiva para ofrecer servicios de planificación familiar y anticoncepción, basados en el respeto de los derechos humanos, enfatizando en los culturales, sexuales y reproductivos.

1

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO

La salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas.

En México el cáncer de mama y cérvico-uterino constituyen la primera y segunda causas de muerte en mujeres de 25 años y más[2], lo que ocurre en entidades y municipios con mayores grados de marginación, lo cual está asociado a la pobreza. Por ello se agudiza en mujeres pertenecientes a grupos en desventaja social (indígenas, reclusas, mujeres con VIH-Sida).[3]

Estas enfermedades expresan no solo una problemática orgánica, sino sociocultural,dado que se encuentran localizadas en partes del cuerpo de la mujer con significados, atribuciones y prejuicios debido a patrones patriarcales, culturales, religiosos y de género.

Tanto a los niños, niñas y adolescentes se les ofrece una escasa educación sexual en la que se considera vergonzoso conocer y explorar sus genitales, así como mostrarlos al personal médico, especialmente con las niñas. Es común y grave que todavía existan mujeres que no han visto nunca sus genitales.

La Dirección de Cáncer de la Mujer ha incluído la perspectiva de género y el combate al estigma de discriminación de mujeres con VIH y Cáncer, como componentes integrales de la formación del personal de salud.

[1] Calvo Yadira. Ilustración de: Extasis y Ortigas. Las mujeres entre el goce y la censura. Costa Rica, 2004.
[2] Dirección General de Información en Salud, 2013
[3] CNEGSR. Programa de Acción Específico de Cáncer de la Mujer 2013, 2018

1

Derechos Humanos

La quinta recomendación señala:

"Implementar eficazmente las políticas públicas ya previstas en el orden jurídico nacional, relacionadas con **la partería tradicional** en México y adoptar las medidas necesarias para fortalecer el proceso de vinculación de las parteras y parteros tradicionales al Sistema Nacional de Salud, creando un entorno jurídico e institucional que propicie el respeto y el ejercicio de dicha actividad, mediante el reconocimiento y **la promoción de las aportaciones, práctica y desarrollo de la medicina tradicional indígena en condiciones adecuadas** y garantizando que la capacitación técnica que reciban sea periódica, actualizada y además tome en cuenta sus usos y costumbres…"

Derechos Humanos

La recomendación General No. 31/2017 de la **CNDH**

CNDH
MÉXICO

La sexta recomendación señala:

"Se adopte lo necesario para asegurar, que en las distintas actividades que se realicen con motivo del desarrollo académico de médicos y/o especialistas, tales como congresos, simposios, foros, seminarios, coloquios, cursos, talleres, entre otras, se integre el estudio de la violencia obstétrica, tomando en cuenta el análisis realizado por esta Comisión Nacional en la presente Recomendación General."

Manejo desmedicalizado del dolor en el parto

El modelo pretende que el parto se pueda vivir en condiciones de dignidad y gozo, por lo que incorpora la identificación de las causas del dolor durante el trabajo de parto, aportadas por la ciencia a nivel psico-emotivo-cultural y fisiológico, para la promoción de estrategias de manejo natural desmedicalizado del dolor, elemento sustancial de un parto placentero y humanizado.

Manejo desmedicalizado del dolor en el parto

Estrategias de manejo del dolor de parto

Psico emotivo cultural

Información

Expresar y manejo del miedo

Condiciones hospitalarias para reducción del temor

Fisiológico

Posiciones verticales

Respiración

Disociación neuromuscular

Masaje

Respeto a mecanismos naturales antidolor

Puntos de presión

Incorporación de elementos de competencia cultural

Respeto a la conservación de los elementos de protección

El Modelo Consiste en:

MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: ENFOQUE HUMANIZADO INTERCULTURAL Y SEGURO

Respeto, empatía y competencias interculturales.

Evita procedimientos rutinarios, de acuerdo a las evidencias científicas.

Atención con médicos/as, enfermeras obstetras, parteras profesionales y parteras tradicionales.

En su centro tiene a la Mujer

como sujeto y protagonista de la atención

Acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto y apego piel a piel inmediato al nacimiento.

