



MINISTERIO
DE SALUD

Guía para la implementación y funcionamiento de las

Maternidades Nacer con Cariño

San Salvador, El Salvador, 2022



**Atribución- NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

2022

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en:
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador.
Teléfono: 2591 7000
<http://www.salud.gob.sv>



Autoridades

Dr. Francisco José Alabí Montoya
Ministro de Salud Ad honorem

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud Ad honorem

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud Ad honorem



NOMBRE	DEPENDENCIA
Dra. Patricia Ivette Guardado	Dirección Materno Perinatal y de la niñez/MINSAL
Dra. Patricia Eugenia Valiente	Equipo Gestor Nacional Nacer con Cariño
Lcda. Silvia Alas de Domínguez	Equipo Gestor Nacional Nacer con Cariño
Dr. Heriberto José Contreras	Equipo Gestor Nacional Nacer con Cariño
Lcda. Silvia Marielos Valle Grijalva	Equipo Supervisores Regionales
Lcda. Greicy Pérez Caleyó	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Cindy Carolina Hernández	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Elisa Margarita Zelaya	Equipo Supervisores Regionales
Dr. Jimmy Alberto Velásquez	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Andrea Virginia Martínez	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Ámbar Mirella Carranza	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Natalia Melissa Sasso	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Karyn Elyzabeth de Rivera	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Dilcia Lucía Cruz de Chavarría	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Julia Patricia Zelaya	Equipo Supervisores Regionales
Dra. Graciela Angélica Baires	Dirección de Regulación/MINSAL



NOMBRE	DEPENDENCIA
Dr. Miguel Larguia	Equipo asesor
Lcda. Verónica L. Favilla	Equipo asesor
Lcda. Paula M. Rodríguez Blanco	Equipo asesor
Lcda. María Aurelia González	Equipo asesor



NOMBRE	DEPENDENCIA
Lcda. Elisa Gamero	Despacho Primera Dama
Lcda. María José Domínguez	Unidad Coordinadora de Proyectos Creciendo Saludables Juntos / MINSAL
Dr. Juan Morales	Dirección Integral Materno-Perinatal y Niñez / MINSAL
Dra. Patricia de Muñoz	Unidad de Adolescencia / MINSAL Colaboradora Técnica
Dra. Elsa Noemi Díaz	MINSAL DNPNA
Dra. Rosa Elsy Cárcamo	UMP/MINSAL Colaborador Técnico Médico
Dra. Delmy del Carmen Hernández	HNM Jefe UCIN
Dr. Eduardo Antonio Castaneda	Hospital Nacional San Rafael
Dr. Mario Soriano	MINSAL DNPNA
Dra. Rhina Chacón de Arévalo	Jefe Unidad NCC / HNM
Lcda. Ludys Mabel Soto	Jefe de enfermería / MINSAL



NOMBRE	DEPENDENCIA
Dra. Evelyn Patricia Rivera	Jefa UNIMPI / FOSALUD
Dr. José Manuel Salinas	Coordinador Nacional / ISSS
Dra. Silvia Mendoza de Ayala	Jefe de Normalización / ISSS
Dra. Mery Jeannette Cardoza	Colaborador Técnico Departamento de Normalización / ISSS
Dra. Karla Graciela Campos de Cañada	Coordinadora Nacional de Pediatría / ISSS
Dr. Luis Carlos Estrada	Coordinador de Supervisión / ISSS
Dra. Karina Iraheta de Herrera	Supervisor LNCC / ISSS
Dra. Xenia Molina de Alberto	Jefe de Emergencia / ISSS 1° de Mayo
Dr. Carlos A. Díaz Barillas	Jefe División Médica / COSAM
Dr. Juan José Guzmán	Presidente ASOGOES
Licda. Karen Panameño	Oficial de Salud, Nutrición y Emergencia UNICEF El Salvador
Dra. Alba Rivera	Consultora en Desarrollo Infantil UNICEF El Salvador
Dra. Laura Ramírez	Asesora en Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS en El Salvador
Dra. Gilma Ramos	Consultora Nacional OPS/OMS en El Salvador



Índice

	Página
I. Introducción	10
II. Justificación	12
III. Objetivos	13
IV. Ámbito de aplicación	14
V. Antecedentes	15
VI. Marco conceptual	22
VII. Marco Operativo del Modelo MNCC	31
VIII. Marco de Implementación del Modelo MNCC	37
IX. Monitoreo, Supervisión, Evaluación	58
X. Glosario	64
XI. Vigencia	66
XII. Referencias bibliográficas	67
XIII. Anexos	70



MINISTERIO
DE SALUD

San Salvador a los 6 días del mes de diciembre 2022.

Ministerio de Salud

Acuerdo No. 2800

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerando

- I. Que el artículo 65 de la Constitución de la República, determina que la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.
- II. Que el artículo 42, numeral 2) del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.
- III. Que los artículos 3, 13 y 21 de la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, establecen que el Ministerio de Salud, es el rector del Sistema Nacional Integrado de Salud, constituido por las instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo; definiendo las prestaciones integrales por niveles de atención y complejidad para la protección, promoción y educación de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamientos, cuidados paliativos, recuperación de la salud y rehabilitación de las personas por medio de un financiamiento equitativo, solidario, sostenible y público, lo que asegurará la gratuidad de la prestación de los servicios de salud en el sector público, a través de las redes integrales e integradas de salud.
- IV. Que los artículos 4 y 10 de la Ley de Deberes y Derechos de los pacientes y prestadores de Servicios de Salud, establecen que el Ministerio de Salud, como ente rector, debe promover programas de mejoramiento de la atención de salud; asimismo dicho cuerpo normativo determina que los pacientes tienen el derecho a ser atendidos de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, que comprende las acciones destinadas a la promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

- V. Que el artículo 5 de la Ley nacer con cariño para un parto respetado y un cuidado cariñoso y sensible para el recién nacido, que reconoce los derechos de la mujer en relación al embarazo, y que establece que ella tiene derecho a ser tratada con calidez, respeto, de forma individual y personalizada, a que su parto sea respetado y seguro, a no ser objeto de procedimientos innecesarios e injustificados, entre otras cosas.
- VI. Que, en virtud de la implementación de las leyes mencionadas en los considerandos anteriores, se requiere regular las disposiciones técnicas para la transformación de las maternidades tradicionales a la implementación y funcionamiento de las maternidades nacer con cariño, en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir la siguiente:

Guía para la Implementación y funcionamiento de las Maternidades Nacer con Cariño.



Todos los días, aproximadamente 830 mujeres mueren en el mundo por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, el 99% de esas muertes maternas, ocurren en países en desarrollo. La mortalidad materna es más alta entre las mujeres que viven en zonas rurales y en las comunidades más pobres. En comparación con otras mujeres, las adolescentes enfrentan un mayor riesgo de complicaciones y muerte como resultado del embarazo. Entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en todo el mundo disminuyó en un 44%. La atención antes, durante y después del parto puede salvar la vida de las mujeres y los recién nacidos.

Para el 2030, todos los países deberían reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en al menos dos tercios respecto de su nivel de referencia del 2010, de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio (ODS). La meta mundial para el 2030 es lograr una disminución de menos de 70 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. Del mismo modo la meta 3.2 hace referencia a la reducción de mortalidad neonatal a 12 por cada 1000 nacidos vivos.

La meta nacional complementaria para el 2030 es que la razón de mortalidad materna, no debe superar las 140 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos; y la mortalidad neonatal no debe superar las 12 muertes por cada 1000 nacidos vivos. Y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

El camino hacia el logro de las metas propuestas se construye a partir de una atención materno infantil centrada en los derechos humanos, de los niños y niñas, sexuales y reproductivos, de los pacientes y personal sanitario, y aquellos derechos que promueven una vida libre de violencia. Para ello resulta imprescindible eliminar las inequidades significativas a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud, la calidad y humanización de la atención y la intervención de las determinantes sociales de la salud como lo son la pobreza, la educación y el acceso a los servicios básicos entre otros.

En el marco de la implementación Ley Nacer Con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (LNCC), la política Crecer Juntos 2020-

1 "0 muertes maternas de OPS" y "Plan de acción para la salud de la mujer, niño/a y adolescentes 2018-2030" de OPS

2 Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo sostenible, UN. Página web: Naciones Unidas. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

3 Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para poner fin a la mortalidad materna prevenible (EPMM). Washington,

D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: Organización Panamericana de la Salud. 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51963>

4 Naciones Unidas El Salvador. Disponible en: <https://elsalvador.un.org/es/sdgs/3>

5 http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/ley/leynacerconcarinoparaunpartorespetadoyuncuidadocarinosoysensibleparaelrecien nacido-Decreto-123_v1.pdf

2030 y la Ley Crecer Juntos (LCJ) , surge El modelo Maternidades Nacer con Cariño (MNCC) el cual se fundamenta en el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF-UNICEF) que está enfocado en la mujer embarazada y en el recién nacido, tomando en cuenta al grupo familiar y su comunidad. Representa un cambio paradigmático en la atención materno infantil con un enfoque de derechos que respeta la cultura local, la toma de decisiones informadas como así también salvaguarda la ética profesional. Es al mismo tiempo, una alternativa superadora al parto domiciliario por los riesgos inherentes al mismo.

El modelo de Maternidades Nacer con Cariño (MNCC): Se basa en el derecho de todas las madres y sus hijos a recibir atención adecuada, independientemente de su cultura, su condición socioeconómica o su edad, promueve fuertemente el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las embarazadas, su situación familiar y estilo de vida; se esfuerza por garantizar el derecho de la persona recién nacida a recibir atención en un ambiente de confianza y seguridad y, lograr que las relaciones entre las autoridades de la institución, el equipo de salud, los padres y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.

Es un cambio de la cultura organizacional enfocado también en la seguridad y en la prevención del error; orientado a las buenas prácticas y las intervenciones seguras; apoyado en el desarrollo de habilidades técnicas y en la capacitación continua; afirmado en la responsabilidad, compromiso, comunicación y valores del equipo de salud; y coherente con la importancia reconocida del error en Medicina que incluye la investigación a través de la evidencia científica, el análisis causa raíz (ACR) y otras metodologías que permiten elaborar protocolos de prevención.

Incluye los nuevos aportes de la epigenética y su impacto en los primeros 1.000 días críticos del recién nacido. Estos 1.000 días constituyen una ventana de oportunidades desde la concepción hasta los 2 años de vida evitando aspectos negativos ambientales, tales como los nutricionales o relacionados con salud mental, capaces de modificar la expresión de los genes a corto y largo plazo.

El impacto de este modelo depende de los cambios que deben alcanzarse a distintos niveles del sistema: en la cultura, estructura y funcionamiento de las organizaciones. El Gobierno de El Salvador, espera que estos esfuerzos sean semillas fértiles y que en un futuro cercano la salud del binomio madre e hijo alcance la mayor calidad posible.

6 Gobierno de El Salvador. Crecer Juntos, Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano, 2020-2030. San Salvador: Despacho de la Primera Dama. 2021. Disponible en: https://crecerjuntos.gob.sv/dist/documents/POLITICA_CRECEER_JUNTOS_2020-2030.pdf

7 Asamblea Legislativa de la República de El Salvador. Ley Crecer Juntos, Para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia. D. O. No. 117 tomo No. 435 Fecha: 22 de junio de 2022. Disponible en: <https://jurisprudenciaylegislacion.fgr.gob.sv/wp-content/uploads/2022/06/Ley-Creecer-Juntos-para-la-Proteccion-Integral-de-la-Primera-Infancia-Ninez-y-Adolescencia.pdf>

8 El análisis causa raíz (ACR) instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), noviembre 2011

II. Justificación



El presente documento es una guía que proporciona herramientas para la autogestión y autoevaluación, tanto a las maternidades como al personal que desarrolla sus actividades en ellas a fin de adherirse al cumplimiento de la Ley Nacer Con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (LNCC), del cual surge el modelo de atención Maternidades Nacer con Cariño (MNCC) como marco macro previo a la implementación de cualquier tipo de acciones estratégicas en instituciones donde nacen personas.

Incluye conceptos básicos de la atención materno infantil con un enfoque de derechos que facilita la transición de un modelo médico hegemónico a un modelo biopsicosocial, centrado en la familia. Además, ofrece elementos que permitirán el análisis objetivo de cada área relacionada con las MNCC y su personal, fomentando una mejora en la cultura organizacional como en la interacción personal de salud y los/as usuarios/as.

El proceso de transformación de Maternidades tradicionales a Maternidades Nacer con Cariño incluye 10 pasos que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento ambulatorio.



III. Objetivos

Objetivo general

La presente guía tiene como objetivo establecer las disposiciones técnicas que faciliten el proceso de la transformación de maternidades tradicionales hacia Maternidades Nacer con Cariño (MNCC) en las instituciones integrantes y colaboradores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Objetivos específicos

1. Proveer de un marco conceptual sobre el modelo de Maternidades Nacer con Cariño con base en los cinco ejes de la Ley Nacer con Cariño.
2. Definir los roles de los diferentes actores que conforman el Sistema Nacional Integrado de Salud, y participan en la aplicación del modelo de Maternidades Nacer con Cariño.
3. Describir los 10 pasos para la implementación de la transformación de las maternidades y las acciones propuestas para lograrlo.
4. Brindar herramientas para facilitar la evaluación del grado de cumplimiento del modelo de Maternidades Nacer con Cariño.

IV. Ámbito de aplicación



Están sujetos a la aplicación de la presente Guía, el personal de las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales que de manera directa o indirecta se relacionan con la salud materno infantil, siendo responsabilidad de las direcciones y jefaturas correspondientes a través del personal a su cargo.



1. Antecedentes internacionales

Con el transcurso de los años el nacimiento dejó de ser considerado un evento natural y se transformó en una enfermedad, las madres y sus familias perdieron protagonismo y aceptaron las reglas de las instituciones y su medicalización en exceso. Medicalizar significa literalmente “transformar en médico un problema que no lo es, en términos de enfermedad y desorden”.

En abril de 1985 la oficina regional europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la oficina regional de la OMS para las Américas, realizó una declaración en Fortaleza, Brasil, bajo el lema “El embarazo no es una enfermedad” que puso el énfasis en la situación perinatal descrita anteriormente, y observable en diferentes regiones del planeta y dio origen al trabajo futuro y continuo a favor de la transformación del modelo de atención. A ésta se sumaron múltiples iniciativas para “humanizar” la atención del parto, rescatar el protagonismo de la mujer y su familia, transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia”, ambientarlas en forma “hogareña”, etc. Impulsó a iniciativas como Better Birth Initiative, UK, 1999; Asociación Mundial de Perinatología, 2001, Coalition for Mother Friendly Services, USA, 1996.

La Declaración de Fortaleza buscó dirigir los esfuerzos en recuperar lo más saludable, con la menor intervención posible en embarazos y partos de bajo riesgo, dentro de las instituciones de salud. De este conjunto de factores surge la necesidad de una transformación en el modelo de atención perinatal que logra plasmarse primero en una institución de salud pública y sistematizarse a continuación en la Iniciativa MSCF, aquí denominada MNCC.

Entre sus recomendaciones sobre el nacimiento se encontraban las siguientes:

1. Los equipos médicos deben fomentar y garantizar la continuidad en el control del parto.
2. Los sistemas informales de atención perinatal (parteras, doulas, etc.) deben coexistir con el sistema oficial, y se ha de mantener un espíritu de colaboración en beneficio de la madre.
3. La formación de los profesionales debe transmitir los nuevos conocimientos sobre los aspectos sociales, culturales, antropológicos y éticos del parto.
4. La formación de los efectores de salud debe incluir técnicas de comunicación para promover un intercambio respetuoso de información entre los equipos médicos, las embarazadas y sus familias.

