



SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

Guía de implantación



**MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE
EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.**

ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO

ÍNDICE

	PAGS.
PRESENTACIÓN	5
I.- RECONOCIMIENTOS	6
II.- GENERALIDADES	7
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVO	9
Objetivos específicos	10
COMPONENTES DEL MODELO	11
PROBLEMÁTICA ACTUAL	12
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	20
Medicina basada en evidencias	20
Posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)	21
ENFOQUE DE DERECHOS	24
Acuerdos internacionales	24
Carta de Derechos de los pacientes	27
Derechos de las adolescentes embarazadas	29
El consentimiento informado	31
La Recomendación No 31/2017 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos	31
EL PARTO HUMANIZADO	33
MARCO NORMATIVO	36
La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	36
La Ley General de Salud	36
La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016	37
Otras leyes y acuerdos internacionales	39
Las Guías de Práctica Clínica	39
El Programa Nacional de Desarrollo 2013 - 2018	40
El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018	41
El Programa Sectorial de Salud 2014 – 2018	41
Marco jurídico sustento de las medicina y partería tradicional	44

III.-	FUNDAMENTOS TEÓRICOS	45
	El apoyo psico-emocional durante todo el trabajo de parto	45
	La posición durante el trabajo de parto	46
	El contacto madre-hijo/a piel a piel irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento	56
	El antagonismo oxitocina - adrenalina	59
IV.-	ELEMENTOS OPERATIVOS PARA FACILITAR CONDICIONES DE APLICACIÓN E IMPLANTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	60
	Implementos para la atención intercultural del parto	60
	La Unidad de Parto Humanizado	66
	Indicadores para el seguimiento de la implementación del modelo	72
	Manejo desmedicalizado del dolor en el parto	73
	Competencias interculturales y erradicación de barreras culturales en los servicios	74
IV.-	ESQUEMA DEL MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO	75
V.-	LAS COMPETENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO	77
	Competencia 1. <i>Conoce y aplica los cuidados generales durante el embarazo.</i>	78
	Competencia 2. <i>Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el primer trimestre del embarazo (semanas 1 a 12).</i>	78
	Competencia 3.- <i>Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño de la gestación, durante el segundo trimestre del embarazo (semanas 13 a 28).</i>	80
	Competencia 4. <i>Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el tercer trimestre de la gestación (semanas 29 a 41).</i>	81
	Competencia 5.- <i>Prepara todos los elementos requeridos para la atención del parto.</i>	82
	Competencia 6.- <i>Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la primera etapa del parto.</i>	83
	Competencia 7.- <i>Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la segunda etapa del parto.</i>	86
	Competencia 8.- <i>Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la tercera etapa del parto.</i>	89
	Competencia 9.- <i>Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio inmediato (primeras 24 horas).</i>	91
	Competencia 10.- <i>Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio temprano (primera semana) y tardío (de la primera semana al día 42).</i>	93

VI.-	PARTICIPACIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES	97
VII.-	APORTES DE OTROS MODELOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD	102
VIII.-	GLOSARIO	106



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

Manual de procesos y actividades para fortalecer la sensibilización y capacitación del personal de salud, y su implantación en el Sistema Nacional de Salud.

PRESENTACIÓN

El siglo XXI nos presenta múltiples paradojas cada vez más evidentes en el campo de la salud. Es notorio el desarrollo de la ciencia médica en identificación de enfermedades y en el desarrollo de propuestas terapéuticas para resolverlas, al mismo tiempo que algunas problemáticas de salud pública continúan con un alarmante avance.

Con respecto a la atención del embarazo y parto, también encontramos una paradoja interesante: Los avances científico tecnológicos en este campo han permitido salvar muchas vidas, tanto de las madres, como de los recién nacidos. De manera simultánea también se ha desarrollado toda un área que presenta los impactos positivos de una atención humana en el embarazo y parto que considera las expectativas de las mujeres usuarias y su cultura, hasta ahora estos dos elementos se encontraban desarticulados y a veces en franca oposición.

Esta guía pretende aprovechar el desarrollo en ambos campos para poder ofrecer a las mujeres, sus bebés y familiares, una atención que conjugue tanto los avances tecnológicos, como los aportes para una atención humanizada que toma en cuenta las expectativas de las mujeres, el marco normativo, las evidencias científicas y los derechos humanos. También ofrece al personal de salud un escenario para participar desde otra perspectiva en la que se beneficie de un ambiente constructivo que estimule el interés por el conocimiento y aplicación de las evidencias científicas y derechos humanos.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018 contiene una línea de acción que señala la atención perinatal con enfoque de interculturalidad; lo que obliga a considerar la opinión y cultura de las ciudadanas usuarias, así como el aprovechamiento de otros modelos tradicionales y complementarios de atención.

Consideramos que la presente guía que se detalla a continuación, está alineada con los procesos que se dan a nivel internacional en el resto del mundo, y representa una oportunidad valiosa para fortalecer la calidad técnica y humana de los servicios de salud en México.

I.- RECONOCIMIENTOS

Queremos reconocer en primer lugar a todas las personas participantes en los *Encuentros de Enriquecimiento Mutuo* y en los talleres de sensibilización e implantación sobre la atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro, llevado a cabo en los Estados de Baja California, Campeche, Ciudad de México, Coahuila, Chiapas, Chihuahua, Durango, Estado de México, Hidalgo, Guerrero, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Quintana Roo, San Luís Potosí, Sonora, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán. Actividades organizadas con enlaces interculturales y representantes del Programa de Salud Reproductiva de las entidades federativas, en las que se contó con la participación de personal de salud, parteras tradicionales y mujeres usuarias de los servicios de salud. En estas actividades interculturales se definieron procesos de escucha y participación que hicieron posible la definición de muchos contenidos y estrategias descritos en el presente documento.

Es igualmente importante reconocer a todas las personas (directivos y operativos) que han hecho posible que el modelo desarrollado se haya logrado implementar en hospitales y servicios de salud de varias entidades del país, lo cual ha retroalimentado de forma fundamental el presente modelo de atención.

Reconocemos la aportación específica a contenidos al presente documento realizado de manera multidisciplinaria por especialistas en el campo de la medicina, salud pública, ginecobstetricia, pediatría, anestesiología, enfermería, derecho, antropología, psicología, sociología y estudios de género; de la Secretaría de Salud y diversas instituciones del país.

En especial destacamos los valiosos aportes de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, de la Comisión Nacional de Bioética, del Instituto Nacional de Salud Pública y del Comité Mexicano por una Maternidad Segura, los cuales fueron esenciales para consolidar el marco de derechos y una visión amplia e integral.

Queremos agradecer también a todas las personas que nos autorizaron la publicación de sus fotografías, mujeres usuarias, familiares y personal de salud, imágenes importantes porque muestran el modelo en acción.

Queremos cerrar este apartado con un reconocimiento especial a diferentes grupos de mujeres: indígenas, rurales, urbanas y profesionistas, que aportaron al presente modelo desde su propio universo de necesidades y expectativas, así como con elementos esenciales en los contenidos. Personas a las que va dedicada la presente guía, como elemento central de su esencia.

II.- GENERALIDADES

INTRODUCCIÓN

Es importante partir que la atención que se realiza actualmente en México obedece en general a diversas premisas o paradigmas, a las cuales responde este modelo:

Premisas convencionales	Elementos del modelo aportados por la medicina basada en evidencias
El embarazo y parto son procesos patológicos de riesgo alto que se deben de atender de manera medicalizada con los avances tecnológicos de la ciencia médica, en hospitales esoecializados y en situaciones de asepcia y antisepcia quirúrgica.	El embarazo y parto son procesos fisiológicos normales, que requieren de un cuidado cercano pero sin sobremedicalizar, ya que su medicalización y sobretecnificación de forma rutinaria trae como consecuencias mayores complicaciones. El parto no es un evento quirúrgico, requiere de limpieza, pero no la de un quirófano.
Los elementos de atención tradicional que se realizaban con anterioridad son obsoletos y deben de ser erradicados.	Ahora las evidencias nos señalan que elementos que se realizaban antes como el acompañamiento contínuo, el apego inmediato, el corte tardío del cordón umbilical, son los procedimientos más seguros y con menores complicaciones.
El trabajo de parto es un proceso doloroso para la mujer.	Ahora se cuenta con elementos que explican la fisiología de cada uno de los mecanismos responsables del dolor en el parto, con los que se han diseñado estrategias desmedicalizadas que nos permiten un trabajo de parto con mucho menos dolor, en el cual la mujer puede gozar su proceso de nacimiento.
El médico es el responsable del proceso de atención, la usuaria sólo debe de asumir las indicaciones del médico para que todo salga bien. El médico o partera profesional son el centro de la atención, ya que en ellos recae toda la responsabilidad.	Ahora se sabe que las emociones de la mujer son fundamentales para que el proceso de parto salga bien, por lo que se toma en cuenta su individualidad, emociones, cultura y desiciones, de manera que ahora se considera a la mujer y su bebé como los protagonistas del proceso de nacimiento, que deben de ser atendidos bajo estricto respeto de sus derechos humanos. Las personas que atienden el parto, obstetras, enfermeras y parteras, son pilares en el proceso de atención, pero la mujer es el centro.

En esta guía se abordarán todos los elementos que permitan entender y aplicar el modelo de atención a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro. Este modelo responde a la problemática actual y toma en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las evidencias científicas, los derechos humanos suscritos por México, la perspectiva de género y la normativa vigente.

En el primer capítulo se describe la problemática actual, los antecedentes internacionales, los fundamentos legales y de derechos humanos, y los objetivos y principios.

En el segundo capítulo se detallan los fundamentos teóricos para comprender los elementos sustanciales en el modelo, como lo es el acompañamiento psico-afectivo, la posición y el apego inmediato.

En el tercer capítulo se presentan los elementos operativos que se han desarrollado para facilitar los procesos del modelo, como son los implementos, las posadas de nacimiento y los elementos prácticos para el manejo desmedicalizado del dolor durante el parto.

En el cuarto capítulo se describen todos los procesos y acciones, bajo el enfoque de competencias, que se deben realizar en la atención del embarazo, parto y puerperio, derivadas del presente modelo de atención con enfoque humanizado, intercultural y seguro.

En el quinto capítulo se explica el modelo de atención tradicional del embarazo, parto y puerperio llevado a cabo por parteras tradicionales indígenas, para su incorporación en los servicios de salud.

En el sexto capítulo se describirán algunos de los elementos de apoyo derivados de diferentes modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud.

Este modelo tiene dos raíces esenciales:

- La medicina tradicional y específicamente, la partería tradicional indígena, y
- Las herramientas interculturales que permitieron escuchar la voz a las mujeres.

1. Partería tradicional.

Las demandas de parteras tradicionales y mujeres indígenas recuperadas en los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo realizados, en 12 Estados del País entre 2004 y 2007, con parteras tradicionales, mujeres indígenas usuarias de los servicios de salud y personal de los servicios de salud. En ellos se planteó la necesidad de enriquecer el modelo convencional de atención del parto, con aportes del modelo tradicional, que coincidían con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). A partir de allí se inició el Estudio de las recomendaciones internacionales y de las evidencias científicas.

2. Desde las mujeres en general.

Al inicio nos habíamos circunscrito a presentar la voz de las mujeres indígenas, que demandaban una atención del parto, con respeto a sus tradiciones, con la participación de la partera, su pareja, con masajes, y posiciones verticales, cuidando mucho los elementos del equilibrio frío-calor. Posteriormente a través de herramientas interculturales de escucha, en el entendido que la interculturalidad no se circunscribe al ámbito indígena, conocimos que había muchas mujeres urbanas y suburbanas en México y de otras partes del mundo que luchaban por un modelo humanizado, en las que ellas fueran sujetos y no objetos del parto. Esto nos llevó a conocer e investigar la temática de la violencia obstétrica, para lo cual aprovechamos los cursos de atención intercultural del parto que llevábamos con los servicios estatales de salud, realizados desde 2008.

Nos dimos cuenta de que había problemas operativos para implantar el modelo humanizado intercultural en los servicios de salud, por lo que nos avocamos a crear las condiciones para ello, lo cual nos llevó al diseño de tecnología apropiada de mesas y bancos obstétricos, donde la mujer pudiera escoger entre varias opciones de posiciones verticales, así como la participación de su pareja o acompañante. También las herramientas de escucha nos condujeron al diseño de otros implementos y ropa humanizada, siempre tomando en cuenta la voz de las mujeres y además la visión también del personal de salud que atienden partos y de las parteras tradicionales.

A este modelo primero le llamamos atención a las mujeres en los servicios de salud en posición vertical, luego atención intercultural del parto. Posteriormente como atención intercultural humanizada de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. En 2012, en conjunto con personal directivo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se le denominó: *“Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio: Enfoque, Humanizado, Intercultural y Seguro”*.

OBJETIVO

Este guía pretende facilitar a los servicios de salud y el personal directivo y operativo, las condiciones para la implantación del modelo de atención a las mujeres en el parto con enfoque humanizado, intercultural y seguro, así como brindar toda la información para modificar el paradigma de atención del embarazo, parto, puerperio y de la/el recién nacido, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS, las evidencias científicas, los derechos humanos y el marco normativo nacional.

Se trata de reconocer que el nacimiento es un proceso natural con significados culturales y sociales, que en general no se toman en cuenta en la atención pública y privada, pero que son fundamentales para la dignidad, calidad y la seguridad de la atención de las mujeres, por lo

que la atención debe de caracterizarse por: concebir al embarazo, parto y puerperio como parte de un proceso fisiológico, natural y saludable; por tanto, la atención debe ser humanizada, segura, sin violencia y con el uso de mínimo indispensable medicamentos y tecnología, tomando en cuenta la cultura de las ciudadanas usuarias, basada en la mejor evidencia científica disponible, reconociendo y valorando la autonomía de las mujeres y su protagonismo durante el parto, garantizando sus derechos humanos.

Objetivos específicos

- Lograr competencias obstétricas en todo el personal de salud que participa en la atención obstétrica, en los diversos niveles de atención, tomando en cuenta las recomendaciones de la OMS, el enfoque basado en evidencias científicas y la normatividad vigente.
- Promover competencias interculturales y relacionales con perspectiva de género y enfoque de derechos humanos con todo el personal de salud que participa en la atención obstétrica, incorporando la comunicación asertiva en la relación médico paciente.
- Fortalecer la atención con enfoque seguro, brindando la atención a las mujeres durante el embarazo y parto en espacios cuya infraestructura responda a las necesidades del modelo y sea acompañada por personal de salud con las competencias descritas y en capacitación continua.
- Desmedicalizar hasta donde sea posible la atención del parto de bajo riesgo, promoviendo su atención por enfermeras obstetras o perinatales, parteras profesionales y parteras tradicionales, en condiciones de seguridad.
- Disminuir, erradicar y/o evitar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud, lo cual incrementa la mortalidad materna.
- Integrar la promoción y concientización de la importancia de la lactancia materna en el primer año de la vida del/la bebé, práctica que ha disminuido en los últimos años en nuestro país.
- Brindar una atención a las mujeres en el parto, de manera placentera, con dignidad y seguridad, en la que ellas sean sujetos protagonistas de su parto, reduciendo complicaciones, así como la violencia obstétrica.
- Incentivar la implantación del modelo con estrategias reconociendo las buenas prácticas.

COMPONENTES DEL MODELO

El presente modelo postula tres elementos esenciales para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

Enfoque Humanizado. El término implica personalizar la atención, por lo que la ciudadana usuaria y quien presta los servicios dejan de ser objetos y engranes de un proceso mecánico y rutinario, para considerarse sujetos en condiciones de respeto y empatía. Lo que se pretende es que vivan la experiencia del nacimiento como un momento placentero y con dignidad humana. Las mujeres son protagonistas de su embarazo, parto y puerperio, con el reconocimiento y respeto a su capacidad de tomar decisiones acerca de cómo, dónde y con quien parir, en el marco de los derechos humanos, a fin de lograr que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana. De esta forma se pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones físicas y emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio.

Enfoque Intercultural. Identificar y erradicar las barreras culturales y de género que dificultan el acceso a los servicios de salud, reconociendo la diversidad cultural existente entre las mujeres de nuestro país, con sus demandas y expectativas, así como el enriquecimiento de la atención del parto con elementos de la partería tradicional indígena y como de otros modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud no convencionales, los cuales fortalecen tanto los elementos técnicos, como de humanos en la atención del parto.

Enfoque Seguro. Reconoce a las mujeres como sujeto del derecho de recibir una atención médica basada en fundamentos científicos, además de procurar condiciones de comodidad durante el parto, promueve también que estas se lleven a cabo en espacios confortables, con lo mejor de la atención y el mínimo uso de medicamentos y tecnología, en condiciones de seguridad, en coordinación y contiguos a espacios resolutivos, en caso de que se presente una complicación de última hora.

El enfoque seguro también incluye las competencias obstétricas que debe de tener el personal del primer contacto, para la identificación de los riesgos obstétricos durante el embarazo, así como para la atención del parto de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y para el manejo y referencia de complicaciones del mismo. Con respecto al nivel del hospital, incluye todas las competencias, condiciones y acuerdos interinstitucionales,¹ para poder identificar, atender y resolver de manera oportuna las complicaciones y emergencias obstétricas, dentro de una estrategia de redes funcionales de flujo real en los

¹ Ver Convenio General de Colaboración para la Atención de Emergencias Obstétricas en:
http://www.dgplades.salud.gob.mx/interior/convenio_gral_em_obs.html

servicios de salud, para garantizar la atención oportuna de las mujeres en trabajo de parto, con o sin complicaciones, bajo el lema de “cero rechazo”.

PROBLEMÁTICA ACTUAL

Existe una serie de indicadores y datos que sugieren que la atención a las mujeres en México atraviesa por varias problemáticas.

El Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (Proigualdad 2013-2018), señala que la Razón de Mortalidad Materna se estima en 43 defunciones por 100 mil nacidos vivos, con contrastes por entidad federativa, explicando que las causas de la mortalidad materna son prevenibles: el riesgo de complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio es mayor en las adolescentes; el aborto representa la quinta causa de mortalidad materna; y 8.6% de los embarazos ocurridos entre 2004-2009 terminaron en un aborto. También expresa que un problema casi desapercibido es que 46.2% de los nacimientos de mujeres de (20-49) años son cesáreas (20.5% programadas y 25.7% por urgencias) refiriendo que en los 12 últimos años el número de cesáreas se incrementó en 50.3%, en el sector público en un 33.7% y en el privado en 60.4%. Su práctica se relaciona con un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y neonatal, mayor número de partos pre-término y de acretismo placentario en el siguiente embarazo. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 refiere que México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica. Las cesáreas representan el 38.5% de los nacimientos en el sector público, con variaciones significativas que van desde 23% en las unidades del IMSS Oportunidades hasta 67% en los servicios del ISSSTE, porcentajes por encima de la recomendación de la OMS que sugiere que el porcentaje de nacimientos por cesárea no debe rebasar el 15%.²

En la revisión Cochrane titulada *“Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”*³, que forma parte de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS⁴, se señala que *“es frecuente ver en hospitales de países de medianos ingresos, especialmente en América Latina, a mujeres en trabajo de parto sin apoyo y bajo un modelo de atención medicalizado y deshumanizado. Este*

2 González-Pérez, Guillermo Julián; María Guadalupe Vega López y Carlos Enrique Cabrera Pivaral. Cesáreas en México: Aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud, 2011. Disponible en línea en: http://www.cucs.udg.mx/revistas/libros/CESAREAS_EN_MEXICO_ASPECTOS_SOCIALES_ECONOMICOS_Y_EPIDEMIOLOGICOS.pdf

³ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

⁴ Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. En http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html

es el modelo de atención prevalente en zonas urbanas, donde actualmente reside más del 70 % de la población.

En la actualidad, en México más del 90% de las mujeres que viven en las grandes ciudades tienen su parto en hospitales⁵. Los índices elevados de episiotomías y cesáreas son indicadores del elevado nivel de medicalización de la atención materna en estos lugares^{6,7}. Un modelo de atención altamente medicalizado se describe en la literatura como aquél que promueve el uso de intervenciones innecesarias, descuida las necesidades emocionales de las embarazadas y contribuye al incremento del costo global de los servicios médicos⁸.

Se cuenta con algunos datos sobre la insatisfacción de las mujeres por la atención del parto a nivel institucional y privado. A nivel institucional y nacional existen algunos indicadores indirectos como las quejas de mala práctica médica. Entre junio de 1996 y diciembre de 2007 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) atendió un total de 18,443 quejas mediante procedimientos de conciliación y arbitraje, análisis publicado por la revista de Salud Pública de México.⁹

La queja es la unidad principal de estudio de la institución y de forma operativa se define como una "petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero solicita la intervención de la CONAMED para impugnar la negativa de servicio médico o la irregularidad en su prestación". Las quejas médicas son indicadores negativos de la calidad de atención y debido a ello se les relaciona con mala práctica médica. Por analogía, las quejas médicas pueden analizarse de acuerdo con el enfoque sistémico propuesto por Avedis Donabedian para evaluar la calidad de la atención médica.¹⁰

Las especialidades de las que más se reciben quejas en la CONAMED son ginecología y obstetricia con 15%, y en orden decreciente siguen las de ortopedia y traumatología con 12.5%, urgencias médicas 10%, cirugía general 7.3%, y odontología 7%. Estas cinco especialidades concentran 51.8% de las quejas recibidas. En cuanto a las especialidades no quirúrgicas, destacan las de medicina familiar con 6.3%, y medicina interna con 2.4 por ciento.

En cuanto al análisis de la gravedad del daño en los pacientes, éste sólo se realizó en 1,412 quejas con evidencia de mala práctica atendidas desde 2003, año a partir del cual se registra

⁵ Estadísticas hospitalarias: Secretaría de Salud; 2001.

⁶ Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. BMJ 2002;324:945-6. Medline

⁷ Langer A, Villar J. Promoting evidence based practice in maternal care would keep the knife away. BMJ 2002;324:928-9. Medline

⁸ Tracy S K, Tracy M B. Costing the cascade: estimating the cost of increased obstetric intervention in childbirth using population data. BJOG 2003;110(8):717-24

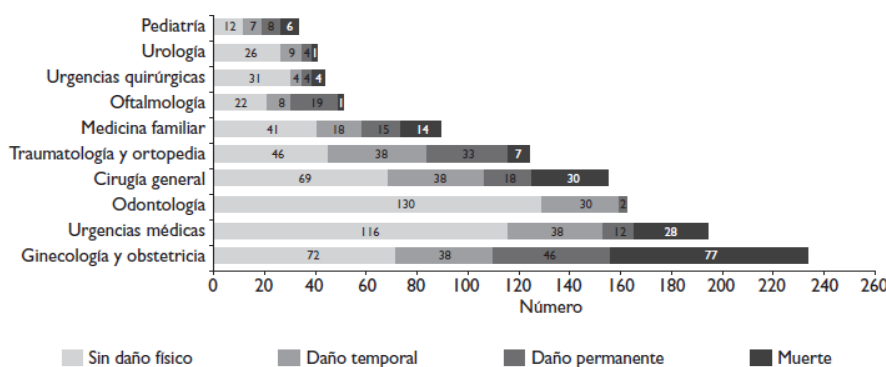
⁹ Fajardo G, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Pública de México, 2009 ; (51):119-125.

¹⁰ Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966;44:166-206.

esa variable en la CONAMED. Debido a que las quejas en las que existe evidencia de daño físico relacionado con la atención médica cumplen con el criterio de evento adverso establecido por la OMS, estos resultados permiten una aproximación general indirecta al conocimiento de este tipo de eventos.

El 79.5% de las quejas con evidencia de mala práctica se concentra en 10 especialidades y, dentro de ellas, las cinco en las que se presenta el mayor porcentaje de daño físico fueron: ginecología y obstetricia con 69%, pediatría con 64%, oftalmología con 56%, cirugía general con 55%, y medicina familiar con 53%. Si se analiza la mayor gravedad del daño por especialidad (sólo daño permanente y muerte), ese orden se modifica: ginecología y obstetricia ocupa el primer lugar con 53%, seguida por pediatría con 42%, oftalmología 40%, medicina familiar 33% y traumatología y ortopedia 32 por ciento.

En la figura 1, a partir de los registros de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se comparan las quejas por mala práctica entre diversas especialidades médicas, se observa que la atención gineco-obstétrica es la que presenta el mayor número de casos y poco más de la mitad de ellos se clasificó como daño permanente y muerte.



Fuente: Saqmed, Dirección General de Calidad e Informática. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México. En Fajardo-Dolci GE, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J, Hernández-Ávila, Kuri-Morales P, Gómez-Bernal E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. Salud Publica Mex .2009;51:119-125.

La insatisfacción de las usuarias está relacionada con la *violencia en los procesos de atención perinatal*, conocida como violencia obstétrica; problemática nacional ampliamente conocida, de la cual se cuenta con estudios cualitativos acerca de ella a nivel nacional^{11, 12, 13, 14}.

¹¹ Castro, Roberto y Joaquina Erviti, "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinosa, Género y Política en Salud, México, Secretaría de Salud, 2003, p. 259.

¹² Almaguer, J. Alejandro, García H, Vargas V. La Violencia obstétrica. Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. Género y Salud en Cifras 2010 sep-dic; 8(3):3-20.

¹³ Villanueva, Luis. El Maltrato en las salas de parto. Reflexión de un gineco-obstetra. Género y Salud en Cifras 2010 sep-dic; 8(3):21-26.

¹⁴ Omisión e Indiferencia. Derechos Reproductivos en México. Aborto/Anticoncepción/Mortalidad Materna/Violencia Obstétrica/Vida Laboral y Reproductiva/Reproducción asistida. GIRE. México, 2013.

A nivel internacional destacan un artículo de la revista *Lancet* de 2002 sobre la violencia contra la mujer en instituciones de salud¹⁵, un pronunciamiento de la OMS de 2014 sobre la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en unidades de atención a la salud, que pone énfasis en las medidas para combatirla¹⁶, y una revisión sistemática de junio de 2015 sobre el maltrato a las mujeres durante el parto a nivel mundial¹⁷. En los primeros dos documentos se reconoce la problemática, se identifican las causas y consecuencias y se proponen algunas líneas de trabajo para disminuirla. El tercero es un metaanálisis cualitativo-cuantitativo basado en una tipología bastante detallada sobre el maltrato y violencia hacia las mujeres que considera elementos muy importantes.

Como estudios cuantitativos en México realizados en los servicios de salud destacan dos: Uno por el Instituto Nacional de Salud Pública, del 7 de mayo al 7 de junio de 2012 en dos hospitales públicos del Estado de Morelos en los que se brinda atención ginecobstétrica, reportando que el tacto vaginal, fue la maniobra de la que más se quejaron las mujeres, con un promedio de 4.47 ± 3.68 . La proporción de mujeres que reportaron algún tipo de abuso durante el trabajo de parto fue del 29% y no se encontraron diferencias por hospital ($p=0.815$), con 19% ($n=99$) de las entrevistadas que refirieron algún tipo de abuso verbal y 8% ($n=39$) con abuso físico. Además se encontró una proporción de cesáreas del 50%.¹⁸

Otro estudio publicado en la Revista de Investigación Médica de Oaxaca, elaborado con investigadores del Comité Promotor por una Maternidad Segura-México, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), y la Unidad Pacífico Sur de los Servicios de Salud de Oaxaca, realizado entre septiembre de 2011 y enero de 2012 en zonas rurales pertenecientes a las seis jurisdicciones sanitarias de los Servicios de Salud de Oaxaca¹⁹, señala que en cuanto a los resultados obtenidos del análisis descriptivo de las variables de calidad de la atención durante el trabajo de parto, el parto y puerperio inmediato, se puede apreciar que las prácticas de la atención, se realizan en muchos casos sin apego a los estándares nacionales y/o a las recomendaciones de la OMS; esto, independientemente del nivel de atención donde hayan sido atendidas las mujeres encuestadas. Con respecto a la administración de soluciones y medicamentos, el 81% de las mujeres atendidas en el primer

¹⁵ Pires Lucas d'Oliveira Ana Flávia, Simone Grilo Diniz, Lilia Blima Schraiber. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. THE LANCET. Vol 359. May 11, 2002. Pags. 1681–1685.

¹⁶ World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Department of Reproductive Health and Research, WHO. Geneva, Switzerland, 2014.

¹⁷ 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.

¹⁸ Instituto Nacional de Salud Pública. El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad. Nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. INSP, Cuernavaca, Morelos, 2013.

¹⁹ Sachse_Aguilera Mattias, Sesia Paola María y García-Rojas Mónica. Calidad de la Atención durante el parto normal en establecimientos públicos de salud en el Estado de Oaxaca. Revista de Investigación médica de Oaxaca. Vol.1/Num1/Abril-Junio 2013. Pags. 17 a 36. México.

nivel de atención recibió la administración de soluciones parenterales, mientras que al 28% de ellas les administraron medicamentos (presumiblemente, oxitocina). En tanto, en el segundo nivel, de igual manera un alto porcentaje de las mujeres atendidas (95%) recibieron la administración de soluciones parenterales y el 43% de medicamentos.