Comodidad y disminución del dolor con estrategias desmedicalizadas.

Condiciones para que la mujer pueda deambular, cambiar de posición, tomar líquidos, decidir el acompañamiento y atenderse en posiciones verticales.

Organización Mundial de la Salud

Sustentado en el marco normativo vigente, las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las evidencias científicas, la perspectiva de género, el enfoque intercultural y los derechos humanos.

Para mayor información consultar:

Guía de implantación: Modelo de Atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro. DGPLADES, Secretaría de Salud.

Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. Actualización diciembre 2014.

Por ello el nombre

Nombre puesto en común entre la DGPLADES el CNEGySR en 2012

No a "*modelo de atención del parto*"

Ello despersonaliza a las mujeres.

La deshumanización inicia por la despersonalización

No a "*modelo de partería*"

No solo es parto, también embarazo, puerperio y recién nacido. También despersonaliza.

No es de las parteras sino de las mujeres.

Si a "*Modelo de Atención a las Mujere**S** en el parto*"

La **S** del plural enfatiza en la diversidad de las mujeres

Procesos para su Desarrollo

Facilitación de condiciones operativas

Escuchando a mujeres y personal de salud (obstetras)

Diseño de la Mesa Obstétrica Intercultural

Sentada sola

Sentada acuclillada

Sentada acompañada

Hincada

Procesos para su Desarrollo

Escuchando a mujeres y parteras tradicionales

Diseño del **banco obstétrico ergonómico** para el trabajo de parto y parto, que permite posición hincada, sentada, sentada acuclillada, en cuclillas, cuatro puntos, así como recibir masaje.

Procesos para su Desarrollo

Escuchando a mujeres y parteras tradicionales

Diseño del **banco obstétrico ergonómico** para el trabajo de parto y parto, que permite posición hincada, sentada, sentada acuclillada, en cuclillas, cuatro puntos, así como recibir masaje.

Procesos para su Desarrollo

Facilitación de condiciones operativas

1. **Diseño de Implementos específicos**: batas humanizadas, calentadores y zapatos de tela.

La bata compensa la gravidez, tiene un amplio traslape trasero y favorece el apego inmediato

Escuchando a mujeres y personal de salud:

Procesos para su desarrollo e implementación

Facilitación de condiciones operativas

Escuchando a mujeres y personal de salud:

2. *Espacios con competencia cultural* para la atención del parto de manera desmedicalizada de acuerdo a la OMS.

La DGPLADES elaboró el modelo de la **Unidad de Parto Humanizado** (anteriormente posada de nacimiento) para su incorporación en el Modelo de Recursos para la Planeación de Unidades Médicas, como un espacio contiguo a un hospital con capacidad resolutiva donde se pueden atender partos de bajo riesgo de manera desmedicalizada por enfermeras obstetras y parteras tradicionales. Ya se cuenta con el código M02120 para facilitar su contratación.

Propuestas arquitectónicas para Hospitales Básico Comunitarios y Generales

Procesos para su desarrollo e implementación

Facilitación de condiciones operativas

3. *Propuestas de procesos y competencias.*

Competencias obstétricas con enfoque intercultural

Incorporadas en la Guía de implantación

4. *Propuestas de indicadores de seguimiento con la DGIS*.

Aprobados por el CEMECE (Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México) para incorporar en el catálogo de procedimientos médicos.

- Posición vertical.
- Acompañamiento continuo.
- Apego inmediato.
- Manejo activo de la 3ª etapa del trabajo de parto.

Escuchando a mujeres y personal de salud:

Procesos para su desarrollo e implementación

Facilitación de condiciones operativas

Centro Mexicano para la Clasificación de Enfermedades y Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México (CEMECE)

Incorporación de nuevos códigos de la CIE-9MC para el registro del parto humanizado

A solicitud del la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la DGPLADES, se incorporan para su registro los siguientes procedimientos al catálogo de la CIE-9MC, en la Lista Tabular aparece así:

73.A	**Procedimientos que reducen la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal al nacimiento**	
	73.A1	Atención del periodo expulsivo del parto en posición vertical Incluye: posiciones de sentada, sentada acuclillada, en cuclillas, hincada y de pie.
	73.A2	Acompañamiento psicoemocional continuo durante todo el trabajo de parto
		Por personal de salud (incluye personal en formación, doullas, parteras profesionales)
		Por parteras tradicionales
		Por personal voluntario (madrinas obstétricas)
		Por familiares
	73.A3	Apego inmediato madre y neonato
	73.A4	Manejo Activo de tercer periodo del trabajo de parto Incluye: la aplicación inmediata de útero-tónico después del nacimiento del neonato, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.