5. La información sobre las prácticas obstétricas en los diferentes hospitales, tales como la tasa de cesáreas deben estar al alcance del público.
6. Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y postparto. Además, el equipo médico también debe prestar apoyo emocional.
7. El recién nacido sano debe permanecer con la madre siempre que sea posible. Debe recomendarse la lactancia inmediata, incluso antes de que la madre abandone la sala de partos.
8. Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas.
9. Debe protegerse el perineo siempre que sea posible. No está justificado el uso sistemático de la episiotomía.
10. La inducción del parto debe reservarse para indicaciones médicas específicas.
11. Durante el expulsivo, debe evitarse la administración rutinaria de analgésicos o anestésicos (salvo que se necesiten específicamente para corregir o prevenir alguna complicación).
12. No está justificada la amniotomía temprana como procedimiento de rutina.



Los Objetivos 3, 4 y 5 de la Cumbre del Milenio de ONU (2000) proyectaron la promoción de la igualdad de género y la autonomía de la mujer, el disminuir la mortalidad infantil y el mejorar la salud materna.

Otro tema fundamental para tener en cuenta en la atención de la salud sexual y reproductiva, en la que deben integrarse aspectos biológicos, psicológicos, sociales, sexuales, culturales y de derechos humanos, es la necesidad de que las personas integrantes del Equipo de Salud tengan una competencia tanto humana como técnica. La aplicación de conocimientos y habilidades actualizados tienen que complementarse con una actitud profesional que respete la autoestima y autonomía de cada usuario. Los prestadores de salud deben crear un clima cálido, garantizando la confidencialidad, el respeto por el cuerpo, facilitar la participación de la pareja y la familia, aprovechando la oportunidad de la consulta para educar más allá de las preguntas expresadas.

Estos conceptos se encuentran enfatizados y resumidos en los 10 Principios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en el cuidado perinatal, 2001, que deben aplicarse en el cuidado del embarazo y parto normal:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un mínimo de intervenciones y aplicando la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.



Hospital Nacional Saldaña.

4. Ser regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciario.
5. Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como obstetras, neonatólogos, enfermeras, educadores, etc.
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. Centrado en las familias, dirigido a las necesidades de la mujer, su hijo y su pareja.
8. Ser apropiado, teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
9. Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
10. Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

En septiembre del año 2004, la OMS publicó la guía práctica “Método madre canguro” definiéndolo como un método eficaz y fácil de aplicar que fomenta la salud y el bienestar tanto de los recién nacidos prematuros como de los nacidos a término. Y en octubre del mismo año, frente a la necesidad de contar con la información para prevenir las muertes maternas evitables, publicó la “Revisión de las muertes maternas y las complicaciones del embarazo para hacer la maternidad más segura”.

Posteriormente, en el Informe sobre la salud en el mundo del 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán! se señala que ese año casi 11 millones de niños menores de 5 años fallecerían por causas en gran medida prevenibles. De ellos, 4 millones no vivirían más de un mes. Al mismo tiempo, más de medio millón de mujeres morirían durante el embarazo o el parto, o poco después. El informe advirtió que, si se deseaba reducir ese enorme tributo en consonancia con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, era necesario garantizar a cada madre y cada niño el derecho a acceder a la atención sanitaria desde el embarazo, pasando por el parto y el periodo neonatal, hasta la niñez.

En el año 2010, la OPS, publicó una colección de documentos llamado “Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras profesionales” que fue una actualización de la primera edición del año 2006. En él se ofrece orientación a los gobiernos que se esfuercen por cumplir con normas elevadas de calidad de la atención y buenos servicios de partería.

En relación también a la salud materna y perinatal, la OMS, en su “Declaración de la tasa de cesáreas” del año 2015, concluyó lo siguiente:

1. Las cesáreas son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos.
2. A nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal.

3. Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas.
4. Debe hacerse todo lo posible para realizar cesáreas a todas las mujeres que lo necesiten en lugar de intentar alcanzar una tasa determinada.
5. No están claros los efectos que tienen las tasas de cesárea sobre otros resultados como la mortalidad, la morbilidad materna y perinatal, los resultados pediátricos y el bienestar psicológico o social. Se necesitan investigaciones adicionales para comprender los efectos sanitarios de las cesáreas sobre algunos resultados inmediatos y futuros.

En el mismo año, la Declaración OMS “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud” planteó que a nivel mundial muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación; y reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.

Desde hace décadas, la OMS sostiene que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y a cumplir un papel central en todos los aspectos de dicha atención, que incluye su participación en la planificación, ejecución y evaluación integral del procedimiento.

Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. Esto se ve reafirmado en las “Recomendaciones sobre la atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo” del 2018, en las “Recomendaciones sobre los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva” del 2019 y las “Recomendaciones sobre los cuidados de madres y recién nacidos para una experiencia posnatal positiva” del 2022.

En este escenario político, filosófico y científico se forman las bases para el modelo de MNCC, el cual representa un cambio de paradigma en la atención perinatal.



Hospital Nacional Santa Gertrudis.

2. Antecedentes Nacionales

La OPS/OMS en El Salvador comenzó en 1950 con un Convenio de Cooperación entre el Gobierno de El Salvador y la Organización Mundial de la Salud, que fue ratificado el 30 de julio de 1954. Desde entonces coopera técnicamente, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y con otras instituciones de salud y afines en los sectores público y privado. En la actualidad, bajo la conducción técnica, administrativa y política del Representante de la OPS/OMS en El Salvador, la Representación trabaja bajo una modalidad de cooperación técnica que incluye programas y proyectos en salud.

Para pensar en garantizar la salud de la población, es necesario poner el foco en los inicios de la vida y en la niñez. La evidencia científica demuestra que “Las habilidades que se desarrollan a lo largo de la vida, se basan en capacidades adquiridas en la primera infancia” (UNICEF, 2016), por lo que generar las condiciones para que las niñas y los niños alcancen su máximo potencial de desarrollo durante su primera infancia, es una prioridad para el gobierno que reconoce el compromiso que debe asumir el Estado, la familia y la sociedad en la implementación de acciones concretas y pertinentes para su desarrollo integral y el cumplimiento de sus derechos. En El Salvador, con la firma y ratificación de la Convención de los Derechos del Niño en 1990, se adquirió como compromiso nacional garantizar el desarrollo integral de la niñez y adolescencia. En este contexto y con la entrada en vigencia de la LEPINA en el año 2012 dicha ley fue derogada por la aprobación en julio 2022 de la ley Crecer Juntos, el Estado desarrolló diversos instrumentos de política pública como: Política Nacional de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia, la Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral para la Primera infancia; la Política de Protección, Promoción y Apoyo a Lactancia Materna.

En el caso de El Salvador, se han realizado estimaciones del impacto de no realizar intervenciones en los primeros años de vida. De acuerdo con un estudio realizado por el BID y UNICEF (2018), la inacción en los primeros seis años de vida conduce a una pérdida estimada del 6% del PIB anual, además se aumentan las probabilidades de una vida escolar deficiente y, más adelante, de una precaria inserción laboral. Hoy en día las inversiones vinculadas con el cuidado temprano de niñas y niños entre 0 y 3 años, es de alrededor de 0.03% del PIB (2017). En la carrera del desarrollo, El Salvador se queda muy atrás” (UNICEF, 2018).

Desde el inicio de 2019, los objetivos en este aspecto han sido establecidos con solidez. Se han creado “Crecer Juntos: Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano” (PCJ) 2020-2030; La Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (LNCC) 2022 y, la recientemente promulgada Ley Crecer Juntos para la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia, 2022.

Recientemente, en 2021, el Sistema de las Naciones Unidas (SNU) firmó con el Gobierno de El Salvador el Marco de Cooperación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible, que establece las prioridades estratégicas y las acciones que la organización impulsará en los próximos 5 años, en colaboración con sus socios, para fomentar el avance del país hacia el cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, en su década de aceleración. En El Salvador, la razón de mortalidad materna (muertes directas e indirectas) del 2021 es de 62.9 x 100,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad neonatal es de 5.7 por 1,000 nacidos vivos.

Antes





1. Maternidades

Son áreas de atención que contemplan las distintas etapas de la salud reproductiva de las mujeres y de sus hijos/as. Ofrecen asistencia especializada durante el período preconcepcional, el embarazo, la labor de parto, el parto y el puerperio en las mujeres, durante la etapa prenatal y luego a sus recién nacidos.

Tienen como objetivo prevenir, diagnosticar y tratar los riesgos de enfermar o morir que se pueden presentar durante el período de la gestación y el nacimiento. La atención perinatal exige el trabajo conjunto de especialidades médicas como gineco-obstetricia y pediatría-neonatología junto con otras especialidades tales como anestesiología, diagnóstico por imágenes, genética y cardiología. Requiere además el aporte de otras profesiones y disciplinas como enfermería, psicología, nutrición, odontología, trabajo social y otras. Asimismo, estas diferentes disciplinas, profesiones, intereses, creencias de las personas que los conforman, confluyen en forma de propósitos y prácticas que responden a una demanda social en salud.

Las maternidades pueden ubicarse dentro de hospitales/clínicas/unidades médicas o en instituciones especializadas materno-infantiles y ofrecer baja, mediana o alta complejidad de acuerdo a su capacidad operativa.

2. Modelo de Atención de Maternidades Nacer con Cariño (MNCC)

A. Maternidades Nacer con Cariño (MNCC)

Se considera como tal una maternidad que tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del niño/a por parte del equipo de salud, promueve la participación y la colaboración del padre, la familia, la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras de probada efectividad, fortalece otras iniciativas, como la de Hospital Amigo de la Madre y el Niño de UNICEF, que promueven fuertemente la lactancia materna y adopta el enfoque intercultural.

¹⁰American Academy of Pediatrics (AAP) The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Guidelines for perinatal care. 5th edition. Elk Grove. Washington.
¹¹Ministerio de Salud de Argentina. Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia. Bs. As, 2004.

Una MNCC es una maternidad que persigue un modelo que se presenta basado en cinco ejes conceptuales (que se encuentran especificados también en la reglamentación de la LNCC), alrededor de los cuales se entrelazan 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la mujer embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del recién nacido en el seguimiento comunitario. Tanto los ejes como los pasos serán desarrollados en la presente guía.



B. Enfoque de derechos

Los derechos humanos han sido reconocidos y listados por numerosos tratados internacionales y declaraciones que ofrecen una serie de principios aplicables a las relaciones familiares y legitiman el papel del Estado en el proceso de hacerlos efectivos.

El derecho a la salud pertenece a los llamados derechos de segunda generación (siglos XIX y XX), asociados al valor fundamental de la igualdad. Como todo derecho humano, el derecho a la salud está fuertemente asociado al concepto de Desarrollo Humano, tal como fuera formulado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). La expresión “enfoque de derechos” indica que la organización de salud tiene como objetivo principal, reconocer los derechos inherentes a los sujetos en cuestión en todas sus prácticas y reglamentaciones.

El Salvador es signatario de la Convención sobre los Derechos del Niño y está comprometido a asegurar las condiciones para que todos los sectores de la sociedad, y en particular las madres, padres, niñas y niños conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de estos; las ventajas de la lactancia materna y nutrición saludable, la higiene y el saneamiento ambiental, así como la garantía de que tengan acceso a la educación pertinente, entre otros. Asimismo y en el marco de derechos, se deben considerar: la Declaración Universal de los DDHH; la Convención Americana sobre DDHH; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW); la Convención Interamericana de Belem do Pará para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo San Salvador).

En el marco nacional y aplicado al ámbito de la salud materno infantil, existe un marco regulatorio que promueve y defiende los derechos de las mujeres embarazadas, madres, sus hijos y sus familias entre los que se incluyen Crecer Juntos: Política Nacional de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano (PCJ), 2020-2030; Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido (LNCC), 2022; Ley Crecer Juntos para la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia (LCJ), 2022; Ley de Protección, Promoción y Apoyo a la Lactancia Materna, 2016 y su actualización 2022; Ley Deberes y Derechos de los Pacientes y Prestadores de Servicios de Salud, 2016; Ley Especial Integral para una Vida Libre de Violencia para las Mujeres, (LEIV) 2011.

C. Interculturalidad

El UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos.

Una perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes, sea porque pertenecen a pueblos indígenas preexistentes o son familias de países vecinos y migrantes en general.

Históricamente en El Salvador han existido tres pueblos indígenas distribuidos en los distintos departamentos y son los siguientes: Los Nahua/Pipiles, los cuales se ubicaron en los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonate, La Libertad, San Salvador, Cuscatlán, La Paz, Chalatenango y San Vicente, los Lencas en los departamentos de Usulután, San Miguel, Morazán y La Unión; y los Cacaopera en el departamento de Morazán.

Un Servicio de Salud Amigable, incluye a un equipo multidisciplinario de salud que trabaja en una maternidad que comprende y respeta: la cultura y tradiciones de las madres y su descendencia indígena, sus creencias y aspectos relacionados a las diferentes etapas de la maternidad, la salud y la enfermedad, la vida y la muerte.

La adopción del enfoque intercultural promueve la superación de las barreras culturales, geográficas, sociales y económicas (distancias considerables, falta de accesibilidad o de transporte, o falta de recursos para su uso) para poblaciones indígenas y migrantes. También, procura que los servicios de salud sean amigables e inclusivos, que mejoren la experiencia del usuario y, entiende que las adecuaciones culturales correspondientes no pueden reemplazar los 10 pasos MNCC.

D. Atención centrada en la familia y en la seguridad del paciente

Una atención centrada en la familia se enfoca la mujer embarazada, su hijo/a antes y después de nacer, y su familia, entendida ésta como toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo.

El modelo MNCC propone la instalación de la cultura de la seguridad del paciente en las maternidades que hace referencia al conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas, que en los procesos de atención en salud asumen la posibilidad de equivocarse.

Actualmente el modelo médico asistencial se caracteriza por promover una cultura punitiva, lo cual conlleva, por ejemplo, a que los errores sean castigados o amonestados por las autoridades, que las conductas en salud se tomen unilateralmente y que no exista entonces la prevención del error, anulando la oportunidad de mejora en la asistencia.

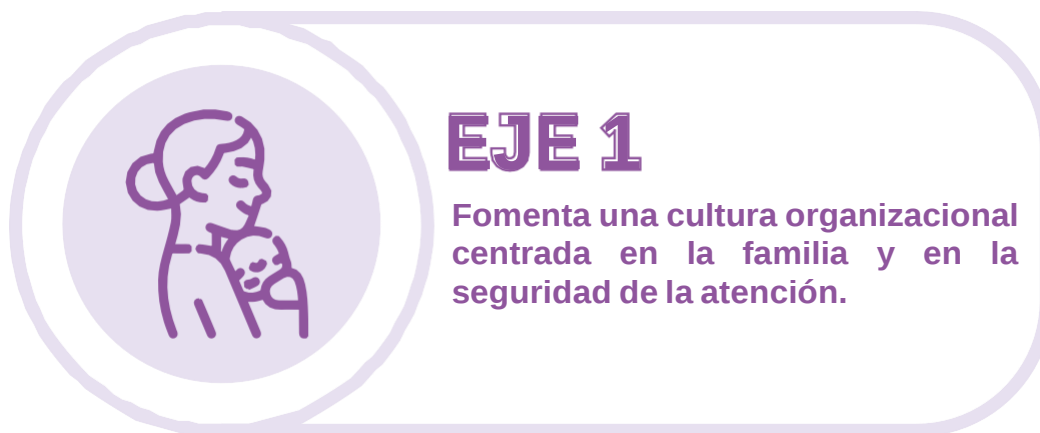
El modelo MNCC propone cambiar la cultura punitiva identificando los procesos que conducen a errores para prevenirlos y así favorecer el aprendizaje y la seguridad en la atención. Es importante que el error no se oculte; para facilitar este enfoque, el foco deberá estar dirigido no tanto a las causas de las fallas sino a la importancia de reconocer cuales fueron los factores (organización, protocolo, recursos humanos, etc.) que fracasaron.