Durante el trabajo de parto, se observa que las recomendaciones de la OMS se implementan en porcentajes bajos o muy bajos, sobre todo en el segundo nivel de atención; por ejemplo: permitir la rehidratación por vía oral (23% en el primer nivel vs 14% en el segundo); el libre movimiento durante el trabajo de parto (53% de las mujeres atendidas en el ámbito hospitalario vs el 84% de las mujeres atendidas en el primer nivel); el acompañamiento a la mujer (65% de las mujeres atendidas en los CS y 16% de aquéllas atendidas en el ámbito hospitalario); y la libre posición al momento del nacimiento de sus bebés (34% de las mujeres atendidas en el primer nivel y 26% en el ámbito hospitalario).

La episiotomía se realizó en el 24% de las mujeres atendidas en el primer nivel, mientras que se efectuó en el 53% de las mujeres que se atendieron en hospitales públicos. En un porcentaje, considerable en el segundo nivel, se les realizó sin aplicar analgesia. Por otro lado, se realizó la revisión de la cavidad uterina en ambos niveles en proporciones muy altas, mayores del 80%.

Con respecto a las prácticas enfocadas a los recién nacidos (RN), en el 50% de los casos los RN fueron entregados de manera inmediata a las madres atendidas en el primer nivel, y en el 46% de los casos en el ámbito hospitalario; el corte retardado del cordón umbilical de estos RN se realizó en porcentajes bajos en bajos niveles, pero sobre todo en los hospitales (20% Centros de Salud vs 11% hospitales públicos); mientras que el tamiz neonatal se realizó en el 89% de los RN en los CS y al 87% de los nacidos en hospitales públicos.

Finalmente, se analizó la variable de número de tactos vaginales, estratificando en tres rangos. Al 66% de las mujeres le realizaron un número máximo de tres tactos vaginales en su Centro de Salud, mientras que al 29% de cuatro a más tactos, de las cuales 5% reportaron 7 o más tactos vaginales. En los hospitales, al 51% de las mujeres se les hizo un número máximo de tres tactos, mientras que al 42% se les hicieron cuatro o más tactos; una mujer incluso refirió que le hicieron aproximadamente 20 tactos vaginales.

Otro mecanismo de valorar la problemática de insatisfacción y violencia institucional en salud reproductiva, se presenta con los procesos llevados a cabo por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), quien estableció en 2009 la Recomendación General N° 15 sobre el Derecho a la Protección a la Salud²⁰. Documentada con 11,854 quejas recibidas de todo el Sistema Nacional de Salud, durante el periodo de enero de 2000 a enero de 2009: “*de las se*

²⁰ Recomendación General N° 15. Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
<http://www.cndh.org.mx/recomen/recomogr.asp>.

desprenden diversas irregularidades en la prestación de la atención médica, como un trato contrario a la dignidad, poco respetuoso y, en algunos casos, conductas discriminatorias que afectan el bienestar de los pacientes; la falta de atención en las unidades de urgencias; la atención de manera irregular; el maltrato a los pacientes; las intervenciones quirúrgicas negligentes; la inadecuada prestación del servicio médico, y la deficiente atención materno-infantil durante el embarazo, parto y puerperio.”

Es importante mencionar que existen publicaciones y diagnósticos sobre esta temática elaborados por grupos de mujeres de la sociedad civil que reflejan su grado de insatisfacción por la atención recibida durante el embarazo, parto y puerperio, así como la demanda de una atención humanizada, donde la queja principal es la violencia obstétrica^{21,22, 23}.

Es importante hacer mención de la Recomendación 03/2015 de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal en la que aborda como caso, *“la falta de atención oportuna y adecuada a mujeres, algunas de ellas adolescentes, que requirieron servicios de salud pública del Distrito federal, durante el embarazo, parto y puerperio, así como acciones y omisiones que les generaron violencia, sufrimientos innecesarios, y afectaciones a varios derechos, y deficiencias en la atención de niñas y niños recién nacidos”*.

A través de la realización de talleres de sensibilización intercultural²⁴ y encuentros de enriquecimiento mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales, llevados a cabo de 2004 a 2012 en los estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, realizados por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo intercultural de la Dirección General de Planeación y Desarrollo en salud, se identificaron barreras culturales y de género, que alejan a los usuario/as de los servicios, destacando la “violencia obstétrica”.

En el caso de los “encuentros de enriquecimiento mutuo”, tanto el personal de salud como las parteras tradicionales analizan las ventajas y desventajas de cada modelo de atención. Resalta la descripción que las parteras tradicionales hacen del “maltrato” sufrido por las mujeres en la

²¹ Coalición de mujeres por un parto humanizado y sin violencia. CIEMER. México, 2013.

²² Falcon Karina. Compiladora. Concibiendo mi historia. Maternidades por un parto humanizado. Ed. Caliope. México, 2011.

²³ Falcon Karina. Compiladora. Nacer en el ombligo de la luna: Historias por un Nacimiento Humanizado. Ed. Caliope. México, 2013.

²⁴ Los talleres de sensibilización intercultural fueron realizados con personal jurisdiccional, estatal, de centros de salud y hospitalario de la Secretaría de Salud. En ellos se realizan dinámicas para identificar las barreras culturales y de género presentes en los servicios de salud. Cabe resaltar que más del 60% del personal de salud femenino participante (médicas y enfermeras), también fueron atendidas durante sus partos en los servicios de salud públicos (SSA, IMSS e ISSSTE) y refirieron haber recibido algún tipo de maltrato en dicha atención, de manera coincidente con los elementos aquí definidos como “violencia obstétrica”. Además del personal jurisdiccional, estatal y de centros de salud, participaron 8 Hospitales de las siguientes entidades federativas: Distrito Federal, Guerrero, Hidalgo (2), Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Tlaxcala, con la participación promedio de 50 personas en cada uno, con personal médico (médicos generales, obstetras, pediatras, e internos y residentes de ginecoobstetricia), enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogas y personal directivo.

atención de su embarazo, parto y puerperio de parte del personal de los servicios de salud²⁵. En algunos encuentros realizados en los estados de Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca, Puebla y Veracruz, se contó además con la participación de algunas mujeres que habían parido, tanto en los servicios de salud, como con las parteras tradicionales. Ellas analizaron las ventajas y desventajas de la atención de cada modelo como ellas lo vivieron, destacando su cuestionamiento a las actitudes y los comportamientos con que fueron atendidas en los servicios de salud.

Se comprende como violencia obstétrica²⁶ o violencia en los procesos de atención perinatal, un tipo de violencia de género institucional, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, que se expresa como una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva²⁷. Se presenta en la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y se expresa en relaciones de poder, en la que se legitiman y naturalizan una serie de procedimientos, en los que se da:

- Una apropiación del cuerpo de la mujer y de los procesos fisiológicos presentes durante el embarazo, el trabajo de parto, el periodo expulsivo del mismo, el alumbramiento de la placenta y la atención del recién nacido y del puerperio en la mujer.
- Un trato deshumanizador, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decisión de parte de las mujeres en trabajo de parto, lo cual mengua sus derechos humanos.

La violencia en los procesos de atención perinatal o violencia obstétrica se puede clasificar en diferentes categorías: ²⁸

- a) **Procedimientos técnicos efectuados de manera rutinaria** que no cuentan con evidencias de efectos positivos, de los que la OMS recomienda su exclusión si no existe una indicación médica precisa. En esta categoría se puede incluir: el rasurado de la mujer, previo al parto, los tactos vaginales, los enemas evacuantes, la inducción del parto con oxitócicos, el uso de sedantes y tranquilizantes, la posición horizontal de litotomía, la restricción de la ingesta de líquidos, el confinamiento en cama, el dejar a la mujer sola, sin acompañamiento

²⁵ Estos encuentros se han realizado básicamente con personal de centros de salud (médicos y enfermeras) y con las parteras tradicionales de la región de los estados de Chiapas, Estado de México, Guerrero, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Tabasco y Veracruz, con un promedio de 40 personas asistentes, la mitad personal de salud y la otra mitad parteras tradicionales.

²⁶ Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz. Gaceta Oficial órgano del Gobierno del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Xalapa-Enríquez, Ver., jueves 28 de febrero de 2008.

²⁷ GIRE et al., "Omisión e Indiferencia...", op. cit., pag. 120.

²⁸ Almaguer, José Alejandro et al., "La violencia obstétrica...", op. cit., pags. 9, 10.

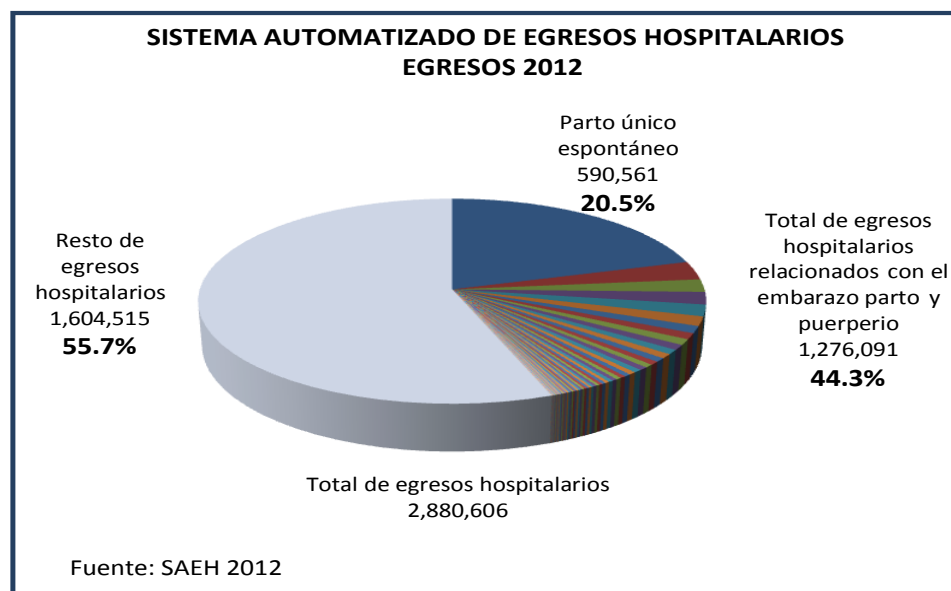
psicoafectivo, el separar a las madres de sus bebés, así como la episiotomía y la revisión de cavidad uterina. Son elementos que atentan contra la integridad de la mujer.

- b) **Maltratos y humillaciones.** Frases expresadas en el trabajo de parto como aquella que dice: “¿verdad que hace nueve meses no le dolía?”, referidas por personal médico y de enfermería tanto masculino como femenino cuando la mujer expresa dolor, han sido confirmadas en todos los hospitales y servicios de salud de todo el país, cuando se pregunta intencionadamente al personal si la han escuchado.
- c) **Procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje** de estudiantes, internos y residentes. En esta categoría se incluye a los tactos vaginales, episiotomías, aplicación de anestesia epidural y de fórceps, revisiones de cavidad uterina y realización de cesáreas. Este fenómeno no se presenta de manera tan cruda en otras áreas o especializaciones médicas. Estas prácticas “médicas” frecuentemente realizadas con mujeres, nos refieren a una conducta en la cual la mujer es despersonalizada y valorada como un objeto para otros, donde sus intereses y percepciones no cuentan y en el que las metas de enseñanza del interno o residente se colocan en un nivel superior.²⁹
- d) **Diseño de presupuestos y espacios de atención materna.** Las mujeres representan en México un poco más de la mitad de la población. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, siete de cada diez mexicanas de más de 15 años han tenido al menos un hijo vivo³⁰, lo que indica que 71.6% de la población femenina con vida reproductiva en México ha necesitado atención médica durante el período de embarazo, parto y puerperio. El marco jurídico que regula las condiciones de ciudadanía les otorga igualdad de derechos. Ellas pagan impuestos al igual que los hombres. Sin embargo ha sido claro que el diseño de presupuestos y, en particular, de los espacios de atención perinatal, se realiza desde la mirada androcéntrica del varón. Ahora se habla de presupuestos con perspectiva de género.

La figura dos presenta el porcentaje que toda la atención del embarazo, parto y puerperio ocupa del egreso hospitalario de acuerdo al SAEH, siendo el 44.3%. Sólo la atención de los partos normales representa el 20.5%. La pregunta sería si existe equidad entre el presupuesto asignado en el diseño y construcción de los espacios y en la operación de los servicios, y el porcentaje de usuarios atendidos.

²⁹ Un argumento escuchado como comunicación personal en diferentes nosocomios de diferentes entidades federativas, de parte del director del hospital o del jefe de ginecobstétrica, es que se podría disminuir en el hospital el porcentaje de cesáreas, pero como es “*hospital escuela*”, se debe dar oportunidad a los residentes e internos de practicar esta intervención.

³⁰ INEGI, “Estadísticas a propósito del Día de la Madre. Datos Nacionales”, México, 10 de mayo de 2012.



- e) **Maltrato cultural y social en salud reproductiva.** Además del maltrato que reciben todas las mujeres en los servicios de salud por pertenecer a este sexo/género, las mujeres indígenas y pobres la padecen doblemente. Incluye burla y rechazo sobre sus concepciones y prácticas culturales, así como mayor discriminación. El maltrato cultural presente en salud reproductiva, también afecta a las parteras tradicionales, cuya labor se ha visto afectada por los prejuicios existentes en nuestra sociedad, que no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes, recibiendo rechazo y maltratos del personal de salud hospitalario cuando refieren pacientes.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Medicina Basada en Evidencias

La medicina basada en evidencias es un movimiento mundial de mejora de la calidad de la atención médica, potenciado por la demostración de la falta de fundamento de muchas decisiones clínicas y de la enorme variabilidad de la práctica médica. El concepto de medicina basado en evidencias, expresión derivado del inglés "*evidence-based medicine* (EBM)", se refiere a la medicina en la que las decisiones corresponden a un uso racional, explícito, juicioso y actualizado de los mejores datos objetivos con fundamentos científicos, aplicados al tratamiento de cada paciente.

En la década de los años setenta el médico británico Archie Cochrane (1909-1988), alertado de la necesidad de un mejor uso de evidencias científicas en la formulación de políticas de salud, hizo hincapié en la importancia del uso de la evidencia científica para la toma de decisiones clínicas. Él consideraba que las intervenciones en salud que han demostrado su efectividad deben ser gratuitas y criticó que los médicos no hubieran sintetizado en bien de

los pacientes y de los sistemas de salud, los resultados de los ensayos clínicos sobre diferentes temas de la medicina clínica y de la salud pública.

En 1993 se estableció la Colaboración Cochrane como una organización internacional sin ánimo de lucro y se le dio el nombre del Dr. Archie Cochrane en reconocimiento a su labor. Reúne a un grupo de investigadores de ciencias de la salud con más de 11.500 voluntarios en más de 90 países, que aplican un riguroso y sistemático proceso de revisión de las intervenciones en salud, y que tiene el fin de revisar las evidencias a través de revisiones sistemáticas que se actualizan regularmente a partir de ensayos clínicos controlados, para ayudar a las personas e instituciones a tomar decisiones clínicas y sanitarias bien informadas. Los resultados de estas revisiones sistemáticas se publican en la Biblioteca Cochrane (<http://www.bibliotecacochrane.com/>).

Posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Desde 1985 la OMS no ha dejado de aconsejar que el parto normal es un proceso saludable y que solo hay que intervenir si es necesario.

En 1985 Lancet publicó la tecnología apropiada para el nacimiento de la OMS³¹, y ese mismo año se emitió la Declaración de Fortaleza, Brasil: *“El Embarazo y Parto no es una Enfermedad”*, con el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS³². Este documento recoge el trabajo de 50 personas entre obstetras, pediatras, parteras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, los cuales tras una cuidadosa revisión de los conocimientos adoptaron una serie de recomendaciones sobre “la Tecnología apropiada para el parto”. El texto recoge 14 recomendaciones generales, 14 recomendaciones específicas y 10 recomendaciones para su aplicación. La OMS considera que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

En el texto se señala que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. La Declaración subraya que el nacimiento es un proceso normal y natural, pero que puede sufrir complicaciones. Señala que es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales.

³¹ World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985;(2):436-437.

³² Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza, Brasil. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.

En 1990, en Florencia, Italia, se efectuó el Consenso de Ministros de Salud para la Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, en el decenio de 1990: “una iniciativa a nivel mundial”, emitiendo la “Declaración de Innocenti”, con apoyo de la OMS y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Fue copatrocinada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (A.I.D.) y el Organismo Sueco de Desarrollo Internacional (O.S.D.I.), que tuvo lugar en el Spedale degli Innocenti, del 30 de julio al 1 de agosto de 1990³³. Fue ratificada en 2005³⁴.

En 1996 la OMS publicó la Guía práctica en la atención del parto normal, informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo Departamento de Investigación y Salud Reproductiva³⁵, y en 2001 se publicaron las Recomendaciones de la OMS acerca del cuidado perinatal³⁶.

Las recomendaciones de la OMS y algunos meta-análisis de estudios controlados, han señalado y concluido que el cuidado materno con apoyo tecnológico inapropiado, continúa siendo practicado en todo el mundo, a pesar de la aceptación de las propuestas de la medicina basada en las evidencias con respecto a este cuidado. La preocupación de la OMS por este tema, llevó a emitir diez principios para el cuidado del embarazo y parto, y a desarrollar materiales educativos para facilitar su implementación, señalando que el cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias.
2. Reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún superiores.
3. Basarse en las evidencias científicas.
4. Regionalizarse y desarrollar un sistema eficiente de referencias de centros de atención primaria a niveles de cuidado secundario y terciario.
5. Incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras, especialistas en obstetricia, neonatología, enfermería, educación del parto y de la maternidad, y en ciencias sociales.
6. Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
7. Centrarse en las familias y dirigirse hacia las necesidades tanto de la mujer y su hijo/a como de su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales para permitir y lograr sus objetivos.

³³ Declaración de Innocenti. OMS, UNICEF, 1990.

³⁴ La Alimentación de lactantes y niños pequeños. Declaración del Innocenti del 2005. OMS, UNICEF 2005.

³⁵ Cuidados en el Parto Normal: Una Guía Práctica. OMS. Ginebra. 1996

³⁶ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal: lineamientos esenciales en el cuidado de la salud antenatal, perinatal y del postparto. Birth 2001; 28: 202-207.

9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

En las recomendaciones de la OMS se expresa que muchos procedimientos realizados durante el embarazo, parto y puerperio, no cuentan con evidencias de resultados positivos. En este documento se refiere que las formas de cuidado que sí cuentan con evidencias sólidas sobre su beneficio para la madre y su hijo o hija durante la atención del parto y que reducen los resultados adversos del nacimiento, son:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- b) El contacto madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.
- c) La posición vertical (sentada, hincada o en cuclillas) durante el trabajo de parto.

La OMS también refiere que el porcentaje de cesárea debe de ser inferior al 15%.

En este documento también se señala que las formas de cuidado que deberían ser abandonadas son:

- No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado.
- Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres.
- Insistir en el confinamiento institucional universal.
- Dejar a las madres sin atención durante el trabajo de parto.
- Rasurado de rutina.
- Enema rutinario.
- Monitoreo fetal electrónico rutinario sin determinación de pH en cuero cabelludo.
- Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto.
- Episiotomía rutinaria.
- Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior.
- Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas.
- Uso de sedantes /tranquilizantes de rutina.
- Uso rutinario de guantes y mascarillas en las unidades de cuidados del recién nacido.
- Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud.
- Administración de agua/glucosa en forma rutinaria a los niños amamantados.
- Lactancia con restricciones.
- Distribución sin cargo de muestras de fórmulas lácteas.
- Prohibir las visitas de los familiares.

En el documento se concluye que la Organización Mundial de la Salud busca fortalecer una filosofía de respeto, apoyo y atención de la mujer durante el embarazo y el parto a través de un programa de entrenamiento juntamente con un enfoque de la atención basado en la evidencia. Señala que es prioritario lograr un cuidado perinatal efectivo, sensible psicológicamente, multidisciplinario, y apropiado culturalmente. La OMS busca que este nuevo

enfoque se equilibre y combine con la tecnología desarrollada y que ponga énfasis en el cuidado perinatal para asegurar una buena calidad de la atención para la mujer embarazada y su hijo.

La Organización Mundial de la Salud estableció un convenio con Colaboración Cochrane para establecer la Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR). La BSR selecciona la mejor evidencia disponible sobre salud sexual y reproductiva de las revisiones sistemáticas Cochrane y la presenta como acciones prácticas para médicos (y formuladores de políticas) con el fin de mejorar los resultados de salud, especialmente en los países en desarrollo (<http://apps.who.int/rhl/es/>).

BSR

La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS



Inicio

- Salud sexual y reproductiva adolescente
- Regulación de la fertilidad
- Ginecología, infertilidad y cánceres
- VIH
- Cómo mejorar la práctica clínica
- La salud del recién nacido
- Embarazo y parto
- Infecciones de transmisión sexual



Acerca de la BSR

La Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la OMS es una revista electrónica de revisiones. La BSR selecciona la mejor evidencia disponible sobre salud sexual y reproductiva de las revisiones sistemáticas Cochrane y la presenta como acciones prácticas para médicos (y formuladores de políticas) con el fin de mejorar los resultados de salud, especialmente en los países en desarrollo.

En la sección de Embarazo y parto (http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/es/), se pueden encontrar entre muchas revisiones de investigaciones, las temáticas siguientes:

Atención durante el trabajo de parto: período dilatante • Apoyo continuo para las mujeres durante el parto • Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto	Atención durante el trabajo de parto: período expulsivo • Episiotomía en el parto vaginal • Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural	Atención durante el trabajo de parto: alumbramiento • Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento • Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales • Pinzamiento precoz versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos prematuros
--	---	--

ENFOQUE DE DERECHOS

Aunado a las recomendaciones de la OMS, existe un vasto marco jurídico internacional que da sustento a la protección contra la violencia relacionada con la salud reproductiva.

En el ámbito internacional, la violencia contra las mujeres es reconocida como una forma de discriminación, que les impide a ellas el goce de derechos humanos y libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los hombres. En específico, la **Convención Internacional sobre**

la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer³⁷ (CEDAW) de 1979, establece la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del acceso a servicios de atención médica, de manera que se garantice el acceso a servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.³⁸ En esta línea de ideas, las acciones o conductas que causen muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, por su condición de género, en el ámbito de la salud reproductiva constituyen formas de violencia y discriminación contra la mujer.

De acuerdo con el artículo 1º de la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer** (“Convención de Belém do Pará”) de 1994, se entiende como violencia contra la mujer: “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”. Dicha Convención impone a los Estados obligaciones positivas para erradicar todas las manifestaciones de violencia contra las mujeres, y establece que se debe prestar especial atención cuando la mujer que es objeto de violencia se encuentra embarazada (artículo 9).³⁹

El **Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas** (ONU) presentó a la Asamblea General el 12 de junio de 2012 el documento A/HRC/21/22: *“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”*, 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”*. Entre otros elementos se señala:

10. Un enfoque basado en los derechos humanos determina quiénes son los titulares de los derechos y en qué consisten esos derechos, y quiénes son los responsables de hacerlos efectivos y cuáles son sus obligaciones, y promueve el fortalecimiento de la capacidad de los primeros de llevar adelante sus reivindicaciones, y de los segundos, de cumplir sus obligaciones⁴⁰. Esos derechos y obligaciones están establecidos en la normativa internacional de derechos humanos.

11. Las orientaciones técnicas, al igual que los informes anteriores del ACNUDH, se fundamentan en el respeto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, establecidos

³⁷ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. ONU, 1979.

³⁸ Comité CEDAW, Observación General 24. Artículo 12: La mujer y la salud, 20º período de sesiones (1999), párrafo 2. Disponible en (<http://bit.ly/opp1tq>) Consulta 14/11/2013.

³⁹ Omisión e indiferencia. Derechos Reproductivos en México. Aborto / Anticoncepción / Violencia Obstétrica/ Vida Laboral y Reproductiva/ Reproducción Asistida. GIRE, México, 2013. Pag 121.

⁴⁰ Las negritas son del documento original.

en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y reiterados y ampliados en documentos posteriores de las Naciones Unidas y el derecho internacional.

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.

13. Deben adoptarse medidas para abordar los factores sociales que influyen en la salud de la mujer y que afectan al disfrute de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. En todos los países, las pautas de mortalidad y morbilidad maternas reflejan con frecuencia las diferencias de poder en la sociedad y la distribución del poder entre hombres y mujeres. La pobreza y la desigualdad de ingresos, la discriminación de género en la ley y en la práctica y la marginación basada en la etnia, la raza, la casta, el origen nacional y otros motivos son manifestaciones de factores determinantes de carácter social que influyen en múltiples derechos.

17. En un marco de derechos humanos, las mujeres son agentes activos facultadas para participar en las decisiones que afectan a su salud sexual y reproductiva. Para ser eficaz, la participación debe permitir a las mujeres cuestionar la exclusión política y de otra índole que les impide ejercer poder sobre las decisiones y los procesos que influyen en su vida, incluida su salud sexual y reproductiva. Para ello se requiere una participación significativa en la determinación de los problemas, la concepción de las políticas y la asignación de los presupuestos, y en la evaluación de la ejecución de los programas y las políticas.

La XXII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, (CEPAL-ONU) conocida como Consenso de Santo Domingo, en la cual participó México, celebrada del 15 al 18 de octubre de 2013, señala entre otros numerales:

69. Promover, proteger y garantizar el pleno ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres, de todos los grupos poblacionales y a lo largo de todo el ciclo de vida, mediante la implementación de leyes, políticas, normas, reglamentos y programas incorporados a los presupuestos nacionales y subnacionales, por cuanto la autonomía física es una dimensión fundamental para el empoderamiento de las mujeres y su participación en la sociedad de la información y el conocimiento en igualdad de condiciones;

82. Asegurar en los servicios de salud que todas las mujeres sean atendidas sin ninguna violencia, en particular la violencia que ocurre durante los partos conocida como violencia obstétrica.

Tomando como base las recomendaciones de la OMS y los convenios internacionales en materia de Derechos Humanos, algunos países en América Latina han emitido leyes específicas. En noviembre de 2004, se promulgó en Argentina la *Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de nacimiento* y se emitió, por parte del Senado de la Nación, la Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer sobre difusión del Parto Humanizado. De carácter obligatorio en toda la Argentina, tanto en instituciones públicas como privadas, se establece que todas las mujeres tienen derecho a:

- Ser protagonistas de su parto.
- Ser consideradas personas sanas.
- Decidir lo que necesitan en cada momento.
- Ser informadas de todo lo que ocurre.
- Elegir con libertad una compañía de sus afectos.
- Elegir la posición para parir.
- Expresar sus emociones.
- Efectuar los rituales que acostumbra su cultura.
- Ser respetadas en su intimidad.

Con la aportación de Argentina, el enfoque de derechos aplicado en la atención del embarazo, parto y puerperio se propagó en América Latina. Otro referente regional fue cuando en marzo de 2007, se incorporó el concepto de violencia obstétrica en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de la República Bolivariana de Venezuela⁴¹.

El enfoque de derechos en la atención del embarazo, parto y puerperio, parte también del reconocimiento de los derechos de los/las pacientes, reconocidos en México en la **Carta de Derechos de los Pacientes**:

- **Recibir atención médica adecuada.** El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.
- **Recibir trato digno y respetuoso.** El paciente tiene derecho a que el médico y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas

⁴¹ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Caracas: Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668; 2007 abril 23.

con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.

- **Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.**
- **Decidir libremente sobre su atención.** El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o de tratamiento ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.
- **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.** El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte someterse con fines de diagnóstico o de tratamiento, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.
- **Ser tratado con confidencialidad.** El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
- **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.** El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- **Recibir atención médica en caso de urgencia.** Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- **Contar con un expediente clínico** (con información veraz, clara, precisa, legible y completa) y a obtener por escrito un resumen clínico de acuerdo al fin requerido.
- **Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida.**

En el caso de la atención del parto, se debe incluir el derecho a asumir en libertad la posición más cómoda durante los diferentes estadios del trabajo de parto, contando con la información adecuada para ello.

Derechos de las adolescentes embarazadas

Las mujeres adolescentes embarazadas son especialmente vulnerables, y el embarazo viene a exacerbar su vulnerabilidad. Ciertos elementos como la permanencia en la escuela, el acceso a la información y educación sexual, las oportunidades y aspiraciones de vida, la existencia de redes familiares y sociales de apoyo, la violencia intrafamiliar y la pobreza pueden influir en la frecuencia de los embarazos en la adolescencia.⁴²

Además de atender a los derechos humanos, la perspectiva de género y el enfoque intercultural, en las adolescentes, se debe considerar la doctrina de protección integral de los derechos de la infancia, dado que existen observaciones de que la violencia obstétrica o perinatal puede aumentar en las mujeres adolescentes, con el pretexto de que hay que “castigarlas” por lo que hicieron y para que no vuelvan a embarazarse⁴³. Ello denota además de un pleno desconocimiento de la causalidad del embarazo y de los derechos humanos, una conducta moral del personal de salud en la que se vuelve policía, juez y verdugo, que es completamente reprobable.

