



# Experiencias de parto humanizado en México

Trazando el futuro

Gustavo Nigenda  
Rosa A. Zárate Grajales

Coordinadores



Experiencias de  
parto humanizado  
en México



# Experiencias de parto humanizado en México

Trazando el futuro

**GUSTAVO NIGENDA**  
**ROSA A. ZÁRATE GRAJALES**  
Coordinadores



PRIMERA EDICIÓN

Agosto, 2024

D.R. © 2024 Universidad Nacional Autónoma de México  
Av. Universidad No. 3000, Ciudad Universitaria, Ciudad de México,  
C.P. 04510.

Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n Col. San Lorenzo  
Huipulco, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México. C.P. 14370  
[www.feno.uanm.mx](http://www.feno.uanm.mx)

© Gustavo Nigenda  
Rosa A. Zárate Grajales  
(Coords.)

ISBN: 978-607-30-9315-6

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la  
autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

IMPRESO Y HECHO EN MÉXICO

# ÍNDICE

- 7 Prólogo**  
Susana Bueno Lindo
- 
- 13 Prefacio**  
Rosa Amarilis Zárate Grajales • Gustavo Nigenda
- 
- 15 Introducción**  
Patricia Aristizábal • Lisethe Jiménez
- 
- 29 Hacia la equidad en salud de las mujeres:  
impulso de la partería profesional en el  
mundo y en México**  
Elsa Santos Pruneda
- 
- 41 La formación de parteras profesionales:  
la experiencia de la Universidad Tecnológica  
de Tulancingo**  
Mayra Gabriela Adame Salazar
- 
- 55 Contribución de la enfermería universitaria  
al parto humanizado**  
Íñiga Pérez Cabrera • Amanda Orozco Tagle • Jorge Luis  
Merlo Solorio • Sergio Sesma • Rosa A. Zárate Grajales
- 
- 73 Modelo de parto respetado. Centro de  
Investigación Materno Infantil del Grupo  
de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)**  
Lucía Marcela Illescas Correa
-

- 91 **Implementación del Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica por parteras profesionales**  
Justina Sánchez de la Rosa • Lidia Cadena Tenocelotl
- 
- 107 **Modelo de Partería Profesional en el municipio de Felipe Carrillo Puerto**  
Mitzi Carolina Reyes Martínez
- 
- 127 **Avances en la implementación del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería en el Instituto Nacional de Perinatología**  
Elizabeth Ramos Silva • María Elvia Villagordoá Ramírez
- 
- 147 **Vida, amor y fuerza a través del parto. El caso de la casa materna Compañeros en Salud**  
Estefanía Monterrosas Jiménez
- 
- 169 **Salas de labor-parto-recuperación: entornos habilitantes dentro de los servicios de salud públicos**  
Bianca Fernanda Vargas Escamilla • Juan Ismael Islas Castañeda  
• Mercedes González López • Tsanda Violeta López Ortiz
- 
- 191 **Discusión**  
Gustavo Nigenda • Verónica Tapia • Roberto Matus
- 
- 209 **Semblanzas**
-

# PRÓLOGO

SUSANA BUENO LINDO

Cuando era estudiante de medicina, la imagen del parto que registré desde la primera vez que asistí uno fue la de una mujer inmóvil, acostada en la camilla de un quirófano, con sus piernas separadas, apoyadas y atadas en dos estribos, sin ningún tipo de autonomía sobre su cuerpo, mirando hacia el techo, o con gran esfuerzo hacia al frente, en ayuno prolongado y pariendo en soledad. Jamás me cuestioné acerca de este modelo de atención, pues, simplemente asumí que así “debía ser”.

Años más tarde, ya en mi ejercicio profesional como ginecobstetra, las mujeres que asistían a mi consulta me compartieron sus necesidades y expectativas en torno al parto, las cuales eran muy distintas a las que hasta ese entonces contemplaba. Me preguntaban por la libertad de movimiento, el acompañamiento, el manejo no farmacológico para el dolor y la asistencia al parto en posiciones verticales. Ante mi desconocimiento hacia sus expectativas, no tuve más opción que guardar silencio pero, poco a poco, ese silencio se fue transformando en una necesidad inmensa de búsqueda de respuestas, las cuales inicialmente no encontré en la academia, por lo que opté por despojarme de mi bata blanca de médica durante un tiempo y emprender mi propio camino para encontrarlas.

Mi primer paso fue formarme como doula, lo cual me permitió conectar con la dimensión emocional del parto y con las estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor. Después, tuve la maravillosa oportunidad de intercambiar saberes con parteras y parteros



tradicionales de mi país, Colombia, principalmente de la comunidad indígena nasa en el Cauca y de la región del Chocó. Me siento profundamente honrada por haber vivido esas experiencias y por los profundos aprendizajes obtenidos de la partería tradicional, el mayor de éstos: haber roto el paradigma sobre el “parto seguro”.