Una de las formas de trabajar para cambiar de manera gradual la cultura punitiva es a través de la incorporación sistemática de “ateneos” como instancia de crecimiento profesional la cual se basa en la toma conjunta de decisiones, la revisión y actualización de conductas, métodos diagnósticos, tratamientos y seguimientos de los pacientes, a través del abordaje interdisciplinario, la instalación de la cultura de seguridad en las maternidades, que hace referencia al conjunto de actitudes, valores y prácticas.

12“Marco sobre Servicios de Salud Integrados y Centrados en La Persona” OMS 69 Asamblea Mundial de Salud A69/39, 2016.

3. Ejes transversales del modelo MNCC

El modelo MNCC está compuesto por cinco ejes estratégicos que constituyen los elementos conceptuales que promueven una atención centrada en los derechos de la madre y el niño, contribuir a mejorar la calidad de atención y reducir la morbilidad materna y neonatal. Se promueve que las instituciones del SNIS cumplan lo establecido a continuación:



Una MNCC se distingue por centrar la atención en la familia y cuenta con el compromiso de las autoridades y el equipo multidisciplinario de salud quienes deberán apropiarse del modelo y establecerlo como una de sus prioridades para llevarlo adelante.

Busca sumar la asistencia humanizada a los avances tecnológicos y es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en la persona y su familia, además su seguridad como un aspecto prioritario del SNIS. Garantizar la seguridad parecería limitarse a “identificar y actuar sobre el culpable del error”. Sin embargo, requiere de un prolongado proceso de educación y concientización que permita sentar las bases para la construcción de una cultura de seguridad diferente.

La seguridad de los pacientes es un aspecto central de la calidad de la atención médica. La misma no depende de una única persona, tecnología o departamento. Mejorar la seguridad implica comprender cómo interaccionan las distintas partes del sistema, para lo cual se requiere un fuerte compromiso del equipo multidisciplinario de salud en la búsqueda, identificación y solución de los problemas de seguridad. Igual de relevante es la participación de los propios pacientes y sus familias en este proceso: ellos no solo pueden participar activamente en su propio cuidado, sino que su participación es crítica para la mejora de la calidad y la seguridad en la atención.



EJE 2

Estimula, respeta y protege los derechos de la madre, del padre y de su hijo o hija en todo momento.

Una MNCC protege y garantiza los derechos de los padres y de su hijo/a. Promueve el respeto por las tradiciones culturales, las preferencias y los valores de las mujeres; se esfuerza por garantizar el derecho a nacer en un ambiente de confianza y seguridad, y por lograr que las relaciones entre los equipos multidisciplinarios de salud y las familias sean respetuosas, cálidas, efectivas y coordinadas.





EJE 3

Incorpora, reconoce, apoya y valora la participación de los padres, la familia y la comunidad en la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido.

Una MNCC promueve el empoderamiento de la mujer y su familia en el cuidado de su hijo/a antes y después del nacimiento. Fomenta que los padres y la familia asuman un papel protagónico en el cuidado del hijo/a. El personal multidisciplinario de salud no debe sentirse desplazados por la familia: su rol asistencial será muy valorado, puesto que es inherente a la posibilidad de las personas de ejercer el derecho a la vida, condición que solo se cumple con una adecuada y comprometida asistencia integral en salud. El reconocimiento de estas acciones por parte de los grupos familiares es altamente gratificante para todos los actores involucrados en la asistencia perinatal. La comunidad tiene la posibilidad de participar activamente desde el primer nivel de atención con propuestas propias de sus tradiciones y costumbres. También va en búsqueda de apoyo institucional para la creación o el fortalecimiento del servicio de voluntariado.



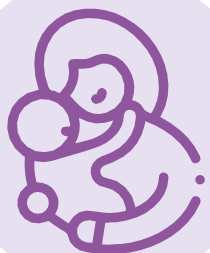


EJE 4

Promueve el uso de prácticas efectivas y seguras.

Una MNCC utiliza prácticas efectivas y seguras en la atención de la madre y su hijo/a durante el embarazo, parto, puerperio y primera etapa de la vida. Busca implementar acciones de calidad de probada efectividad clínica y costo-efectividad. Este modelo es coherente con la Medicina Basada en la Evidencia. Pretende que el equipo de salud adopte prácticas efectivas y seguras y desaliente el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas. Por este medio, contribuye a los objetivos de reducir la mortalidad materna e infantil.





EJE 5

Trabaja activamente para alcanzar los objetivos propuestos por otras iniciativas, como Hospital Amigo de la Madre y el Niño, y fomenta toda práctica que mejore la lactancia materna.

Una MNCC promueve la Lactancia Materna y el involucramiento de las maternidades en otras iniciativas de promoción de la salud. Por ejemplo: USANYM, IHAN, Centros de Salud Amigos del Niño, Jardines Maternales Amigos de la Lactancia, Salas de Lactancia etc. El modelo abarca todas las propuestas complementarias.





A continuación, se describen los diferentes roles de las instituciones del SNIS que participan en la aplicación de la presente guía.

1. Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud como ente rector del SNIS, tendrá las atribuciones siguientes:

- Elaborar el Plan Nacional Estratégico para el parto respetado y cuidado cariñoso y sensible del recién nacido, así como la normativa respectiva, en coordinación con los integrantes del Sistema.
- Supervisar el cumplimiento de las acciones adquiridas por los integrantes y colaboradores del SNIS en marco de la Ley Nacer Con Cariño, a través de la Dirección Materno Perinatal y Niñez.
- Velar por el cumplimiento de la presente guía con base a las leyes administrativas correspondientes.
- Armonizar la planificación y programación presupuestaria de acuerdo a los compromisos adquiridos por los integrantes del Sistema, establecidos en el Plan Nacional estratégico para el parto respetado y el cuidado cariñoso y sensible del recién nacido.
- Formular planes de educación continua para los recursos que brindan atención directa e indirecta a mujeres, madres y recién nacidos en los diferentes espacios de atención.
- Coordinar y adoptar las medidas necesarias para optimizar la operatividad de los instrumentos de integración que se elaboren en el marco de la Ley Nacer Con Cariño.
- Establecer convenios de cooperación y atención entre los miembros del Sistema para la aplicación de la Ley Nacer Con Cariño.
- Garantizar el cumplimiento de un modelo de gestión de la calidad en la prestación de los servicios, de manera cuantitativa y cualitativa.

- Formular, con la mejor evidencia científica disponible, los reglamentos, protocolos, normas, necesarios para la aplicación de la presente guía, recabando la opinión de los miembros del SNIS.
- Elaborar y validar las normas técnicas con las Instituciones miembros del SNIS previo a su ejecución.
- Realizar alianzas con la Dirección Nacional de Educación Superior del Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología para incidir en la currícula de las escuelas formadoras de recurso humano en salud.

Todo lo que no esté previsto por la presente Guía, se resolverá a petición de la parte solicitante por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón.



2. Dirección Materno Perinatal y Niñez

Unidad organizativa del MINSAL, conformada por las siguientes dependencias: Centro de Maternidad Nacer con Cariño “El Nido”, Unidad Coordinadora de Proyectos Creciendo Saludables Juntos (UCPCSJ), Unidad Materno Perinatal, y Unidad de la Niñez.

Para la operativización de la presente guía está a cargo del Equipo Gestor Nacional que tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Promover que se brinde apoyo a la mujer embarazada y a su familia durante la atención materno infantil, en los establecimientos de atención.
- b) Promover que el equipo multidisciplinario de salud respete las decisiones de las mujeres embarazadas y de su familia en la labor de parto y parto.
- c) Garantizar que se cumpla el alojamiento conjunto madre-hijo/a sanos, con la participación de la familia.
- d) Desarrollar planes de educación continua al personal de salud del Centro y a los recursos humanos seleccionados del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- e) Facilitar talleres de habilidades necesarias para brindar atención perinatal de calidad.
- f) Monitorear los procesos, procedimientos, protocolos y estándares establecidos para los establecimientos de salud, enfocándose en la mejora continua de la calidad de atención a la mujer embarazada y su recién nacido.
- g) Verificar y evaluar el desempeño de las labores médicas, técnicas y administrativas que se realicen en los establecimientos de salud y Maternidades Nacer con Cariño del país, por parte de profesionales propios y ajenos a la institución.



Los diferentes integrantes de la estructura organizativa velaran por el cumplimiento total de Protocolos de Asistencia, Reglamento y LNCC a través de:

- a) Brindar acompañamiento y apoyo técnico en la implementación del nuevo modelo en los diferentes niveles de atención.
- b) Revisar de manera continua los monitoreos internos de cada establecimiento de salud.
- c) Dar seguimiento a casos específicos de madres con situaciones especiales (Duelo perinatal, morbilidad extrema, morbimortalidad materna infantil entre otros).
- d) Reportar al equipo gestor nacional avances y obstáculos en la implementación del nuevo modelo en las diferentes maternidades.
- e) Promover un análisis de la información del monitoreo interno de la institución, cuyo objetivo es orientar la toma de decisiones basado en evidencia, la seguridad del paciente y en aprendizaje continuo.

3. Nivel regional del SNIS

Los directores regionales a través de los referentes del programa materno infantil son los responsables la implementación de la presente guía y ejercer un rol de liderazgo en la realización de las acciones en este nivel, operativizando en los SIBASI, de conformidad a los dispuesto en la Ley del Sistema Básico de Salud Integral y su reglamento.



4. Nivel Hospitalario del SNIS

En cada maternidad, se conformará un equipo gestor local que estará integrado según capacidad instalada por: médico ginecoobstetra, médico pediatra, médico general, profesionales de enfermería, profesional en salud materno infantil, Profesional de la salud mental, nutricionista, educador prenatal y enfermera doula, entre otros.

Dentro de las acciones que se promueve realizar son:

- a) Promover la evaluación en la implementación del modelo MNCC en las diferentes áreas de atención intrahospitalarias.
- b) Socializar documentos relacionados a la implementación de la presente guía.
- c) Coordinar con las autoridades del establecimiento de salud e informarles acerca de los avances en la implementación de la presente guía.
- d) Identificar las necesidades para la adecuada implementación de la presente guía.
- e) Gestionar los recursos necesarios para la implementación de la presente guía.



5. Primer Nivel de Atención del SNIS

Los establecimientos de Primer Nivel de Atención conformarán de acuerdo con su capacidad instalada un equipo gestor local, el cual estará integrado por: médico gineco obstetra, médico pediatra, médico general, profesionales de enfermería, educador prenatal, profesional en salud materno infantil, Profesional de la salud mental, promotor de salud, entre otros.

Dentro de las acciones que se promueve realizar son:

- a) Facilitar sesiones educativas que involucren a la familia y preparen al acompañante para el momento de la labor de parto, parto y puerperio.
- b) Brindar asesorías en Lactancia Materna.
- c) Promover el uso adecuado de los Hogares de Espera Materna.
- d) Coordinar el seguimiento comunitario posterior al alta de la madre y su hijo/a.
- e) Promover el análisis sobre el avance en la implementación de la presente guía a SIBASI correspondiente.



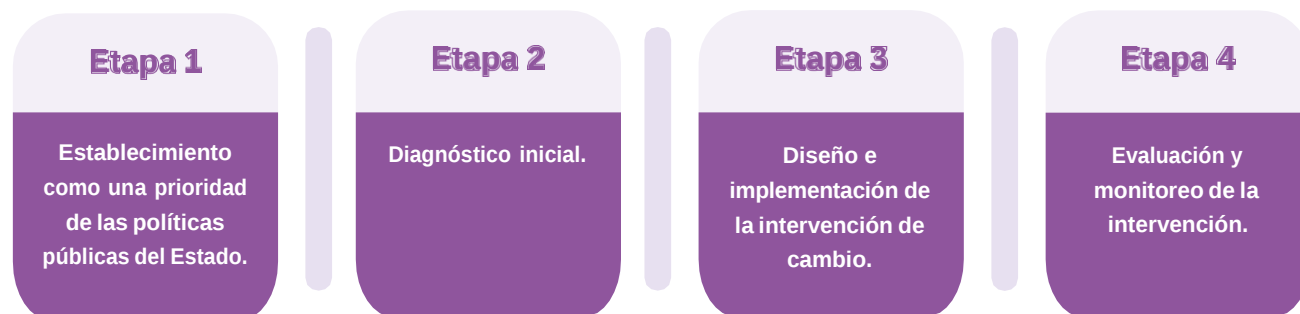
VIII. Marco de Implementación Modelo MNCC



A continuación, se describen los 10 pasos para la implementación del modelo MNCC que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la mujer embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del Recién Nacido en el seguimiento comunitario. Cada uno de ellos se refiere prácticas específicas y tienen objetivos y resultados esperados.

El proceso de transformación de maternidades tradicionales a MNCC se desarrolla a través de las siguientes etapas.

Etapas para la implementación del Modelo MNCC



Fuente: Equipo técnico responsable de la elaboración de las Guías para la implementación y funcionamiento de las Maternidades Nacer Con Cariño, Ministerio de Salud, 2022.