En el documento de la OMS titulado *“The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth”* de 2014, se señala que ***es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo***⁴⁴. Al respecto en el artículo de la Revista THE LANCET, Vol. 359 de 2002, se señala que *“algunos grupos de mujeres quienes enfrentan regularmente maltrato son los que podrían haber violado los códigos morales sociales, por ejemplo, las adolescentes que son sexualmente activas o las mujeres que han tenido abortos”*.⁴⁵

En México se reconoce el principio fundamental del interés superior de la niñez, establecido en el artículo 3° de la Convención de los Derechos del Niño (en adelante, la CDN), que señala que los Estados, en todas sus decisiones y en el cumplimiento de sus obligaciones deben priorizar los derechos de la niñez y enfocarse en garantizar su beneficio y bienestar frente a cualquier situación en la que puedan verse involucrados⁴⁶.

⁴² Stern Claudio. Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México. Papeles de Población, enero-marzo, número 039. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México. pp. 129 – 158, 2004.

⁴³ Dicha información se identificó en los “Encuentros de enriquecimiento mutuo” entre personal de salud, parteras tradicionales y mujeres usuarias de los servicios, llevados a cabo de 2004 a 2015 en 17 entidades federativas: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.

⁴⁴ World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Department of Reproductive Health and Research, WHO. Geneva, Switzerland, 2014.

⁴⁵ Pires Lucas d’Oliveira Ana Flávia, Simone Grilo Diniz, Lilia Blima Schraiber. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. THE LANCET. Vol 359. May 11, 2002. Pags. 1681–1685.

⁴⁶ Recomendación 03/2015. Comisión de los Derechos Humanos del Distrito Federal. Mayo de 2015.

Sobre la prevalencia de este principio, el artículo 4° Constitucional establece lo siguiente: *“En todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará y cumplirá con el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos. Los niños y las niñas tienen derecho a la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral. Este principio deberá guiar el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas públicas dirigidas a la niñez.”*

La Suprema Corte de Justicia de la Nación ha manifestado lo siguiente: “El interés superior del niño es un principio orientador de la actividad interpretativa relacionada con cualquier norma jurídica que tenga que aplicarse a un niño en un caso concreto o que pueda afectar los intereses de algún menor. Este principio ordena la realización de una interpretación sistemática que, para darle sentido a la norma en cuestión, tome en cuenta los deberes de protección de los menores y los derechos especiales de éstos previstos en la Constitución, tratados internacionales y leyes de protección de la niñez.”

Este principio se funda sobre la dignidad misma del ser humano, en el reconocimiento de las personas que integran este sector de la población como sujetos plenos de derechos y en la necesidad de propiciar el desarrollo de aquellos con pleno aprovechamiento de sus potencialidades. Además, incluye por un lado, el derecho a que todo niño, niña o adolescente sea protegido y protegida contra cualquier forma de sufrimiento, abuso o descuido, incluidos del descuido físico, psicológico, mental y emocional; y, por otro lado, la posibilidad de desarrollarse en forma armoniosa, es decir que tenga derecho a crecer en un ambiente armonioso y con un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

En ese sentido, la misma CDN señala que aún en situaciones donde no sea fácil establecer cuál es la mejor forma de respetar ese principio, lo que prima es que el niño, la niña y/o el adolescente pueda ejercer todos sus derechos de la manera más completa e integral, lo que implica un trato prioritario.

Aunque el interés superior de la niñez es el pilar fundamental para la aplicación y garantía de los derechos de niñas, niños y adolescentes, la protección de esta población no se limita a este principio ni a la mera aplicación del artículo que lo reconoce.

En el marco jurídico mexicano, la CDN, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José (la Convención Americana (artículo 19), la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (artículo 4°, Párrafo octavo, forman parte de un conjunto de normas vinculadas o corpus iuris que reconocen los derechos de las niñas, niños y adolescentes y señalan la obligación del Estado, la sociedad y la familia de reconocerles y tratarles como sujetos de derechos en el marco de una protección integral.

El Consentimiento informado

El consentimiento informado es un derecho de la población usuaria de los servicios de salud. Debe entenderse como un proceso de diálogo continuo y gradual que se construye entre el personal de salud y el paciente, quedando plasmado en un documento que puede reformularse conforme el proceso de atención del paciente lo requiera. En el consentimiento informado se refleja la aplicación de los principios bioéticos de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; permite alejar posibles conflictos de interés y salvaguardar la dignidad de las personas.

En el ámbito de la ginecoobstetricia, el consentimiento informado deberá apoyar la autonomía de la mujer para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva, en un ambiente libre de prejuicios y de coerción. Específicamente en la atención del embarazo, parto y puerperio, resulta fundamental informar de las complicaciones que pudieran surgir, así como de los diferentes modelos de atención y tratamientos a emplear, por lo que en todo momento deberá utilizarse un lenguaje que sea comprensible, y siempre tomando en cuenta el contexto sociocultural de cada mujer. En el caso de las poblaciones indígenas, se deberá contar con traductor para garantizar que la mujer está entendiendo el procedimiento al cual da su consentimiento.

Dentro del consentimiento informado para la implementación del modelo de parto humanizado, deberá ofrecerse a las posibles usuarias una explicación amplia que contemple los escenarios posibles al momento del procedimiento: por ejemplo, si llegase a ser necesaria una episiotomía.⁴⁷

La Recomendación No 31/2017 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos

La Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) emitió la Recomendación General 31/2017, con el objetivo de describir y visibilizar la violencia obstétrica y eliminar toda práctica que vulnere los derechos humanos de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, sin que ello implique criminalizar ni estigmatizar la labor médica. 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.

Este documento incluye un tratado muy amplio sobre la violencia obstétrica desde los derechos humanos. En los puntos 52 y 53 de las páginas 19 y 20 señala las actividades de la

⁴⁷ Ruiz de Chavez Manuel H. Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Observaciones al Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Junio de 2015.

Secretaría de Salud para revertir este problema, específicamente con el *modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro*, que se impulsa desde la DGPLADES/DMTyDI. En los puntos del 200 al 213 de las páginas 70 a 75, especifica sobre los aportes de este modelo. Presenta las siguientes recomendaciones de carácter general:

PRIMERA. 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, en la relación materno-fetal, que atienda a las perspectivas de derechos humanos y género, constituida por acciones de capacitación y sensibilización continua al personal de salud que presta sus servicios en la atención gineco-obstétrica, para contrarrestar prejuicios basados en la discriminación de las mujeres y para el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas; así como de información a las mujeres usuarias sobre sus derechos y cómo ejercerlos.

SEGUNDA. 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. Al respecto, es necesario que en los establecimientos en que se presten servicios de salud ginecoobstétricos y, principalmente en el área de urgencias, cuenten con médicos que atiendan en la forma adecuada a quienes solicitan el servicio.

TERCERA. 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.

CUARTA. 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.

QUINTA. 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. Señalando de manera enunciativa más no limitativa,

las siguientes medidas: Asegurar el acceso y destinar espacios adecuados en los hospitales para que las parteras y parteros tradicionales puedan asistir y brindar acompañamiento a las mujeres embarazadas; impartir cursos y/o talleres y desarrollar campañas de sensibilización dirigidos al personal médico que labora dentro de Sistema Nacional de Salud sobre la importancia y el respeto de la partería tradicional; proveer a las parteras y parteros tradicionales de los instrumentos necesarios para prestar sus servicios en condiciones idóneas (distribución de suministros, maletines obstétricos o sencillos estuches desechables para asegurar las buenas condiciones higiénicas de los partos, organización de sistemas de transporte para trasladar los embarazos patológicos, mejoramiento del procedimiento de envío de casos); asegurar que el material que se les facilite durante su capacitación sea culturalmente adecuado e implementar los mecanismos para la sistematización de los resultados y beneficios del ejercicio de la partería.

SEXTA. 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.

EL PARTO HUMANIZADO

Aunque el concepto de “parto humanizado” se ha prestado a controversias, obedece a un proceso histórico mundial, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Ya en el siglo XX, en 1930, El obstetra inglés Grantly Dick-Read acuñó el concepto de parto natural, para referirse a una atención sin anestesia e intervenciones menores. En la misma década, en la ex Unión Soviética, los médicos Nikolaïev y Platonov comenzaron a aplicar a las mujeres en trabajo de parto las técnicas del fisiólogo Iván Pavlov, considerando que las mujeres estaban condicionadas por su cultura a tener dolor durante el parto y vivirlo como una experiencia traumática; por eso había que “limpiar la mente” con un reacondicionamiento, conocido después como psicoprofilaxis.

Al inicio de los cuarenta, se describieron las bases fisiológicas de cómo el temor interfiere con el trabajo de parto, al aumentar el dolor y ansiedad. Con estos elementos de base, el médico francés Fernand Lamaze perfeccionó el método psicoprofiláctico, como una alternativa a la intervención médica durante el parto, considerando la respiración y las técnicas de la relajación para mejorar la oxigenación y disminuir el dolor. El método de Lamaze ganó renombre en los Estados Unidos después de que Marjorie Karmel escribiera sobre su

experiencia en 1959 en su libro *Thank You, Dr. Lamaze*.⁴⁸ En ese mismo año se creó la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia (ASPO) y en 1960, la Asociación Internacional de Educadoras para el Parto (ICEA).

En 1976 se publicó el libro “Por un nacimiento sin violencia”, de Frederick Leboyer,⁴⁹ que revolucionó la obstetricia y enriqueció el modelo de atención psicoprofiláctica, al describir por primera vez el proceso del parto desde el punto de vista de la persona próxima a nacer, como principal protagonista. La mujer da a luz, el bebé nace. Leboyer reflexiona sobre la violencia intrínseca del nacimiento en el modelo convencional y, para mitigarla, ofrece una serie de claves para un nacimiento sin violencia.

En los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell,⁵⁰ del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent^{51, 52} y del médico David Chamberlain,⁵³ con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

Previamente, el tema de la lactancia materna había empezado también a tomar relevancia con la fundación de la Liga Internacional de la Leche, en 1956, por un grupo de mujeres de Illinois, Estados Unidos, que habían amamantado a sus hijas/os, para ayudar a quienes por diferentes razones —a menudo debido a la falta de información o a la presión social—, tenían dificultades o dudas sobre cómo amamantar a sus bebés. En 1964 se abrieron grupos en México y, en la actualidad, la Liga se extiende a más de 65 países, atendiendo mensualmente a más de 300,000 mujeres.

En la década de los noventa, se unificó el término “parto humanizado” para referirse al modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”.

⁴⁸ Karmel M. *Thank You, Dr Lamaze*. London, Pinter & Martin Ltd. 2005; (first published 1959).

⁴⁹ Leboyer F. *Por un Nacimiento sin Violencia*. Madrid, Mandala Ediciones; 1997.

⁵⁰ Klaus M, Kennell J. *Apego: El inicio de la relación padres-hijos*. Buenos Aires, Ed. Panamericana; 1983.

⁵¹ Odent M. *Nacimiento Renacido*. Buenos Aires, Ed.Creavida; 1984.

⁵² Odent M. *El bebé es un mamífero*. Madrid, Ediciones Mandala; 1990.

⁵³ Chamberlain DB. *The mind of your newborn baby*. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988.

En América Latina surgieron, entre otras, tres organizaciones de la sociedad civil que han promovido arduamente y que proveen de información sobre el parto humanizado: La Red por la Humanización del Parto y Nacimiento (ReHuNa), La Coalición para mejorar los servicios de maternidad (CIMS) y la Red Latinoamericana y del Caribe para la humanización del parto y el nacimiento (Relacahupan).

Existe consenso en llamarle “humanizado” al modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia. Se ha insistido también en que el papel del personal de salud y de los recursos materiales en los procesos de atención del parto, debe acotarse a ser los medios e “instrumentos” para lograr lo referido en el párrafo anterior. El proceso fisiológico del parto debe apoyarse para que sea lo más natural posible, sustentado en las recientes investigaciones científicas y en el enfoque basado en evidencias, con intervenciones técnico-medicalizadas solo en respuesta de riesgos y complicaciones.

También se ha acuñado el término de “nacimiento humanizado”, el cual incluye todo el proceso: desde el embarazo hasta el puerperio tardío (no solo el parto), y además da un peso muy importante al impacto que tiene esta atención en la/el bebé recién nacido/a y su desarrollo futuro, considerando sus necesidades de recibir alimento y afecto de manera inmediata, en un contexto de disminución del trauma y la violencia, y bajo el respeto de los derechos humanos. Existe consenso en considerar que el parto y nacimiento humanizados deben de incluir los siguientes elementos:

- Reconocer a la madre, el padre y su hija/o como los verdaderos protagonistas.
- No interferir rutinariamente este proceso natural; solo se debe intervenir ante una situación de riesgo evidente.
- Reconocer el derecho para la mujer y su pareja, a la educación para el embarazo y parto.
- Reconocer y respetar las necesidades individuales de cada mujer/pareja y el modo en que se desarrolle esta experiencia.
- Respetar la intimidad del entorno durante el parto y el posparto.
- Brindar atención personalizada, empática y continua en el embarazo, parto y puerperio.
- Favorecer la libertad de movimiento y posición de la mujer durante todo el trabajo de parto (en cuclillas, hincada, sentada, en el agua, o como desee).
- Promover la relación armónica y personalizada entre la pareja y el equipo de salud.

- Respetar la decisión de la mujer sobre quién desea que la acompañe en el parto (familia, amistades).
- Privilegiar el vínculo inmediato de la madre con su hija/o, evitando someterle a exámenes o a cualquier maniobra de resucitación, que sean innecesarios.

Es fundamental incluir en la modalidad de atención de parto humanizado, la participación de los hombres en estos procesos, considerándolos como figuras activas y no ausentes o lejanas, propiciar la reflexión sobre la afectividad, el ejercicio de la sexualidad, la paternidad, el compromiso, es decir la participación masculina en la toma de decisiones, todo ello en un marco donde esté privilegiada la autonomía de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo y en este caso, sobre las alternativas de atención médica durante el parto y el puerperio.⁵⁴

MARCO NORMATIVO

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, máximo instrumento normativo nacional, señala en el Artículo 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.

Con fundamento en el artículo 1º Constitucional, los tratados internacionales con carácter vinculante y obligatorios para el gobierno y los servidores públicos, el Estado Mexicano reconoce a los acuerdos derivados de la *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW), que entró en vigor en 1981, y de la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* (“Convención de Belém do Pará”) suscrita por México en 1998 y publicada en el DOF el 19 de enero de 1999 (acuerdos ya descritos en el capítulo anterior).

De la Constitución, se derivan las Leyes Generales. **La Ley General de Salud**, reglamenta en su Artículo 1o.: *el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las*

⁵⁴ Ruiz de Chávez Manuel H. Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Observaciones al Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Junio de 2015.

entidades federativas en materia de salubridad general..., y señala en su Artículo 3º que en los términos de esta Ley, es materia de salubridad general: *IV. La atención materno-infantil*, a la cual se le destina el *CAPITULO V: Atención Materno-Infantil*. En su Artículo 61 se señala: *La atención materno-infantil tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones: I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;*.. La Ley General de Salud (L.G.S) reconoce la importancia de explicitar el trato de calidad, respetuoso y digno, con estricto respeto a los derechos humanos, así como a otorgar información clara. Esto se detalla en los siguientes artículos: artículos 51, 51 Bis-1, 51 Bis-2 y 54; el Artículo 61 Bis explicita: *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.*

De las Leyes Generales se derivan las Normas Oficiales, también de carácter obligatorio. El 6 de enero de 2005 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la resolución por la que se modificó la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993** (NOM 007)⁵⁵ que busca disminuir los daños obstétricos y los riesgos para la salud de las mujeres y de sus hijos en el marco de la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Esta norma ponía énfasis en la realización de actividades preventivas de riesgos durante el embarazo, así como la racionalización de ciertas prácticas que se llevan a cabo de forma rutinaria y que aumentan los riesgos o que son innecesarias. Asimismo, se planteaba la necesidad de fortalecer la calidad y calidez de los servicios de atención médica durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El 7 de abril de 2016 se modificó la norma, siendo publicada en el Diario Oficial de la Federación bajo el nombre de **NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.** Reconoce los conceptos de pertinencia cultural, la opción de parir en forma vertical y así como el respeto a los derechos humanos. Pretende favorecer la seguridad emocional de la mujer, propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico; brindar una atención de calidad con respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, permitiendo la ingesta de líquidos y la deambulación. Señala que la prescripción de medicamentos y la inductoconducción deben basarse en las evidencias. Proscribe la realización de la maniobra de Kristeller y la revisión manual de la cavidad uterina de manera rutinaria. Refiere explícitamente que ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

A continuación se presenta cuadro de la NOM 007 en donde se indica las obligaciones jurídicas de las y los prestadores de servicios de salud en la atención del embarazo, parto y puerperio, relacionada con la calidad de la atención y las evidencias científicas.

⁵⁵ Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Establece los requisitos de atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

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.		DOF 7 abril 2016
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 a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura... Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.	
5.1.12	Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidas con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado.	
5.3.1.16	El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas.	
5.5.1	En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.	
5.5.3	Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.	
5.5.5	Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica.	
5.5.6	La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias.	
5.5.7	La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.	
5.5.14	Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.	
5.5.15	La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados 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 como prácticas de rutina el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.	

Otras leyes y acuerdos internacionales que aplican en el marco normativo son:

- La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993),
- La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida libre de Violencia,
- La Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres
- La Ley General de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

Dado el carácter vinculante de los acuerdos internacionales firmados por México con respecto a los Derechos Humanos reconocido en el Artículo 1º Constitucional, se debe de considerar también los siguientes:

- La Convención Americana sobre Derechos Humanos “Pacto de San José de Costa Rica” (1969),
- El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador” (1988),
- El Protocolo Facultativo de la Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, CEDAW (1999),
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966),
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966),
- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948),
- La Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986).⁵⁶

Las Guías de Práctica Clínica

Las guías de práctica clínica (GPC) son un elemento de rectoría en la atención médica cuyo objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, a fin de contribuir a la calidad y la efectividad en la atención médica.

Las GPC fueron elaboradas por los Grupos de Desarrollo de acuerdo a la metodología consensuada por las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud de México (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, DIF, PEMEX).

Las GPC conforman el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, definidas para las principales enfermedades y elementos de atención médica, y fueron reconocidas oficialmente en acuerdos interinstitucionales que han firmado las instituciones señaladas que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

⁵⁶ Ruiz de Chávez Manuel H. Presidente del Consejo de la Comisión Nacional de Bioética. Observaciones al Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio. Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro. Junio de 2015.

En el catálogo maestro de GPC que coordina el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC)⁵⁷, se encuentra cada guía en PDF en dos modalidades: de Evidencias y Recomendaciones (ER) y Guías de Referencia Rápida (RR).

A la atención del embarazo, parto y puerperio le corresponde la categoría temática No 15, con 36 guías de práctica clínica. Para la atención del parto eutócico considerado en el modelo de atención de parto que nos concierne, son esenciales las guías: *Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo*⁵⁸, *Inducción de trabajo de parto*⁵⁹, *Uso racional de la episiotomía*⁶⁰, *Realización de la operación Cesárea*⁶¹, y *Parto después de una cesárea*⁶². Como complemento de las competencias obstétricas es importante considerar también la *Detección y tratamiento inicial de las emergencias obstétricas*⁶³.

El Programa Nacional de Desarrollo 2013 - 2018

En la Estrategia Transversal iii) Perspectiva de Género, del Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, se señala que *“la presente Administración considera fundamental garantizar la igualdad sustantiva de oportunidades entre mujeres y hombres. Es inconcebible aspirar a llevar a México hacia su máximo potencial cuando más de la mitad de su población se enfrenta a brechas de género en todos los ámbitos. Éste es el primer Plan Nacional de Desarrollo que incorpora una perspectiva de género como principio esencial. Es decir, que contempla la necesidad de realizar acciones especiales orientadas a garantizar los derechos de las mujeres y evitar que las diferencias de género sean causa de desigualdad, exclusión o discriminación.*

El objetivo es fomentar un proceso de cambio profundo que comience al interior de las instituciones de gobierno. Lo anterior con el objeto de evitar que en las dependencias de la Administración Pública Federal se reproduzcan los roles y estereotipos de género que inciden en la desigualdad, la exclusión y discriminación, mismos que repercuten negativamente en el éxito de las políticas públicas. De esta manera, el Estado Mexicano hará tangibles los compromisos asumidos al ratificar la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), así como lo establecido en los artículos 2, 9 y 14 de la Ley de Planeación referentes a la incorporación de la perspectiva de género en la planeación nacional.

Por tanto, el Plan Nacional de Desarrollo instruye a todas las dependencias de la Administración a alinear todos los Programas Sectoriales, Institucionales, Regionales y Especiales en torno a

⁵⁷ <http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>

⁵⁸ Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. México, Secretaría de Salud, actualización Dic. 2014.

⁵⁹ Inducción del trabajo de Parto, México, Secretaría de Salud, 2009.

⁶⁰ Uso Racional de la Episiotomía, México, Secretaría de Salud, 2009.

⁶¹ Guía de Práctica Clínica para la Realización de la Operación Cesárea. México, Secretaría de Salud, 2010.

⁶² Parto después de una cesárea, México, Secretaría de Salud, 2013.

⁶³ Detección y tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas. México: Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.

conceptos tales como Democratizar la Productividad, un Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.”

En el punto II.2. Plan de acción, relativo a integrar una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad de oportunidades, en materia de salubridad, se señala que el *“objetivo es asegurar el acceso a los servicios de salud. En otras palabras, se busca llevar a la práctica este derecho constitucional. Para ello, se propone fortalecer la rectoría de la Secretaría de Salud y promover la integración funcional a lo largo de todas las instituciones que la integran. Asimismo, se plantea reforzar la regulación de los establecimientos de atención médica, aplicar estándares de calidad rigurosos, privilegiar el enfoque de prevención y promoción de una vida saludable, así como renovar la planeación y gestión de los recursos disponibles.”*

Derivado del Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, se elaboró el **Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018**. (PROIGUALDAD 2013-2018), publicado en el Diario oficial de la Federación (D.O.F.) el 30/08/2013. En él se señala que *se responde a los compromisos suscritos por el Estado Mexicano en el marco de las convenciones y los tratados internacionales: particularmente, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém Do Pará).*

El Objetivo transversal 1 señala: *Alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres y propiciar un cambio cultural respetuoso de los derechos de las mujeres. La Estrategia 1.2 relativa a Promover acciones afirmativas para garantizar el ejercicio de los derechos de las mujeres y evitar la discriminación de género, en su línea de acción 1.2.5 refiere: “Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia.”*

El Objetivo transversal 4 señala: *Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar. La Estrategia 4.2 relativa a Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida, en su línea de acción 4.2.8 refiere: “Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad”.*

El Programa Sectorial de Salud 2014 – 2018, también derivado del Programa Nacional de Desarrollo 2013 – 2018, fue publicado en el D.O.F. el 12 de diciembre de 2013. Establece los objetivos, estrategias y líneas de acción, a los que deberán apegarse las diferentes instituciones de la Administración Pública Federal para materializar el derecho a la protección de la salud y los cuales deberán ser congruentes por un lado con las metas nacionales establecidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 - México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y por el otro con las estrategias transversales - Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, y Perspectiva de Género; estrategias que serán ejecutadas a través de los programas especiales, a saber, Programa Especial para Democratizar la Productividad; Programa para un Gobierno Cercano y Moderno; y Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y no Discriminación contra la Mujeres.

En el Capítulo I. de Diagnóstico, con respecto a los Recursos Humanos se señala que: *“en un sistema centrado en la persona, el perfil de cada paciente requiere que el personal médico reconozca la interculturalidad de la población, y se apegue al cumplimiento de los derechos humanos y los criterios éticos, además de que debe contar con las habilidades interpersonales y de comunicación, aspectos que no siempre están incorporados al conjunto de competencias del personal médico que brinda servicios en las unidades”*.

“En lo que respecta al primer nivel de atención, el rol del personal de enfermería no ha sido aprovechado en su totalidad. Aun cuando su formación le permite hacerse cargo de algunas de las necesidades de cuidados de la población y es el personal que está más en contacto con el paciente, continúa fungiendo como auxiliar del personal médico. La experiencia en otros países muestra beneficios positivos en los resultados de salud y tiempos de espera al permitir una mayor participación del personal de enfermería en la prestación de servicios.”

Con respecto al Objetivo No. 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades, se señala que *“el Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud, siempre con perspectiva de género, apegado a criterios éticos y respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país”*. Con respecto a las estrategias transversales con respecto a la Perspectiva de Género, se señala en las líneas de acción: *“Difundir los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, el derecho al consentimiento previo e informado, incluyendo a población indígena”*.

Con respecto al Objetivo No 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, se señala que *“el Estado deberá instrumentar todas las herramientas a su alcance para que la población acceda a una atención integral con calidad técnica e interpersonal, sin importar su sexo, edad, lugar de residencia o condición laboral”*. En su Estrategia 2.1. relativa a *“Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral”*, se refiere en la Línea de Acción 2.1.5. *“Adecuar los servicios de salud a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de la población”*. En la Estrategia 2.3. sobre *“Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales”*, en su Línea de Acción 2.3.5. se señala: *“Fomentar una perspectiva intercultural, intersectorial y de género en el diseño y operación de programas y acciones de salud”*. En las Estrategias transversales, con respecto a la Perspectiva de Género, se señala en las líneas de acción: *“Desarrollar protocolos y códigos de conducta para que los prestadores de servicios atiendan a las mujeres sin discriminación o misoginia”*.

Con respecto al Objetivo No. 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país, se señala que *“Mejorar la salud de la población no es suficiente si los logros alcanzados no se distribuyen equitativamente entre los diferentes grupos sociales y regiones del país. La inequidad, la discriminación y la exclusión tienen rostro: la población infantil, las personas adultas mayores, las mujeres, particularmente en zonas rurales, las personas de bajos ingresos, las personas con discapacidad, los indígenas y los migrantes. Estas diferencias evitables e injustas son inaceptables en un México Incluyente. Con el fin de reducir estas brechas existentes en las condiciones de salud entre distintos grupos poblacionales, las estrategias y líneas de acción deben consolidar el control de las enfermedades del rezago,*

abordar sistémicamente la mortalidad infantil y materna para cumplir con las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como establecer acciones más eficaces para atender a grupos que viven en condición de vulnerabilidad”.

En su Estrategia 4.2. “Asegurar un enfoque integral y la participación de todos los involucrados para reducir la mortalidad materna, especialmente en comunidades marginadas”, se refieren en sus líneas de acción, las siguientes:

“4.2.1. Asegurar un enfoque integral y la participación incluyente y corresponsable en la atención del embarazo, parto y puerperio”.

4.2.2. Mejorar la calidad de la atención materna en todos los niveles de atención.

4.2.3. Fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.”

En la Estrategia 4.3. “Fortalecer los servicios de promoción y atención brindados a la población indígena y otros grupos en situación de vulnerabilidad”, se definen en sus líneas de acción:

“4.3.1. Incorporar el enfoque intercultural y de género en el diseño y operación de programas y acciones para la población”.

“4.3.4. Adecuar los servicios a las necesidades demográficas, epidemiológicas y culturales de los grupos en situación de vulnerabilidad.”

En las Estrategias transversales con respecto a la Perspectiva de Género se señala en las líneas de acción: *“Fortalecer las acciones para la detección de la violencia contra las mujeres y las niñas en el sistema de salud. Garantizar a mujeres indígenas jefas de familia el acceso a servicios básicos en materia de salud y educación. Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad.”*

Con respecto al Objetivo No. 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud”. Se señala en la Estrategia 5.1. Fortalecer la formación y gestión de recursos humanos en salud, las líneas de acción:

“5.1.2. Impulsar la formación de los recursos humanos alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales”.

5.1.3. Impulsar la actualización y capacitación continua de los recursos humanos con base en las necesidades nacionales de salud.”

En la Estrategia 5.2. Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, se define en la línea de acción *“5.2.5. Adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad.”*

En la Estrategia 5.3. Establecer una planeación y gestión interinstitucional de recursos (infraestructura y equipamiento) para la salud, se define en la línea de acción 5.3.2. *“Desarrollar la infraestructura física y equipamiento en salud alineada con las necesidades demográficas, epidemiológicas, de desarrollo económico y culturales”.*

Con respecto a las Estrategias transversales con Perspectiva de Género, se señala en las líneas de acción: *“Fortalecer y mejorar la infraestructura de los servicios de salud para las mujeres en todos sus ciclos de vida. Fomentar la formación en género e intersectorialidad del personal que brindan los servicios de salud”.*

Marco jurídico sustento de la medicina y partería tradicional⁶⁴

En México, desde el 2001, *la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos* reconoce a la medicina tradicional: Artículo 2º.- La nación tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas... A. Esta constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para: IV. Preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad. B.... Para abatir las carencias y rezagos que afectan a los pueblos y comunidades indígenas, las autoridades, tienen la obligación de: III. Asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional...