Condiciones para su seguimiento

1er nivel de atención SIS2016. Formato SIS-SS-12-P

SALUD

HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

SIS-SS-12-P

FECHA: ___ ___ (MES AÑO)

NOMBRE DE LA UNIDAD: | CLUES: | NOMBRE RESPONSABLE DE LLENADO:

DIA	NOMBRE Y CURP	Expediente	DERECHOHABIENTE		PROSPERA	SEAD	HORA DE ATENCIÓN	ABORTO (MENOR A 22 SEMANAS)	ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			TIPO DE PARTO		CON PRODUCTO		PRODUCTO						DEFUNCIÓN FETAL		PLANIFICACIÓN FAMILIAR			NOMBRE DEL MÉDICO O ENFERMERA QUE ATENDIÓ
																NACIDO VIVO										
																36 Y MENOS SEMANAS		37 Y MÁS SEMANAS								
			IPAS	OTRA					PERIODO EXPULSIVO EN POSICIÓN VERTICAL	ACOMPAÑAMIENTO PSICOEMOCIONAL CONTÍNUO	MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO	EUTÓCICO	DISTÓCICO	ÚNICO	MÚLTIPLE	MENOR A 2 500G	2500 G Y MÁS	MENOR A 2 500G	2500 G Y MÁS	SEXO	APEGO INMEDIATO	DEFUNCIÓN	22 A 27 SEMANAS	28 Y MAS SEMANAS	INSERCIÓN DE DIU	OTB	HORMONAL	
TOTAL																												
ADOLESCENTES	MENOR DE 15 AÑOS																											
	DE 15 A 19 AÑOS																											
	TOTAL MENORES DE 20																											

SIS-2016

Cuenta con instructivo de llenado

Condiciones para su seguimiento

1er nivel de atención SIS2016. Formato SIS-SS-12-P

ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			TIPO DE PARTO		CON PRODUCTO		PRODUCTO								PLANIFICACIÓN FAMILIAR		
							NACIDO VIVO							DEFUNCIÓN FETAL			
							36 Y MENOS SEMANAS		37 Y MÁS SEMANAS								
PERIODO EXPULSIVO EN POSICIÓN VERTICAL	ACOMPAÑAMIENTO PSICOEMOCIONAL CONTÍNUO	MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO	EUTÓCICO	DISTÓCICO	ÚNICO	MÚLTIPLE	MENOR A 2500G	2500 G Y MÁS	MENOR A 2500G	2500 G Y MÁS	SEXO	APEGO INMEDIATO	DEFUNCIÓN	22 A 27 SEMANAS	28 Y MAS SEMANAS	INSERCIÓN DE DIU	OTB	HORMONAL

Condiciones para su seguimiento

2o nivel de atención SAEH 2016

Catálogo de la CIE-9MC

73.7	Procedimientos que reducen la morbilidad y la mortalidad materno-neonatal al nacimiento	
	73.71	Atención del periodo expulsivo del parto en posición vertical Incluye posiciones de sentada, sentada acuclillada, en cuclillas, hincada y de pie.
	73.72	Acompañamiento psicoemocional continuo durante todo el trabajo de parto
		Por personal de salud (incluye personal en formación, doullas, parteras profesionales)
		Por parteras tradicionales
		Por personal voluntario (madrinas obstétricas)
		Por familiares
	73.73	Apego inmediato madre y neonato
	73.74	Manejo Activo de tercer periodo del trabajo de parto Incluye: la aplicación inmediata de útero-tónico después del nacimiento del neonato, tracción controlada del cordón umbilical y masaje uterino.