14 Reglamento de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido.

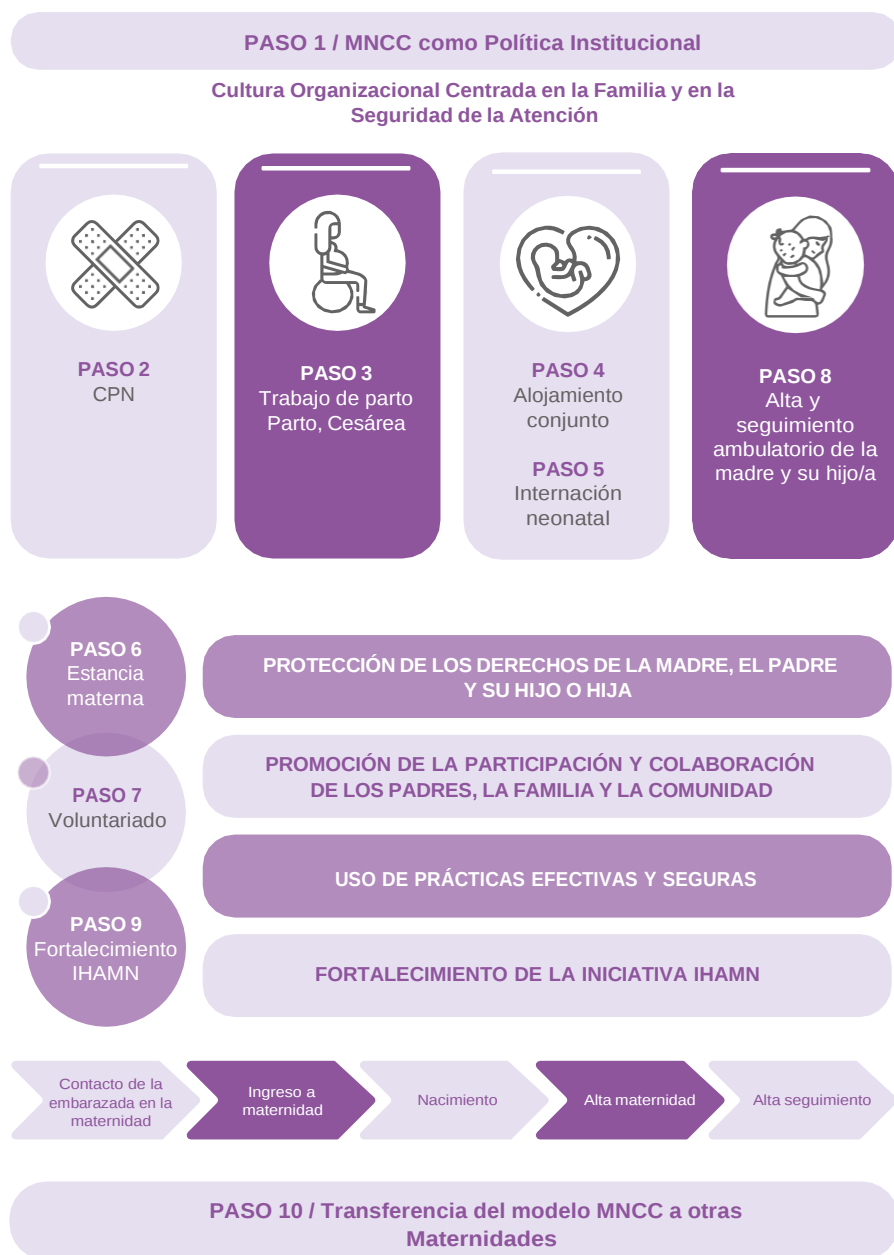
15 Protocolos de asistencia para los Periodos Preconcepcional, Prenatal, Parto y Puerperio de bajo Riesgo Perinatal

16 Ley Nacer con Cariño Para u Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido

17 Reglamento de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido

18 ¿Cómo transformar una Maternidad Tradicional en Segura y Centrada en la Familia? Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación. UNICEF, 2018.

Diagrama 1. Modelo de Implementación MNCC



Los 10 Pasos para la implementación de las MNCC, comprenden distintas etapas y aspectos de la asistencia materna y perinatal,

- Pasos 2, 3, 4, 5 y 8 se articulan transversalmente por los ejes conceptuales;
- Pasos 6, 7 y 9 se alinean con los ejes a lo largo del continuo de la atención.
- Pasos 1 y 10 establecen el contexto cultural necesario para la implementación del modelo y su transferencia bidireccional en la institución.



La posibilidad de introducir cambios intencionales en las organizaciones depende de muchos elementos, pero el aprendizaje es un aspecto clave para que los cambios se produzcan, se monitoreen y se sostengan.

Al pensar en el aprendizaje, es posible que nos ubiquemos mentalmente en escenarios tradicionales de enseñanza como los que hemos transitado para adquirir nuestra educación formal. Esta perspectiva del aprender, con frecuencia presente en capacitaciones para integrantes de equipos multidisciplinarios en salud, no permite vincular el aprender con la reflexión sobre las prácticas, y está alejada de la realización de un diagnóstico de la cultura organizacional.

Es preciso dar paso a otras formas o modalidades de aprendizaje que prioricen la concientización y sensibilización por sobre la información obtenida. En este enfoque la reflexión e identificación de problemas en la práctica se considera de vital importancia para acceder a informaciones y conocimientos. En dicho enfoque el aprender es inseparable del hacer y sentir, se revaloriza la importancia de diagnosticar la cultura de una organización; la cual proporciona una base sólida y fundamentada para realizar cambios.

Otro tema es la transformación positiva del abordaje del error, la racionalidad indica que si se conocen las causas de los errores se podrán tomar las medidas correctivas necesarias. Para conocer las causas deberán comunicarse los errores y sus consecuencias, así como las situaciones o circunstancias que se cree determinaron su aparición. Esta transparencia solo será posible si se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en el que el error no es castigado sino utilizado para el aprendizaje.

El modelo MNCC representa la entrada al sistema de salud con un enfoque integral a todos los niveles de atención tomando como base las siguientes acciones:

1. Caracterizar la Cultura Organizacional de la Maternidad de la propia institución. Existen encuestas prediseñadas para llevar adelante este punto.
2. Incorporar Educación Continua sobre el Modelo Nacer con Cariño a todo el personal institucional de los Servicios involucrados en la atención (tanto médicos como no médicos).
3. Asignar recursos humanos, financieros y de infraestructura necesarios para la transformación según requerimiento específico.
4. Conformar un Equipo Gestor Local “MNCC” que lidere e identifique internamente procedimientos para promover el cambio.
5. Establecer una política de reconocimiento y estímulos para el cambio.
6. Asignar profesionales del área materna-perinatal en todo Comité de Calidad y Seguridad hospitalario que visibilicen errores como oportunidad de mejora asistencial (no punitivo).
7. Implementar la realización sistemática de “ateneos” multi e interdisciplinarios tanto clínicos como bibliográficos, se describen a continuación.



Ateneos

El modelo de atención de MNCC propone la introducción de los ateneos, consisten en una reunión multidisciplinaria de los integrantes de un servicio asistencial donde se desarrolla la presentación y discusión académica sobre uno o varios casos clínicos que ameriten, por su particularidad, una revisión en conjunto con los integrantes del servicio, otras especialidades y disciplinas. Los ateneos son de dos tipos: clínico y bibliográfico.

Diagrama 2. Ateneo clínico

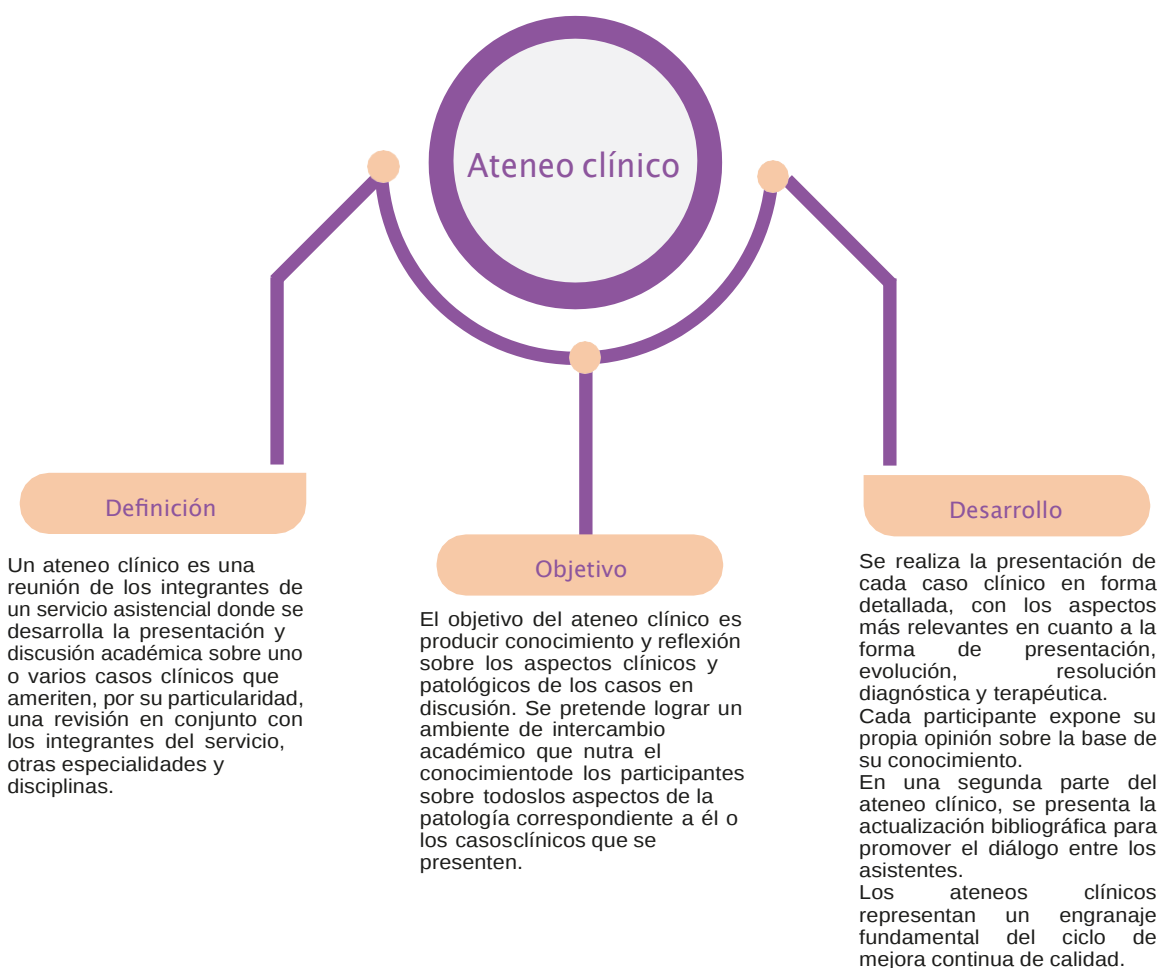
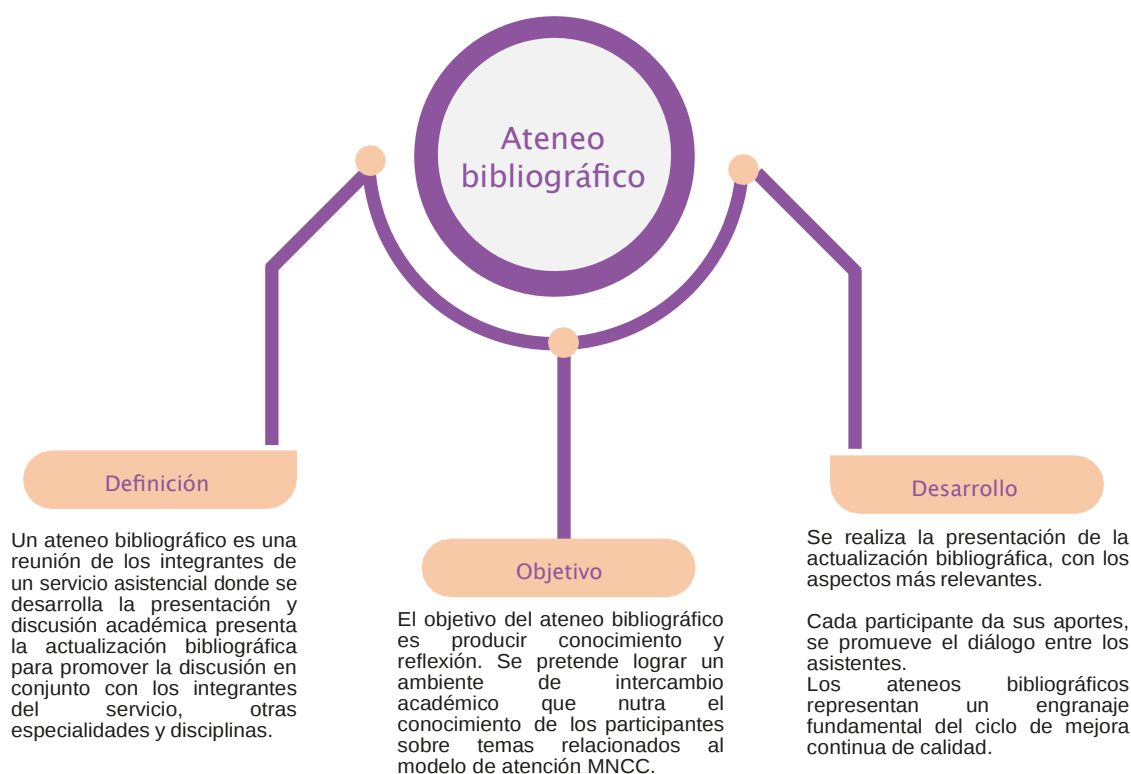
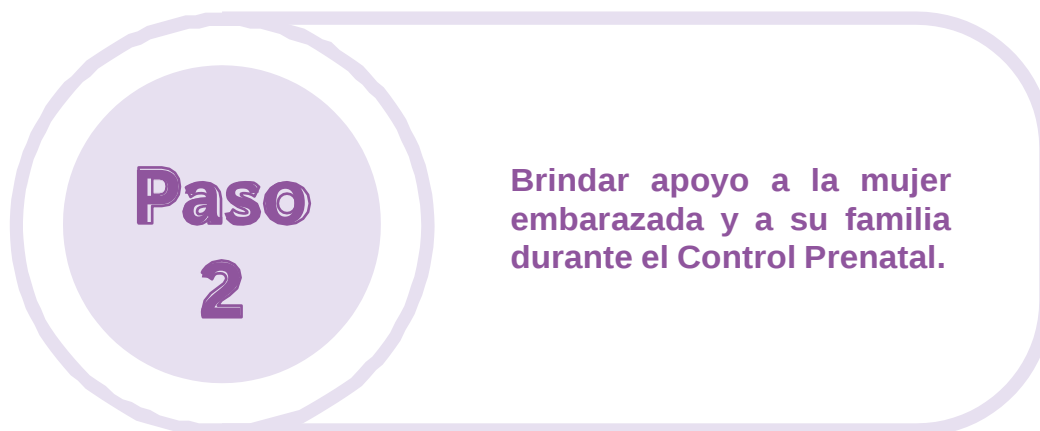


Diagrama 3. Ateneo bibliográfico



Fuente: Equipo responsable de la elaboración de las Guías para la implementación y funcionamiento de las Maternidades Nacer con cariño, Ministerio de Salud, 2022.



Toda MNCC facilita la asistencia al control prenatal mediante diferentes estrategias que priorizan la participación de la mujer y su familia, la Educación para la Salud y la protección de los derechos de la mujer embarazada, tanto durante la consulta como en su Educación Prenatal.

Acciones propuestas:

1. Facilitar el acceso de la embarazada al control prenatal: turnos programados, ampliar horario de atención, mejorar las salas de espera y realizar Educación en Salud en esos espacios, etc.
2. Promover la adopción de conductas por parte del equipo de salud a cargo del control prenatal que garanticen el respeto de los derechos de la embarazada y su hijo/a: atención personalizada, ingreso del acompañante a la consulta, comunicación efectiva, etc.
3. Empoderar a las mujeres y sus familias sobre el valor del Nacimiento con Cariño mediante la Educación Prenatal siguiendo las cartas metodológicas nacionales para los talleres, según los distintos grupos (en el alto y bajo riesgo).
4. Fortalecer el uso de prácticas efectivas y seguras por parte del equipo responsable del control prenatal fomentando la capacitación continua de los profesionales, respetando el Protocolo de atención en período prenatal para el bajo riesgo perinatal nacional como así para el alto riesgo y según las actualizaciones pertinentes.
5. Fortalecer la implementación de prácticas para la preparación de la LM promovida por la IHAN: capacitar a los profesionales sobre beneficios de la LM, brindar actualizaciones permanentes, establecer un consultorio de LM que reciba sin turno a embarazadas, y puérperas para consultas de amamantamiento, brindar educación en salud sobre LM, etc.