El 10 de junio de 2011 se reformó el Artículo 1º constitucional, que señala: “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.”

Con estas modificaciones a la Constitución Mexicana, el Estado Mexicano se ve obligado a cumplir con los acuerdos internacionales suscritos por México en términos de Derechos Humanos. En el caso de la medicina tradicional, si bien el art. 2º constitucional ya lo reconocía, el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de carácter vinculante, en conjunto con la Declaración de la ONU con respecto a los Derechos de los Pueblos indígenas, son claros al estipular como derecho de los pueblos indígenas el atenderse con la medicina y partería tradicional.

Por su parte, *la Ley General de Salud* señala:

- Artículo 60.- El sistema nacional de salud tiene los siguientes objetivos: IV Bis. Impulsar el bienestar y el desarrollo de las familias y comunidades indígenas que propicien el desarrollo de sus potencialidades político sociales y culturales; con su participación y tomando en cuenta sus valores y organización social; VI Bis, Promover el conocimiento y desarrollo de la medicina tradicional indígena y su práctica en condiciones adecuadas.
- Artículo 64.- En la organización y operación de los servicios de salud destinados a la atención materno-infantil, las autoridades sanitarias competentes establecerán: IV. Acciones de capacitación para fortalecer la competencia técnica de las parteras tradicionales, para la atención del embarazo, parto y puerperio.
- Artículo 93.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, promoverá el establecimiento de un sistema de enseñanza continua en materia de salud. De la misma manera, reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de la medicina tradicional indígena. Los programas de prestación de la salud, de atención primaria que se desarrollan en comunidades indígenas, deberán adaptarse a su estructura social y

⁶⁴ La partería tradicional es uno de los elementos sustantivos de la medicina tradicional. La partera tradicional, junto con el yerbatero, sobador, huesero y curandero, es uno de los “terapeutas” o especialistas reconocidos de la medicina tradicional. En: Almaguer González A. y Jaime Mas Oliva (Coordinadores). *Interculturalidad en Salud. Experiencia y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. 2ª edición. UNAM, Secretaría de Salud, México, 2009.

administrativa, así como su concepción de la salud y de la relación del paciente con el médico, respetando siempre sus derechos humanos.

III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

La Organización Mundial de la Salud refiere que son tres los elementos más importantes, con evidencias científicas, para mejorar el trabajo de parto y reducir los resultados adversos del nacimiento:

- a) El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.
- b) La posición vertical durante el trabajo de parto.
- b) El apego madre-hijo/a irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento.

El apoyo psicoemocional durante todo el trabajo de parto.

En la revisión Cochrane titulada *“Apoyo continuo para las mujeres durante el parto”*⁶⁵, que forma parte de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS⁶⁶, se reafirman los beneficios que proporciona el apoyo personalizado continuo para las mujeres durante el trabajo de parto. Más específicamente, la revisión llega a la conclusión de que el apoyo continuo reduce levemente la duración del trabajo de parto, aumenta las probabilidades de parto vaginal espontáneo y reduce de la necesidad de analgesia intraparto. Además, las mujeres que reciben apoyo continuo tienen menos probabilidades de mostrarse insatisfechas con su experiencia de parto⁶⁷. Se ha señalado también que el acompañamiento continuo favorece la detección de complicaciones o signos de alarma de manera temprana, lo cual es un elemento importante para su atención oportuna. Los efectos son también más sólidos cuando el apoyo comienza al inicio del trabajo de parto.

En la misma revisión se señala que los efectos positivos fueron más significativos cuando: no se disponía de otras fuentes de apoyo; no se utilizó anestesia epidural de rutina; el apoyo psicoafectivo fue brindado por una persona que no era empleada del hospital y este se brindó desde el inicio del trabajo de parto. Estos resultados son especialmente relevantes para los países de medianos ingresos, en los que casi todas las mujeres tienen sus partos en hospitales que prestan atención obstétrica altamente medicalizada y no se permite la presencia de

⁶⁵ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007; Issue 3. Art. No. CD003766; DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub2.

⁶⁶ Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS*; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. En http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/rmcom/es/index.html

⁶⁷ Davies BL, Hodnett E. Labor Support: Nurses' Self-Efficacy and Views About Factors Influencing Implementation. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2002;31:48-56 10.1111/j.1552-6909.2002.tb00022. Medline

acompañantes en la sala de partos. No se registraron efectos negativos del apoyo continuo en ninguno de los 16 estudios clínicos que se incluyen en esta revisión actualizada⁶⁸.

En el mismo estudio se señala también que la persona de apoyo no necesita una capacitación extensa o compleja, pero un requerimiento en los lugares de bajos recursos con salas grandes de preparto y parto es que sea una mujer y que tenga experiencia en partos con alguna capacitación proporcionada por el hospital. En algunos países, puede ser apropiada la presencia de un familiar y en otros países y lugares, en especial donde las mujeres vienen de áreas rurales sin apoyo familiar, las personas legas voluntarias son la opción adecuada. El personal de apoyo no necesita capacitación con destrezas ni tecnología sofisticadas. Su función es apoyar a las mujeres en trabajo de parto y no ayudar al profesional de la salud con la atención del trabajo de parto y del parto. Por lo tanto, la capacitación para el apoyo continuo y social de mujeres en trabajo de parto debería ser de muy bajo costo o con gastos reembolsables, por ejemplo, los gastos de traslado. Generalmente, la elevada satisfacción obtenida de esta experiencia es suficiente para que las personas de apoyo sigan participando⁶⁹.

La posición durante el trabajo de parto

El parto en posición de Decúbito dorsal (litotomía)

La historia de la medicina revela que en Europa, África, Asia y América, los partos eran atendidos por mujeres y en posición vertical, como un fenómeno natural. En Europa durante la edad media, el parto seguía estando en manos de las mujeres y de las parteras, donde se les llamó comadronas. Sin embargo, los nacientes colegios médicos que tuvieron un auge durante el renacimiento (formados por varones) y la persecución de muchas parteras experimentadas acusadas de brujería, cambió esta situación.

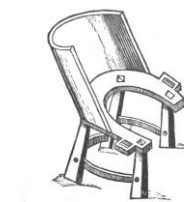
Al ser asimilada la atención del parto por el modelo médico, se transformó progresivamente la concepción del parto, a ser considerado como una enfermedad que requería ser atendida por los médicos, y a la parturienta en una paciente débil y sin conciencia que debía permanecer en posición horizontal en la cama, y más tarde en el hospital⁷⁰. El parto horizontal en la cama matrimonial es consecuente con la postura de la mujer durante el acto sexual y está asociado con estar enferma en la cama y con entregar el cuerpo al accionar del médico.

⁶⁸ Hodnett ED, Lowe NK, Hannah ME, William AR, Stevens B, et al. Effectiveness of nurses as providers of birth labor support in North American hospitals. JAMA 2002;288:1373-81.

⁶⁹ Rosen P. Supporting women in labor: analysis of different types of caregivers. J Midwifery Women Health 2004;49:24-31 10.1016/j.jmwh.2003.10.013. Medline

⁷⁰ Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.

Todavía existen en Europa en diversos museos, modelos e ilustraciones que muestran el diseño de las sillas que se usaban para los partos durante la edad media y el renacimiento, así como el momento en que el cuerpo médico sustituyó a las comadronas y comenzaron a ocuparse de los partos.



A partir de entonces las mujeres abandonaron la silla y acataron el criterio de los profesionales que actuaban con más comodidad si la parturienta estaba acostada. En aquellas épocas, quien recibía al bebé debía arrodillarse delante de la mujer; no era una posición cómoda para introducir las técnicas que los médicos proponían, ni resultaba psicológicamente aceptable estar arrodillado a los pies de una mujer que está pariendo.

Históricamente fueron importantes los escritos del médico francés François Mauriceau, quien argumentó en el siglo XVII, sobre la posición horizontal supina con la parturienta acostada en la cama, para facilitar la exploración y la asistencia obstétrica con la utilización de los fórceps.

Ventajas de la posición horizontal:

- Favorece la comodidad del personal médico en la atención del parto. Algunas posiciones tradicionales verticales son incómodas para personas no acostumbradas a estar en posición de cuclillas o con sobrepeso (el caso de muchos médicos y médicas).
- Favorece la revisión médica.

Desventajas de la posición horizontal⁷¹:

- Efectos respiratorios. La posición horizontal de la mujer favorece que el útero, en conjunto con el peso del producto, placenta, líquido amniótico y sangre del flujo útero-placentario, se expanda hacia el tórax y reduzca la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre. Ello favorece la hipoxia materna en conjunto con las deficiencias en la forma de respirar, todo lo cual puede repercutir a su vez en hipoxia fetal.
- *Efecto Poseiro*. Es la reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral. El peso acumulado del bebé (2,800 a 3,200 grs.), útero (1,100 grs), placenta (600

⁷¹ Múltiples especialistas refieren una serie de desventajas de la posición horizontal, entre los que se encuentran los Drs. José Ramírez Ferral, anestesiólogo del Hospital General de Tula de Pemex, el Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez, Ginecoobstetra del Hospital Regional de Tula – Tepeji de la Secretaría de Salud, el Teniente Coronel Médico Cirujano Ginecoobstetra Francisco de Jesús Martínez Herrera, Jefe de Salas de Alojamiento Conjunto, Labor y Expulsión de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional, el Médico Cirujano Ginecoobstetra Luís Arquímedes Hernández Aparicio, Ginecoobstetra del Hospital Integral de Cuetzalan, Puebla, y el Médico Cirujano Ginecoobstetra Félix Ángel Quintero Michel, Ginecoobstetra del Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso de Oaxaca.

grs), líquido amniótico (900 grs) y flujo sanguíneo útero placentario (650 grs), produce un efecto mecánico comprimiendo estos vasos con consecuencias que pueden ser graves. Se disminuye el gasto cardíaco y se depleta la post carga, disminuye el retorno venoso y se abate el volumen sistólico. Se produce consecuentemente hipotensión arterial. La paciente presenta palidez, sudoración, náusea, vómito, inquietud, somnolencia y lipotimia (choque postural). Se puede detectar clínicamente por la disminución de la amplitud del pulso femoral durante la contracción uterina, y se puede suprimir en forma instantánea cambiando la posición de la mujer⁷².

Así mismo, puede ocasionar alteración de la irrigación de la placenta, y por ende reducción el aporte de oxígeno que recibe el bebé, repercutiendo a su vez, en la acumulación del CO₂. Esto se traduce en cambios significativos en los latidos fetales verificables por el monitoreo llegando al sufrimiento fetal si el periodo expulsivo se prolonga. Con ello se producen una cascada de efectos de muy alto riesgo que pueden terminar con la muerte fetal: caída del PH fetal, aumento de hidrogeniones, interferencia en el funcionamiento enzimático, disminución de las reservas de glucógeno, alteración del metabolismo del potasio, cambios tisulares irreversibles y finalmente falla miocárdica.

- Efectos mecánicos. La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte. Debido a la curvatura de los huesos de la columna de la mujer, el bebé tiene que subir, para luego bajar. Esto aumenta la resistencia y la ineficiencia de las contracciones uterinas. También en esta posición se pueden disminuir los diámetros pélvicos maternos transversos y antero posteriores. La posición horizontal neutraliza o entorpece la mecánica del parto, y no permite que la cabeza fetal ejerza una presión sostenida sobre el periné, dificultando la distensión eficaz y pausada del mismo. Los miembros inferiores al permanecer inmovilizados y actuar como “peso muerto, no permiten los esfuerzos para el pujo (que no es favorecido por la fuerza de la gravedad), ni los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros maternos, no favoreciendo la expulsión final. También, la posición de litotomía con las piernas colgando, estira en demasía el periné, pudiendo favorecer los desgarros.
- Efectos fisiológicos. La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil en posición horizontal. La compresión nerviosa, ejercida por la presión sobre las piernas colgadas en los estribos aumenta la carga adrenérgica, además de la incomodidad propia de esta situación.

⁷² Uranga Imaz F. Obstetricia Práctica. 4^{ta}. Edición. Buenos Aires: Editorial Intermédica, 1977; cap. 18:515-525

- Efectos psicológicos. Cuando la mujer en trabajo de parto se encuentra acostada, el nacimiento del hijo se produce detrás del vientre materno cuyo volumen oculta lo que sucede tras de él, donde los profesionales manipulan su cuerpo sin que ella disponga de control acerca de lo que sucede. Tampoco podrá mirar cómo su hijo emerge desde su interior. Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de hijo que le fue "sacado" del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. Muchas mujeres refieren que son tratadas como si fuesen menores de edad, desvalorizadas (sin que se tomen en cuenta lo que ellas sienten y solicitan) y humilladas, por lo que representa en cada cultura estar en esa posición frente a terceros. En conjunto con otros elementos de la vivencia del parto como un suceso traumático y doloroso, se puede favorecer la depresión posparto y el rechazo madre/niño (elementos generalmente no tomados en cuenta en la formación de los gineco-obstetras).
- Riesgo de prolapso del cordón umbilical. Representa un riesgo de mortalidad muy elevada para el feto. Se puede producir entre otras causas por la posición horizontal del trabajo de parto. En cada contracción uterina, la cabeza del bebé se desplaza hacia la pelvis, y cuando termina la contracción en ocasiones el bebé regresa, al no tener la presión uterina y la fuerza de gravedad. Esto puede generar un vacío que absorbe el cordón umbilical, provocando su salida.
- Aumento en el índice de cesáreas. El aumento de los casos de sufrimiento fetal, hipoxia de la mujer, ineficiencia de las contracciones uterinas, y aumento del temor y no participación de la mujer, son condiciones que favorecen los índices alarmantes del número de cesáreas reportados en algunos estados en nuestro país.

El parto en posición vertical

La posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal.

Las diferentes posiciones verticales (que involucran la gravedad), pueden ser:

- ❖ Sentada (Pueden utilizar mesa o banco obstétrico);
- ❖ Sentada acucillada. La cadera descansa en la cama obstétrica y las piernas se encuentran abiertas descansando sobre la misma.
- ❖ De rodillas (existe ya un banco ergonómico para facilitar esta posición);
- ❖ En cuclillas. Una versión es pegando los talones a los glúteos, con el peso hacia atrás (con la ayuda de preferencia de un cojín de parto o una persona para sostener la espalda). Otra es con los talones levantados y los glúteos más arriba, sostenida en una barra.
- ❖ Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical);

- ❖ Parada (Sostenida de otra persona o de un implemento: barra, rama, hamaca o cuerda).

Históricamente las diferentes variedades de posiciones verticales han sido utilizadas por las culturas de todo el mundo. Existen referencias históricas en Australia, Turquía, India, África, Europa, Mesoamérica y Sudamérica⁷³. La explicación es que es una posición natural, en la que la mujer siente confort y experimenta beneficios para el trabajo de parto y periodo expulsivo. Como los partos en su mayoría han sido atendidos por mujeres que a su vez han podido experimentar los partos en carne propia, éstas aplican lo que han vivido y comprendido como mejor para ellas.

La posición de cuclillas, utilizada en muchas regiones de Asia, África y en América en la atención del parto, coincide con la postura en la que las personas habitualmente trabajan y descansan en dichas regiones. La posición de sentadillas o en cuclillas profunda es muy similar a la posición habitual de descanso del chimpancé y es posible que la mayoría de los seres humanos hubieran adoptado la posición en cuclillas en alguna etapa de sus vidas si el cambio de costumbres culturales no les hubiera llevado para adoptar otras posturas.

En muchos países del mundo, la población de origen indígena sigue utilizando las posiciones verticales y en algunos han demandado su incorporación en los Servicios de Salud. Perú ya cuenta con una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación intercultural⁷⁴ y Ecuador con una Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical⁷⁵. Lo interesante es que también en otras naciones la población en general ha demandado esta posición debido a sus ventajas fisiológicas, psicológicas, culturales y sociales. Este movimiento es llamado en Argentina y España por un “parto humanizado”; en Chile, por la “dignificación del parto”, y en Francia, “por un parto respetado”. Argentina cuenta ya con una ley sobre los derechos de los padres y de la persona recién nacida⁷⁶, y Venezuela cuenta en su *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*⁷⁷, un artículo destinado a la violencia obstétrica que incluye la imposición de la posición de litotomía. Hace casi una década

⁷³ Bernardo Amaila. Parir como diosas: recuperando el parto vertical. Suplemento triple jornada México No 69. Lunes 4 de mayo de 2004.

⁷⁴ Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud. República del Perú, 2005.

⁷⁵ Normativa Técnica Nacional de Atención de Parto Vertical. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Normalización, República del Ecuador, 2008.

⁷⁶ República Argentina. LEY Nº 25.929. SANCIÓN: 25/08/2004. PROMULGACIÓN: 17/09/2004 - Decreto Nº 1231/2004. PUBLICACIÓN: B.O.N. Nº 30489 - 21 de septiembre de 2004; p.1-2. SALUD PÚBLICA. Establece que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

⁷⁷ Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela. Caracas, lunes 23 de abril de 2007. Nº 38.668

se formó la “Red Latinoamericana por la Humanización del Parto y Nacimiento”, con la participación de agrupaciones de más de 20 países.

Las evidencias científicas y la presión social en Europa y otras partes del mundo, inclinaron a la OMS⁷⁸ a pronunciarse por permitir y estimular el parto humanizado con posiciones verticales. También por facilitar a las mujeres a tomar decisiones acerca de su cuidado, el acompañamiento de una persona si lo requiere, así como el que los servicios requieren ser sensibles a las necesidades culturales y las expectativas de las mujeres y sus familias, respetando su privacidad y dignidad en todo momento durante el embarazo, el parto y el post parto. La OMS señala también que son tres elementos los que tienen evidencias positivas en la atención del parto: La posición vertical, el alojamiento conjunto madre-hijo y el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto⁷⁹.

Ventajas de la posición vertical:

- Efectos respiratorios: El peso del útero, feto, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la mujer y el bebé. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la mujer que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- Efectos mecánicos y de la gravedad: La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la mujer gana entre 30 a 40 milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece un mejor acomodamiento del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección"). Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al bebe hacia la abertura vulvar, como única salida. Él bebe, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje ("dive angle") sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la

⁷⁸ Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth 2001; 28: 202-207.

⁷⁹ Ibid.

progresión del bebé. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

- Efectos musculares. Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Esta musculatura colabora en la apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayuda a abrir el canal vaginal y la vulva (junto con la impregnación de las hormonas relajantes que produce la mujer) para permitir el egreso del cuerpo del bebe. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la mujer en trabajo de parto tenga un punto de apoyo en los talones o rodillas (sentada, en cuclillas o hincada), de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para parir.
- Disminución de los riesgos de compresión aorto-cava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos. Con ello se previene la aparición de dos cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la mujer embarazada: síndrome supino-hipotensivo (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el efecto *Poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal. Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula^{80, 81}, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica también menor uso de la oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardíacos fetales.
- Disminuye de la duración del trabajo de parto, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo⁸².
- La amniorrexia espontánea se produce más tardíamente. La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y además le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros. Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- La posición vertical disminuye la posibilidad de prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello. Además se elimina la posibilidad de que se produzca un vacío

⁸⁰ Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils LA, Alvarez H, Poseiro JJ, Pose SV, et al.: Effect of position changes in the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *Am J Obstet Gynecol* 1960, 80(2):284-290.

⁸¹ Mendez-Bauer C, Arroyo J, Garcia Ramos C, Menendez A, Lavilla M, Izquierdo F, Villa Elizaga I, Zamarriego J: Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *J Perinat Med* 1975, 3(2):89-100.

⁸² Diaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R: Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1980, 11(1):1-7.

que absorba el cordón, puesto que la presión uterina y la fuerza de gravedad no dejan que la cabeza del bebé regrese al terminar la contracción.

- Se proporcionan beneficios psicoafectivos importantes a la mujer, como la reducción del dolor⁸³, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- En la actualidad se cuenta con múltiples estudios^{84, 85, 86, 87, 88, 89} sobre el impacto de la posición convencional horizontal, como el de diferentes variedades del parto vertical en la atención del parto, tanto en México, como en todo el mundo. Los análisis que actualmente cobran mayor relevancia a nivel mundial son los elaborados por la organización internacional “Colaboración Cochrane” que está dedicada a evaluar las intervenciones médicas para valorar si cuentan con evidencia científica.
- En la Revisión Cochrane titulada: “*Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante del trabajo de parto*”, que se encuentra en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS⁹⁰ se concluye que la duración del período dilatante del trabajo de parto puede estar reducida en aproximadamente una hora en las mujeres que mantienen la posición vertical y caminan; también tienen más probabilidades de recibir menos analgesia peridural. Debido a que la revisión no encontró ningún efecto adverso asociado con la permanencia en la posición vertical, se recomienda que los profesionales de la salud y los centros de atención de la salud pueden alentar a las mujeres en trabajo de parto a adoptar posiciones en las que se sientan más cómodas.

⁸³ Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

⁸⁴ Méndez Gutiérrez Rosa María y María Dolores Cervera Montejano. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Rev. Salud Pública de México*/vol. 44, No 2, marzo-abril de 2002.

⁸⁵ Arroyo J. y Cols.. La posición de pie durante trabajo de parto espontáneo. I. Efectos sobre la contractilidad uterina. Dolor y duración del parto. *Clin. Invest. Obst. Ginec*, 1, 221, 1974.

⁸⁶ Schwarcz y Col. Conducción del trabajo de parto. Ventajas de las membranas ovulares íntegras y de la posición vertical materna. *Clin. Invest. Obstet. Ginecol*. 7. 135. 1980.

⁸⁷ Andrews CM, Chrzanowski M. Maternal position, labour and comfort. *Applied Nursing Research* 1990;3(1):7–13.

⁸⁸ Roberts J. Maternal position during the first stage of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJN eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press; 1989: 883–892.

⁸⁹ Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Dowswell T, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;Issue 2. Art. No.: CD003934; DOI: 10.1002/14651858.CD003934.pub2.

⁹⁰ Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/routine_care/CD003934_makuchmy_com/es/index.html

- “Colaboración Cochrane” elaboró en 2003 un análisis sobre los efectos de diferentes posiciones de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto^{91, 92} que incluyó 19 estudios con 5764 participantes. Este estudio refiere que en muchas de las culturas tradicionales, las mujeres paren de forma natural en posiciones verticales como arrodilladas, paradas, entre otras variantes. En las sociedades occidentales, en cambio los médicos han influido para que las mujeres tengan su parto acostadas sobre la espalda, algunas veces con las piernas levantadas mediante el uso de estribos. La revisión de los ensayos clínicos demostró que cuando las mujeres tuvieron el parto en esta última posición, éste fue más doloroso para la madre y causó más problemas con respecto a la frecuencia cardíaca fetal, hubo más mujeres que necesitaron ayuda por parte de los médicos mediante el uso de los fórceps y un mayor número de mujeres a las que se les realizó incisiones en el canal del parto. El estudio sugiere numerosos beneficios potenciales para la posición vertical. No se han demostrado efectos nocivos del parto en posición vertical para la mujer o el feto, por lo que concluyen en que se debe estimular a las mujeres a que tengan su parto en las posiciones más cómodas para ellas, que habitualmente son las verticales. El estudio considera también que la influencia del personal que presta servicios en instituciones médicas, no toma en cuenta la comodidad de las mujeres ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo. También señala que debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe dar atención a la valorización de la mujeres durante el trabajo de parto.

Desventajas de la posición vertical:

- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para el personal médico. Sin embargo desde 2008 existen en México mesas y bancos obstétricos que toman en cuenta la cultura y las necesidades del personal de salud que permiten la mejor comodidad y funcionalidad, tanto para las mujeres, como para el personal de salud, por lo que esa desventaja ya no aplica⁹³.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres que ya no se acuclillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

⁹¹ Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁹² Lavender T y Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁹³ Ver capítulo III en la pag.

- En la revisión sistemática de la Biblioteca de Salud reproductiva de la OMS titulado *“Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural”*⁹⁴, se señala como desafío *“la capacitación de ciertos prestadores de salud para apoyar a las mujeres a tener el parto en diferentes posiciones”*, subrayando que es un reto *“la creación dentro del sistema de salud de una cultura que apoye la opción de darles a las mujeres la libertad de elegir la posición preferida para el parto”*.

De acuerdo a las revisiones sistemáticas con respecto a la posición vertical, no se ha documentado ningún riesgo médico de esta modalidad de atención, o que deba de limitarse en alguna circunstancia en la que se indique el parto por vía vaginal.

Punto de discusión sobre la pérdida sanguínea.

Desde el año 2003, en que se publicó la revisión de la Cochrane, se ha dado una discusión y análisis sobre la temática de la pérdida sanguínea, ya que de acuerdo a este estudio, en las posiciones verticales aparentemente hay mayor pérdida sanguínea y que podía ser el único efecto nocivo del parto en estas posiciones. El mismo estudio de la Cochrane sugiere que este hecho debe de tomarse con precaución y que se debe prestar atención a la forma en la que se mide la pérdida sanguínea, y que una forma de salir de dudas sobre el efecto de la misma, es la medición del hematocrito antes y después del parto⁹⁵.

Algunos médicos expertos en fisiología obstétrica⁹⁶, señalan que el mayor volumen sanguíneo recolectado en la posición vertical se puede explicar porque en la posición horizontal se queda un remanente de sangre en el fondo de saco del útero de la mujer, el cual se expulsa por los loquios en los días posteriores. Este remanente generalmente no se mide y en cambio éste contenido sanguíneo sale prácticamente todo en las posiciones verticales en el momento del parto. De cualquier manera, la medición del hematocrito debe dar la pauta para la valoración de posibles efectos de esta posición.

Al respecto, personal de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), donde se han atendido desde el año 2009 más de treinta y seis mil partos en posición vertical bajo el modelo de las recomendaciones de la OMS, señala que debido a los datos de las pruebas de hematocrito que realizaron desde un inicio, ya no es considerado el temor de anemia por un mayor sangrado, debido a la posición vertical.

⁹⁴ Lavender T y Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

⁹⁵ En: Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

⁹⁶ Como el Dr. Luís Alberto Villanueva Egan, Director de Investigación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

La Clínica de especialidades de SEDENA se inauguró en 2009, afiliándose a las recomendaciones de la OMS. Los partos se atienden en 14 cuartos combinados, no en salas de labor colectivas, donde la mujer en trabajo de parto no interfiere con otras, y en la que puede gozar de la compañía de su pareja si se ha contado con capacitación.



Cada cuarto cuenta con una cama obstétrica tipo Affinity, que en el periodo expulsivo se puede verticalizar, para volverse cama horizontal otra vez para el puerperio inmediato. Cada cuarto cuenta además con cuna de calor radiante, pelota kinésica y Kit de masaje.

El contacto madre-hijo/a piel a piel irrestricto y la lactancia inmediata al nacimiento

Desde los años ochenta se profundizó en la importancia del apego en la salud física y emocional del binomio madre-hijo con publicaciones como las de los pediatras Marshall Klaus y John Kenell⁹⁷, del gineco-obstetra e investigador francés Michel Odent^{98, 99} y del médico David Chamberlain¹⁰⁰, con descubrimientos científicos sobre la personalidad de la/el recién nacido y su relación con el tipo de atención en el parto. Con estos aportes, se estudió desde el enfoque pediátrico, la experiencia de separación de la madre, el proceso de respiración de manera natural, el impacto de los cambios de temperatura, la tranquilidad de la madre, el contacto físico piel a piel, la importancia de la escucha de los latidos cardiacos de la madre por el/la bebé, y los aportes de la lactancia temprana y del retraso en el corte del cordón umbilical.

En las revisiones Cochrane tituladas *“Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos”*¹⁰¹¹⁰², e *“Intervenciones para promover el inicio temprano de la lactancia*

⁹⁷ Klaus M, Kennell J. Apego: El inicio de la relación padres-hijos. Buenos Aires, Ed. Panamericana; 1983.

⁹⁸ Odent M. Nacimiento Renacido. Buenos Aires, Ed.Creavida; 1984.

⁹⁹ Odent M. El bebé es un mamífero. Madrid, Ediciones Mandala; 1990.

¹⁰⁰ Chamberlain DB. The mind of your newborn baby. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1988.

¹⁰¹ Gabriel Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 03 de abril de 2007a Tamés Fraide. Subdirectora de Enseñanza e investigación.

¹⁰² Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

materna"¹⁰³, que forman parte de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS^{104, 105}, se refiere que cada año, la nueva evidencia científica y epidemiológica contribuye al conocimiento de la función de la lactancia inmediata en la sobrevivencia, el crecimiento y el desarrollo de un niño, así como en la salud y el bienestar de su madre^{106, 107}. Se refiere también que los patrones de lactancia actuales aún distan mucho del nivel recomendado y que existe una notable variación entre las regiones.