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPEÚTICOS Y QUIRÚRGICOS *En este apartado se deberán incluir los procedimientos obstétricos materno-neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, acompañamiento psicoemocional, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).*	TIPO DE ANESTESIA	QUIRÓFANO EN HRS:MIN	QUIRÓFANO FUERA	MÉDICO CIRUJANO	CÓDIGO CIE-9 MC
1.-		1 :	2		
2.-		1 :	2		
3.-		1 :	2		
4.-		1 :	2		

Procesos para su implementación

Indicadores de proceso:

- Porcentaje del personal que ha sido sensibilizado y capacitado en el modelo.
- Porcentaje del personal de obstetricia que domina la GPC.

Indicadores de éxito:

- Aumento de satisfacción de mujeres y familiares.
- Aumento de satisfacción del personal de salud.
- Reducción en el índice de cesáreas.
- Reducción en el índice de complicaciones.
- Aumento de índice Apgar mayor a 7 a los cinco minutos.
- Reducción en la incidencia de hemorragias obstétricas.
- Reducción de la incidencia de partos distócicos.
- Reducción en la incidencia de aplicación de fórceps.
- Reducción en la incidencia de muerte materna.

Modelo de capacitación sensibilización

Evidencias científicas
Manejo de la GPC

Fisiología del parto natural
A nivel hormonal (paquete, antagonismo)
A nivel mecánico (plasticidad cadera, posiciones, coxis sacro, posiciones, abductores, contracciones, pujo)
A nivel mental
Dolor
Placenta

Modelo
Elementos operativos
Violencia obstétrica (Violencia en los procesos de atención perinatal)
Lactancia Materna

Capacitación teórico – práctica

Enriquecido y actualizado con los aportes del Dr. Daniel Gutiérrez Guadarrama, Obstetra y Especialista en Medicina Materno Fetal

Modelo de capacitación sensibilización

- Capacitación regional o estatal en hospitales sede con voluntad política.
- Taller de capacitación teórico-práctica a todo el personal que participa en el proceso de atención obstétrica, incluye personal directivo.
- Identificar al personal simpatizante con el modelo (obstetras, pediatras, enfermeras, personal directivo).
- Realizar con ellos una reunión de círculo de creatividad para identificar lo que se puede hacer con lo que se tiene y definir un plan de implantación gradual con metas claras.

Implantación

Desde el 2010 se ha dado capacitación teórico – práctica en este modelo a:

Hospital General Dr. A. B. en Oaxaca.

H. G. de Tula, Hgo.

Hospital General de Tlaxcala.

Hospital de Jilotepec, Edo. Mex

En el Hospital del Ajusco Medio en el D. F.

C. S. Tepoztlán, Mor.

Hospital de Sayula, Jal

H. de Ciudad Valles, S.L.P.

H. Amigo de la Madre y del Niño S.L.P.

C. S. Amp. de Tetela del Volcán, Mor.

H. Escárcega Campeche

H. Río Verde, en San Luís Potosí.

Hospital Regional Otomi Tepehua", Hgo.

H. Valladolid, Yuc.

Hospital de Amealco, Qro.

H. General de Parral, Chih.

H de Guadalupe y Calvo, Chih.

CAAPS Guachochi, Chih.

C. S. Amp. Tlalixtac de Cabrera, Oax.

H. Ensenada, B.C.

CAAPS "Vicente Guerrero, B.C.

H. COFAS de Temazcalcingo, Edo. Mex.

H. de la Guajolota, Dur.

Hospital Colima, Col.

Hospital Obstétrico de Pachuca, H.G.O.

Hospital de Especialidades del niño y la mujer de Querétaro, Querétaro.

Hospital de especialidades de la Mujer de Villa Hermosa, Tabasco.

Hospital General de Saltillo Coahuila.