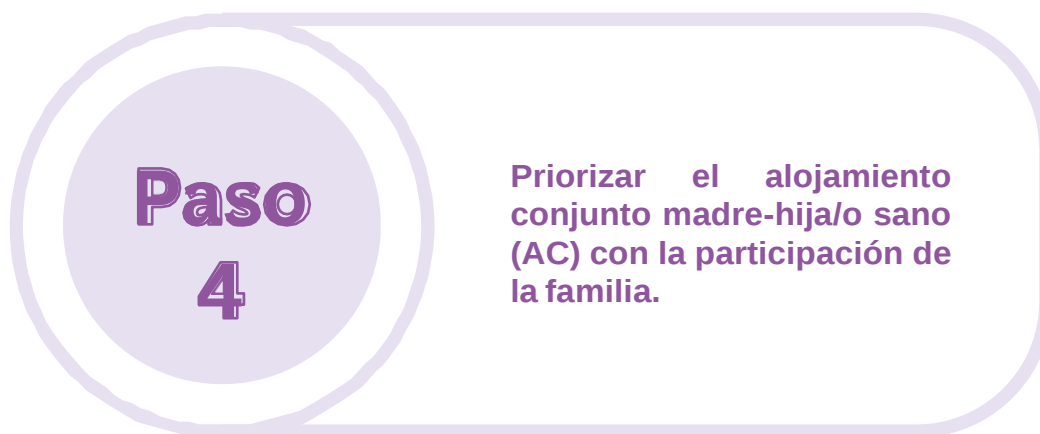


La atención del parto de bajo riesgo en las MNCC presupone un proceso de empoderamiento de las madres, su familia y el equipo de salud en el que se tienen en cuenta no solo los aspectos médicos y biológicos sino también los factores sociales, familiares y culturales que determinan su evolución.

Acciones propuestas:

1. Adecuar las salas de “expulsión” a “Unidades de Parto con Cariño” que se corresponden con UTPRs (Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación).
2. Adoptar comportamientos y prácticas sustentadas en el respeto de los derechos de la mujer y su bebé: tratar con calidez y calidad, respetar la privacidad e intimidad de toda mujer de parto o en proceso de cesárea. Por ejemplo: cortinas, biombos, etc. Respetar el derecho al acompañamiento continuo, promover el parto natural y fisiológico, respetar el derecho a elegir la posición más cómoda para la mujer. Respetar y promover el alojamiento conjunto el cual se inicia al momento del nacimiento con el CPP en forma ininterrumpida en todos los casos de salud. Brindar contención emocional. Es importante trabajo activo del personal de enfermería con rol de doula, informar en forma oportuna sobre el estado de salud de madre-hijo/a, establecer los informes médicos a familiares en forma sistematizada, etc.
3. Adecuar los ambientes de la maternidad para garantizar la atención de las emergencias obstétricas. Y, en su defecto, un sistema de derivación oportuna a nivel de complejidad adecuado.
4. Capacitar al equipo de salud para que puedan brindar apoyo continuo durante la labor de parto evitando la medicalización y/o intervenciones rutinarias o innecesarias: evitar, por ejemplo, episiotomías, venoclisis, rasurados, administración de oxitocina sintética, amniotomía, todas de forma rutinaria. Alentar la ingesta de líquidos y alimentos, la libre elección de posición, el manejo activo del tercer periodo, la asistencia inmediata del recién nacido (ACoRN), etc. Priorizar el uso de métodos analgésicos no farmacológicos.
5. Capacitar al equipo de salud de forma tal de garantizar el inicio temprano de la lactancia materna. Por ejemplo: elaborar planes de analgesia post cesárea dirigidos a mejorar el efecto analgésico, disminuyendo los efectos colaterales y por sobre todo facilitando el inicio temprano de la lactancia materna, etc.



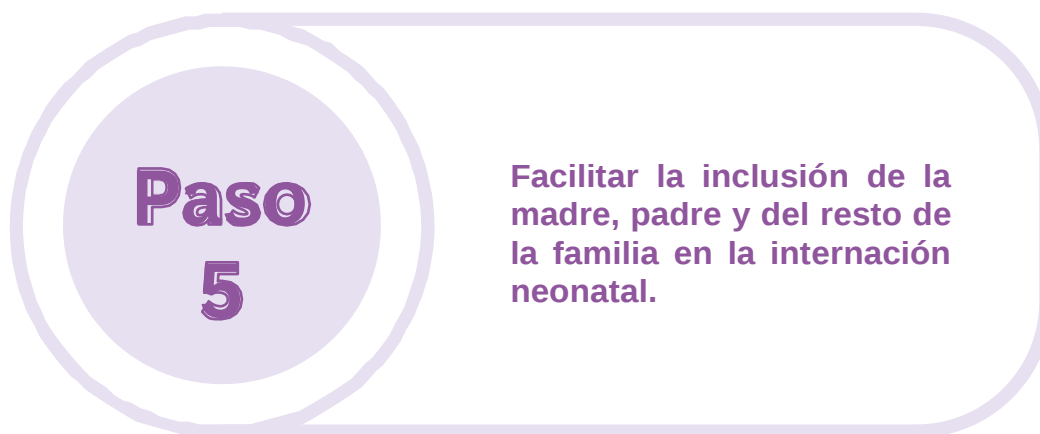


Se promueve el contacto piel a piel desde el nacimiento para facilitar la transición de la vida intrauterina a la extrauterina, se recomienda y fomenta el alojamiento conjunto de la madre con su recién nacido sin interferencias, favoreciendo así el vínculo y apego seguro, garantizando la participación activa de la familia.

Acciones propuestas:

1. Respetar el contacto piel con piel aún en nacimientos por cesárea. Adecuando las salas de alojamiento conjunto. Logrando una ambientación hogareña, confort (almohadas, etc.), baño disponible con ducha, cunas al lado de la cama, mesa de noche para poder guardar sus pertenencias. Efectuando los exámenes médicos y controles en la cuna del recién nacido o en la cama de la madre para evitar separaciones innecesarias. Garantizando el acompañamiento a mujeres puérperas que tengan dificultades o necesidades de ayuda permanente, etc.
2. Garantizar la visita de la familia durante el alojamiento conjunto ofreciendo un horario extendido de visitas.
3. Diseñar en equipo una herramienta que permita la identificación y derivación temprana de mujeres o bebés en situación de riesgo social (trastornos de salud mental, abuso de sustancias, violencia familiar, de género y/u otro tipo, etc.).
4. Incrementar la detección temprana de patologías en recién nacido y madres que permanecen en alojamiento conjunto a través de la evaluación integral y normatizada de la salud, la planificación de seguimiento de evolución ponderal del recién nacido, la lactancia materna y la presencia de hiperbilirrubinemia, la realización de tamizajes metabólicos neonatales, el acceso a la planificación familiar. La confirmación de la identificación del recién nacido al ingreso y egreso del alojamiento conjunto.
5. Establecer y lograr la lactancia materna exitosa.
6. Fijar pautas para evitar el cambio accidental o robo de recién nacido.
7. Organizar las visitas de familiares con rutina de ingreso y egreso por parte del personal de vigilancia.
8. Recomendar que, durante el sueño materno, el/la bebé se encuentre en la cuna a modo de evitar caídas. Las cunas colecho son la primera elección.





Paso 5

Facilitar la inclusión de la madre, padre y del resto de la familia en la internación neonatal.

El modelo de atención propuesto facilita la inclusión de la madre, padre y el resto de la familia en la hospitalización neonatal, promoviendo la participación activa en el cuidado de los Recién Nacidos.

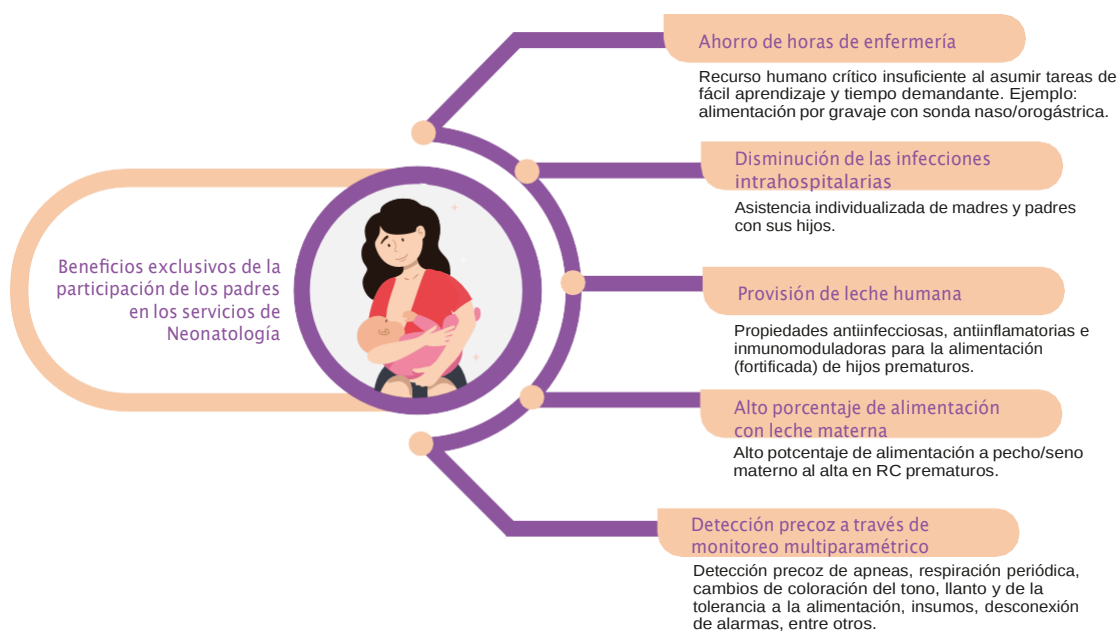
Entre un 10 y 20% de los RN requiere ingreso en el servicio de neonatología. Es por esto que se deben generar mecanismos que faciliten el cuidado de los hijos/as ingresados por parte de sus padres facilitando el vínculo entre ellos. La inclusión de abuelos y hermanos ofrece un soporte afectivo para los padres.

Acciones propuestas:

1. Brindar indicaciones con lenguaje comprensible sobre las normas de las instalaciones, medidas de bioseguridad previo al ingreso y lavado de manos.
2. Permitir el libre acceso a madre y padre para favorecer el vínculo y organizar la visita escalonada de familiares cercanos.
3. Informar sobre localización de cuna de recién nacido dentro del servicio y su evolución clínica.
4. Educar a padres y familia que realicen visitas, sobre cuidados a tener con persona Recién Nacida.
5. Entrenar a los padres para la realización de procedimientos de baja complejidad.
6. Ampliar la oferta de servicios de salud mental incluyendo la atención de salud mental perinatal, dentro de las instituciones del SNIS.
7. Implementar prácticas efectivas y seguras en los servicios de neonatología: Salida transitoria de la incubadora para contacto piel con piel. Practicar el método Canguro. Entrenar al equipo de salud para el mantenimiento de una lactancia materna exitosa. Facilitar espacios y elementos para lograr una extracción segura de leche materna. Correcta y segura identificación del recién nacido desde su ingreso hasta su egreso. Riguroso control de la identificación del recién nacido y sus padres por el personal de vigilancia, incluyendo cuando dejan los servicios de hospitalización. También del personal del equipo de salud cuando salen del hospital con el recién nacido, ya sea para referencia a otro hospital o para interconsultas. Estrictas medidas de prevención

de infecciones intrahospitalarias, siendo el cumplimiento de la higiene de manos por parte del personal de salud y de los padres la más destacable. Implementación de prácticas de probada eficacia para la prevención y el tratamiento de las patologías más frecuentes en los recién nacidos enfermos. Asegurar la implementación de tratamientos y procedimientos probablemente efectivos, como las nuevas modalidades ventilatorias y de monitoreo de la función pulmonar. Evitar el estrés del recién nacido asegurando un ambiente tranquilo y silencioso, respetando los períodos de sueño y alimentación, proporcionando analgesia para los procedimientos dolorosos, ya sea farmacológica u otra, como succión al pecho materno o contacto piel con piel. Prevención y manejo del error en la prescripción, la preparación y la administración de medicaciones. Uso de sistemas computarizados de prescripción (como Neocálculo®). Dictar a todos los padres y familiares de pacientes con riesgo aumentado de presentar episodios de apnea en el hogar, o a aquellos que lo deseen, el Curso de Reanimación Cardiopulmonar para Padres, antes del egreso hospitalario.

Diagrama 3. Beneficios exclusivos de la participación de los padres en los servicios de Neonatología.





Paso 6

Contar con una Estancia Materna intrahospitalaria.

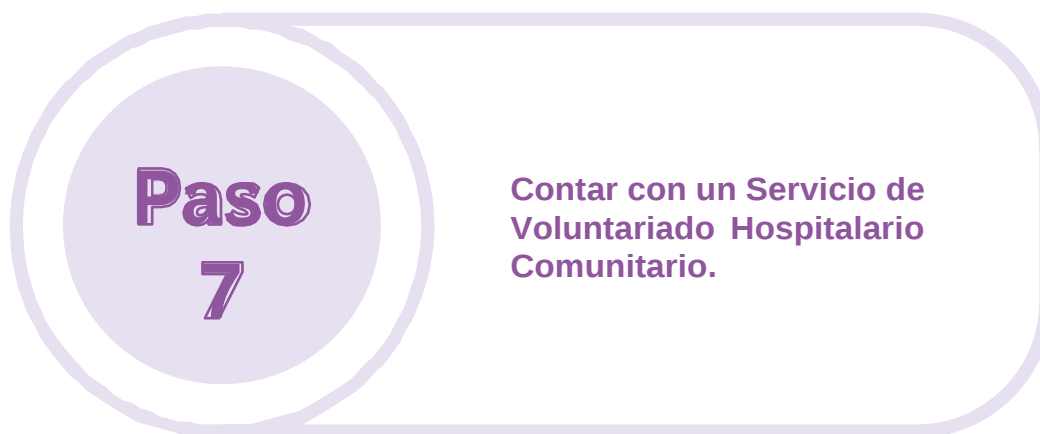
El modelo MNCC propone contar con una Estancia Materna que permita la permanencia de las madres cerca de sus hijos recién nacidos que deban permanecer ingresados. Tiene como propósito evitar la separación madre hijo/a para los binomios vulnerables facilitando el establecimiento de un vínculo sólido. La presencia de la madre y su activa participación en el cuidado de su bebé (supervisada por los miembros del equipo de salud) fortalece su autoestima, estimula el apego y favorece el mantenimiento de la lactancia. Además, ofrece una oportunidad para la Educación en Salud de la madre.

Para todo esto se propone las siguientes acciones:

1. Garantizar que esta área sea ambientada con la paleta oficial de colores de la Ley Nacer Con Cariño.
2. Equipar área con lo siguiente: Lavamanos, ducha, sanitario, espacio mínimo para 4 camas simples, buena ventilación, refrigeradora.
3. Mantener orden y limpieza de esta área en todo momento.
4. Brindar acompañamiento de los servicios de salud mental y trabajo social.
5. Coordinar acciones para garantizar los 3 tiempos de comida a las mujeres y acceso a agua purificada en forma ilimitada.
6. Facilitar el acceso a un sector de extracción y conservación de leche humana.
7. Realizar acciones de Educación en Salud, por ejemplo: planificación familiar, RCP neonatal, cuidados básicos de los recién nacidos, lactancia materna etc.