Si bien en todos los modelos de atención el parto seguro implica el bienestar físico de la díada mamá-bebé, libre de complicaciones, comprendí que este concepto va mucho más allá, ya que en las comunidades también implica la percepción por parte de la mujer acerca de cuál es *su lugar seguro* para parir, en la búsqueda adicional de un bienestar emocional, sin discriminación, en donde se hable su propia lengua, se respete su intimidad y sus tradiciones, y pueda estar acompañada por personas significativas como su partera o sabedor tradicional, además de su familia o personas de su entorno cercano. Para la mayoría de ellas, este lugar es su propia casa.

El modelo de partería contempla una ruta de atención que siempre considera la institución hospitalaria en caso de que sea necesario un traslado. Esta es una de las grandes tareas de la medicina occidental en términos de humanización del parto: ser conscientes de que el parto involucra las dimensiones biológica, emocional, psicológica, social, cultural, sexual, espiritual y, en menor porcentaje, la médica. Por ello, las mujeres y familias gestantes en el “mundo occidental” quieren encontrar en los hospitales un acompañamiento que les brinde bienestar y seguridad en todos estos aspectos, lo cual nos ayuda a comprender por qué algunas mujeres de las grandes ciudades consideran que su sitio seguro para parir no es el hospital, sino su casa.

El segundo gran aprendizaje es que en el modelo de partería tradicional no se implementan posiciones de otras latitudes para el momento del parto, como la de litotomía originaria de la corte francesa en el siglo XVIII, sino que sigue fiel a la sabiduría instintiva que el cuerpo de la mujer tiene para guiar sus movimientos y posiciones durante el trabajo de parto y en el mismo parto, en el marco de sus tradiciones y cosmovisión. Para muchas etnias, el parto vertical hace

parte de su cosmovisión; extrapolando este aspecto al mundo occidental, el parto en movimiento y en diferentes posiciones es otro de los grandes pilares fundamentales en la humanización del parto a nivel hospitalario. El movimiento en el parto es instintivo y una necesidad universal de las mujeres en cualquier contexto. Como ginecobstetra fui entrenada para asistir partos únicamente en posición de litotomía. Agradezco a los y las parteras de tradición, a enfermeras parteras o matronas de países como España y Chile por enseñarme a asistir partos en diferentes posiciones. Hoy en día, imparto talleres de simulación de asistencia al parto en diferentes posiciones a estudiantes, colegas y profesionales de la salud en distintas instituciones hospitalarias de mi país, con cada vez mayor apertura y aceptación. La tarea es grande a nivel de las facultades de enfermería y medicina en esta área, pues los objetivos son: cambiar las formas de enseñanza en la asistencia al parto, incluyendo el parto en posición vertical y en diferentes posiciones, en medio de los protocolos de bioseguridad institucional, y entender que el parto no es un acto médico, sino un acto biológico, con las dimensiones anteriormente descritas, que en un pequeño porcentaje requiere de intervenciones médicas.

Finalmente, otro de los grandes aprendizajes obtenidos como ginecobstetra desde el modelo de la partería tradicional es la manera como en éste se transmiten los conocimientos de generación en generación. Comúnmente, se realiza de una manera muy respetuosa entre la partera o el partero experto, la o el partero activo, y la o el partero semilla, como se les llama en la región del Chocó en Colombia. Un fenómeno muy distinto ocurre en la mayoría de las facultades de medicina, donde se sigue un modelo autoritario en el que muchas veces el conocimiento es mediado por el castigo, como lo describe en sus trabajos de investigación el sociólogo mexicano Roberto Castro. Indudablemente, estos modelos de transmisión del conocimiento tienen un impacto en el futuro ejercicio del oficio tanto de la partería como de la medicina. Es diferente honrar a tus maestros desde la gratitud y el respeto, que honrarlos desde el miedo.

A través de este camino concluí que la humanización en la atención del parto es un concepto que nos atraviesa en nuestro propio ser, sin embargo, debe abarcar también la etapa de la preconcepción, el posparto y la lactancia; que el duelo perinatal tenga un enfoque de derechos, diferencial y de género. La atención humanizada del parto busca promover y proteger la fisiología y la capacidad natural que mamá y bebé tienen para parir y nacer, y este tipo de atención entiende, asimismo, que los conocimientos en torno al parto se nutren de un modelo circular, el cual entrelaza la sabiduría instintiva de las mujeres frente al parto, los saberes de la partería ancestral, el modelo biomédico, la partería profesional o matronería, la enfermería y la medicina basada en la evidencia. Todos estos saberes tienen muchos aspectos en común y enfoques diferenciales, y deben ser la base de la atención humanizada del parto en cualquier contexto. Recientemente, la Iniciativa Internacional del Parto (ICI), liderada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), y otras organizaciones internacionales en sus 12 pasos recomiendan implementar el modelo de la partería en la atención al parto, así como garantizar las condiciones laborales adecuadas del talento humano de la salud, entre otras.