Hospital General de Cd. Obregón, Sonora

Hospital Materno Infantil de Jalisco

Hospital General de Jalpan, Querétaro

Hospital General de San Cristóbal de las Casas / Yajalón

Hospital de la Mujer de Tlaxcala con sede en San Matías Tepetomatitlán

Hospital de la Mujer en Hermosillo, Sonora

Hospital de José María Morelos, Quintana Roo

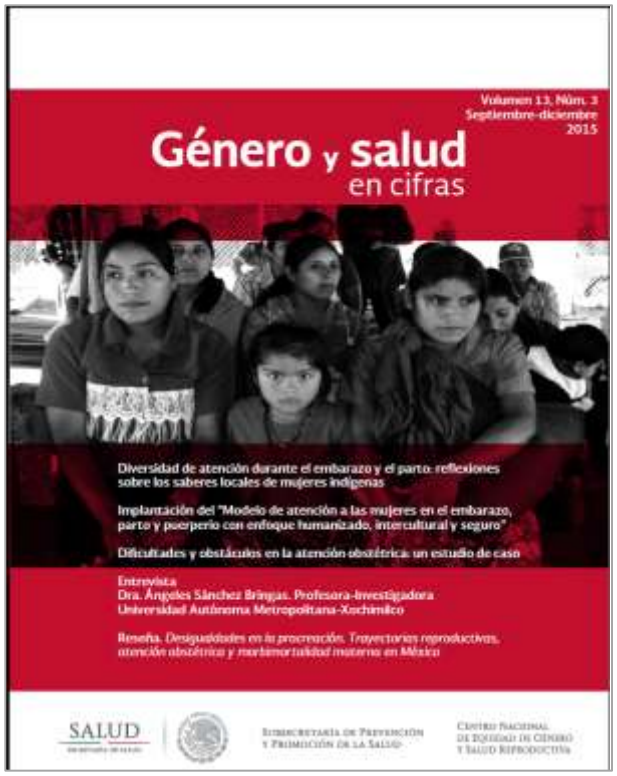
Hospital de la Mujer y el Niño en Leon, Guanajuato

Hospital General de Huamantla, Tlaxcala

Implantación Completa

Hospital Integral la Guajolota, Dgo.

Implantado desde octubre de 2013
Es hospital con medicina tradicional



Hospital General de Tula, Hgo.

Inicia proceso de implantación parcial en 2010
Se implanta de manera completa en febrero de 2014

Experiencias publicadas en la Revista de Género y Salud en Cifras Vol. 13, Num. 3 Septiembre-Diciembre de 2015

Validación de la CNDH y del Comité Nacional de Bioética

Comisión Nacional de los Derechos Humanos
Cuarta Visitaduría General

Oficio No.: CVG/550/2015

México, D.F., 16 de junio de 2015

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES

DR. ALBERTO JONGUITUD FALCÓN
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN
Y DESARROLLO EN SALUD
DE LA SECRETARÍA DE SALUD
PRESENTE

Por medio de la presente y en atención a su oficio DGPLADES-DGAISS-DMTDL-1792-2015, mediante el cual solicita la opinión de este Organismo Constitucional Autónomo al documento llamado ***"Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y Seguro"***; al respecto me permito comentarle lo siguiente:

El documento es interesante, claro, trata con profundidad los temas y los conceptos utilizados, y los sustenta con bibliografía; eso lo convierte en un excelente instrumento de capacitación y de consulta.

El modelo está basado en los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad. Es novedoso e incluyente, incorpora las experiencias y opiniones de las mujeres de diversos contextos sociales y culturales, y las del personal de salud y de las parteras empíricas. Identifica prácticas que se deben de erradicar y, sobre todo, propone buenas prácticas basadas en las recomendaciones internacionales y las experiencias nacionales y regionales. Hace una clara definición de violencia obstétrica, e identifica aquéllas conductas y prácticas que la constituyen y las clasifica en categorías.

Periférico Sur 3469, Col. San Jerónimo Lídice, Del. Magdalena Contreras, C.P. 10200, México D.F. Tels.: (55) 56 81 81 25 y (55) 54 90 74 00 www.cndh.org.mx

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

CONBIOÉTICA
México

COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA
Presidencia del Consejo

"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

No. V00/PC/151/2015

México, D.F. a 23 de junio de 2015

Asunto: Opinión técnica del Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

DR. ALBERTO JONGITUD FALCÓN
Director General de Planeación y Desarrollo en Salud
Secretaría de Salud
Viaducto Miguel Alemán No. 806 Piso 7,
Col. Nápoles, México, D.F.