En ambas revisiones se define que los beneficios de la lactancia para la salud y el bienestar de la madre y el neonato están bien documentados. La OMS recomienda el inicio temprano de la lactancia (es decir, en la primera hora de vida). Según estudio clínico reciente, el inicio temprano de la lactancia puede reducir la mortalidad neonatal en un 22%¹⁰⁸, lo que contribuiría al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En general, se podrían salvar más de un millón de recién nacidos por año si la lactancia se iniciara en la primera hora de vida. Sólo en los países en vías de desarrollo, el inicio temprano de la lactancia podría salvar tanto como 1.45 millón de vidas por año al disminuir la cantidad de muertes de niños producidas por trastornos diarreicos e infecciones del aparato respiratorio inferior¹⁰⁹.

El primer estudio señala que los indicios adicionales del tacto, el olor y la temperatura que permite el contacto piel a piel, pueden favorecer el inicio del neonato en la lactancia. De modo que esta práctica debe considerarse una intervención beneficiosa, económica y factible para fomentar la lactancia tras el nacimiento, especialmente, en lugares que carecen de agua potable y de condiciones de salubridad donde la lactancia puede salvar vidas. Además, en un estudio reciente realizado en Ghana¹¹⁰, se mostró que el fomento del inicio temprano en la lactancia ofrece la posibilidad de hacer una gran contribución al logro de los objetivos de desarrollo del Milenio respecto de la sobrevivencia del niño. Se podría evitar el 16% de las muertes neonatales si se amantara a todos los neonatos a partir del 1er día de vida y el 22% si se lo hiciera dentro de la primera hora.

¹⁰³ Jana AK. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

¹⁰⁴ <http://apps.who.int/rhl/newborn/gpcom/es/>

¹⁰⁵ http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/cd001688_JanaAK_com/es/

¹⁰⁶ The Pan American Health Organization. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, D.C.: PAHO © 2002.

¹⁰⁷ World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: The Organization; 1998. Web site: www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.pdf (accessed 6 Sept 2007).

¹⁰⁸ 1. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics* 2006;117:380-386.

¹⁰⁹ 2. Lauer JA, Betran AP, Barros AJ, de Onis M. Deaths and years of life lost due to suboptimal breast-feeding among children in the developing world: a global ecological risk assessment. *Public Health Nutrition* 2006;9:673-685

¹¹⁰ 3. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood BR. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*, 2006;117(3):e380-6

En el meta análisis realizado por Cochrane se halló que el contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después del nacimiento reduce los llantos, mejora la interacción de la madre con el recién nacido, mantiene más caliente al neonato y ayuda a las madres a amamantar satisfactoriamente. No se identificaron efectos negativos.

En los resultados del estudio se señala que lo ideal sería que el contacto temprano piel a piel comience inmediatamente tras el nacimiento, al colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre. Esta práctica basada en el contacto íntimo en las primeras horas de vida puede facilitar la conducta materno-neonatal y las interacciones a través de estímulos sensoriales como el tacto, el calor y el olor. Además, el contacto piel a piel está considerado un componente importante para el inicio satisfactorio en la lactancia, por lo que el contacto piel a piel temprano debe considerarse una intervención rutinaria de la atención de la salud tras el nacimiento en lugares de países tanto desarrollados como en vías de desarrollo.

Se concluye que la educación sobre la lactancia durante el período prenatal que brindan los trabajadores de la salud, puede ser de ayuda fundamental para el inicio temprano de la lactancia. Es probable que ciertas intervenciones sencillas inmediatas y posteriores al parto, como el alojamiento conjunto temprano, el contacto piel a piel y el apoyo a la madre, tengan el mayor impacto.

“Apego inmediato.... Y no solo por un rato”.



El antagonismo oxitocina - adrenalina

Diversos estudios¹¹¹ han aportado evidencias sobre otros aspectos del proceso de trabajo de parto, en torno a los factores que facilitan la estimulación o inhibición de la oxitocina^{112, 113, 114, 115}. En los seres humanos, la oxitocina se produce durante el parto, la lactancia, situaciones de paz y confort, la meditación, las relaciones sexuales y en general en todas las situaciones que producen bienestar. Por ello se ha llamado *“la hormona del amor”*. Durante el parto, la oxitocina favorece las contracciones uterinas, tanto para la salida del producto, como de la placenta. Se dice que la oxitocina es una *“hormona tímida”* porque se inhibe en todas las situaciones que producen adrenalina.

En todos los mamíferos, la adrenalina y toda la familia de las catecolaminas, se secretan en condiciones de estrés y temor para preparar para la huida o enfrentamiento. La inhibición de la oxitocina durante la estimulación de la adrenalina, obedece a un mecanismo de sobrevivencia debido a que si la hembra en trabajo de parto se enfrenta o sospecha ataque de un depredador, el trabajo de parto se inhibe para facilitar su huida. Esto forma parte del instinto en los mamíferos de no sentirse observados durante el trabajo de parto.

Por estas razones, en los seres humanos también cualquier situación que produzca adrenalina, va a inhibir la oxitocina y por ende el trabajo de parto. Esto sucede en las mujeres con el frío, la luz, el sentirse observadas (el sentido del pudor), los tactos, los regaños y cualquier situación que produzca temor e inseguridad, así como el pensar mucho (actividad neocortical). La utilización de oxitócicos sintéticos y la anestesia epidural, también inhiben la producción de oxitocina natural. La adrenalina es contagiosa, se produce si al lado hay alguna persona que secrete adrenalina (otra parturienta, médico o enfermera nerviosos).

Por ello, gracias a estas investigaciones ahora se propone con bases científicas el procurar un ambiente de temperatura cálida, confortable, con paz, tranquilidad, silencio o música relajante, sin mucha iluminación, donde no se le moleste a la parturienta con exceso de instrucciones y regaños, con pocas figuras masculinizantes (sólo si proporcionan paz y amor), donde se excluya a cualquier persona estresada (ver más adelante el modelo de partería tradicional). También se ha identificado científicamente que el apego y lactancia inmediatos producen oxitocina y favorecen el alumbramiento de la placenta.

¹¹¹ Odent M (2001) New reasons and new ways to study birth physiology. International Journal of Gynecology and Obstetrics 75:S39-S45.

¹¹² Lederman RP, Lederman E, Trabajo B, McCann DS (1978) La relación de la ansiedad materna, las catecolaminas plasmáticas, y el cortisol en plasma para el progreso en el trabajo. Am J Obstet Gynecol 132 (5): 495-500.

¹¹³ Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. Endocrinology 1999 Aug;140(8):3713-9.

¹¹⁴ Uvnas-Moberg K (2003) The oxytocin factor. Da Capo Press. Cambridge MA.

¹¹⁵ Wittlestone WG (1954) The effect of adrenaline on the ejection response of the sow. J Endocrin 10:167-172

IV.- ELEMENTOS OPERATIVOS PARA FACILITAR CONDICIONES DE APLICACIÓN E IMPLANTACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD

No es suficiente el conocer los elementos sustantivos del modelo de atención basados en las recomendaciones internacionales y enfoque basado en evidencias, si no se incorporan condiciones y mecanismos concretos para facilitar su implantación.

Por ello, la DMTyDI/DGPLADES promovió desde 2007 el desarrollo de procesos interculturales de consulta con personal de salud (obstetras, médicos, enfermeras, parteras profesionales), parteras tradicionales y mujeres usuarias de los servicios, para analizar el equipo y la infraestructura existentes en salud y proponer el equipo y la infraestructura ideal, de acuerdo a nuestras condiciones sociales, económicas y culturales.

Implementos para la atención intercultural del parto

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (DMTyDI) y el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica (CENETEC), iniciaron un proceso en 2007 para definir diferentes implementos que facilitaran la atención humanizada de las mujeres en el parto con el enfoque intercultural y humanizado, respondiendo tanto a las expectativas de las mujeres del país —indígenas y no indígenas—, como a las del personal de salud y las de parteras tradicionales.

Se consideraron las mesas, camas y sillas obstétricas que existen ya en el mercado internacional, para facilitar el parto en posiciones verticales. En el estudio que se realizó con personal de salud directivo y obstétrico se valoró que eran muy caros para los presupuestos ordinarios, permitían muy pocas posiciones verticales y no permitían la participación del familiar, como se practica en las regiones indígenas del país.

Se definieron los siguientes criterios:

- Debía de facilitar por lo menos las posiciones de sentada e hincada (muy utilizadas en nuestro país).
- Que incorporara o permitiera elementos para que las mujeres se pudieran sostener con un punto de apoyo en las manos y abrir su capacidad pulmonar, como se realiza en las regiones indígenas.
- Que tuviera elementos para que los talones tuvieran un punto de apoyo y así poder facilitar el trabajo de los músculos abductores y facilitar la apertura del canal del parto.
- Que permitiera la participación del familiar como sostén físico y emocional, atrás de la mujer, como se practica en las regiones indígenas.
- Que la mujer pueda estar cómoda y cambiar de posición.
- Que también el personal de salud que atiende el parto se encuentre cómodo.

- Para el caso de la mesa obstétrica, que fuera similar a la mesa convencional, para que ocasionara el mínimo de resistencia posible con el personal obstétrico.
- Que sea funcional para la atención de los partos.
- Debía de poder utilizarse con éxito tanto en regiones urbanas, como en rurales e indígenas, tomando en cuenta las diferentes expresiones culturales.
- Que se encontrara dentro del presupuesto normal de las mesas obstétricas utilizadas en centros de salud.

Dada la exigencia del proceso definido por los rigurosos criterios establecidos, el CENETEC invitó a participar a la empresa Rochester-México, considerando un proceso intercultural participativo con muchos otros actores que duró más de dos años, elaborando diferentes prototipos que llenaran las expectativas y criterios, hasta que se llegó a un producto que cumplió con los criterios definidos. Éste primer producto, fue la mesa obstétrica para facilitar la atención en posición vertical por personal médico de hospitales y centros de salud. Similar en altura y dimensiones a una mesa convencional, facilita el penduleo en el trabajo de parto, permite la participación de un/a acompañante que brinde soporte físico y emocional, y posibilita a la mujer tomar con autonomía diferentes posiciones verticales, sentada, en cuclillas o hincada. Se le llama: *“Mesa obstétrica para la atención del parto humanizado intercultural en posición vertical”*.

Cuenta con lo siguiente:

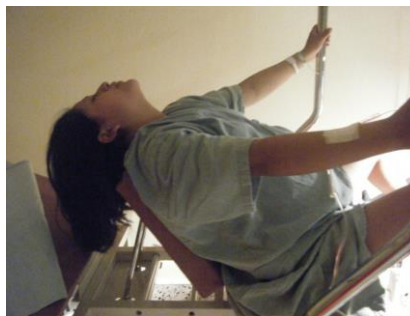


- Pierneras opcionales para facilitar la revisión de la cavidad uterina o la aplicación de fórceps si el caso lo requiriera.
- Dos soportes para los pies para que la mujer cuente con puntos de apoyo en la posición sentada, que permiten diferentes alturas y ángulos de posición.
- Un marco metálico cromado para facilitar el que la mujer pueda sujetarse tanto de la parte superior, como lateral y contar con puntos de apoyo que le permiten pujar y expandir la cavidad torácica. Permite también que la mujer en trabajo de parto pueda realizar ejercicios de penduleo que permiten facilitar el trabajo de parto y disminuir el dolor. El material facilita su limpieza.
- Un sostén individual para la espalda de la mujer que se levanta en caso de que se atienda sola, y se puede abatir convirtiéndose en asiento para su pareja, familiar o acompañante del parto, para brindar sostén físico y emocional.

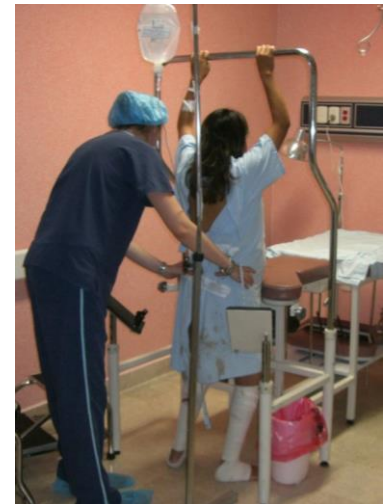


- Un sostén trasero que se puede levantar y proporcionar apoyo a la pareja que acompaña el trabajo de parto, que también se puede ajustar para que la mujer descanse en el postparto inmediato y continúe con la lactancia y apego del recién nacido.
- Dos soportes laterales para los pies del acompañante.
- Un segmento distal que se puede quitar para facilitar la atención del parto y volver a colocar para facilitar el descanso de los pies terminando el mismo.

- Dos segmentos laterales que se desprenden para facilitar la participación del familiar y se colocan para propiciar el descanso postparto.
- Una charola en la parte trasera que permite el guardado de los diferentes implementos.
- Cojines desprendibles en vinilo lavable con cierre oculto, que permite su sanitización.
- En las versiones recientes cuenta con ruedas para facilitar su desplazamiento.
- Sistema de frenos para facilitar fijar su posición.



El Implemento central se vuelve respaldo para la mujer cuando se atiende sola, o se puede abatir para la participación de su pareja o familiar.



Facilita el péndulo

Atención en posición hincada



Atención en posición sentada



Atención sentada acucillada

Desde 2008, las parteras tradicionales expresaron que la mesa obstétrica les parecía muy alta para ellas y que sentían un riesgo en que pudiera caer el niño y que por ello ellas atienden muy cerca del suelo. Por esa razón se diseñó con ellas un banco obstétrico en forma de “U”, similar a algunos banquitos que ellas utilizan, que permite la posición sentada de la mujer en trabajo de parto, con la posibilidad de que su acompañante esté detrás sentado/a cómodamente en una silla.

Lleva una curvatura de acuerdo a la anatomía de la mujer, las paredes laterales son inclinadas lo que permite que una persona se acomode atrás, sentado en una silla; lleva una base anti-derrapante; tiene a los lados una curvatura para facilitar el acomodo cómodo de las piernas de la persona acompañante y cuenta con cojín desprendible.



En el año de 2009 en Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre personal de salud y parteras tradicionales, celebrados en los Estados de Morelos y Puebla, parteras tradicionales expresaron que les gusta más la posición hincada, pero que por su edad, que se les hacía ya pesado atender partos en cuclillas al nivel del suelo. Las mujeres participantes señalaron que aunque en esta posición el parto es más rápido, se cansan de las rodillas.

Por esta razón se diseñó con parteras y usuarias otro banco, al que se le denominó “*banco obstétrico ergonómico*” que permite varias alturas y posiciones para el parto, cumple con todos los criterios establecidos y presenta las siguientes características:

- Permite las posiciones: hincada, por delante y por detrás; sentada, sentada acucillada, en cuclillas y en cuatro puntos (de Gaskin).
- En la posición hincada permite el descanso de las rodillas. El peso se reparte también en las caderas y pantorrillas liberando el nervio ciático y la circulación sanguínea, de manera que la mujer está más cómoda y puede estar en esta posición más tiempo.
- Facilita la participación de un acompañante que brinda sostén físico y emocional.
- Tiene una base acojinada que protege al bebé, inquietud de las parteras.
- Permite el asumir una posición de descanso en la que se pueden recibir masajes en la espalda y cadera.
- Se puede utilizar para el descanso postparto, sentando a la mujer en la base acojinada inferior y descansando sus pies en el banco “kanché”.



Para facilitar la atención del parto en los bancos obstétricos de manera que la persona que atiende estuviera cómoda, se diseñó un asiento tipo Kanché.



- Es un banquito para asiento de las parteras o del personal de salud que decida atender los partos en los bancos obstétricos.
- Cuenta con una curvatura propia del cuerpo y lleva un cojín desprendible.
- Con este banco, las parteras se sientan con las piernas abiertas, metiendo su falda entre las piernas y refieren estar cómodas y con la espalda recta y descansada.
- Si se utiliza el banco ergonómico, después del parto el banco "kanché" sirve para que la mujer descanse los pies.

En los talleres interculturales con mujeres usuarias de los servicios de salud realizados desde el 2007, ellas relataban sus experiencias en la atención en los hospitales y centros de salud, expresando el haberse sentido avergonzadas, intimidadas y humilladas por utilizar las batas convencionales que se ofrecen regularmente en los servicios, las cuales como no compensan la gravedad, se suben como minifaldas y que se abren fácilmente de atrás. Es común que los listones de cierre se encuentren rotos. Además no facilita el apego inmediato al nacimiento, por lo que prácticamente hay que desnudar a la mujer. También expresaron que durante el trabajo de parto es común que se les enfríen y acalambren las piernas, lo cual se explica por la irrigación sanguínea del sistema uterino, además que en la sala de labor les prohíben utilizar sus zapatos o chancletas, por lo que si quieren caminar, lo tienen que hacer descalzas y como están calientes por el parto, esto las puede enfermar.

Por estas razones se diseñó con ellas una bata que facilita la lactancia y el apego inmediato, con compensación de la gravidez y traslape suficiente para cubrir el cuerpo de las mujeres con dignidad, como no sucede con las batas convencionales. También se elaboraron unos calentadores para mantener el calor de las piernas y unos zapatos de tela para evitar que caminen descalzas.

La bata humanizada para facilitar el apego inmediato



- Es una bata un poco más larga y amplia que la estándar para compensar la gravidez y que facilite que cubra más el frente.
- Tiene mayor traslape atrás y listón seguro, para cubrir más a la persona.
- Es una bata que puede desprender cada lado del pecho de manera independiente o conjunta para facilitar el apego inmediato al nacimiento y la lactancia.
- Fundamental para la atención humanizada del parto.

Calentadores de tela para evitar el frío en las extremidades inferiores



- Es común que las mujeres padezcan frío durante el parto, sobre todo si no hay la climatización adecuada.
- A veces dura el trabajo de parto, se les enfrían las piernas e incluso se pueden acalambrar.
- Una solución simple como unas pierneras de tela evitan que la mujer pierda frío por las piernas y pueda conservar mejor su energía.

Zapato de tela para evitar que la mujer en trabajo de parto ande descalza y se enfríe.



- Está elaborado para promover la deambulación de las mujeres en trabajo de parto.
- Confeccionado con la misma tela de las batas.
- Lleva tela ahulada antiderrapante para evitar que se humedezcan los pies.
- Evita que se enfríen y ensucien los pies de la parturienta.



La Unidad Médica de Parto Humanizado¹¹⁶

La Organización Mundial de la Salud expresa en sus documentos de recomendaciones que el parto normal no es una enfermedad ni evento quirúrgico, por lo que puede ser atendido en espacios desmedicalizados. En todo el mundo, y México no es la excepción, hay movimientos de mujeres que demandan el parto en casa.

Dado que en México no existen las condiciones en todo el país para asegurar la seguridad de la madre y bebé en el parto en casa; en conjunto con personal directivo, operativo y grupos de mujeres se propuso la definición de un espacio donde la mujer estuviera cómoda, “como en su casa” tomando en cuenta las particularidades culturales, pero que se encontrara “segura”, cubierta con el apoyo de un espacio resolutivo.

La Unidad Médica de Parto Humanizado surge como resultado de la necesidad de otorgar a la mujer durante su trabajo de parto una atención que tome en cuenta al enfoque basado en evidencias científicas y que responda a las recomendaciones de la OMS, que recomienda la atención del parto con modelos desmedicalizados y seguros fuera de los hospitales, así como con personal de salud no necesariamente médico. Con ello se pretende lograr una madre y un niño sanos, con el menor nivel posible de intervención y de la manera más segura. Esta meta implica que en el parto normal debe existir una razón válida para interferir con el proceso natural.

La Unidad de Parto Humanizado se define de esta manera como una ampliación de un hospital destinado a ofrecer hospedaje a embarazadas y puérperas (con camas no censables); la atención del parto normal bajo el modelo con enfoque humanizado, intercultural y seguro; la vigilancia del puerperio a las mujeres que lo requieran, así como albergue a sus hijos y/o acompañantes. Se encuentra inspirado en las posadas AME (*Albergue de la Mujer Embarazada*) y las casas de la mujer del CDI que han incorporado la atención de partos, así como por los resultados de los módulos de medicina y partería tradicional de los Hospitales Integrales del Estado de Puebla. Por su impacto en la erradicación de la muerte materna, el Hospital Integral de Cuetzálan, Puebla, se hizo merecedor al Premio Nacional de Calidad en Salud, 2007 con este modelo.

La Unidad de Parto Humanizado se considera en el documento rector denominado “*Modelos de recursos para la planeación de unidades médicas de la Secretaría de Salud*”, que coordina la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, como un anexo funcional del hospital, que debe operar bajo los siguientes criterios:

- El ingreso de las mujeres a la Unidad, se realiza a través del servicio de admisión de tóco cirugía del hospital, de manera clasificada, enfoque de riesgo e historia clínica.

¹¹⁶ Anteriormente llamada Unidad de Posada de Nacimiento.

- Atención digna y humanizada del parto bajo las recomendaciones de la OMS, en las que la mujer es protagonista de su parto.
- Respetar y aplicar las indicaciones contenidas en la NOM-007-SSA2-1993, Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- Tomar en cuenta la cultura de la región, brindando servicios culturalmente amigables.
- “Acercar la casa al hospital”, de manera que el espacio sea confortable como el hogar y seguro como el hospital, en el cual puedan acompañar familiares, si la mujer está de acuerdo.
- Contar con la posibilidad de la atención inmediata en el hospital en caso de complicaciones, o a través de un servicio de traslado inmediato y referencia operativa-funcional.
- Brindar hospedaje y alimentación a mujeres que no requieren hospitalización, pero si vigilancia especializada ambulatoria.
- Respeto a los derechos de las mujeres usuarias tomando en cuenta el artículo primero constitucional que reconoce los derechos humanos definidos en la Constitución y en los tratados internacionales de los que el estado mexicano sea parte, los cuales obligan a la no discriminación de las mujeres, a no ejercer ningún tipo de violencia sobre las mismas y a reconocer a la medicina tradicional realizada por los pueblos indígenas.

El objetivo de la Unidad de Parto Humanizado es brindar a las mujeres en trabajo de parto o que requieran atención ambulatoria especializada durante el embarazo o el puerperio, una alternativa de atención que conjugue el hospedaje con antelación, con la oportunidad de atender su parto y/o vigilar el puerperio, en condiciones de **seguridad**, **amigabilidad cultural** y **confort**.

La finalidad de la propuesta de Unidad de Parto Humanizado es la de crear un entorno amigable y seguro, e incrementar la capacidad resolutive de la atención del parto normal (eutócico), descargando al hospital de la atención de estos partos, para concentrar la capacidad hospitalaria en la atención de partos complicados y de emergencias obstétricas.

El criterio principal es mantener a la paciente cerca de un hospital con capacidad resolutive para resolver posibles complicaciones. Como elemento central se pretende humanizar e interculturalizar la atención del parto, lo que incluye el acompañamiento psicoafectivo durante todo el trabajo de parto, la atención en posiciones verticales, el poder recibir masajes, el apego y lactancia inmediatos al nacimiento, el acompañamiento de un familiar, el respetar su cultura, el permitir la participación de personal técnico y auxiliar, así como de parteras tradicionales reconocidas y certificadas. Se considera también la inclusión de intervenciones que han demostrado ser efectivas y la limitación de aquellas que no poseen evidencias científicas de sus aportes, sobre todo si no cuentan con indicaciones médicas precisas.

Los objetivos específicos de la Unidad de Parto Humanizado se refieren a:

1. Contribuir a la disminución de la mortalidad materno – infantil.
2. Contribuir a disminuir la saturación de los hospitales debida a la atención de partos normales (eutócicos).
3. Disminuir los costos de la atención de los servicios obstétricos, con un modelo no medicalizado.
4. Favorecer el acceso de las mujeres que viven en localidades dispersas a servicios de salud durante el embarazo, parto y puerperio.

Funcionalidad

- La entrada al vestíbulo debe de ser funcional y conectarse directamente al área de la sala de espera, la cual debe de acondicionarse de acuerdo a las características culturales y climáticas de la región. Se recomienda la ubicación de nichos para incorporar emblemas religiosos de la región.
- Si se requiere en la región se recomienda incluir un área de juegos infantiles para los niños que acompañan a las mujeres.
- El servicio de recepción es brindado por una enfermera que también es puente con el hospital. Se encuentra en un lugar estratégico que también permite la vigilancia de las usuarias en trabajo de parto.
- Se ingresa a las mujeres embarazadas al área de hospedaje que cuenta con dormitorios, baño, cocina, comedor, sala de estar, patio de servicio y patio de sol.
- El área de atención cuenta con un consultorio sin escritorio para facilitar el contacto directo de la persona encargada (partera o enfermera) y la usuaria y su familiar. Incluye también un área para revisión y masajes, cuartos combinados, sanitario, el área de atención del parto natural, temazcal y cuarto de reposo con regadera.
- Los cuartos combinados son espacios individuales con muros de separación que evitan la dispersión del sonido, proporcionando un espacio acogedor sin interferencias acústicas de otros cuartos, que se utilizan para las mujeres en trabajo de parto y que facilitan el acompañamiento de un familiar o la persona que ella designe. Contienen una camilla, un banco obstétrico ergonómico y una pelota kinésica. La pelota kinésica y el banco ergonómico sirven para facilitar el trabajo de parto. Si la usuaria lo decide puede atenderse el parto allí mismo en el banco obstétrico ergonómico o pasar al área de parto natural. Lo mismo en caso de que el área de atención del parto natural se encuentre ocupada.
- Los familiares pueden ingresar al espacio de los cuartos combinados a través del consultorio, de manera que no afectan a las usuarias que se encuentran en el área de hospedaje.

- Los cuartos combinados sirven también para el hospedaje de usuarias en caso de que el dormitorio se complete.
- Es importante el pasillo de conexión del área de atención con el hospital, en caso de que se requiera trasladar a la usuaria por alguna complicación.
- Se cuenta también con un área para el personal (parteras o enfermeras) donde pueden descansar, bañarse y cambiarse de ropa.

Una condición necesaria para garantizar la operación intercultural del binomio Posada de Nacimiento – Hospital, es que todo el personal directivo y operativo de este último, hayan recibido capacitación en el modelo de atención de la “Unidad de Parto Humanizado”, bajo las recomendaciones de la OMS y con competencia cultural.

Beneficios de estas unidades:

- Contarán con albergue para la mujer y su familia antes del parto para facilitar su estancia en caso de no tener unidad cercana a su domicilio.
- Reducir la carga operativa de unidades obstétricas.
- Humanizar la atención del parto.
- Propiciar el parto en condiciones fisiológicas.
- Reducir las intervenciones nocivas durante el parto.
- Incrementar la calidad de la atención de parto normal con competencia cultural.
- Reducir el costo de atención.
- Detectar tempranamente complicaciones en el partograma.
- Facilitar la referencia inmediata de pacientes complicadas.
- Reducir eventualmente el número de cesáreas.

Organización

Es necesario contar con un manual de procedimientos para el personal médico, técnico y auxiliar de la Unidad de Parto Humanizado, y del personal del resto del hospital, que describa sus funciones y tareas a realizar y de cuenta de sus derechos y obligaciones.

Un reglamento para las mujeres usuarias de la Unidad Médica de Parto Humanizado y acompañantes (durante el trabajo de parto), que describa todas las condiciones de uso y sus derechos y obligaciones.