En el modelo de MNCC, la estancia materna, además es un espacio disponible para las mujeres embarazadas con riesgo social, en fase de latencia, para pernoctar para realización de estudios o consultas programadas.





Paso 7

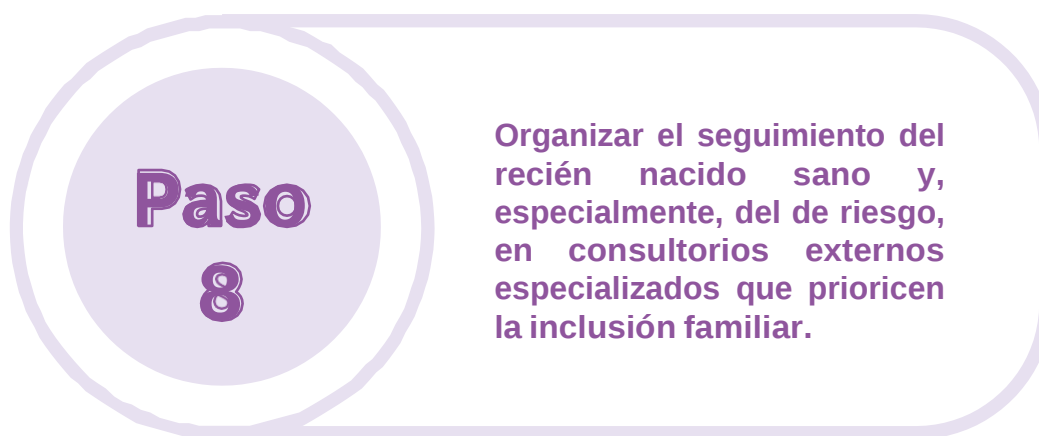
Contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario Comunitario.

El modelo propuesto promueve la participación activa y solidaria de la comunidad habilitando un programa de voluntariado dentro de las instalaciones de los establecimientos de salud del SNIS.

Acciones propuestas:

1. Promover iniciativas como que, desde la unidad de Trabajo social se coordine con Primer Nivel de Atención y promotores de salud realizar búsqueda en las comunidades de personas con intenciones de colaborar en áreas materno infantiles, que cumplan un perfil previamente acordado por equipo gestor.
2. Entre las funciones que desarrollará el voluntariado se encuentran las siguientes: colaborar en la organización y funcionamiento de la Estancia Materna, ayudar a las madres en cuidados del recién nacido, organización de la visita a mujeres embarazadas y bebés que requieran hospitalización, Orientar e informar a las embarazadas y madres. Derivar oportunamente a los equipos de salud interdisciplinarios. Trabajar en conjunto con Servicio Social a fin de facilitar traslado al hogar o para asistir a las consultas ambulatorias.
3. Desarrollo de convenios con las escuelas formadoras de recurso humano en salud para que en el marco de las pasantías hospitalarias se promueva el voluntariado.





El alta neonatal no representa el final de la responsabilidad asistencial de la institución sino el comienzo de una nueva etapa.

Acciones propuestas:

1. Desarrollo e implementación del alta conjunta para todo recién nacido sano con madre sana.
2. Fortalecer el mantenimiento de la lactancia materna. Brindar información sobre la lactancia materna previo al alta como así también, informar sobre la disponibilidad de las salas de lactancia materna.
3. Facilitar el acceso de los padres al seguimiento ambulatorio de sus hijos. Al alta debe entregarse en forma escrita el resumen de la hospitalización tanto materna como neonatal (epicrisis) como así también los pasos a seguir en cuanto al seguimiento ambulatorio (turno y control dentro de las 48 horas subsiguientes).
4. Integrar redes de seguimiento de recién nacidos de riesgo que incluyan a las maternidades, los servicios del primer nivel de atención, los hospitales pediátricos, etc. para garantizar la participación interdisciplinaria, trabajar con Servicio Social para evitar la deserción del tratamiento y seguimiento.
5. Ampliar los horarios de consulta externa.
6. Empoderar a las mujeres y a sus familias en el cuidado de sus hijos/as y la detección oportuna de problemas: Asesoramiento sobre la salud del recién nacido, información sobre el calendario de vacunación, asesoramiento acerca de cuidados y prevención de accidentes e intoxicaciones, planificación de "reuniones de padres" para recién nacidos de alto riesgo con asesoramiento especializado sobre el cuidado de este grupo de riesgo, implementación de talleres, espacios de reflexión y educativos que contribuyan a la adopción de conductas respetuosas de los padres e hijos/as, etc.



Paso 9

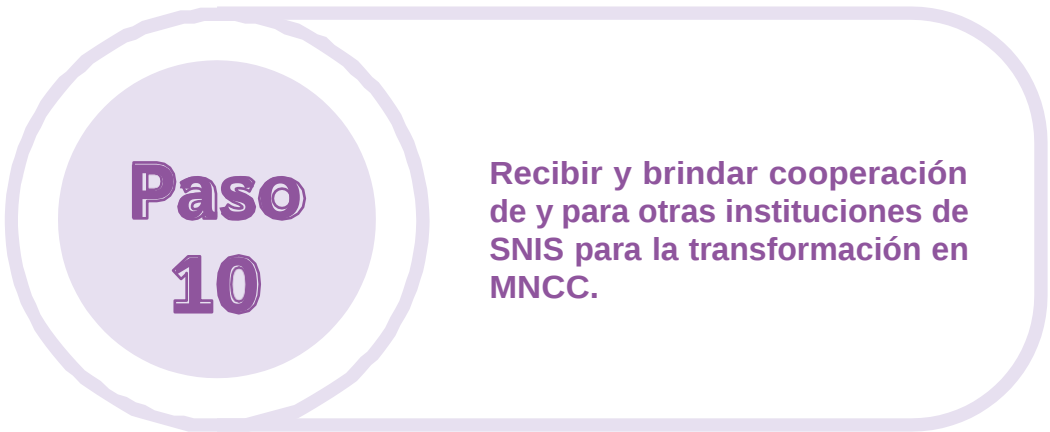
Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa HAN.

El modelo de MNCC promueve el acompañar, apoyar e informar a las madres para iniciar y mantener el proceso de lactancia exclusiva y complementaria, contribuyendo así al crecimiento y desarrollo óptimo de la niñez salvadoreña.

Acciones propuestas:

1. Las instituciones del SNIS deben proporcionar espacio adecuado para la extracción y conservación de leche humana cumpliendo lo establecido en la Guía para la instalación y funcionamiento de Salas de Lactancia Materna.
2. Promover las actividades propuestas por la IHAN para lograr la certificación y acreditación como Hospital Amigo y las reacreditaciones correspondientes.





Paso 10

Recibir y brindar cooperación de y para otras instituciones de SNIS para la transformación en MNCC.

Las MNCC promueven la cooperación mutua; así como formación de alianzas con diferentes Instituciones para la transformación de las Maternidades Nacer con Cariño, así también deben recibir y brindar asesoramiento, capacitación y apoyo de otras entidades (ONG, otras maternidades, gobierno, organismos internacionales, etc.).

Acciones propuestas:

1. Fortalecer el involucramiento y participación de los miembros del equipo de salud y sus autoridades en la disseminación e implementación efectiva del modelo MNCC tanto dentro de la propia institución como en otros establecimientos. Por ejemplo, en las Unidades de 1er nivel del área programática del hospital.
2. Implementar acciones en el plano individual dentro de las cuales se consideran: informarse a través de la lectura de artículos, participar activamente en conferencias y otros eventos, intervenir en actividades de capacitación continua y/o entrenamiento en talleres con expertos, dar a conocer el modelo a residentes, colegas, familias, personal médico y no médico, compartir experiencias.
3. Implementar acciones en el plano institucional: la institución y su equipo de salud recibe asesoramiento y apoyo de otras instituciones para sensibilizar a su personal respecto de la necesidad y beneficios de implementar el modelo MNCC.



IX. Monitoreo, Supervisión, Evaluación



El Sistema de Supervisión, Monitoreo, Evaluación, sirve para monitorear y evaluar las condiciones de aplicación de la Ley Nacer con Cariño, grado de implantación, aspectos a mejorar y tomar decisiones pertinentes para el abordaje de situaciones ordinarias y extraordinarias que emergen de la atención en los diferentes establecimientos de salud en todo el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Dichos procesos tienen como objetivo generar información sobre los avances y resultados de la implementación de la estrategia y su plan de acción, así como proporcionar evidencia que respalde que los efectos observados son resultado de la ejecución del mismo.

Asimismo, el sistema de Supervisión, Monitoreo, Evaluación, tiene como propósito reconocer las buenas prácticas en el proceso de transformación de las Maternidades Nacer con Cariño.



1. De la Supervisión

 **Nocer**
con cariño

Se establece un proceso de supervisión enfocado en el aprendizaje continuo y reconocimiento, que se denomina gestión del cambio. Busca el desarrollo de la capacidad analítica y promueve la transformación de la cultura institucional para mejorar la calidad de la atención en salud.

- a) Se promueve la recolección y uso de la información para identificar de forma oportuna problemas y oportunidades, de esta forma establecer prioridades.
- b) Se promueve, con base a diagnósticos, definir la intervención más adecuada para solucionar un problema particular que se presenta en su área de trabajo o servicio, facilitar este proceso sobre la base de la cooperación continua.
- c) Se promueve el reconocimiento y divulgación de las buenas prácticas. Con el objetivo de reconocer e incentivar a todos los profesionales a involucrarse como actores claves en el proceso de cambio.
- d) Se promueve la autogestión, busca desarrollar en el personal sanitario la capacidad de planificar, implementar y evaluar su propio desempeño para la mejora de sus resultados y los de la institución.
- e) Se promueve la actualización y generación de conocimientos en el personal de salud, que les permitan contar con la información más actualizada, así como seguridad en la ejecución de su rol dentro de la organización.





El monitoreo se define como un proceso sistemático de captura, recolección, procesamiento, análisis y utilización de información para la toma de decisiones basada en evidencias sobre el alcance de los resultados, la cobertura, calidad y eficacia de los productos, así como el uso eficiente de los recursos. El monitoreo señala si lo realizado se ajusta o no a lo formulado y emite recomendaciones para mejorar.

Se busca instalar análisis y valoración periódica del logro de los resultados que implica emitir juicios de valor sobre la base de evidencia, incorporar los aprendizajes en la toma de decisiones y ajustar el diseño de lo planificado, mediante la aplicación de uno o más de los siguientes criterios:

- a) **Pertinencia:** Medida en que los resultados de la política son congruentes con las necesidades de la población objetivo y las prioridades de país.
- b) **Eficacia:** Medida en que se lograron o se espera lograr los objetivos de la intervención para el desarrollo, tomando en cuenta su importancia relativa.
- c) **Eficiencia:** Medida en que los recursos/insumos (fondos, tiempo, otros) se han convertido en resultados.
- d) **Impacto:** Efectos o consecuencias de largo plazo positivos y negativos, primarios y secundarios, directos o indirectos que se derivan de la implementación de la política a nivel nacional, departamental y municipal.
- e) **Sostenibilidad:** Mecanismos existentes o planificados para el alcance de los resultados que permiten la continuidad de los procesos, productos y resultados generados durante la ejecución de la estrategia, después de concluida.

Para su ejecución se genera un espacio llamado Sala Situacional, definido como un espacio de actores interdisciplinarios e interinstitucionales que evalúen datos en tiempo real para el análisis de la información y toma de decisión oportuna. Dicho monitoreo se llevará a cabo en 3 niveles:

- 1. **Mesa Situacional Nacional:** Una mesa de monitoreo, que analizará la información obtenida reflejada en el tablero de datos (Dashboard) para la toma de decisiones estratégicas.
- 2. **Mesa Situacional Regional:** Un equipo de trabajo operativo que dará seguimiento a los indicadores de procesos y resultado que permitirá realizar intervención de manera oportuna e inmediata a nivel local.

3. **Mesa Situacional Local:** Equipo de trabajo operativo que dará seguimiento a los indicadores de procesos y resultado que permitir realizar intervención de manera oportuna e inmediata a nivel departamental.

Para el funcionamiento de la Sala Situacional se ha desarrollado un Módulo Materno Infantil, dentro del marco de la Implementación del Sistema Integrado de Salud (SIS), este sistema informático estará a lo largo de la atención de la mujer embarazada y el/la bebé:

1. Atención Preconcepcional Atención Prenatal.
2. Atención Durante el Nacimiento.
3. Seguimiento del Puerperio Comunitario.
4. Seguimiento del Niño o Niña a Nivel Comunitario.

Se utiliza el tablero de datos (Dashboard) como instrumento de medición que garantizará la captura en tiempo real de los indicadores relacionados a cada uno de los procesos que contempla la Ley Nacer con Cariño. Estos indicadores pueden ser obtenidos del Módulo Materno Infantil del SIS. (Ver tablero de indicadores en anexo 2)





Esta etapa tiene como fin facilitar la evaluación del grado de cumplimiento de los 10 pasos que toda Maternidad debiera cumplir para ser considerada una Maternidad Nacer con Cariño. Tiene como objetivo, no sólo cuantificar el grado de cumplimiento de cada paso, sino verificar de manera ordenada los aspectos que se cumplen y, especialmente, aquellos en los que surgen dificultades de manera de orientar a las autoridades y al equipo responsable en la planificación de acciones necesarias para la implementación del modelo MNCC en la institución.

Se propone implementar:

1. **Diagnóstico de la cultura organizacional:** es el primer paso para la transformación de una maternidad tradicional a una MNCC, consiste en una evaluación de la organización e infraestructura existente, como punto de partida para la gestión del cambio.
2. **Autoevaluación:** es una herramienta que permite la autogestión del personal en el proceso de transformación de maternidades tradicionales a MNCC, consiste en la utilización de herramientas para autoevaluar sus actitudes y aptitudes en la atención a la mujer embarazada, su familia y al recién nacido. Esta herramienta permite identificar fortalezas y barreras en la implementación de los 10 pasos hacia la transformación de las MNCC. (Ver anexo 1)
3. **Evaluación externa:** consiste en la asistencia técnica y acompañamiento in situ, en el proceso de transformación de las maternidades, mediante herramientas estandarizadas en el manual de asistencia técnica, dirigido al personal de salud a cargo de la supervisión. (En anexo 3 se presentan los criterios a evaluar)

De forma general, dentro de los métodos que serán parte del proceso de evaluación externa son:

1. **Entrevistas grupales o individuales:** conversación que se sostiene con el personal, autoridades o con los usuarios a fin de obtener información para el mejoramiento de la productividad, identificar necesidades y asesorar en la solución de problemas.
2. **Observación directa:** cuando se realiza esta función se tiene contacto directo con el personal a través de diferentes técnicas y procedimientos a utilizar, tales como:
 - 2.1. **Comunicación:** para transmitir e intercambiar información, ideas, actitudes, sentimientos y pensamientos, fomenta las relaciones interpersonales dentro del equipo de trabajo.
 - 2.2 **Observación:** para examinar con atención las condiciones o actividades, para recoger datos y obtener información sobre las acciones que se realizan en las MNCC.

- 2.3. **Recorrido:** para visitar las unidades o áreas e inspeccionar y evaluar la calidad de los servicios que se presta a las mujeres embarazadas, madres, sus bebés y familiares o acompañantes, la actuación del equipo multidisciplinario, el acercamiento a las familias, lo cual permite detectar necesidades específicas de atención, es una excelente oportunidad para orientar y colaborar con el personal multidisciplinario y propiciar la sensación de seguridad en la madre y su familia o acompañante.
- 2.4. **Asesoría:** para dar el apoyo necesario al personal multidisciplinario, por medio del cual se fortalece el entendimiento y la confianza logrando el mejor desempeño del personal multidisciplinario.