Estimado doctor Jongitud Falcón:

En atención a su solicitud de opinión del documento llamado MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO, adjunto encontrará las observaciones que el grupo de trabajo de ésta Comisión Nacional de Bioética, pone a su consideración esperando enriquecer el modelo propuesto.

Sin más por el momento y con el gusto de mantener nuestra comunicación, reciba un cordial saludo.

Atentamente

DR. MANUEL H RUIZ DE CHÁVEZ
Presidente del Consejo

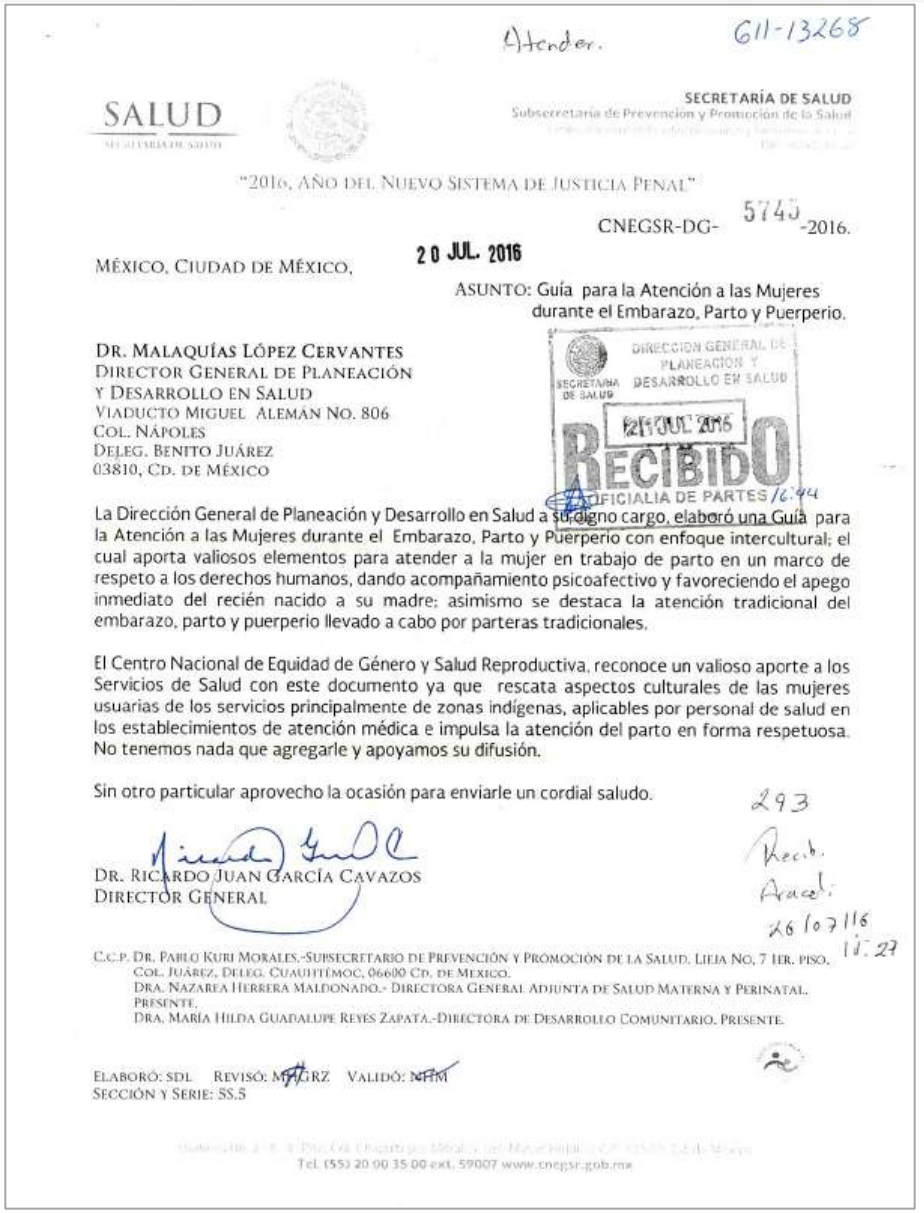
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
25 JUN 2015
RECIBIDO
OFICIALÍA DE PARTES

MRCH/EVA/GPH

Calz. Arenal No. 134, Col. El Arenal Tepepan, Del. Tlalpan, C.P. 14610, México, D.F.
Tel. 5487 2760 Ext. 59474 www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx.