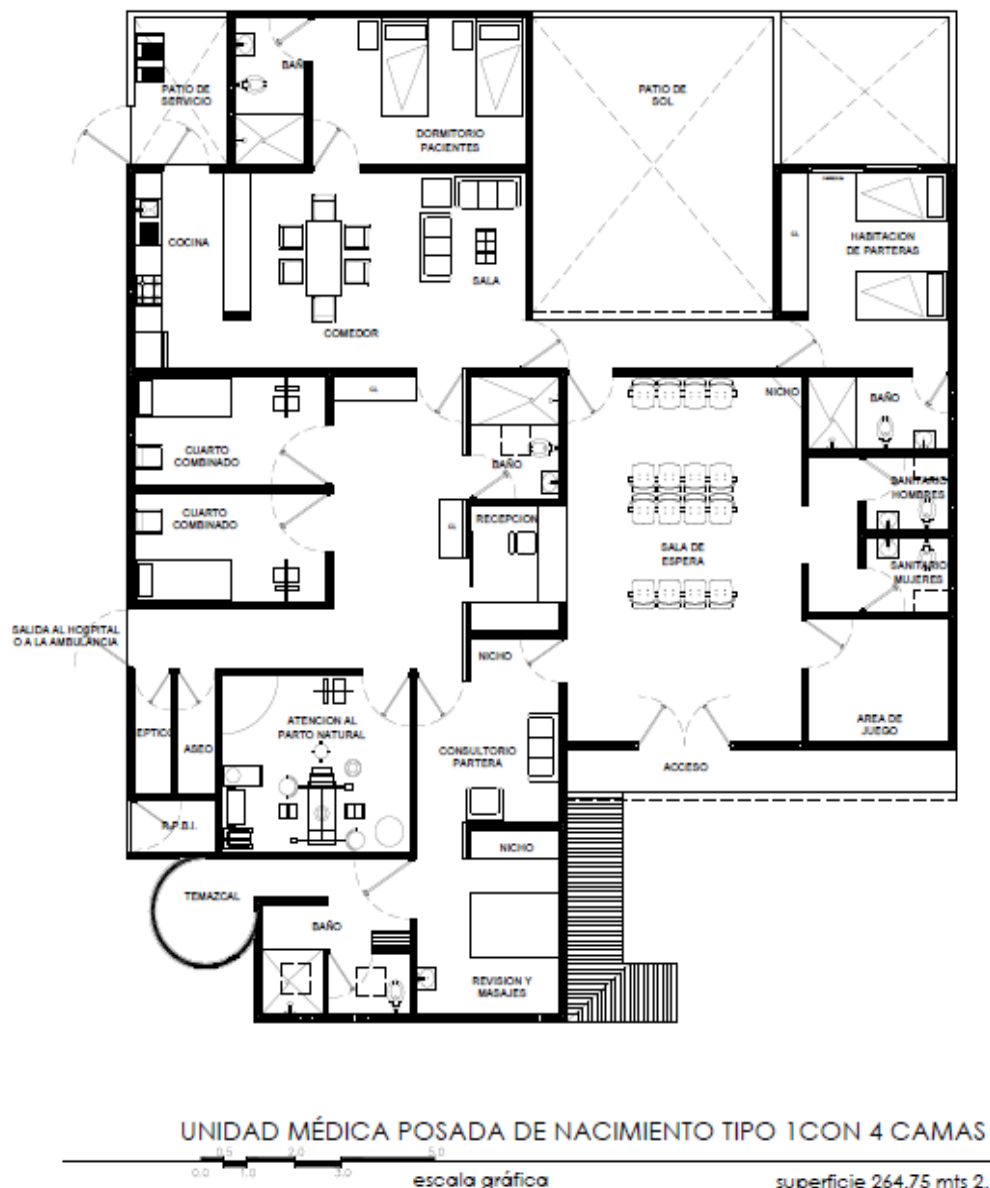
Deben de precisarse los mecanismos de interrelación con las parteras tradicionales de la región para que puedan canalizar a las mujeres en el parto a la Unidad Médica de Posada de Nacimiento, así como su contratación (ya se cuenta con el código M02120), para que participen en la atención del parto.

Se puede solicitar el modelo de Parto Humanizado a la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

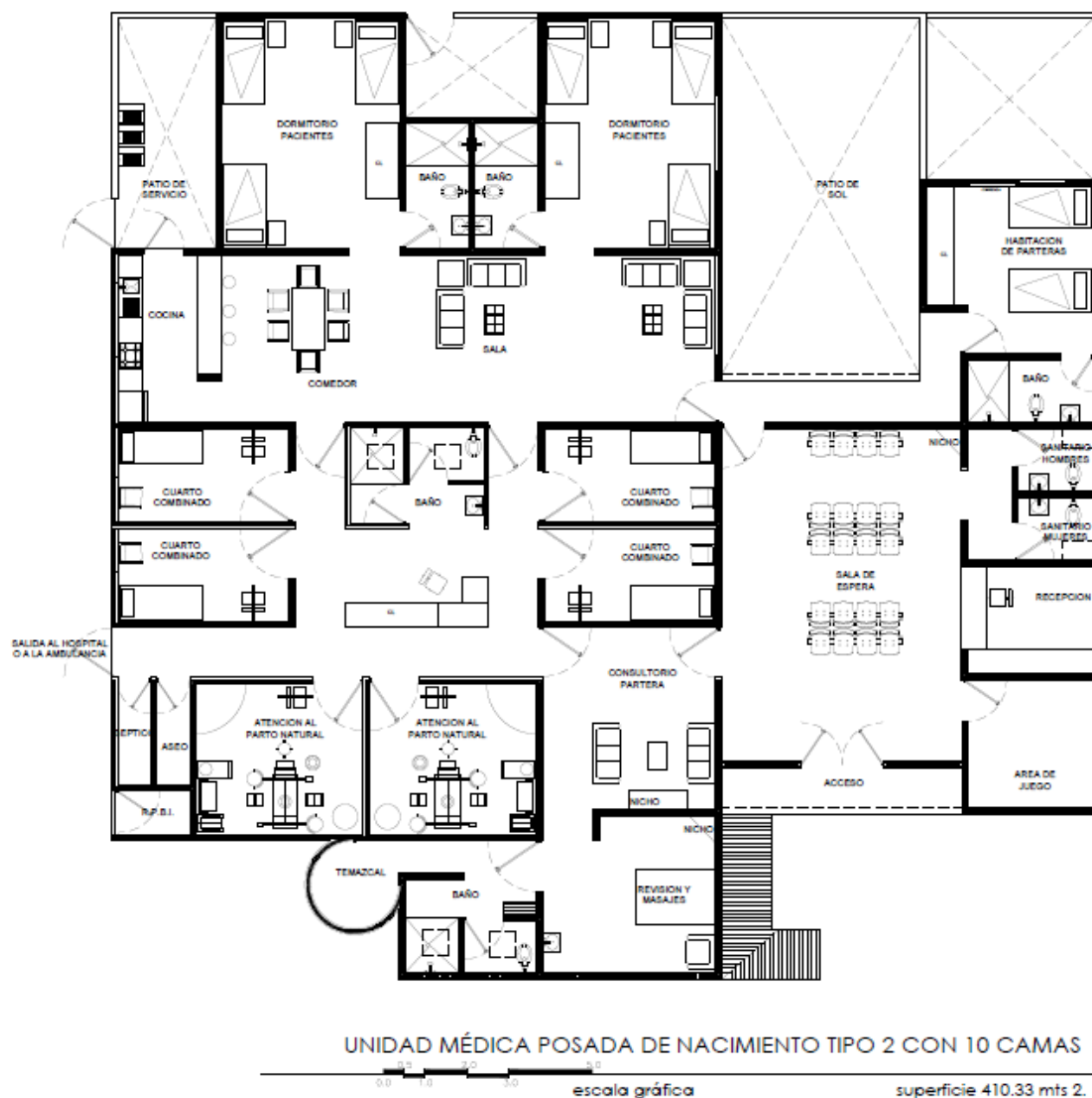
Existen dos tipos de Unidades Médicas de Parto Humanizado:

1. Tipo 1. Hospital Básico Comunitario con Unidad Médica de Parto Humanizado. Para Hospitales con un promedio de 500 a 1,000 partos al año. Consta de una Posada de Nacimiento con 4 camas no censables para estancia de pacientes, con un cuarto de atención de parto. En regiones indígenas se privilegiará la participación de parteras tradicionales.
2. Tipo 2. Hospital General con Unidad Médica de Parto Humanizado. Para Hospitales de más de 1,000 partos al año. Consta de una Posada de Nacimiento con 10 camas no censables para estancia de pacientes, con 2 salas de atención de parto. En regiones no indígenas se privilegiará la participación de enfermeras obstétricas y parteras profesionales.

UNIDAD MÉDICA DE PARTO HUMANIZADO TIPO 1 (modelo 4 camas).



UNIDAD MÉDICA PARTO HUMANIZADO TIPO 2 (modelo 10 camas).



Indicadores para el seguimiento de la implementación del modelo

En 2015, la asamblea del CEMECE (Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México) aprobó la incorporación en el catálogo de procedimientos médicos CIE-9MC, de 4 procedimientos, ubicados en el capítulo de procedimientos obstétricos, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, son los que cuentan con mayor evidencia de que su implementación disminuye los efectos adversos del nacimiento. Se encuentran desde 2014 incorporados en el Guía de Práctica Clínica: Manejo y Vigilancia del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo:

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

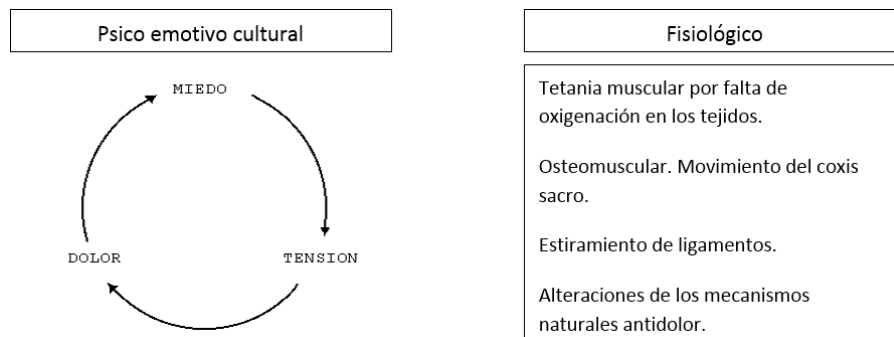
Son los indicadores más importantes que nos permiten valorar los avances del modelo de atención a las mujeres en los servicios de salud. A partir de 2016 se encuentran ya en el sistema de información. En el primer nivel de atención en el formato SIS-SS-12-P, y en el segundo nivel en el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) con las siguientes claves:

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 acucillada, 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.

Manejo desmedicalizado del dolor en el parto

El presente modelo pretende que las mujeres puedan vivir el parto 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.

Ahora la ciencia ha podido aportar evidencias de las causas del dolor durante el trabajo de parto, de manera que se han tipificado varios mecanismos que lo explican y que se pueden controlar.



Se cuenta, como parte esencial del modelo, con una capacitación específica para comprender las causas del dolor en el parto, así como las estrategias para neutralizarlas, que forma parte del taller teórico práctico diseñado para el personal de salud.



Competencias interculturales y erradicación de barreras culturales en los servicios

Hemos identificado una serie de barreras culturales que se dan en los servicios de salud, de manera que la población usuaria puede identificar “riesgos” a su salud. Esto puede traer consecuencias serias en los servicios de atención perinatal, al alejar a mujeres usuarias, con lo cual pueden no recibir una atención oportuna en el caso de alguna complicación.

Algunos elementos que hemos identificado alejan a las mujeres indígenas de los servicios de salud, desde su cosmovisión, son:

- Eliminación de sus elementos de protección (hilo rojo, seguros de metal, amuletos), lo cual deja una sensación de vulnerabilidad
- Posición horizontal en el parto, lo cual lo hace más doloroso y difícil.
- Sala de parto fría. Lo cual inhibe las contracciones uterinas.
- Prohibición del acompañamiento de un familiar. Lo cual genera temor y esto afecta el trabajo de parto.
- Alta postparto sin tomar en cuenta los tres primeros días en que la puerpera está en estado “caliente”, lo cual la puede “enfriar” y por ello, enfermar.



Por competencia intercultural en los servicios de salud se entiende la capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, con las personas usuarias, considerando la multiculturalidad del país, de tal manera en la que ellas se sientan cómodas y satisfechas.

Escuchando a la población hemos modificado una serie de procedimientos, que no cuentan con una base en evidencias, con lo cual se mejora la satisfacción de las personas usuarias. Como un ejemplo ahora se permite que las mujeres lleven sus hilos rojos al parto, recomendándoles que sean nuevos y limpios y que no afecten la circulación. En algunos hospitales han elaborado personificadores de color rojo.



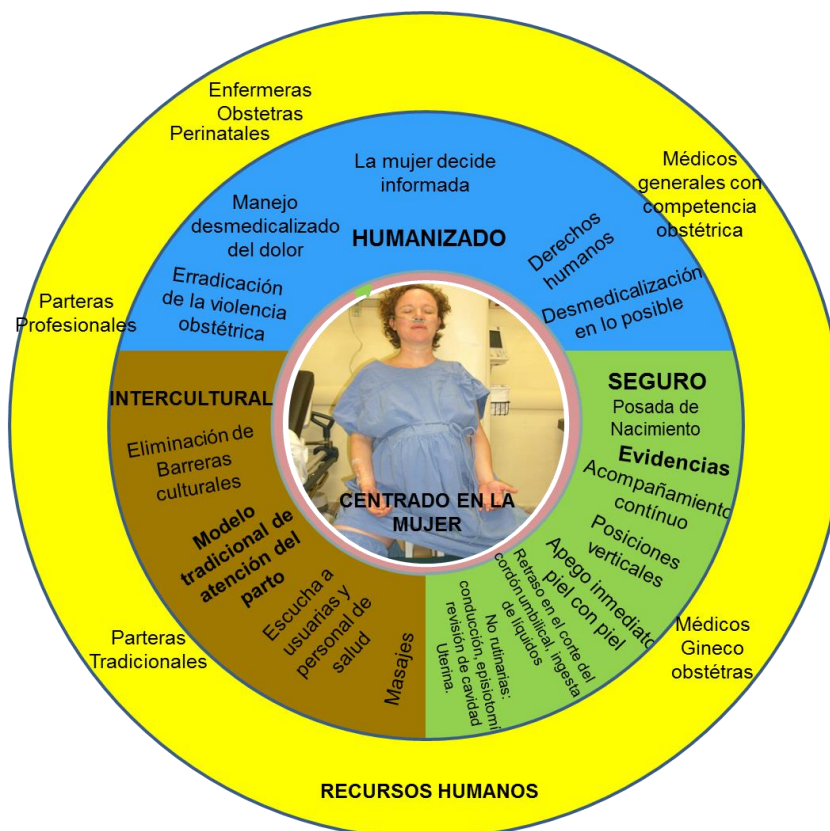
Esquema del modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro.

Con todos los elementos anteriores podemos resumir que todos los elementos de este modelo se pueden incorporar en las categorías de los enfoques humanizado, intercultural y seguro. Destaca que tiene en su centro a la mujer y no a un determinado tipo de profesional de la salud. Se pretende aprovechar todos los recursos humanos que cuenten con la capacidad y competencias para este tipo de atención.

El enfoque humanizado con el objetivo de que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial y placentero en condiciones de dignidad humana, incluye al personal de salud, pretendiendo que pueda también compartir ese gozo y no sufrir el parto, erradicando el síndrome de Burnout, causado por trabajar en condiciones deshumanizantes.

El enfoque intercultural parte de reconocer la diversidad cultural tanto de las personas usuarias como del personal de salud, con sus demandas y expectativas. Incluye todos los procesos que se realizan para identificar y erradicar las barreras culturales.

El enfoque seguro parte de reconocer el derecho de la mujer de recibir y del personal de salud de otorgar, una atención médica basada en fundamentos científicos. Es común que esto último se inhiba en muchas instituciones de salud.



Para facilitar la difusión y comprensión del modelo, se elaboró la siguiente infografía para presentarlo dicho de una manera gráfica y entendible:



V.- LAS COMPETENCIAS OBSTÉTRICAS EN EL MODELO DE ATENCIÓN A LAS MUJERES EN EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO CON ENFOQUE HUMANIZADO, INTERCULTURAL Y SEGURO

Se decidió aprovechar el enfoque de competencias¹¹⁷, ¹¹⁸ para definir las acciones y pasos concretos a seguir en la atención del parto con el modelo descrito, ya que permite delimitar con claridad los procedimientos y actitudes en cada etapa del embarazo, parto y puerperio, así como los elementos para su evaluación.

En esta guía se presentan las competencias “mínimas” para la atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio bajo el modelo ya definido, tomando en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, las evidencias científicas, el marco legal mexicano y los derechos humanos¹¹⁹. Estas competencias son aplicables para el personal que atienda el parto, ya sea médico, enfermera o partera:



¹¹⁷ ARGUDIN, Yolanda, 2008, Educación basada en competencias, México, Editorial Trillas

¹¹⁸ DÍAZ, Barriga Frida. “Formación docente y educación basada en competencias”, en: Formación en competencias y certificación profesional. Pensamiento universitario. No. 91. CESU-UNAM. 2000

¹¹⁹ Estas competencias fueron definidas bajo los criterios señalados como parte del trabajo titulado: “*Guía Metodológica para la Estructuración de Planes y Programas de la Formación de la Técnica en Partería*”, realizado para la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud (CIFRHS), durante los años de 2011 y 2012 con la participación del Dr. Félix Ángel Quintero Michel, Ginecoobstetra, Coordinador del Centro de Atención humanizada intercultural del parto en Tlalixtac de Cabrera, Estado de Oaxaca; el Teniente Coronel Médico Cirujano Ginecoobstetra Francisco de Jesús Martínez Herrera, Jefe de la Sección de Cuartos Combinados, Clínica de Especialidades de la Mujer de la Secretaría de la Defensa Nacional; Dr. Ginecoobstetra Francisco Javier Posadas Robledo, Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Dr. Marco Antonio Ortega Sánchez, Ginecoobstetra del Hospital Regional, Tula – Tepeji, Estado de Hidalgo, Capacitador Estatal en Atención Humanizada Intercultural del Parto; Dra. Elena Cahuich Alarcón, Dirección de Desarrollo Comunitario, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Dra. Guadalupe Mainero del Paso. Responsable Médica de Comunicación Intercambio y Desarrollo Humano en América Latina, A.C. (CIDHAL); Enf. Elsa Zavala Espíndola, Coordinadora de Parteras Tradicionales, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; LEO. Angélica Ivonne Esparza Sandoval, Enfermera Jefa de Servicio de Tococirugía, Hospital Ajusco Medio; Enf. Bárbara Viquez Saucedo, Jefa de Servicio del Hospital Dr. Gustavo Baz Prada; L.E.O. y Educadora Perinatal Guadalupe Landerreche Gómez Morín, Presidenta de la Asociación Mexicana de Parteras A.C.; Part. Alina Bishop Velarde, Presidenta de Parto Libre A. C.; Part. Prof. Araceli Gil Archundúa. Coordinadora de Nueve Lunas, A.C.; Part. Kate Norman Frómata, Coordinadora Clínica, Escuela de Parteras Profesionales de CASA A.C.; Enf. Mar de Rocío Mendiola, Escuela de Partería Profesional de la Organización Mujeres Aliadas, A.C.; Enf. María Anabel Rosas Rosas, Escuela de Partería Profesional de la Organización Mujeres Aliadas, A.C.; Part. Prof. María Cristina Galante Di Pace, Coordinadora de Proyectos, Nueve Lunas, A.C.; Part. Tec. Maricruz Coronado Saldierna, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva; Part. Tec. Maya Pineda García, Servicios de Salud del Estado de Colima; Enf. Mayra Alarcón Cerón, Dirección de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud; Enf. con especialidad perinatal Paola Guevara Lara, Clínica de Especialidad con Maternidad Atlacomulco; Dra. Yolanda Victoria Ilescas. Parto Libre A. C. y Dr. Hernán José García Ramírez, Subdirector de Sistemas Complementarios de Atención a la Salud. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Secretaría de Salud.

Atención del embarazo

Competencia 1. *Conoce y aplica los cuidados generales durante el embarazo.*

- Se presenta y dirige a la mujer, siempre de manera respetuosa, cálida, compasiva y mirándola a los ojos.
- Explica de forma clara y sencilla los procedimientos que se le van a llevar a cabo, con el fin de disminuir miedos y ansiedad. Si la mujer es hablante de una lengua indígena y no habla español, busca el apoyo de un traductor.
- Identifica las molestias que presenta una mujer embarazada de manera general, diferenciando las que pueden ser normales, de las que pueden ser síntomas de algún problema o riesgo.
- Identifica y recomienda los elementos fundamentales para el cuidado general de una mujer embarazada.
- Evalúa factores de riesgo psicosociales potenciales que puedan influir en la mujer y su familia.
- Identifica y recomendar la higiene y alimentación durante el embarazo.
- Calcula la fecha probable de parto.
- Revisa las mamas para detección oportuna de alguna alteración.

La persona responsable se comportará:

- Con actitud receptiva y de observación a las condiciones generales de la mujer y su entorno.
- Con respeto al pudor, intimidad y cultura de cada mujer.
- Con actitud de escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer, brindando la información adecuada.
- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación y participación con respecto al embarazo, parto y cuidados.

Competencia 2. *Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el primer trimestre del embarazo (semanas 1 a 12).*

- Hace una revisión general.
- Integra la historia de salud de la mujer preguntando todos los elementos que la conforman, integrando su expediente clínico completo.

- Informa a la mujer los procedimientos que se llevan a realizar en el primer trimestre para reconocer su estado de salud y del feto, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete (ultrasonografía).
- Realiza un examen físico a la mujer, palpando con ambas manos: la cabeza, cara, mamas, abdomen, pies, piernas y manos, enfocado en la condición que presenta la mujer.
- Realiza una pelvimetría clínica.
- Interpreta pruebas básicas de laboratorio: Embarazo, hematocrito, grupo de sangre y RH, VDRL, VIH (bajo consentimiento informado), análisis de orina con tira reactiva por proteinuria y glucosuria, tamiz de glucosa.
- En caso de que el resultado de la prueba de VIH sea positiva, brindará toda la información sobre las medidas que deben tomarse.
- Toma signos vitales: (pregunta la presión en embarazos previos).
- Reconoce la situación sociocultural de la mujer embarazada.
- Identifica riesgos y señales de alarma del embarazo en el primer trimestre.
- Identifica las complicaciones del primer trimestre del embarazo y sabe quehacer ante ellas.
- Detecta mujeres en situación de amenaza de aborto o aborto en sus diversas formas, define las acciones a seguir, y las refiere oportunamente.
- Detecta y trata la hiperémesis gravídica, diferenciando de un embarazo gemelar a una mola y un embarazo ectópico.
- Determina si se debe referir a la mujer de acuerdo a su estado de salud.
- Explica a la mujer su estado de salud, especificando el origen de los síntomas señalados e informando sobre la existencia de señales de alarma.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.
- Orienta a la mujer sobre el autocuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el primer trimestre de la gestación, indicando mejoras que deba realizar en su alimentación, como prevención a riesgos.

La persona responsable se comportará:

- Indicando su nombre y explicando el motivo de la entrevista y revisión.
- Dirigiéndose de manera afable y cortés con la mujer durante las entrevistas, de forma no discriminatoria y culturalmente apropiada.
- Procurando que la mujer se sienta cómoda durante las revisiones.
- Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer, sea cual sea su condición social, estado civil, origen étnico, creencia religiosa y orientación sexual.

- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Evitando enjuiciar a la mujer por sus respuestas durante las entrevistas.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.
- Manteniendo la confidencialidad de toda la información facilitada por la mujer.

Competencia 3.- Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño de la gestación, durante el segundo trimestre del embarazo (semanas 13 a 28).

- Reconoce de manera general el estado de salud de la mujer y de la niña o niño de la gestación durante el segundo trimestre del embarazo.
- Identifica la situación del bebé palpando el abdomen de la mujer.
- Identifica el foco fetal y verifica que la frecuencia cardiaca de la niña o niño sea normal, escuchando los latidos de su corazón en el vientre de la mujer.
- Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el segundo trimestre de la gestación.
- Recomienda o/y aplica los masajes indicados para el segundo trimestre del embarazo.
- Solicita o actualiza exámenes básicos de laboratorio. Tamiz de diabetes gestacional.
- Identifica riesgos y señales de alarma del embarazo en el segundo trimestre.
- Identifica las complicaciones del segundo trimestre del embarazo y sabe que hacer ante ellas.
- Explica a la mujer su estado de salud, indicando las condiciones de salud que se identificaron.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.
- Realiza con la mujer y su pareja o familiar que la acompaña un plan de parto de acuerdo a la visión y necesidades de la mujer, el contexto comunitario y su estado de salud.

La persona responsable se comportará:

- Dirigiéndose de manera afable y cortés a la mujer durante las entrevistas.
- Procurando que la mujer se sienta cómoda durante las revisiones.
- Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.

- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Competencia 4. *Realiza el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño durante el tercer trimestre de la gestación (semanas 29 a 41).*

- Hace una revisión general.
- Reconoce de manera general el estado de salud de la mujer y de la niña o niño durante el tercer trimestre de la gestación.
- Realiza una exploración abdominal completa, incluyendo la medición de la altura del fondo uterino, identificando la posición y presentación del bebé, a través de las maniobras de Leopold.
- Identifica y valora el foco fetal.
- Evalúa la relación entre nutrición materna y crecimiento fetal.
- Recomienda o/y aplica los masajes indicados para el tercer trimestre del embarazo.
- Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño, durante el tercer trimestre de la gestación.
- Revisa y actualiza con la pareja o familiar que la acompaña, el Plan de Parto creado por los tres, en base a las características específicas de la mujer, su entorno y su estado de salud.
- Identifica riesgos y señales de alarma en el tercer trimestre del embarazo.
- Identifica las complicaciones del tercer trimestre del embarazo y sabe qué hacer ante ellas.
- Identifica algunas estrategias para modificar las anomalías en la posición fetal y propone estrategias para su manejo en conjunto con el médico.
- Instruye a la embarazada en el reconocimiento de los signos de trabajo de parto verdadero.
- Explica a la mujer su estado de salud, especificando el origen de los síntomas señalados e informando sobre la existencia de señales de alarma.
- Indica a la mujer los cuidados de salud que debe seguir durante la gestación de acuerdo a las condiciones de salud identificadas.

La persona responsable se comportará:

- Con mucho respeto al pudor y cultura de cada mujer.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.

- Verificando la comprensión mutua de las explicaciones y recomendaciones.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Atención del parto

Competencia 5.- Prepara todos los elementos requeridos para la atención del parto.

- Prepara o verifica con antelación el área de trabajo y material para la atención del nacimiento de la niña o niño.
- Verifica que la unidad cuente con el equipo y los medicamentos necesarios, incluyendo la caja roja (para hemorragia) y la caja guinda (para pre eclampsia/eclampsia).
- Prepara o verifica el espacio de atención en términos de higiene, funcionalidad, iluminación y ambientación, tomando en cuenta a la mujer y su pareja.
- Acondiciona dicho espacio para que sea cálido, controlando la temperatura ambiental y elimina las corrientes de aire. Si se cuenta con cuna de calor radiante, se enciende anticipadamente al periodo expulsivo.
- Lleva a cabo los procesos de higiene requeridos.
- Acomoda o asegura que los materiales y utensilios a utilizar durante el parto se encuentren manera ordenada y funcional, cerca del lugar de atención a la mujer.
- Revisa y confirma el plan de parto.
- Define el papel del acompañamiento de un familiar en el trabajo de parto, preparando su participación, socializando algunas técnicas de masaje, tomando en cuenta la decisión de la mujer.
- Brinda orientación, consejería y recaba el consentimiento informado.
- Indica y aplica los medicamentos requeridos cuando sea necesario.
- De contar con la mesa para atención humanizada intercultural en posición vertical diseñada entre la DGPLADES y el CENETEC, se prepara de antemano, colocando el marco tubular en una altura media, retirando los dos soportes laterales y el segmento distal en el extremo anterior para dejarla lista para el parto. En caso de tener las piñeras puestas, se retiran, dado que solamente se utilizan para realizar episiotomías, episiorrafias y revisiones de cavidad, sólo cuando están indicadas.
- Si se cuenta con el banco obstétrico ergonómico se coloca también para que la mujer escoja como prefiere atenderse de su parto o para poderlo utilizar en el manejo del trabajo de parto.
- Se define el personal institucional que va a realizar el acompañamiento psicoafectivo durante el trabajo de parto.

La persona responsable se comportará:

- Con concentración, meticulosidad, orden e higiene.
- Dando explicaciones claras si se requieren sobre los procedimientos a realizar.
- Involucrando a la pareja o familiar.
- Respetando la privacidad de las mujeres y su dignidad en todo momento.
- Involucrando a la pareja o/y familia en la preparación del embarazo, parto y cuidados.

Competencia 6.- Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la primera etapa del parto.¹²⁰

- Se presenta y dirige a la mujer, siempre de manera respetuosa, cálida, compasiva y mirándola a los ojos.
- Explica de forma clara y sencilla los procedimientos que se le van a llevar a cabo, con el fin de disminuir miedos y ansiedad. Si la mujer es hablante de una lengua indígena y no habla español, busca el apoyo de un traductor.
- Estimula la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto, indicándole cuál es su papel en el acompañamiento de su pareja en el trabajo de parto. Esto le brinda seguridad, reduce el tiempo de trabajo de parto y aumenta la satisfacción de la usuaria.
- Realiza completamente la historia clínica. Incluyendo interrogatorio y exploración física, señalándolo por escrito en el expediente clínico, así como el llenado completo del partograma (este es un instrumento valioso que monitorea el progreso del trabajo de parto y ayuda a determinar su evolución).
- Prepara a la mujer, proporcionándole la bata humanizada para facilitar el apego inmediato, así como los calentadores y los zapatos de tela, si se cuenta con ellos.
- Permite que la mujer lleve elementos de protección como hilos rojos y amuletos, cuidando su higiene y seguridad.



¹²⁰ Las competencias obstétricas relativas a la atención del parto se enriquecieron con elementos de la “Guía de Atención del Parto Natural”. Coordinadores: Dr. Matthias Sachse Aguilera y Partera Araceli Gil Archundia. Diseño: MiguelAyuso.com. Participantes: Dr. Ginecoobstetra Honorio Galván Espinosa, Dr. Ginecoobstetra Félix Ángel Quintero Michel, Partera María Cristina Galante Di Pace y Dra. Zaira Lastra Jiménez. Diseño y texto avalados por: Dirección de Atención Médica de los SSO, Dirección de Prevención y Promoción a la Salud de los SSO, Coordinación de Diseño e Imagen Institucional de los SSO. Comité Promotor por una Maternidad Segura en México, Comité por una Maternidad sin Riesgos Oaxaca y Servicios de Salud de Oaxaca.