1. **Alojamiento conjunto:** contacto inmediato y permanente de la persona recién nacida con su madre, iniciando desde su nacimiento, el contacto piel a piel y la lactancia materna; con énfasis en las primeras tres horas de vida; manteniendo la convivencia de la persona recién nacida y su madre durante toda su estadía en el centro asistencial haciendo énfasis en el método canguro.
2. **Análisis causa raíz:** (RCA, por sus siglas en inglés) es una metodología sistemática y comprensiva para identificar la fallas, en los procesos de atención y los sistemas hospitalarios, que pueden no ser aparentes de forma inmediata, y que pueden haber contribuido a la ocurrencia de un evento adverso y/o casi daño.
3. **Atención centrada en la persona:** forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.
4. **Calidad de la atención:** es el grado en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal.
5. **Cultura del error:** conjunto de actitudes, valores, normativas y prácticas que en los procesos de atención en salud asumen la probabilidad de equivocarse; explicitan los procesos que pudieran explicar y prevenir los errores, favoreciendo una cultura no punitiva que los considere como parte del aprendizaje.
6. **Cultura organizacional:** patrón de supuestos básicos compartidos por un grupo de personas, que los aprendió a medida que iba resolviendo sus problemas de adaptación externa e integración interna; que funcionó lo suficientemente bien como para ser considerado válido y que, por lo tanto, es enseñado a los nuevos miembros de la organización como la manera de percibir, pensar y sentir en relación con dichos problemas.

7. **Epigenética:** es el estudio de los cambios en la función de los genes que son hereditarias y que no se pueden atribuir a alteraciones de la secuencia de ADN.
8. **Iniciativa Hospital Amigo de los Niños:** esta iniciativa fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y Unicef en diciembre del año 1991. La IHAN cuenta con una sistemática de implementación, autoevaluación, monitoreo y acreditación externa de la estrategia de promoción y fortalecimiento de la lactancia materna a distintos niveles: mundial, nacional e institucional. Desde su lanzamiento
9. **Medicalización:** el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.
10. **Medicina Basada en la Evidencia:** el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre los pacientes.
11. **Método Canguro:** es la atención a niñas y niños prematuros o de bajo peso al nacer manteniéndoles en contacto piel a piel con su madre o acompañante; constituye un método sencillo y eficaz que proporciona bienestar tanto a los bebés como a sus madres, favoreciendo la lactancia materna, paternidad activa, vínculo afectivo y potenciando el neurodesarrollo del recién nacido.
12. **Parto Respetado:** Modelo de atención del parto que toma 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 y su bebé se convierten en sujetos y protagonistas de las decisiones y atenciones que reciben.



MINISTERIO
DE SALUD

XI. Vigencia

La presente Guía entrará en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del titular de esta cartera de estado.

Comuníquese,

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud ad honorem

XII. Referencias Bibliográficas



Artículos científicos

1. Peersman, G. (2014). Sinopsis: Métodos de recolección y análisis de datos en la evaluación de Impacto, Síntesis metodológica N.º10, Centro de Investigaciones de UNICEF, Florencia.
2. Toca Torres CE, Carrillo Rodríguez J. (2009) Asuntos teóricos y metodológicos de la cultura organizacional. Civilizar; 9 (17): 117-136.
3. Sackett DL, Rosenberg W, Muir JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
4. Ortiz Z, García Dieguez M, Laffaire M. Medicina Basada en la Evidencia. Boletín de Academia de Medicina de Buenos Aires.
5. Hotelling, B. A., "Is your Perinatal Practice Mother-Friendly? A Strategy for Improving Maternity Care", Birth, 2004; 31: 143-147.
6. Scott T, Mannion R, Davies HTO, Marshall MN (2003). Implementing Culture Change in Health Care: Theory and Practice. International Journal for Quality in Health Care; 15 (2): 111-118. '
7. Davini, María Cristina (2002): Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud.
8. Michie S, Johnston M, Francis J, Hardeman W y Eccles M. (2008) From theory to intervention: mapping theoretically derived behavioural determinants to behaviour change techniques. Applied Psychology; 57 (4): 660-680.

Guías

1. Fondo de Población de las Naciones Unidas (2016). Estándares de salud materna con enfoque intercultural. Hacia la mejora de la calidad de la atención materna para las mujeres indígenas de las Américas y la erradicación de la inequidad en salud. UNFPA/LACRO.
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo. Argentina.
3. Organización Mundial de la Salud (2018). Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. Suiza.

4. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2019). Guía para la implementación de una maternidad segura con enfoque intercultural.
5. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2018). ¿Cómo transformar una Maternidad Tradicional en Segura y Centrada en la Familia? Manual de prácticas para iniciar el camino hacia la transformación.
6. UNICEF (2018). Invertir en nuestros niños: el norte común. Una propuesta de políticas transformadoras centrada en la infancia.
7. CEDES-Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia(2015). El ABC de la MSCF: Manual para el diagnóstico de la cultura organizacional.
8. CEPAL-Naciones Unidas (2013). Los pueblos indígenas de América Latina.
9. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2012). Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural.
10. OPS (2012) SISTEMATIZACIÓN DEL SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP) PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA ENTRE HONDURAS, NICARAGUA, EL SALVADOR Y PANAMÁ.
11. Organización Panamericana de la Salud y Organización panamericana de la Salud (1997). Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales. Washington.
12. Larguía, M.; Lomuto, C.; González, M. A., Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia, Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia, Ed. FUN, Buenos Aires, 2006
13. Reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA. REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005 (Adaptación). Torres Parodi, Cristina. Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales. Washington D.C., OPS, septiembre 2003.
14. Boan D, Funderburk F. (2003) Healthcare Quality Improvement and Organizational Culture. Delmarva Foundation.
15. UNICEF, “Los derechos de los pueblos indígenas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas”, agosto 2008, 85-86 y 117-129.
16. Banco Mundial; Unidad Regional de Asistencia Técnica (RUTA); Ministerio de Educación. CONCULTURA y PUEBLOS INDÍGENAS. El Salvador. 2002
17. 17. Santillán Güemes, Ricardo (2000) Educación y cultura. Conferencia Iberoamericana de Ministros de Cultura. Ciudad de Panamá, Panamá, 5 y 6 de septiembre de 2000.
18. Ministerio de Salud (2022). Guía para la instalación y funcionamiento de Salas de Lactancia Materna en Centros de trabajo. El Salvador.
19. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2020). Guía de buenas prácticas para implementar una Residencia de Madres en el marco de la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia.
20. Ministerio de Salud de la Nación (2019). Recepción, estabilización, traslado y admisión en la Unidad Neonatal: recomendaciones y lineamientos prácticos. Argentina.
21. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia - Organización Mundial de Salud (2018). Capturar el momento. Inicio temprano de la lactancia materna: El mejor comienzo para cada recién Nacido.

22. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la República Argentina / Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2018).
23. Derechos de los recién nacidos prematuros: Derecho 3. El recién nacido tiene derecho a recibir atención acorde a sus necesidades, considerando sus semanas de gestación, su peso al nacer y sus características individuales, pensando en su futuro.
24. Fondo de Población de las Naciones Unidas para la Infancia (2011).El Análisis Causa- Raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales.
25. Organización Mundial de la Salud (2016). Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo.
26. Organización Mundial de la Salud (2022). WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience.

XIII. Anexos



Anexo 1



MINISTERIO
DE SALUD

Criterios considerados para la evaluación de los 10 pasos de la transformación de las Maternidades Nacer con Cariño

Para el desarrollo de la autoevaluación, se establece el uso de la herramienta siguiente:

1. Objetivo:

La autogestión del establecimiento de salud, para medir el avance de la implementación del modelo a través de los 10 pasos de la transformación de las maternidades tradicionales a Maternidades Nacer Con Cariño.

2. Desarrollo:

Esta se realiza mediante la asignación de puntaje a cada ítem utilizando como referencia el mínimo cumplimiento “1” y máximo cumplimiento “4” puntos.

Marque con una “X” el puntaje que considere que representa el grado de cumplimiento de cada paso					
Paso 1: Reconocer el concepto de Maternidades Nacer con Cariño como una política de Institución		Puntuación			
Criterios para evaluar		1	2	3	4
1. ¿Hay un equipo multidisciplinario formalmente constituido que lidera y coordina las actividades de MNCC?					
Paso 2: Apoyo a la embarazada y a su familia durante el control prenatal		Puntuación			
Criterios para evaluar		1	2	3	4
En los controles prenatales					
2. ¿Se brinda información precisa y detallada sobre los métodos de planificación familiar para utilizar luego del parto?					

3. ¿Se aconseja a la embarazada y su pareja (cuando ésta está presente) sobre las distintas alternativas posibles?				
4. ¿Se le recomienda a la embarazada para que participe en los cursos de preparación para la Maternidad y se le explica su importancia y utilidad?				
5. ¿Se le informa sobre las alternativas y horarios disponibles?				
6. ¿Se promueve la participación del equipo multidisciplinario para seguimiento comunitario a las mujeres embarazada de bajo riesgo?				
7. ¿Se le informa sobre las alternativas y horarios disponibles?				
Paso 3: Respetar las decisiones de las embarazadas y su familia en la labor de parto y parto	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
Durante la labor de parto				
8. ¿Se estimula el acompañamiento continuo a la madre por una persona de su confianza?				
9. En ausencia de acompañante, ¿se brinda el acompañamiento por una doula o un integrante del equipo multidisciplinario de salud?				
Después del nacimiento				
10. ¿Pudo estar en contacto piel con piel con su bebé apenas nació?				
11. ¿Pudo realizar apego seguro?				
12. ¿Pudo amamantar / alimentar con seno materno a su bebé durante la primera hora de vida?				
Paso 4: Priorizar el Alojamiento Conjunto (AC) madre- hijo/a sano con la participación de la familia	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
Luego del nacimiento				
13. ¿Permanece el recién nacido junto a su madre durante toda la hospitalización?				

14. ¿Se realiza el examen físico u otros procedimientos a la vista de la madre?				
15. ¿Se permite un acompañante para la madre en caso de que haya tenido una cesárea?				
Paso 5: Facilitar la inclusión de madre y padre y el resto de la familia en la Internación Neonatal	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
Durante la hospitalización neonatal				
16. ¿Se facilita el ingreso y permanencia de la madre con su hijo/a toda vez que lo desee, sin límites de tiempo?				
17. El equipo de salud, ¿informa los beneficios, explica y estimula a la madre para que realice el contacto piel a piel con su hijo hospitalizado?				
Paso 6: Contar con una Estancia Materna que permita la permanencia de las madres con sus recién nacidos hospitalizados	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
La existencia de una estancia materna				
18. ¿Es un aspecto prioritario dentro de los planes y actividades de la institución?				
19. ¿Cuenta la maternidad con una estancia materna?				
Paso 7: Contar con un programa de voluntariado hospitalario	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
La existencia de un programa de voluntariado que trabaje para MNCC				
20. ¿Es un aspecto prioritario y valorado dentro de los planes y actividades de la institución?				
Paso 8: Organizar el seguimiento de la madre y de su recién nacido sano y especialmente el de riesgo luego del alta en consulta externa especializada que prioricen la inclusión familiar	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
21. ¿Dispone la maternidad de un equipo multidisciplinario para brindar orientación oportuna en el momento del alta a la madre?				

22. ¿Se orienta y explica a la madre dónde y cuándo debe realizar su primer control y el de su hijo una vez que se va de alta?				
23. ¿Se le da fecha y hora del próximo control?				
Paso 9: Trabajar activamente en la promoción de la Lactancia Materna según las pautas de la Iniciativa “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
24. ¿Conoce la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño por su apoyo a la lactancia?				
25. En caso de respuesta afirmativa, ¿se encuentra la maternidad acreditada como Hospital Amigo de la Madre y el Niño por su apoyo a la lactancia?				
26. En caso de estar acreditado, ¿realiza actividades de monitoreo propuestas por la IHAMN para mantener estándares?				
27. En caso de no estar acreditado, ¿ha elaborado alguna vez una autoevaluación y un plan de acción para su implementación?				
Paso 10: Recibir y brindar cooperación de y para otras Instituciones para la transformación en MNCC.	Puntuación			
Criterios para evaluar	1	2	3	4
Desde la dirección de la institución				
28. ¿Se han establecido contacto y han generado vínculos y alianzas con otras instituciones para recibir apoyo técnico sobre el modelo MNCC y facilitar su implementación?				
Total de puntos				

3. Interpretación:

Para establecer el grado de avance de implementación del modelo MNCC en su establecimiento, se evaluará según el resultado obtenido:

Puntaje obtenido	Grado de cumplimiento	Resultado	Interpretación
85 a 112 puntos	Total cumplimiento	Excelente	Se considera a aquellas maternidades que CUMPLEN CON TODAS las acciones de planificación, organización, ejecución y evaluación requeridas para una transformación a MNCC
57 a 84 puntos	Cumplimiento	Muy bueno	Se considera a aquellas maternidades que CUMPLEN CON LA MAYORÍA de las acciones de planificación, organización, ejecución y evaluación requeridas para una transformación a MNCC
29 a 56 puntos	Mínimo cumplimiento	Por mejorar	Se considera a aquellas maternidades que CUMPLEN CON ALGUNAS acciones de planificación, organización, ejecución y evaluación requeridas para una transformación a MNCC
1 a 28 puntos	Ausencia de cumplimiento	Por mejorar	Se considera a aquellas maternidades que NO CUMPLEN las acciones de planificación, organización, ejecución y evaluación requeridas para una transformación a MNCC

Anexo 2



MINISTERIO
DE SALUD

Indicadores salud materno perinatal

Indicadores de impacto

N°	Indicador	Numerador	Denominador	Periodicidad	Fuente	Responsable
1	Razón de mortalidad materna	Número de muertes maternas	Proyección de nacidos vivos por 100,000	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS
2	Índice de prematuridad	Número de nacimientos niños/as prematuros	Total de nacidos vivos por 100	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS
3	Índice de bajo peso al nacer	Número de nacimientos niños/as bajo pesos	Total de nacidos vivos por 100	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS
4	Tasa de mortalidad neonatal	Número de muertes neonatales	Proyección de nacidos vivos por 100,000	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS

Indicadores de resultado

N°	Indicador	Numerador	Denominador	Periodicidad	Fuente	Responsable
1	Número de centros de salud de primer nivel certificados para prestar servicios de salud materno infantil según el modelo de atención MNCC	Número de centros de primer nivel de atención con sello Crecer Juntos otorgado por organismo nacional para prestar servicios de salud de acuerdo al modelo MNCC	N/A	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS
2	Número de hospitales certificados para prestar servicios de salud materno infantil según el modelo de atención MNCC	Número de hospitales con sello Crecer Juntos otorgado por organismo nacional para prestar servicios de salud de acuerdo al modelo MNCC	N/A	Anual	SIMOWW MINSAL	SNIS