Posición del CNEGySR

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva reconoce el valioso aporte del modelo, ya que rescata aspectos culturales de las mujeres, impulsa la atención del parto en forma respetuosa en un marco de los derechos humanos, dando **acompañamiento psicoafectivo** y favoreciendo **el apego inmediato** del recién nacido a su madre.



Atender. 611-13268

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

"2016, AÑO DEL NUEVO SISTEMA DE JUSTICIA PENAL"

CNEGSR-DG- 5745 -2016.

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, 20 JUL. 2016

ASUNTO: Guía para la Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio.

DR. MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
VIADUCTO MIGUEL ALEMÁN NO. 806
COL. NÁPOLES
DELEG. BENITO JUÁREZ
03810, CD. DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANEACIÓN Y DESARROLLO EN SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
21 JUL. 2016
RECIBIDO
OFICIALIA DE PARTES 16:44

La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud a su digno cargo, elaboró una Guía para la Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con enfoque intercultural; el cual aporta valiosos elementos para atender a la mujer en trabajo de parto en un marco de respeto a los derechos humanos, dando acompañamiento psicoafectivo y favoreciendo el apego inmediato del recién nacido a su madre; asimismo se destaca la atención tradicional del embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por parteras tradicionales.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, reconoce un valioso aporte a los Servicios de Salud con este documento ya que rescata aspectos culturales de las mujeres usuarias de los servicios principalmente de zonas indígenas, aplicables por personal de salud en los establecimientos de atención médica e impulsa la atención del parto en forma respetuosa. No tenemos nada que agregarle y apoyamos su difusión.

Sin otro particular aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

293
Recib.
Anexo:
26/07/16
11:27

DR. RICARDO JUAN GARCÍA CAVAZOS
DIRECTOR GENERAL

C.C.P. DR. PABLO KURI MORALES.-SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD. LIEJA NO. 7 1ER. PISO, COL. JUÁREZ, DELEG. CUAUHTÉMOC, 06600 CD. DE MEXICO.
DRA. NAZAREA HERRERA MALDONADO.- DIRECTORA GENERAL ADJUNTA DE SALUD MATERNA Y PERINATAL. PRESENTE.
DRA. MARÍA HILDA GUADALUPE REYES ZAPATA.-DIRECTORA DE DESARROLLO COMUNITARIO. PRESENTE.

ELABORÓ: SDL REVISÓ: MAGRZ VALIDÓ: NFM
SECCIÓN Y SERIE: SS.5

Tel. (55) 20 90 35 00 ext. 59007 www.cnegsr.gob.mx

Conclusiones

El modelo posibilitó la reducción de la "*violencia obstétrica" o "**violencia en los procesos de atención perinatal**".*

Planteamiento central

Política de atención del parto

La política pública en la atención perinatal, bajo la influencia de la medicalización:

Planteamiento central

Política de atención del parto

Se requiere que regrese con la protagonista del parto

Facilitando procesos de participación y escucha a diferentes grupos de mujeres, desde sus necesidades, expectativas y aspiraciones, respetando sus decisiones. En condiciones de seguridad, bajo el enfoque de evidencias (derecho) y con el apoyo del personal operativo y directivo.

Otros elementos de salud reproductiva con enfoque intercultural

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO

La planificación familiar en México se sustenta en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que señala que toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Por consiguiente, las personas tienen derecho a recibir información, consejería y acceso a métodos anticonceptivos de su elección, seguros y eficaces.

Para la mejora de los servicios de planificación familiar, es fundamental respetar la cultura de la población, particularmente la indígena, lo cual representa un reto sustancial y requiere de la aplicación de metodologías interculturales.