- Controla los signos vitales cada 4 horas, Incluyendo temperatura, pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria. Identifica cambios en la presión arterial.
- Brinda o asegura el acompañamiento psicoemocional durante toda esta etapa de trabajo de parto. Acompañar a la mujer en todo momento ayuda a disminuir el temor y el dolor, identificar la presencia de complicaciones y brindar una atención oportuna.
- Identifica el inicio del trabajo de parto, evaluando los diferentes signos y síntomas, informándose de la expulsión del tapón mucoso, salida de líquido por los genitales y preguntando desde cuándo y cada cuanto tiempo presenta contracciones uterinas.
- El rasurado de la mujer (tricotomía) y la aplicación de enemas, solo la realiza bajo indicación médica en preparación de cirugías específicas y no de manera rutinaria en la atención del parto.
- Realiza la inducción del trabajo de parto sólo en complicaciones potenciales como embarazo prolongado de más de 41 semanas de gestación, ruptura prematura de membranas, muerte fetal intrauterina, de acuerdo a lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-007 y en la Guía de Práctica Clínica correspondiente. Este procedimiento debe tener siempre una justificación por escrito.
- Diagnostica la ruptura de membranas.
- Reconoce el estado de salud de la mujer y de la niña o niño durante la primera etapa del parto.
- Evalúa el progreso de trabajo de parto mediante la dilatación cervical y el descenso de la presentación cada 4 horas. Realiza el mínimo de tactos vaginales, en condiciones de privacidad y sólo para valorar el avance del trabajo de parto si hubiera indicaciones al respecto, explicándole a la mujer el procedimiento a realizar, de manera de que no se produzca tensión emocional. Debe realizarse preferentemente por la misma persona.
- Realiza un examen pélvico completo y preciso de la dilatación, descenso, presentación, posición, estado de las membranas para un nacimiento del bebé por vía vaginal.
- Identifica el estado emocional de la mujer y se conduce de manera respetuosa con apoyo emocional.
- Orienta a la mujer sobre el proceso de nacimiento.
- Explica a la mujer las diferentes posiciones que puede elegir durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento, explicando cómo puede utilizar los implementos (mesas y bancos obstétricos).

- Localiza e identifica el foco fetal en posición sentada o decúbito lateral izquierdo para evitar el efecto Poseiro y síndrome de vena cava, (preferentemente después de la contracción y la actividad uterina), diferenciando las anomalías en el mismo y evaluando la condición fetal como mínimo cada 30 minutos en esta etapa, si no existen factores de riesgo como meconio, hipertensión, o alteraciones en la frecuencia cardíaca normal.



- Vigila que esté presente el movimiento fetal, enseñando a la mujer a identificarlo.
- Identifica de inmediato los patrones anormales del trabajo de parto e inicia oportunamente intervenciones apropiadas o procede a la derivación de la mujer.
- Permite que la mujer se acomode en la posición que le sea más cómoda.
- Acompaña a la mujer en la deambulación y penduleo, instruyendo sobre el mismo. La deambulación y la adopción de posiciones agiliza la progresión del trabajo de parto. Para favorecer la deambulación, se utilizan los zapatos de tela para que no se le enfríen los pies, siempre bajo la atenta mirada de la persona responsable.
- Favorece la pendulación con la pelota kinésica si se cuenta con ella, para favorecer el descenso del producto.
- Evita canalizar a la mujer de manera rutinaria y obligatoria (venoclísis), para con ello facilitar su deambulación y movilidad. Aplicará la venoclísis sólo cuando se identifiquen factores de riesgo. De manera opcional se podrá utilizar un catéter heparinizado para mantener la vena permeable.
- Evalúa las necesidades de hidratación y promueve la ingesta de líquidos claros a libre demanda.



- Apoya el manejo de la respiración y relajación, de preferencia con técnicas psicoprofilácticas.
- Aplica o indica los masajes para el primer estadio del trabajo de parto (para disminuir el dolor provocado por la contracturas musculares derivadas del movimiento coxis-sacro).
- Vigila que la mujer orine por lo menos cada 2 horas. En caso de que no orine, valora la aplicación de sonda uretral.
- Se asegura que la mujer descanse entre las contracciones y cambie de posición.
- Apoya el manejo del dolor con diferentes estrategias (relajación, respiración, agua caliente, masaje, digitopresión en palma de las manos y planta de los pies).

- Identifica el grado de las complicaciones de la primera etapa del parto, eligiendo las intervenciones apropiadas o su transferencia.
- Cuando sea necesario, realiza la amniotomía en condiciones de seguridad.
- Evita la dilatación cervical manual ya que es muy molesto y doloroso para la mujer, favoreciendo la edematización y predisponiendo a desgarres.

La persona responsable se comportará:

- Con sensibilidad a las necesidades y expectativas de las mujeres y sus familias.
- Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como a su cultura y dignidad en todo momento.
- Con empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer.
- Reconociendo que el parto es de la mujer y que su papel es sólo acompañar y facilitar el proceso de nacimiento de forma segura y humana.
- Con escucha a las necesidades emocionales y expectativas de cada mujer.
- Explicando con detalle los pasos a realizar, así como las recomendaciones.
- Con serenidad, asertividad y aplomo en el manejo de las emergencias.
- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Competencia 7.- Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la segunda etapa del parto.

- Se cuida de no dar exceso de instrucciones en esta etapa del trabajo de parto.
- Procura que el ambiente del espacio de atención del parto sea acogedor y cálido, con temperatura de 25° C, con luz tenue, privacidad y silencio.
- Facilita la toma de decisiones atendiendo las condiciones sociales y culturales de la mujer.



- Maneja el dolor del parto utilizando métodos no farmacológicos.
- Registra el pulso, tensión arterial y temperatura de la madre considerando la evolución clínica.
- Ausculta el latido cardiaco fetal cada 15 minutos en posición semisentada o decúbito lateral izquierdo y lo registra en el partograma.
- Propone a la mujer que orine de forma voluntaria y natural evitando el sondeo vesical de rutina.

- Realiza tactos vaginales en condiciones de privacidad y sólo para valorar el avance del trabajo de parto si hubiera indicaciones al respecto, explicándole a la mujer el procedimiento a realizar, de manera de que no se produzca tensión emocional.
- Apoya el manejo de la respiración y relajación, de preferencia con técnicas psicoprofilácticas.
- Sólo indica medicamentos cuando exista una razón válida señalándola por escrito.
- Aplica o indica los masajes para el segundo estadio del trabajo de parto.
- Evalúa las necesidades de hidratación y promueve la ingesta de líquidos claros a libre demanda.
- Observa detenidamente los movimientos y expresiones de la mujer (deseo de evacuar, pujar, más dolor, intranquila, color del rostro, etc.). Esto le indica que el bebé está a punto de nacer.
- Realiza las acciones de asepsia y antisepsia requeridas.
- Orienta a la mujer acerca de que el momento adecuado para pujar es cuando la dilatación cervical es completa (10 cm.)
- Utiliza el equipo para la atención del parto de manera adecuada.
- Pregunta a la mujer si se siente cómoda en su actual posición. En caso contrario, proponle que cambie a una más cómoda, por ejemplo, en cuatro puntos, semisentada, en decúbito lateral, sentada, hincada, en cuclillas etc. Considera el uso de la mesa o banco obstétrico para ello y conoce su forma de utilización.
- Atiende el parto en la posición vertical que la mujer haya elegido para su mayor comodidad y salud para ella y el niño o niña.
- En el caso de que la mujer solicite la posición horizontal, sabe aplicarla de manera que se limite el efecto Poseiro.
- Valora el periné y vagina para definir la necesidad de aplicar episiotomía y no aplicarla de rutina. En caso de practicarla se requiere de autorización que debe de otorgarse antes del trabajo de parto, ya que no es éticamente válido pedir un consentimiento cuando la paciente pasa por momentos de dolor y/o sufrimiento.
- Solo si es necesario, realiza una episiotomía de forma selectiva (10 a 15% de los partos) únicamente en aquellos casos en los que el perineo sea demasiado corto y esté sujeto a tensión con riesgo de desgarro severo con consentimiento informado y bajo anestesia perineal. En casos de distocias de hombros que requieran maniobras internas de liberación.
- Administra anestesia local al periné cuando se indica una episiotomía o si se requiere una reparación perineal.



- Nunca realiza la maniobra de Kristeller (presión sobre el útero). En su lugar puede y sabe aplicar la maniobra para favorecer la prensa abdominal enseñada por parteras tradicionales, colocando una sábana o rebozo en la espalda de la mujer y jalando hacia el frente durante las contracciones con ambas manos desde sus extremos.
- Realiza maniobras manuales apropiadas para un parto de vértice cuando es necesario, facilitando la salida de la niña o niño durante el nacimiento.
- Protege adecuadamente el periné de acuerdo a las evidencias científicas, de preferencia con compresas calientes.
- Cuando la cabeza del bebé está coronando, contiene su descenso de forma gentil y lenta con una mano, direccionándola ligeramente hacia arriba, para que el desprendimiento no sea brusco y no se aumente el riesgo de laceraciones (maniobra de Ritgen modificada).
- Una vez que emerge la cabeza evalúa la presencia de circulares de cordón desenrollándolo o cortándolo para liberar su cuello, utilizando las maniobras requeridas.
- Permite la rotación natural de la cabeza del bebé.
- Tracciona suavemente la cabeza del bebé para liberar el hombro anterior, en dirección opuesta al pubis, independientemente de la posición de la madre.
- Naciendo el bebé, se asegura de que se abra la parte superior de la bata humanizada (de contar con ella), para favorecer el apego inmediato.
- Atiende de manera inmediata al recién nacido, asegurando de favorecer el contacto inmediato piel a piel madre-hijo/a, colocándolo/a sobre el abdomen o pecho de la madre, boca abajo a horcajadas para facilitar la toma del pezón, secándolo/a para que regule su temperatura.
- Promueve y mantiene la temperatura normal del recién nacido colocando un gorro o campo seco en la cabeza del bebé para minimizar la pérdida del calor y lo abriga sobre el pecho y vientre de la madre, cubriéndolo con un lienzo limpio y seco, de manera que no se interrumpa el contacto piel a piel, controlando la temperatura del entorno.
- Extrae el exceso de secreciones de boca y nariz con una perilla cuando se requiera.
- Evita técnicas agresivas para estimular el llanto del recién nacido.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño después del nacimiento, brindando los cuidados necesarios sobre el vientre de su madre, verificando que respire vigorosamente.
- Evalúa de inmediato la condición del recién nacido con el sistema de puntuación APGAR sobre el vientre de su madre (al minuto y 5 minutos).
- Facilita el apego inmediato al nacimiento apoyando la toma del pezón de parte del niño o niña, animando a que la madre participe, por un mínimo de 40 minutos (lo ideal es de una a dos horas).

- Corta el cordón umbilical sin prisas, colocando una pinza Kocher en el cordón umbilical a nivel de la horquilla vulvar, esperando de uno a tres minutos a que hayan cesado las pulsaciones del mismo, o hasta que se regularice su respiración, mientras el (la) bebé se encuentra con su madre.
- Seca el cordón umbilical ya cortado.
- Provee un entorno seguro y tranquilo para la madre y el infante a fin de estimular la relación madre/hijo (crear lazos afectivos).
- Los procedimientos de atención del recién nacido como: somatometría, aplicación de colirios, tamiz, etc., se realizan una vez cumplido el apego temprano.
- Identifica las complicaciones de la segunda etapa del parto, tanto de la mujer como del recién nacido y saber quehacer ante ellas.
- En caso de emergencia del bebé, inicia medidas para insuficiencia respiratoria (maniobra de reanimación del recién nacido), hipotermia o hipoglucemia.

La persona responsable se comportará:

- Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como su cultura y dignidad en todo momento.
- Con escucha y empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer.
- Reconociendo que el parto es de la mujer y que su papel es sólo acompañar y facilitar el proceso de nacimiento de forma segura y humana.
- Respetando las expresiones emocionales de las mujeres.
- Apoyando a la mujer en el establecimiento del primer contacto con el recién nacido.
- Brindando un entorno tranquilo, cómodo y seguro para la madre y el infante.
- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Competencia 8.- *Atiende a la mujer y a la niña o niño durante la tercera etapa del parto.*

- Inicia el manejo activo del alumbramiento, aplicando 10u IM o IV de oxitocina, una vez que haya salido el hombro anterior o la totalidad del recién nacido.
- Determina el momento en que se va a expulsar la placenta verificando la salida de un chorro de sangre por los genitales de la mujer y por el alargamiento del cordón umbilical y el cambio de forma del útero.
- Promueve la salida de la placenta o alumbramiento, con la estimulación del pezón por medio de la lactancia materna inmediata o la auto-estimulación de parte de la mujer. Esto favorece la producción de oxitocina natural.

- Recibe correctamente la salida de la placenta sin prisas, con una tracción sostenida suave del cordón, pero sin jalarlo.
- Recibe y revisa la placenta tomándola con ambas manos, asegurándose que la placenta y membranas se encuentran íntegras y sin patologías.
- Evita el realizar revisión manual de cavidad endouterina si los cotiledones de la placenta y membranas están completas. Esto puede condicionar infecciones puerperales, laceraciones del canal del parto y mucho dolor a la mujer.
- Indica y realiza sólo cuando se requiere, la revisión de cavidad uterina de acuerdo a los signos de retención de tejido placentario y membranas, siempre bajo anestesia y nunca en forma rutinaria. Este procedimiento debe tener siempre una justificación por escrito.
- Realiza la extracción manual de la placenta cuando se requiere, en los mismos términos que el enunciado anterior.
- Revisa el conducto vaginal, determinando si hay hematomas, laceraciones y desgarros (y su grado) en el periné y canal del parto de la mujer.
- Reconoce las laceraciones o los cortes menores en el periné que no requieren sutura.
- Realiza una sutura (episiorrafia) en las lesiones de primer y segundo grado.
- Atiende o refiere a las pacientes con desgarros de 3º y 4º grado, verificando que no lleven sangrado activo, o con maniobras de compresión.
- Después de revisar el conducto vaginal y verificar que los signos vitales de la mujer sean normales, se realizan los cuidados del bebé sobre su madre.
- Aplica los masajes abdominales para estimular la contracción del útero.
- Reconoce el estado de salud de la mujer durante y después de la expulsión de la placenta, verificando si hay hemorragia.
- Verifica que el útero se contrae bien para reducir las pérdidas sanguíneas.
- Estima la cantidad de sangre que ha perdido la madre.
- Incentiva el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto.
- Identifica las complicaciones de la tercera etapa del parto y sabe qué hacer ante ellas.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño revisando el color de la piel en labios, manos, pies, uñas; identificando la presencia de anomalías en su cuerpo, palpando con ambas manos la cabeza, cuello, abdomen, piernas, pies, espalda, brazos manos, y revisando los genitales y el ano.
- Cuida al recién nacido administrándole gotas antibióticas oftálmicas.
- Aplica un mg de vitamina K al niño o niña en la cara anterior del muslo.

- Determina si la niña o niño debe ser llevado de inmediato a una unidad de salud de acuerdo al estado de salud encontrado.
- Determina el estado general de la mujer identificando si está pálida, mareada, sudorosa, inquieta, somnolienta, o con convulsiones y corroborando que sean normales su presión arterial y su temperatura corporal.
- Determina el tamaño y consistencia de la matriz de la mujer.
- Atiende las hemorragias (con compresión bimanual, uso de oxitócicos, compresión de la aorta, pinzamiento de arterias uterinas).
- Identifica y controla el estado de choque.
- Determina si la mujer debe acudir a una revisión médica inmediata.
- Informa a la mujer y su acompañante sobre los signos o síntomas esperados en este periodo, explicando las acciones y prácticas que realiza y las que está por realizar.

La persona responsable se comportará:

- Respetando la privacidad y pudor de las mujeres, así como su cultura y dignidad en todo momento.
- Con empatía de acuerdo al estado emocional de la mujer y su familia.
- Respetando las expresiones emocionales de las mujeres y sus familias.
- Apoyando a la mujer y su familia en el establecimiento del primer contacto con el recién nacido.
- Actuando con precisión en la atención de posibles emergencias.
- Evitando que se expresen en el espacio de atención, por la misma persona o por una tercera, frases humillantes, maltrato, infantilización, intimidación, regaños y violencia de cualquier tipo.

Competencia 9.- Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio inmediato (primeras 24 horas).

- Mide el peso del niño o niña y realiza la somatometría, después de las primeras dos horas en contacto con su madre.
- Separa al bebé de su madre para la revisión completa y la realización de la somatometría pasando el tiempo recomendado (lo ideal de una a dos horas), haciéndolo de preferencia bajo la observación de los padres.
- Reconoce el estado de salud de la mujer valorando los loquios y sus signos vitales.
- Vigila la involución uterina (globo de seguridad de Pinard) y el escurrimiento de sangre por los genitales (loquios) cada media hora por las primeras dos horas. De ser necesario, pesa los pañales y lo anota como pérdidas.

- En caso de haber realizado una episiotomía, vigila la posible aparición de hematomas.
- Incentiva el cuidado materno piel a piel con su bebé durante al menos las primeras dos horas después del parto, así como todo el tiempo que sea posible durante el postparto inmediato y el estadio postparto.
- Envía al recién nacido con su madre a sala de recuperación, y realiza controles cada 30 minutos o con mayor frecuencia según el caso.
- Incentiva la exclusividad del amamantamiento a demanda desde el nacimiento evitando cualquier suplemento para el bebé que contenga agua, glucosa, o sustitutos de leche materna.
- Asegura que la lactancia se inicie durante los primeros 30 minutos.
- Asiste a la mujer para favorecer la lactancia materna exclusiva.
- Identifica riesgos y complicaciones en este periodo como hemorragias, dolor o distensión abdominal, edema, fiebre y escalofríos, loquios fétidos, tromboflebitis en piernas.
- Mide y valora la presión arterial y la temperatura corporal.
- Identifica el estado emocional de la madre.
- Identifica las causas de hemorragia postparto utilizando la nemotécnica de las 4 Ts.
- Identifica si el niño o niña se alimenta de la mama/pecho.
- Reconoce el estado de salud de la niña o niño en el puerperio inmediato, identificando si ha orinado en las primeras horas y evacuado en las primeras 24 horas posteriores al nacimiento.
- Demora la hora del baño y realiza los procedimientos de limpieza para el niño o niña (24 horas) evitando enfriamientos.
- Verifica y estimula el apego con la madre y el contacto piel a piel en este periodo, la mayor parte del tiempo posible.
- Explica a la mujer y pareja el método de canguro en casos que lo requieran.
- Informa a los padres sobre los signos de peligro en el recién nacido y sobre cuándo llevar al infante a que reciba cuidados médicos.
- Apoya a los padres durante el transporte / traslado del recién nacido o durante periodos de separación del infante (ej., admisión en Unidad de Cuidados Intensivos).
- Lava, desinfecta, seca y guarda el material de trabajo que se utiliza para atender el nacimiento.

La persona responsable se comportará:

- Con suma atención a los cambios y posibles situaciones de riesgo y complicaciones durante este periodo.

- Escuchando y apoyando las expectativas y necesidades emocionales de las mujeres.
- Cuidando que tanto la mujer como la niña o niño se encuentren cómodos.
- Involucrando la participación de la pareja y la familia en los cuidados posparto a la madre y al bebé.

Atención del puerperio

Competencia 10.- *Apoya el cuidado de la salud de la mujer y el de la niña o niño en el puerperio temprano (primera semana) y tardío (de la primera semana al día 42).*

- Reconoce el estado de salud de la mujer y el de la niña o niño en los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento.
- Asegura que se realice el tamiz neonatal entre el tercero y quinto día del nacimiento.
- Explora de manera cuidadosa la evolución de la lactancia materna (producción suficiente de leche, condición de las glándulas mamarias, turgencia, dolor en las mamas/pechos y grietas en los pezones, cuidados de higiene).
- Vigila la alimentación e ingesta de líquidos en la madre.
- Identifica si el niño o niña se alimenta de la mama/pecho.
- Recomienda cuidados para las mamas y para facilitar la producción de leche.
- Realiza la evaluación post-quirúrgica en mujeres que se les realizó cesárea.
- Mide y valora los signos vitales en la madre.
- Evalúa la involución uterina y realiza la cura de laceraciones o reparaciones.
- Identifica el estado emocional de la madre.
- Identifica a través del interrogatorio, si la niña o niño ha presentado calentura/fiebre o temperatura corporal baja.
- Identifica el estado del ombligo del niño o niña verificando si huele mal, si presenta enrojecimiento a su alrededor, si está hinchado o/y caliente, y si presenta alguna secreción.
- Establece el estado de salud del niño, verificando si se queja, llora de manera débil y valorando los signos vitales.
- Identifica alteraciones en el cuerpo del niño o niña revisando la cabeza, abdomen ombligo, así como el color de la piel y ojos.
- Orienta a la mujer sobre el cuidado de su salud y el de la niña o niño en los cuarenta y dos días posteriores al nacimiento, indicando mejoras para su alimentación.
- Recomienda a la mujer acciones a seguir para cuidar la salud de la niña o niño.
- Enseña a las madres cómo sacarse la leche y cómo guardar la leche materna.

- Provee tratamiento apropiado y oportuno de primera línea para cualquier complicación detectada durante el examen posparto (ej. anemia, hematoma, infección, depresión) y referencia para el manejo adicional, si fuera necesario.
- Identifica las complicaciones del puerperio tardío y sabe que hacer ante ellas.
- Brinda asesoría y en su caso aplica un método anticonceptivo.
- Educa a los padres sobre el crecimiento y desarrollo normal del infante y de las niñas y niños pequeños y como proveer las necesidades cotidianas de la niña o niño normal.
- Conoce y brinda el cuidado, información y apoyo (físico y psicológico) que se necesita durante y después de una pérdida y refiere con los servicios disponibles en la comunidad.
- Incentiva el registro del nacimiento ante las autoridades responsables.

La persona responsable se comportará:

- Con suma atención a los cambios y posibles situaciones de riesgo y complicaciones durante este periodo.
- Escuchando y apoyando las expectativas y necesidades emocionales de las mujeres.
- Cuidando que tanto la mujer como la niña o niño se encuentren cómodos.

Referencias utilizadas en la definición de las competencias obstétricas

- Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. Principios de la Organización Mundial de la Salud en el Cuidado Perinatal: Lineamientos Esenciales en el Cuidado de la Salud Antenatal, Perinatal y del Postparto. Boletín Electrónico del CLAP/OPS/OMS 2002 feb;(14):15.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza, Brasil. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Publicada en Lancet 1985; 2:436-437.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- World Health Organization. Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985;(2):436-437.
- Kroeger M, Smith LJ. Impact of Birthing practices on Breastfeeding. Protecting the mother and baby conyinium. Second ed. Dayton Ohio: Jones and Barlett, 2010.
- Odent M. Birth and Breastfeeding: Rediscovering the Needs of Women During Pregnancy and Childbirth. USA: Clairview Books; 2008.
- Richard L, Alade M. Effect of Delivery room routines on success of first breast-feed. Lancet 1990;(336):1105-1107.
- Berman N. Restoring the Original Paradigm for Infant Care and Breastfeeding. Leaven Care and Breastfeeding. Leaven 2001;(37):106-107.
- Kroeger M. Impact of Birthing Practices on Breastfeeding. M.A. USA: Jones and Baartlett Publishers; 2004.
- Di Girolamo A, Grimmer-Strawn I, Fein S. Maternity Care Practices: Implication for Breastfeeding. Birth 2001;28(2):94-100.
- Wright A, Rice S, Well S. Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatrics 1996;(97):669-675.

- Albani A, Addamo P, et al. The effect on breastfeeding rate of regional anesthesia technique for cesarean and vaginal childbirth. *Minerva Anestesiol* 1999;(65):625-30.
- Chaparro CM, Neufeld LM, Tena G, Eguia L, Cedillo R, Dewey KG. Effect of timing of umbilical cord clamping on iron status in Mexican infants: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;(367):1997–2004.
- Andersson O, Hellström-Westas L, Andersson D, Domellöf M. Effect of delayed versus early umbilical cord clamping on neonatal outcomes and iron status at 4 months: a randomised controlled trial. *BMJ* 2011 nov 15;(343):d7157. doi: 10.1136/bmj.d7157.
- McDonald SJ, Middleton P. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16;(2):CD004074.
- Bealer SL, Crowley WR. Stimulation of central and systemic oxytocin release by histamine in the paraventricular hypothalamic nucleus: evidence for an interaction with norepinephrine. *Endocrinology* 1999 Mar;140(3):1158-64.
- Knigge U, Willems E, Kjaer A, Jørgensen H, Warberg J. Histaminergic and catecholaminergic interactions in the central regulation of vasopressin and oxytocin secretion. *Endocrinology* 1999 Aug;140(8):3713-9.
- Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C, Weston J. Continuous support for women during childbirth. *Revisión Cochrane en: La Biblioteca Cochrane*, February 16, 2011.
- Smid M, Campero L, Cragin L, Hernandez D, Walker D. Bringing two worlds together: Exploring the integration of traditional midwives as doulas in Mexican public hospitals. *Health Care for Women International* 2010;31(6):475–498.
- Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source. Department of Psychology, Research Center for Behavioural Assessment, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.
- Smith CA, Levett KM, Collins CT, Crowther CA. Relaxation techniques for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7;(12):CD009514.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Oct 18;(4):CD003521.
- Aasheim V, Nilsen ABV, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 12. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 2, 2007. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Anderson GC, Moor E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants [review]. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD003519.
- Martis R. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto: Comentario de la BSR (última revisión: 8 de septiembre de 2007). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- Efecto del uso del partograma en las medidas de resultado para mujeres con trabajo de parto espontáneo a término: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de junio de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- Makuch MY. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR (última revisión: 1 de febrero de 2010). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- Liljestrand J. Episiotomía en el parto vaginal: Comentario de la BSR (última revisión: 20 de octubre de 2003). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- Lavender T y Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR (última revisión: 15 de diciembre de 2006). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*
- Abalos E. Conducta activa versus conducta expectante en el alumbramiento: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.*

- Abalos E. Efecto del momento en que se realiza el pinzamiento del cordón umbilical de neonatos a término en los resultados maternos y neonatales: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Ceriani Cernadas JM. Pinzamiento precoz versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos prematuros: Comentario de la BSR (última revisión: 7 de marzo de 2006). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Puig G, Sguassero Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR (última revisión: 9 de noviembre de 2007). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR (última revisión: 2 de marzo de 2009). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Duración óptima de la lactancia materna exclusiva: Comentario de la BSR (última revisión: 28 de marzo de 2008). La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. 2002.
- Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993. Para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido 1995. Criterios y Procedimientos para la Prestación del Servicio. Secretaría de salud.
- Atención integral a la mujer y a la niña o niño antes, durante y después del nacimiento. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Dirección General Adjunta de Salud Materna y Perinatal. Secretaría de Salud. México, 2007.
- Guía de Práctica Clínica: Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo. México, Secretaría de Salud, actualización Dic. 2014.
- Uso Racional de la Episiotomía, Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica, México, Secretaría de Salud, 2009.
- Inducción del trabajo de Parto, Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica, México, Secretaría de Salud, 2009.
- Guía de Práctica Clínica para la Realización de la Operación Cesárea. Evidencias y Recomendaciones, México, Secretaría de Salud, 2010.
- Parto después de una cesárea, Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica, México, Secretaría de Salud, 2013.
- Detección y tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas. Resumen de Evidencias y recomendaciones. Guía de Práctica Clínica, México, Secretaría de Salud, elaboración 2010 y actualización 2011.
- Núñez Maciel Eduardo. Ginecología y Obstetricia. AMHGO No. 3. IMSS. Tercera Edición, Méndez editores S.A. de C.V. México D.F 1993.
- Cabero R.L., D. Saldivar, E. Cabrillo. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Editorial Panamericana. Madrid, 2010.
- Mondragón Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed Trillas. 2012.
- Guías para el continuo para la atención de la mujer y el recién nacido focalizadas APS. 2da Edición. Publicación Científica CLAP/SMR No. 1573. Centro Latino americano de perinatología Salud de la Mujer y Reproductiva/OPS/OMS. Montevideo Uruguay, 2010.
- Almaguer J, García H, Vargas V. Nacimiento humanizado. Aportes para la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. En Género y Salud en CIFRAS. Vol 10, No 3. Mayo-Diciembre 2012. Secretaría de Salud. PP 44-59. México, 2012.