3	Porcentaje de niños de 1 año de edad con lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida	Número de niños/as hasta los 6 meses	Número de niños de 6 meses de edad	Anual	Encuesta nacional de Salud	SNIS
4	Porcentaje de muertes maternas por hemorragia obstétrica severa	Número de muertes maternas por hemorragia obstétrica severa	Total de muerte maternas	Mensual	SIMOWW MINSAL	SNIS
5	Porcentaje de muertes maternas por trastornos hipertensivos del embarazo	Número de muertes maternas por trastornos hipertensivos del embarazo	Total de muerte maternas	Mensual	SIMOWW MINSAL	SNIS
6	Porcentaje de muertes maternas por sepsis	Número de muertes maternas por sepsis obstétrica severa	Total de muerte maternas	Mensual	SIMOWW MINSAL	SNIS
7	Porcentaje de niños con diagnóstico de asfixia perinatal	Número de niños con diagnóstico de asfixia perinatal	Número de niños nacidos vivos	Mensual	SIMOWW MINSAL	SNIS
8	Porcentaje de cesáreas	Número de cesáreas realizadas	Número total de nacimientos	Mensual	SIMOWW MINSAL	SNIS
9	Porcentaje de niños prematuros y bajo peso beneficiados en estrategia canguro	Número de niños prematuros y bajo peso inscritos en estrategia canguro	Total de niños prematuros y bajo peso	Trimestral	SIMOWW MINSAL	SNIS

Indicadores de proceso

N°	Indicador	Numerador	Denominador	Periodicidad	Fuente	Responsable
1	Porcentaje de madres que tuvieron acompañamiento	Número de madres acompañadas	Total de partos	Semanal	SIS/Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
2	Porcentaje de madres que tuvieron acompañamiento por doulas	Número de madres que estuvieron acompañadas por doulas	Total de partos	Semanal	SIS/Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
3	Porcentaje de medicalización en parto vaginal	Número de madres que fueron medicalizadas	Total de partos vaginales	Diario	Expedientes / Libro de atención de partos	Comité materno-infantil local

4	Porcentaje de madres con libertad de movimiento durante el trabajo de parto	Número de madres con libertad de movimiento	Total de partos vaginales de bajo riesgo	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
5	Porcentaje de madres que recibieron alimentos durante el trabajo de parto	Número de madres que tuvieron indicación de alimentación	Total de partos vaginales de bajo riesgo	Diario	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
6	Porcentaje de madres que verificó parto en posición vertical	Número de madres que verificó parto en posición vertical	Total de partos vaginales	Diario	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
7	Porcentaje de recién nacidos en quien se cumplió apego seguro	Número de recién nacidos que recibieron apego seguro	Total de recién nacidos que nacieron en condiciones de bajo riesgo	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
8	Porcentaje de recién nacidos a los que se le realizó pinzamiento tardío de cordón	Número de recién nacidos a los que se les realizó pinzamiento tardío	Total de recién nacidos que nacieron en condiciones de bajo riesgo	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
9	Porcentaje de recién nacido que están en alojamiento conjunto	Número de recién nacidos en alojamiento conjunto	Total de niños recién nacidos	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
10	Porcentaje de madres en las que se realizó lactancia materna en 1 hora de vida	Número de recién nacido que iniciaron lactancia en la primera hora de vida	Total de niños recién nacidos	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
11	Índice de cesáreas de primera vez	Número de cesáreas de primera vez	Total de cesáreas	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
12	Índice de partos vaginales posterior a cesarea	Número de partos vaginales posterior a una cesárea	Total de cesáreas subsecuentes	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
13	Porcentaje de madres que recibieron ejercicios psicoprofilácticos durante el trabajo de parto	Número de madres que recibieron ejercicios psicoprofilácticos durante el trabajo de parto	Total de partos vaginales	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local

14	Porcentaje de madres que recibieron educación y consejería pre-parto	Número de madres que recibieron educación y consejería preparto	Total de partos	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
15	Porcentaje de madres que verificaron alumbramiento espontaneo de placenta	Número de madres que verificaron alumbramiento espontáneo	Total de partos vaginales	Semanal	Libro de control materno y atención de parto	Referente Equipo Gestor Local
16	Educación a los padres sobre cuidados básicos del recién nacido	Número de padres que recibieron educación sobre cuidados básicos del recién nacido	Total de recién nacidos	Semanal	Libro de atención puerperal	Referente Equipo Gestor Local

Anexo 3



MINISTERIO
DE SALUD

Criterios considerados para la evaluación de los 10 pasos de la transformación de las Maternidades Nacer con Cariño

Criterios considerados para la evaluación de los 10 pasos de la transformación de las Maternidades Nacer con Cariño

Eje conceptual	Criterios a evaluar
Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención	Paso 1
	1.1. Adherencia al marco legal que rige el cuidado perinatal.
	1.2. Existencia de consenso institucional.
	1.3. Conocimiento, disposición y apoyo de jefes de servicio al modelo.
	1.4. Existencia de un equipo multidisciplinario formalmente asignado a implementación del modelo MNCC.
	1.5. Asignación de presupuesto, personal e insumos.
	1.6. Realización de ateneos.

Eje transversal	Criterios a evaluar
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	Paso 2 2.1 a) Existencia de un sistema de turnos programados. 2.1 b) Tiempo de espera para el primer control. 2.1 c) Amplitud de la franja horaria de atención. 2.1 d) Disponibilidad de Hospital de día (sólo aplicable a maternidades con más de 1500 partos). 2.1 e) Salas de espera confortables y preparadas para la embarazada y acompañante. 2.1 f) Consultorios adecuados y preparados para la embarazada y el acompañante. 2.1 g) Derecho a recibir un trato respetuoso y amable. 2.1 h) Derecho a preservar su privacidad. 2.1 i) Derecho al acompañamiento durante el control prenatal. 2.1 j) Derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto, parto y posparto. 2.1 k) Atención de padres adolescentes.
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	2.2 a) Educación para la salud en la sala de espera. 2.2 b) Educación para la salud en la entrevista: Consejo sobre infecciones de transmisión sexual. 2.2 c) Educación para la salud en la entrevista: Consejo sobre los riesgos del tabaco, alcohol y drogas durante el embarazo. 2.2 d) Educación para la salud en la entrevista: Consejo sobre planificación familiar. 2.2 e) Educación para la salud en la entrevista: Fomento de la asistencia a la educación prenatal.
Práctica basada en la evidencia	2.3 Participación de las obstétricas/ LSMI en el control prenatal.
Fortalecimiento de la IHAMN	2.4 Promoción de la lactancia materna durante la entrevista.

Eje transversal	Criterios a evaluar
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	Paso 3 3.1 a) Salas de trabajo de parto y parto acorde al modelo MNCC. 3.1 b) Derecho al acompañamiento durante el trabajo de parto. 3.1 c) Derecho al acompañamiento en el momento del nacimiento. 3.1 d) Derecho a elegir la posición del parto. 3.1 e) Derecho a preservar su privacidad. 3.1 f) Derecho a recibir trato respetuoso y amable. 3.1 g) Derecho de la madre a permanecer con su hijo. 3.1 f) Derecho de la madre a ser informada y recibir contención emocional.
Prácticas efectivas y seguras	3.2 a) Adecuación de los ambientes para garantizar la atención de las emergencias obstétricas: Área quirúrgica y centro obstétrico. 3.2 b) Adecuación de los ambientes para garantizar la atención de las emergencias obstétricas: Anestesia y transfusiones. 3.2 c) Adecuación de los ambientes para garantizar la atención de las emergencias obstétricas: Emergencias obstétricas. 3.2 d) Apoyo continuo y manejo del TP: Deambulación en el trabajo de parto. 3.2 e) Apoyo continuo y manejo del TP: Ingesta de líquidos en el trabajo de parto. 3.2 f) Apoyo continuo y manejo del TP: Ingesta de alimentos livianos en el trabajo de parto. 3.2 g) Apoyo continuo y manejo del TP: Uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor. 3.2 h) Apoyo continuo y manejo del parto: Evitar colocación de vías. 3.2 i) Apoyo continuo y manejo del parto: Evitar la ruptura precoz de membranas. 3.2 j) Apoyo continuo y manejo del parto: Evitar episiotomía. 3.2 k) Apoyo continuo y manejo del parto: participación obstétrica, Lic. SMI, médico general en la asistencia puntual del parto.

	3.2 l) Recepción del RN: evitar aspiración de fauces. 3.2 m) Recepción del RN: evitar colocación de sondas. 3.2 n) Inicio temprano contacto madre-hijo. 3.2 ñ) Contacto piel a piel por 1 h mínimo. 3.2 o) Realización de controles de rutina a neonato sano diferido y luego del CPP. 3.2 p) Salida de UTPR/ Unidad de parto/ quirófano de a 3 (madre, bebé sano y acompañante). 3.2 q) Estadía en zona recuperación con bebé en brazos en caso de bajo riesgo. 3.2 r) CPP con padre en casos en que por cuestiones de salud no pueda ser realizado por la madre. 3.2 s) Apoyo continuo y manejo del parto: Evitar uso de oxitocina sintética.
Promoción de la lactancia materna	3.3 Pinzamiento oportuno de cordón umbilical (clampeo). 3.4 Inicio temprano lactancia materna.
Eje transversal	Criterios a evaluar
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	Paso 4 4.1 a) Adecuación de las salas de alojamiento conjunto de acuerdo al modelo MNCC. 4.1 b) Derecho de la madre a permanecer con su hijo. 4.1 c) Derecho de la madre que tuvo cesárea a estar acompañada. 4.1 d) Derecho a preservar su privacidad. 4.1 e) Derecho de la madre a recibir un trato respetuoso y amable. 4.1 f) Derecho de la madre a ser informada y recibir contención emocional.
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	4.2 a) Fortalecimiento del vínculo con el padre. 4.2 b) Fortalecimiento del vínculo con la familia. 4.2 c) Organización de las visitas de padres y familiares. 4.2 d) Educación a los padres y familiares.

Prácticas seguras y efectivas	4.3 a) Detección y manejo temprano de patologías del RN. 4.3 b) Detección, derivación y manejo de situaciones de riesgo social.
Fortalecimiento de la IHAMN	4.4 Lactancia materna en el alojamiento conjunto.
Eje transversal	Criterios a evaluar
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	Paso 5 5.1 a) Derecho de la madre a permanecer junto a su hijo. 5.1 b) Derecho a recibir trato respetuoso y amable. 5.1 c) Derecho de los padres a ser informados sobre el estado de salud de su hijo. 5.1 d) Derecho de los padres a recibir contención emocional. 5.1 e) Derecho de los padres a recibir contención emocional en situaciones críticas.
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	5.2 a) Fortalecimiento del vínculo con el padre. 5.2 b) Permanencia de los padres junto al RN durante procedimientos y/o pase de sala. 5.2 c) Fortalecimiento del vínculo con la familia. 5.2 d) Adecuada organización de las visitas. 5.2 e) Involucramiento de la familia en el cuidado del recién nacido: cuidado RN. 5.2 f) Involucramiento de la familia en el cuidado del recién nacido: higiene de manos. 5.2 g) Educación para la salud: fortalecimiento de la participación de los padres en reuniones para padres. 5.2 h) Educación para la salud del recién nacido: técnicas de reanimación. 5.2 i) Educación para la salud del recién nacido: prevención de IRAB (Infección respiratoria aguda baja).
Prácticas seguras y efectivas	5.3 Contacto piel a piel durante la internación en neonatología.
Fortalecimiento de la IHAMN	5.4 a) Mantenimiento de la lactancia materna. 5.4 b) Lactancia materna en prematuros.

Eje transversal	Criterios a evaluar
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	Paso 6 6.1 a) Apoyo institucional. 6.1 b) Coordinación de actividades de la estancia materna. 6.1 c) Asignación de recursos. 6.1 d) Organización de actividades. 6.1 e) Mantenimiento y orden. 6.1 f) Planta física y requisitos básicos de la estancia/albergue. 6.1 g) Accesibilidad. 6.1 h) Trato respetuoso y amable. 6.1 i) Contención de las madres.
	6.2 Reuniones informativas en la estancia/albergue con las madres.
	6.3 Apoyo de la lactancia por parte de las voluntarias.
Eje transversal	Criterios a evaluar
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	Paso 7 7.1 a) Voluntariado – Apoyo Institucional. 7.1 b) Voluntariado – Apoyo de comunidad (*). 7.1 c) Coordinación del voluntariado. 7.1 d) Voluntariado: Organización. 7.1 e) Voluntariado: Integración y comunicación. 7.1 f) Voluntariado: Gestión de recursos extras. 7.1 g) Voluntariado: Actividades para madres. 7.1 h) Voluntariado: Recepción consultorios externos. 7.1 i) Planta física y requisitos mínimos.

Eje conceptual	Criterios a evaluar
	Paso 8
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	8.1 a) Confortabilidad de la sala de espera de consultorios externos para seguimiento de recién nacidos de riesgo. 8.1 b) Consultorios adecuados y preparados para la madre y el acompañante. 8.1 c) Derecho al acompañamiento durante la consulta. 8.1 d) Derecho a recibir trato respetuoso y amable. 8.1 e) Respeto por la privacidad.
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	8.2 a) Participación de la familia al momento del alta. 8.2 b) Planificación familiar. 8.2 c) Educación a padres de RN en riesgo.
Prácticas seguras y efectivas	8.3 a) Alta conjunta por obstetra/ neonatólogo. 8.3 b) Sistemática al alta. 8.3 c) Retorno dentro de 48 horas. 8.3 d) Coordinación de seguimiento alto riesgo.
Fortalecimiento de la IHAMN	8.4 a) Promoción de la lactancia materna en RN sano al momento del alta. 8.4 b) Promoción de la lactancia materna en RN riesgo. 8.4 c) Promoción de la lactancia materna en RN con succión demorada.
Eje conceptual	Criterios a evaluar
	Paso 9
Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo	9.1 a) Confortabilidad de la sala de espera de consultorios externos para seguimiento de recién nacidos de riesgo. 9.1 b) Consultorios adecuados y preparados para la madre y el acompañante. 9.1 c) Derecho al acompañamiento durante la consulta. 9.1 d) Derecho a recibir trato respetuoso y amable. 9.1 e) Respeto por la privacidad.
Promoción de la participación de los padres, la familia y la comunidad	9.2 a) Participación de la familia al momento del alta. 9.2 b) Planificación familiar. 9.2 c) Educación a padres de RN en riesgo.

Prácticas seguras y efectivas	9.3 a) Alta conjunta por obstetra/ neonatólogo. 9.3 b) Sistemática al alta. 9.3 c) Contra-referencia dentro de 48 horas. 9.3 d) Coordinación de seguimiento alto riesgo.
Fortalecimiento de la IHAMN	9.4 a) Promoción de la lactancia materna en RN sano al momento del alta. 9.4 b) Promoción de la lactancia materna en RN riesgo. 9.4 c) Promoción de la lactancia materna en RN con succión demorada.
Eje conceptual	Criterios a evaluar
Cultura organizacional	Paso 10 10.1 a) Plano institucional: Recepción de apoyo de otras instituciones(o del MINSAL) para la transformación de la maternidad en MNCC. 10.1 b) Plano institucional: Apoyo e involucramiento de la institución para la transformación de la maternidad en MNCC. 10.1 c) Plano institucional: Apoyo e involucramiento de la institución para la transformación de otra maternidad en MNCC. 10.2 a) Plano individual: Esfuerzos por conocer y entrenarse en el modelo MNCC. 10.2 b) Plano individual: Esfuerzos por dar a conocer y entrenar a profesionales de la institución en el modelo MNCC. 10.2 c) Plano individual: Esfuerzos por dar a conocer y entrenar a profesionales de otra/s institución/es en el modelo MNCC.