El presente documento tiene como finalidad ofrecer al personal de salud que atiende población indígena, lineamientos interculturales y de género que le permitan lograr una comunicación efectiva para ofrecer servicios de planificación familiar y anticoncepción, basados en el respeto de los derechos humanos, enfatizando en los culturales, sexuales y reproductivos.

1

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO Y DE MAMA CON ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE GÉNERO

La salud de las mujeres no es un estado natural. Es el resultado de sus condiciones de vida, de la satisfacción de sus necesidades vitales, de la calidad de los recursos utilizados con ese fin y del ambiente en que transcurren sus vidas.

En México el cáncer de mama y cérvico-uterino constituyen la primera y segunda causas de muerte en mujeres de 25 años y más[2], lo que ocurre en entidades y municipios con mayores grados de marginación, lo cual está asociado a la pobreza. Por ello se agudiza en mujeres pertenecientes a grupos en desventaja social (indígenas, reclusas, mujeres con VIH-Sida).[3]

Estas enfermedades expresan no solo una problemática orgánica, sino sociocultural,dado que se encuentran localizadas en partes del cuerpo de la mujer con significados, atribuciones y prejuicios debido a patrones patriarcales, culturales, religiosos y de género.

Tanto a los niños, niñas y adolescentes se les ofrece una escasa educación sexual en la que se considera vergonzoso conocer y explorar sus genitales, así como mostrarlos al personal médico, especialmente con las niñas. Es común y grave que todavía existan mujeres que no han visto nunca sus genitales.

La Dirección de Cáncer de la Mujer ha incluído la perspectiva de género y el combate al estigma de discriminación de mujeres con VIH y Cáncer, como componentes integrales de la formación del personal de salud.

[1] Calvo Yadira. Ilustración de: Extasis y Ortigas. Las mujeres entre el goce y la censura. Costa Rica, 2004.

[2] Dirección General de Información en Salud, 2013

[3] CNEGSR. Programa de Acción Específico de Cáncer de la Mujer 2013, 2018

1

Elaborados con las áreas de Planificación Familiar y Cáncer de la Mujer del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Expectativas para los servicios de salud de Tlaxcala

- Consolidación de los equipos estatales de replicación en el "***Modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro***".
- Capacitación y replicación teórico práctica para personal directivo y operativo en todos los hospitales.
- Definición de los procesos de implantación para cada hospital, elaborando un cronograma de trabajo.
- Difusión en cada hospital de los lineamientos interculturales para la atención del parto.
- Fortalecimiento de hospitales resolutivos con la Unidad de Parto Humanizado.

Expectativas con las escuelas y facultades de medicina y enfermería

- Incorporar las evidencias científicas de la atención perinatal en la formación de estudiantes de medicina y enfermería.
- Actualización continua del personal académico en esta materia.
- Incorporar en la currícula los elementos sustantivos de la atención perinatal basados en los derechos humanos, la diversidad cultural y el marco normativo mexicano.

Retos a Futuro

Lograr la incorporación de la atención perinatal con enfoque humanizado e intercultural, como política pública en los servicios de salud de todas instituciones del Sistema Nacional de Salud.

“Nos gusta el parto en el hospital, porque es limpio y si se atora el niño, pues allí lo sacan…

…Pero también nos gusta el parto con la partera porque nos habla bonito, nos da masaje para que se nos caliente la cadera y no nos duela, nos deja que tengamos el parto sentadas o en cuclillas y así podemos respirar mejor y el parto es más rápido, nos da nuestras “apretadas” después del parto para que no se nos caiga la matriz y la vejiga, y nos da nuestro baño de vapor para no quedar crudas…

¿Que no podemos tener las dos cosas juntas?”

Mujeres de la Sierra de Zongolica, Veracruz.

Posibles respuestas

COMO VICTIMA

Se queja
hecha culpas
se justifica
se safa

COMO PROTAGONISTA

Reconoce su parte
propone
se compromete
y es parte de la solución

¿Cuál va a ser tu respuesta?

GRACIAS