VI.- PARTICIPACIÓN DE LAS PARTERAS TRADICIONALES

Cuando se habla de “partería tradicional”, se incluyen de manera generalizada prácticas muy diferentes de distintos grupos de mujeres en el mundo, que van desde “cachar al niño”, sin mayores conocimientos o técnicas —como lo siguen haciendo grupos humanos donde el parto lo atiende un/a familiar, generalmente una abuela o tía—, hasta modelos completos de atención más elaborados como la partería que practican las mujeres indígenas de los pueblos de Mesoamérica, fundamentados en una cosmovisión sobre salud, y cuya transmisión cultural y social, con intercambios de saberes y prácticas entre parteras y generaciones bajo la forma de enseñanza de maestra—aprendiz, la han convertido en una especialización del conocimiento y la práctica.

En México, durante siglos, el modelo de atención del embarazo, parto y puerperio que forma parte de la medicina tradicional indígena, fue ignorado, minusvalorado, rechazado y no estudiado en profundidad, pese a la relación de la Secretaría de Salud y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), a través del programa Oportunidades, con las parteras tradicionales. Ese esquema también fue estereotipado desde los estudios de otros modelos, como los africanos, como si la partería tradicional fuera igual en todo el mundo.

A partir de 2004, la DMTyDI-SS diseñó la metodología Encuentros de Enriquecimiento Mutuo,¹²¹ que se lleva a cabo entre el personal de salud de un hospital o región y las parteras tradicionales de esa zona. Los encuentros se han realizado en los Estados de Campeche, Chiapas, Chihuahua, México, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán, así como en el Distrito Federal (DF). Esta metodología posibilitó recuperar y sistematizar un “modelo” de partería tradicional mesoamericano, con contribuciones importantes tanto para los cuidados del embarazo, en la atención del parto y puerperio, y de la/el recién nacido/a.

La propuesta permitió, además, reafirmar el valor y la vigencia del conocimiento local, el cual puede ser accesible en la medida en que se estudie en colaboración estrecha con sus dignas portadoras; asimismo, consiguió que el personal de los servicios de salud institucional —desde este lado de la frontera cultural— interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo, y asumiera la responsabilidad compartida de imaginar nuevas maneras de aproximarnos al saber tradicional sin idealizarlo, pero dispuestas/os a identificar y reconocer los aportes¹²² de un modelo de atención tradicional del

¹²¹ Secretaría de Salud. Encuentros de Enriquecimiento Mutuo entre Personal de Salud y Parteras Tradicionales. México; 2008.

¹²² Méndez RM, Cervera MD. Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. Rev. Salud Pública de México 2002 mar-abr;44(2):129-136.

embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida, común a los grupos indígenas de la región mesoamericana.¹²³

La explicación antropológica de este modelo que sorprende por su profundidad e integralidad, es que esa región geográfica —comprendida entre el centro y sureste de México y el norte de Centroamérica— tuvo una civilización que desarrolló toda una racionalidad para entender y vincular su entorno, principalmente, con las prácticas agrícolas, a través de la observación de los movimientos de los astros y otros fenómenos naturales. Incluso, avanzó en las matemáticas y en elaboradas técnicas de construcción, que se aprecian en las pirámides y edificaciones de toda Mesoamérica, y para la agricultura, que siguen teniendo vigencia.

Este conocimiento a partir de observar la causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensivo a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud¹²⁴ que derivó en un sistema holístico de prácticas que ahora se ha logrado sistematizar y entender de manera general.¹²⁵ Entre los elementos identificados gracias a la metodología de Encuentros de Enriquecimiento Mutuo destacan:

- El reconocimiento de la partera a nivel comunitario y la identificación de su papel que va más allá de la atención de los embarazos y partos.
- Los procedimientos para “acomodar” al/la bebé, como las “manteadas”, con la mujer acostada boca arriba y a gatas.
- La climatización del espacio donde se llevará a cabo el parto, cuidando que se mantenga el calor, eliminando las fuentes de aire, el frío y del exceso de luz.
- El respeto a la intimidad de la mujer, utilizando ropa limpia.
- La recomendación para que la mujer camine durante el trabajo de parto, bajo la vigilancia de la partera, cuidando que no se canse y pierda fuerza en el momento de pujar.
- Los masajes en la espalda y cadera antes del parto, para relajar a la mujer y disminuir así el dolor.
- Los métodos para conocer la proximidad del nacimiento —sin la realización de tactos— a través del descenso del fondo uterino con las manos, así como la observación del color de la cara, la sudoración y la temperatura de la cabeza.
- Las diferentes posiciones verticales (sentadas, paradas, hincadas o en cuclillas) que se ofrecen a la mujer, respetando su decisión, para favorecer el trabajo de parto efectivo, seguro y rápido.

¹²³ En las actividades de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) con parteras tradicionales, realizadas en Guatemala, de 1984 a 2000, se remarcaron los mismos elementos identificados en México.

¹²⁴ López A. *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas; 1984

¹²⁵ Secretaría de Salud. *Interculturalidad en salud. Experiencias y aportes para el fortalecimiento de los servicios de salud*. México: UNAM; 2010.

- La escasa distancia del piso en la atención del parto —que generalmente se cubre con petates, periódicos, cartones y cobijas—, lo cual disminuye los riesgos de accidentes con el/la bebé.
- La participación de la pareja de la mujer u otra/o familiar o acompañante, si ella lo solicita, como “sostén” físico y emocional.
- Los procedimientos para lubricar la vagina con aceites de plantas medicinales, y la utilización de compresas calientes para evitar desgarres del periné^{48.126}
- Las técnicas para posibilitar el pujo efectivo hacia “abajo y adelante”, con lo que además se evita la defecación durante el parto.
- La estrategia para aumentar lo que las/os médicos llaman “la prensa abdominal”, colocando un rebozo en la espalda de la mujer durante el periodo expulsivo y jalando hacia la partera, lo cual aumenta la eficiencia de la presión abdominal sin riesgos.
- El amamantamiento inmediato del/la bebé para facilitar la expulsión fisiológica de la placenta.
- La revisión y cuidados tradicionales de la/el recién nacido, donde se privilegia el contacto inmediato madre–hija/o, demorando prácticas como el baño, que alejan al/la bebé de su madre.
- Los masajes postparto conocidos como “apretadas” para favorecer la recuperación de los ligamentos que, a juicio de las parteras, previenen la caída de matriz y vejiga.
- El uso del temascal y los baños de vapor para favorecer la recuperación temprana de la mujer.
- El empleo de plantas medicinales para generar la producción temprana de la leche materna y evitar otros problemas de la cuarentena.
- La vigilancia estrecha y los cuidados a la madre durante los primeros días, con visitas subsecuentes.
- El trato cercano, amable y humano y el acompañamiento psicoafectivo de las parteras en todo el proceso, en el cual se brinda una relación sin violencia hacia las mujeres. Se pone mucha atención a sus emociones y se trata de sentir lo que las mujeres sienten.
- Los aportes de las parteras para el modelo de nacimiento humanizado con respecto al recibimiento de la/el recién nacido, a quien desde el vientre materno se le trata como persona y no como un producto, brindándole cariño y consejos.

Propuesta

El enfoque intercultural permite subrayar que la sinergia entre modelos y culturas diferentes, es posible y necesario. No se trata de escoger entre un modelo y otro, sin subsanar las debilidades de ambos. Se trata de visualizar un producto o productos nuevos, con la articulación y aprovechamiento de sus fortalezas y aportes. Consideramos con todo fundamento que tanto la práctica institucional se puede fortalecer con aportes del modelo

¹²⁶ Lo cual ha sido ya confirmado con investigaciones científicas y el enfoque basado en evidencias.

tradicional, como éste, con elementos esenciales del institucional. La condición es que ambos modelos se identifiquen como tales con sus debilidades y fortalezas.

Para ello proponemos:

1. **Reconocimiento** de los aportes del modelo tradicional de atención del embarazo, parto y puerperio (a través de los Encuentros de Enriquecimiento Mutuo).
2. **Su incorporación formal** en la red de servicios, y su acompañamiento a las usuarias en los servicios de salud, tomando en cuenta el numeral 5.1.4 de la NOM-007-SSA2-1993.
3. **Enriquecimiento de su modelo** con capacitación, sustentada en el art. 64 de la LGS.
4. **Remuneración justa por sus servicios.** (identificación de embarazadas, referencia de mujeres con riesgo y complicaciones, y atención de partos). Ya se cuenta en el “Tabulador Rama Medica, Para Medica Y Grupo Afín” del Catálogo de Puestos del Sistema Nacional de Salud, con el “**Código de Puesto MO2120**” de la Partera Tradicional indígena, lo cual favorece los procesos de su contratación.
5. **Incorporar** los servicios de las parteras tradicionales al Seguro Popular.
6. **Fortalecer los procesos de autorización**, con el apartado de “*autorización de personal no profesional para la prestación de servicios de obstetricia*” definido en los artículos 102 al 114 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, para fortalecer la participación y reconocimiento institucional de las parteras tradicionales que participan en las redes de los servicios de salud y en los módulos de partería tradicional y Posadas de Nacimiento.
7. **Promover y privilegiar** la construcción de módulos de partería tradicional y posadas de nacimiento con partería tradicional, al lado de los Hospitales Básicos Comunitarios, Hospitales Generales y Centros de Salud, donde se cuenten con todas las condiciones dignas para una atención tradicional del parto en condiciones de seguridad, y se facilite el seguimiento de las embarazadas con el enfoque de riesgo, donde las parteras tradicionales certificadas puedan atender el parto con el apoyo de los servicios para identificar riesgos y atender complicaciones de manera expedita. (*Modelo Cuetzálan*).
8. **Permitir y favorecer** que las parteras capacitadas y reconocidas puedan atender partos en centros de salud y hospitales básicos comunitarios, con su modelo tradicional enriquecido con los elementos propuestos por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
9. **Favorecer la formación de nuevas parteras tradicionales** con el modelo de escuelas de partería tradicional, en el cual se capaciten en todos los elementos significativos de su modelo tradicional de atención y se enriquezcan con elementos valiosos del modelo institucional, del modelo operativo resultante de las recomendaciones de la OMS, y del modelo de atención psicoprofiláctica.
10. **Capacitar en competencia cultural** al personal de salud responsable de la articulación y enriquecimiento de las parteras tradicionales.

11. **Facilitar la capacitación de parteras tradicionales** con el *“modelo de partera a partera”*, en el cual parteras tradicionales certificadas, expertas en su modelo tradicional y enriquecidas con aportes del modelo institucional, comparten sus conocimientos con parteras tradicionales de otras regiones, que presentan debilidades tanto en el modelo tradicional como en el institucional.
12. **Fortalecer a las parteras tradicionales que viven en comunidades lejanas, con equipo de atención y equipos de comunicación.**



VII. APORTES DE OTROS MODELOS CLÍNICO TERAPÉUTICOS Y DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD

El enfoque intercultural del presente modelo reconoce los aportes que otros modelos médicos pueden presentar para la atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio:

- **Modelo psicoprofiláctico.**

El parto psicoprofiláctico tiene sus orígenes en los años 30 del siglo XX en la ex Unión Soviética, en donde un grupo de médicos comenzó a aplicar los conceptos y las técnicas de condicionamiento de Pavlov a las mujeres en trabajo de parto. Ellos se dieron cuenta que las mujeres estaban condicionadas por su cultura de una manera muy profunda para percibir el parto como un suceso traumático y doloroso, reaccionando de manera refleja ante ello con dolor y complicaciones. Tomando en cuenta las premisas Pavlovianas, decidieron crear un método para remover los elementos negativos y de construcción de un reacondicionamiento positivo, de manera que la mujer pudiera reaccionar de manera diferente para que su respuesta a las contracciones uterinas fuera positiva, exenta de dolor y miedo, a través de nueva información y de técnicas especiales de respiración y relajamiento. Los principales promotores del parto psicoprofiláctico en Europa y el resto del mundo fueron Lamaze y Leboyer, siendo el método Lamaze el más utilizado¹²⁷.

Las técnicas de respiración y relajación del método psicoprofiláctico ayudan a que el parto sea más sencillo, rápido y menos doloroso^{128, 129}. Gracias a la preparación que reciben los padres, la mujer sabe qué hacer, como respirar y como relajarse, lo que le permite tener un parto normal y disfrutar plenamente consciente de esta experiencia única.

- **Acupuntura.**^{130, 131} Existen técnicas y esquemas de puntos que se utilizan para ayudar a la concepción¹³² y tratar alteraciones del ciclo menstrual, molestias del embarazo,^{133, 134}

¹²⁷ Caroline Gutmann, *Le Testament du docteur Lamaze, médecin accoucheur*, Jean-Claude Lattès, 1999.

¹²⁸ Guzman Sanchez, A; Avalos, L. M. Parto psicoprofilactico vs. atención obstetrica tradicional. *Ginecol. obstet. Méx*; 51(316):221-4, 1983.

¹²⁹ Juana Oyuela-García, Ricardo Jorge Hernández-Herrera. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (4): 439-442.

¹³⁰ West Zita. *Acupuntura en el embarazo y parto*. Segunda Ed. Barcelona: Elsevier Churchill Livingstone; 2009.

¹³¹ Maciosa G. *Obstetrics and gynecology in Chinese medicine*. Ney York: Churchill Livigstone; 1998

¹³² Paulus WE, Zhang M, Sreher E, El-Danasouri I, Sterzik K. Influence of acupuncture o the pregnancy rate in patients who undergo assisted reproduction therapy. *Fertility and Sterility* 2002;77(4):721-74.

¹³³ Sahakian V, Rouse S, Spier D. Vit B6 is effective therapy of nausea and vomiting: a randomized double blind placebo control trial. *Obstetrics and Gynaecology* 1991;(78):33-36.

¹³⁴ Smith C, Crowther C, Beilby J. Acupuncture to treat nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized trial. *Birth* 2002;29(1):1-9.

pirosis, dolor de espalda y pélvico,^{135, 136} insomnio,¹³⁷ dolor abdominal, fortalecimiento del sistema inmunológico, anomalías de la posición fetal.^{138, 139} Durante el parto, como apoyo en su inducción,¹⁴⁰ manejo de la ansiedad, dolor de espalda, regulación del trabajo de parto y reducción del dolor^{141, 142, 143} retención de la placenta. Después del parto, para favorecer la tonicidad de la recién parida, tratar el dolor posparto, los problemas con la lactancia y la depresión postnatal.



¹³⁵ Kvorning Ternov N, Grennert L, Aberg A, Algotssn L, Akeson J. Acupuncture for lower back and pelvic pain in late pregnancy: a retrospective report on 167 consecutive cases. *Pan Medicine* 2001;2(3):204-207.

¹³⁶ Elden H, Ladfors I, Fagevik Olsen M, Ostard H, Hagberg H. Effects of acupuncture and stabilizing exercise as an adjunct to standard treatment in pregnant women with pelvic girdle pain: a randomized single blind controlled trial. *British Medical Journal* 2005;330 (7494):761.

¹³⁷ Gurreiro da Silva JB, Nakamura M, Cordeiro JA, Kulay L. Acupuncture for insomnia in pregnancy. A prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupuncture in Medicine* 2005;23(2):47-51

¹³⁸ Neiri I, Airola G, Contu G, Allais G, Faccinetti F, Benedetto C. Acupuncture plus moxibustion to resolve breech presentation: a randomized controlled study. *Journal of Maternal, Fetal, and Neonatal Medicine* 2004;15(4):247-252.

¹³⁹ Cardini F, Weixin H. Moxibustion for the correction of breech babies: a clinical study with retrospective controls. *Journal of the American Medical Association* 1998;280(18):1580-1584.

¹⁴⁰ Dunn PA, Roger D, Halford K. Transcutaneous electrical stimulation at acupuncture points in the induction of uterine contractions. *Obstetrics and Gynecology* 1989;73: 286-290.

¹⁴¹ Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Oct 18;(4):CD003521.

¹⁴² Martoudi S, Christofides K. Electroacupuncture for pain relief in labour. *Acupuncture in Medicine* 1990;8(2):51-52.

¹⁴³ Observaciones preliminares sugieren que la analgesia acupuntural para el dolor del parto no funciona adecuadamente cuando se realiza en posición de litotomía, dado que el dolor principal es una tetania muscular por la falta de oxígeno y la posición horizontal la favorece (*efecto Poseiro*). Se recomienda usar siempre variantes de la posición vertical.

- **Homeopatía.**¹⁴⁴ Durante el embarazo se utiliza para preparar el estado físico y emocional de la mujer; en el trabajo de parto: para controlar la intensidad de las contracciones, mejorar los estados de ánimo de la paciente, coadyuvar en la expulsión de la placenta y el tratamiento de las hemorragias y para facilitar la cicatrización de las laceraciones perineales; en el puerperio: para la depresión postnatal y problemas de la lactancia; en las/os recién nacidos deprimidos, para facilitar su recuperación. Debido al uso de dosis infinitesimales, no existen riesgos.¹⁴⁵
- **Qi Gong.** Disciplina oriental china de ejercicios suaves y lentos que normaliza la respiración y genera concentración y visualización; ayuda en la preparación física y emocional durante el embarazo, mejorando el estado emocional y aumentando la energía y capacidad pulmonar.^{146, 147}
- **Yoga.** Método originario de la India consistente en ejercicios de meditación, respiración, posiciones y movimientos suaves. En el embarazo: aumenta la capacidad respiratoria y fortalece la musculatura abdominal y de la espalda; durante el parto: favorece la elasticidad de los ligamentos perineales, disminuye la presión arterial^{148, 149, 150, 151} e impacta en la relajación y consecuentemente en el estado emocional de la mujer.
- **Aromaterapia.** Aplicación de aceites esenciales vegetales que pueden influir en el estado emocional de la mujer en el embarazo¹⁵² y durante el trabajo de parto, así como en el de

¹⁴⁴ Sánchez P. Introducción a la Medicina Homeopática, teoría y técnica. México: Novarte; 1997.

¹⁴⁵ Información proporcionada por la homeópata Yolanda Victoria Ilescas, con experiencia de 18 años en atención de partos humanizados con el apoyo de esta terapéutica.

¹⁴⁶ Ji ES, Han HR. The effects of Qi exercise on maternal/fetal interaction and maternal well-being during pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2010 May-Jun;39(3):310-8.

¹⁴⁷ Yu WJ, Song JE. Effects of abdominal breathing on state anxiety, stress, and tocolytic dosage for pregnant women in preterm labor. J Korean Acad Nurs 2010 Jun;40(3):442-52.

¹⁴⁸ Hernández C, Val VA, Murphy M, Busquets PC, Sans JC. Relation between positive and negative maternal emotional states and obstetrical outcomes. Source. Department of Psychology, Research Center for Behavioural Assessment, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.

¹⁴⁹ Rakhshani A, Maharana S, Raghuram N, Nagendra HR, Venkatram P. Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant women. Qual Life Res 2010 Dec;19(10):1447-55. Epub 2010 Jul 15.

¹⁵⁰ Field T. Yoga clinical research review. Complement Ther Clin Pract. 2011 Feb;17(1):1-8. Epub 2010 Oct 14.

¹⁵¹ Battle CL, Uebelacker LA, Howard M, Castaneda M. Prenatal yoga and depression during pregnancy. Birth. 2010 Dec;37(4):353-4. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00435_1.x.

¹⁵² Igarashi.T y Fujita, M. Effects of Aromatherapy for self-care during pregnancy. Journal of Nara medical Association 2010;61(3-4):101-112.

las personas acompañantes.^{153, 154, 155, 156, 157, 158}. Es útil en la depresión posparto y en el puerperio.^{159, 160, 161, 162}



¹⁵³ Lee YL, Wu Y, Tsang HW, Leung AY, Cheung WM. A systematic review on the anxiolytic effects of aromatherapy in people with anxiety symptoms. *J Altern Complement Med* 2011 Feb;17(2):101-8. Epub 2011 Feb 10.

¹⁵⁴ Wigham D. Aromatherapy for pregnancy and childbirth. *Beginnings* 2009 Fall;29(4):14-5.

¹⁵⁵ Burns E, Zobbi V, Panzeri D, Oskrochi R, Regalia A. Aromatherapy in childbirth: a pilot randomised controlled trial. *BJOG* 2007 Jul;114(7):838-44. Epub 2007 May 16.

¹⁵⁶ Conrad P. Aromatic childbirth: developing a clinical aromatherapy maternity program. *Beginnings* 2010 Fall;30(4):12-4.

¹⁵⁷ Tillett J, Ames D. The uses of aromatherapy in women's health. *J Perinat Neonatal Nurs* 2010 Jul-Sep;24(3):238-45.

¹⁵⁸ Mousley S. Audit of an aromatherapy service in a maternity unit. *Complement Ther Clin Pract* 2005 Aug;11(3):205-10.

¹⁵⁹ Imura M, Misao H, Ushijima H. The psychological effects of aromatherapy-massage in healthy postpartum mothers. *J Midwifery Womens Health*. 2006 Mar-Apr;51(2):e21-7.

¹⁶⁰ V.W.C. Yim, M.Sc., Adelina K.Y. Ng, M.Sc., Hector W.H. Tsang, Ph.D., and Ada Y. Leung, M.A. A Review on the Effects of Aromatherapy for Patients with Depressive Symptoms. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 2009;15(2):187-195.

¹⁶¹ Morris N. The effects of lavender (*Lavendula angustifolium*) baths on psychological well-being: two exploratory randomised control trials. *Complement Ther Med* 2002 Dec;10(4):223-8.

¹⁶² Con aportes de Concepción Libertad Bastar Peregrino y la bióloga Eva Obregón Domínguez, del Instituto Mexicano de Aromaterapia, S.C.

VIII.- GLOSARIO:

Alojamiento conjunto. La ubicación y convivencia del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente así como la lactancia materna exclusiva.

Acompañamiento continuo. Acompañamiento psicoemocional personalizado brindado por una persona durante todo el trabajo de parto, que proporciona apoyo afectivo, identifica signos de la salud materna y fetal, ayuda a la respiración y relajamiento, incorpora algunas técnicas desmedicalizadas para disminución del dolor (masaje y puntos de presión), y está pendiente de cualquier alteración del trabajo de parto, comunicándola inmediatamente a personal médico especializado. Puede ser brindada por: Personal de salud (Incluye personal en formación, doulas y parteras profesionales), parteras tradicionales, personal voluntario (madrinas obstétricas) y familiares.

Apego inmediato. Es el contacto piel a piel entre la madre y el neonato inmediatamente después al nacimiento, que consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, estimulando la toma del pezón y el inicio temprano de la lactancia, realizando los primeros cuidados y la valoración del Apgar sobre la madre, retrasando la somatometría y cuidados no urgentes.

Atención de la emergencia obstétrica. Conjunto articulado de acciones y procesos, que partiendo de una planeación estratégica de los recursos humanos y materiales requeridos de acuerdo a los patrones epidemiológicos, debe culminar con la atención inmediata y oportuna por personal de salud altamente calificado, en espacios que cuenten con todos los insumos y equipos requeridos, de manera continua, las 24 horas de todos los días del año, en todas las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, para garantizar la atención correcta y eficaz de cualquier complicación obstétrica durante el embarazo, parto y puerperio.

Atención prenatal. Serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, que incluyen la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural, enfoque de género y respetuosa de su autonomía y derechos humanos; a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico, así como, el desarrollo de un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el hospital resolutivo donde pueden recibir atención inmediata.

Autonomía. Capacidad de decidir por uno mismo sin coacción o dependencia externa, y de actuar en cuestiones relativas a uno mismo. Incluye el control sobre el cuerpo y emociones.

Calidez en la atención. Trato cordial, positivo y respetuoso del prestador de servicios de salud con las usuarias(os) de los mismos, que toma en cuenta su diversidad cultural, necesidades y expectativas, donde las usuarias(os) son sujetos de la atención.

Competencia intercultural en salud. La capacidad de establecer relaciones respetuosas, equitativas y sinérgicas en el ámbito de la salud, con las personas usuarias, considerando la multiculturalidad del país, y con profesionales y terapeutas de prácticas y modelos complementarios y tradicionales de atención a la salud.

Deshumanización en salud. Proceso mediante el cual los pacientes pierden o son despojados de sus características humanas, considerándose como procesos patológicos. Puede incluir ausencia de empatía en la relación médico-paciente, insensibilidad ante sus emociones y expectativas, sobre atención en la productividad con respecto a la atención a la persona, tolerancia o encubrimiento de la negligencia médica, iatrogenia, abusos y vicios institucionales.

Enfoque de género, o perspectiva de género. La visión científica, analítica y metodológica sobre las mujeres y los hombres, que comprende que las diferencias entre ellos se dan, más que por su determinación biológica, por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos por su sexo en un orden jerárquico desigual dentro de una cultura particular, y que propone eliminar las causas de la desigualdad, la injusticia y la jerarquización de las personas basada en su género, contribuyendo a construir ámbitos sociales en donde las mujeres y los hombres tengan el mismo valor, e igualdad en derechos y oportunidades para acceder a los recursos y a la toma de decisiones.

Enfoque en derechos humanos. La visión analítica y política que sustenta que el origen étnico, 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, no pueden ser motivo de ventaja o desventaja legal, administrativa, judicial o de servicios para los individuos. El objetivo ya no es la satisfacción de necesidades, sino la realización de derechos. Los derechos implican obligaciones y responsabilidades, las necesidades no. En México, todas las personas tienen derecho a gozar y disfrutar por igual, de los derechos humanos que otorga la Constitución y los tratados internacionales de los que el Estado mexicano sea parte.

Humanización en salud. La actitud del profesional o de instituciones de la salud en la que se considera que el enfermo no es un objeto técnicamente tratable y modificable a voluntad, sino una persona con opiniones, emociones, una cultura determinada y decisiones que hay que respetar.

Interculturalidad: El modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

Medicalización. Proceso que convierte a los individuos en pacientes al considerarlos enfermos o enfermos potenciales y que incorpora en el ámbito médico aspectos de la vida cotidiana, recurriendo a los servicios médicos y medicamentos como solución a todo tipo de problemas. Puede incluir el sobre-diagnóstico, intervenciones no necesarias y el sobre-tratamiento en los pacientes.

Medicina Tradicional. El sistema de atención a la salud que tiene sus raíces en conocimientos profundos sobre la salud y la enfermedad que los diferentes pueblos indígenas y rurales de nuestro país han acumulado a través de su historia, fundamentado en la cosmovisión de los pueblos originarios del país.

Parto humanizado. Modelo de atención a las mujeres durante el parto y el puerperio, basado en el respeto a sus derechos humanos, su dignidad, integridad, libertad y toma de decisiones. La atención médica otorgada debe estar basada en fundamentos científicos y en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, proporcionando condiciones de comodidad y privacidad durante el parto, con lo mejor de la atención desmedicalizada, y garantizando en su caso, la coordinación y los acuerdos interinstitucionales para identificar, atender y resolver de manera oportuna y segura las complicaciones y emergencias obstétricas.

Parto vertical. Atención de la mujer en el periodo expulsivo del trabajo de parto, en el cual su torso y canal pelviano se encuentran en un ángulo de 45º a 90º con respecto al plano horizontal, correspondiendo a las posiciones de sentada, sentada acucillada, en cuclillas, hincada y de pie.

Pertinencia cultural en los servicios de salud. Los procesos que posibilitan que la atención que se brinda a la salud, sea apropiada a la cultura de la persona y responda a las percepciones de la salud, expectativas y necesidades de los diferentes grupos humanos que acuden a los servicios.

Sistema de Atención a la Salud. Conjunto articulado de representaciones y creencias, con el que todos los pueblos interpretan la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte del organismo humano, situación que determina sus formas de prevenir y/o curar la enfermedad, eliminar el dolor, restituir la salud y prolongar la vida. Todos los sistemas de atención a la salud poseen los siguientes elementos: Una cosmovisión que da lógica y finalidad al sistema, una comprensión de la causalidad y riesgo, una serie de reglas preventivas de acuerdo a esta causalidad, una nosología (modelo de entender y clasificar las enfermedades), una serie de procedimientos terapéuticos y un cuerpo diferenciado de terapeutas.

Violencia obstétrica o perinatal: Forma específica de violación a los derechos humanos que implica toda acción u omisión por parte del personal del sistema de salud, que dañe, lastime o denigre a las mujeres durante el proceso preconcepcional, el embarazo, parto/nacimiento y puerperio -sin importar la etapa o circunstancia del proceso reproductivo-, así como la negligencia en su atención que se exprese en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad. Cualesquiera otra formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad de las mujeres.



DIRECTORIO

Secretaría de Salud

Dr. José Ramón Narro Róbles

Secretario de Salud

Dr. José Meljem Moctezuma

Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Malaquías López Cervantes

Director General de Planeación y Desarrollo en Salud

Dra. Carmen Rodríguez Dehaibes

Directora General Adjunta De Implantación De Sistemas De Salud

Dr. José Alejandro Almaguer González

Director de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural

Dr. José Alejandro Almaguer González

Dr. Hernán José García Ramírez

Antrop. Vicente Vargas Vite

Dr. Francisco Pimienta Luna

Tel: 63-92-84-00 Extensiones 51211,
51274 y 51269

jalejandro.almaguerg@gmail.com

educeverhg@hotmail.com

marakame07@gmail.com

dr_pimienta1@hotmail.com