Por último, actualmente algunos países de Latinoamérica cuentan con una nueva dimensión en la atención del parto: la legislativa. Brasil, Argentina y recientemente Colombia (Ley 2244 de 2022) han canalizado las voces y el sentir de las mujeres y de muchos de los profesionales de la salud que promovemos el parto humanizado, a través de leyes en torno al derecho a vivir una experiencia de parto digna, respetada y segura, como lo ha promovido la OMS desde 1985 en la Declaración de Fortaleza, en Brasil. Estas leyes han ayudado a dar mayor visibilidad y foco a la creciente necesidad que tenemos como humanidad de construir mejores sociedades desde su base fundamental: el nacimiento, entendiendo que se necesitan esfuerzos conjuntos desde las políticas públicas, los sistemas de salud, la academia y la sociedad misma para que la atención humanizada del parto “sea un

derecho y no un privilegio”, sin olvidar que desde la legislación es necesario contemplar el derecho que tiene el talento humano en salud, y las y los parteros a tener condiciones dignas en el ejercicio de su oficio.

Por todos estos aspectos y reflexiones, esta maravillosa obra elaborada por la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la Universidad Nacional Autónoma de México se convierte en sí misma en un documento de referencia y en una estrategia de gran valor para la implementación de la atención humanizada del parto y de la etapa perinatal en toda la región. Me siento honrada por plasmar estas letras. Enhorabuena por su excelente trabajo.



# PREFACIO

ROSA AMARILIS ZÁRATE GRAJALES  
GUSTAVO NIGENDA

En las dos últimas décadas, la sociedad mexicana ha tenido acceso a información proveniente de diversos estudios académicos que ponen en evidencia la existencia de una forma patologizante de atención obstétrica en el sistema de salud mexicano. El desprecio a los derechos de las mujeres y la falta de empatía sobre su universo emocional han llevado al sistema a generar altos niveles de operaciones cesáreas innecesarias, episiotomías de rutina y otras intervenciones denigrantes del cuerpo y la emocionalidad de las mujeres, justificadas con base en “conocimientos” de escaso rigor científico.

Desafortunadamente, cuando se hace un enfoque a las condiciones de la atención obstétrica en el país, se encuentra el mismo escenario una y otra vez. Apoyamos el esfuerzo de los investigadores interesados en detallar las características de este drama cotidiano, el cual ha sido normalizado por las propias instituciones y los prestadores de la atención, incluido el personal médico y de enfermería, principalmente.

Sin embargo, la presente obra busca proyectar una mirada distinta pero complementaria. Nos enfocamos en coleccionar historias de éxito potencial en la atención obstétrica a partir de la operación de modelos de parto humanizado/respetado, que buscan ofrecer una opción a las mujeres mexicanas donde sus derechos sean respetados, y a su vez obtengan apoyo empático y tengan un proceso y resultado satisfactorios.

Las experiencias expuestas son variadas porque relatan el desarrollo en la formación de personal de partería y enfermería obstétrica, así como la forma en la que estos profesionales son incorporados a los modelos de atención. Las experiencias de atención humanizada/respetada en el país son escasas, no obstante, los lectores podrán conocerlas y evaluar el potencial que tienen al garantizar una atención de calidad y satisfactoria. También presentamos planteamientos de áreas del gobierno que promueven este tipo de atención, así como la de agencias internacionales que muestran compromiso por la expansión de estos modelos.

Asimismo, nuestra intención es aportar en la identificación de evidencias que permitan a corto plazo una transformación de la atención obstétrica del país, en donde las instituciones públicas jueguen un papel relevante en el diseño de modelos y políticas, y a la cual se sumen otros actores interesados: agencias internacionales, instituciones formadoras, organizaciones no gubernamentales y población.

Finalmente, queremos agradecer a todas las personas que aportaron su tiempo y capacidad para conformar los capítulos de esta obra, pues sabemos el gran esfuerzo que representó.

Esperamos que el presente libro haga justicia al esfuerzo por impulsar una atención del parto digna y libre de riesgo en beneficio de las mujeres mexicanas.

# INTRODUCCIÓN

PATRICIA ARISTIZABAL HOYOS

LISETHE JIMÉNEZ SANTIAGO

## Antecedentes del modelo de parto respetado

En 2018 se reportaron 140 millones de nacimientos en el mundo. (1) A pesar de que la atención de partos por personal sanitario capacitado pasó de 58 a 81% entre 1990 y 2019, las defunciones maternas en 2018 ocuparon el segundo lugar de las causas de mortalidad de mujeres en edad fecunda en países en desarrollo. (2) La agenda del desarrollo sostenible estableció como meta para 2030 alcanzar bienestar, salud y reducir la mortalidad materna a menos de 70 muertes por 100 000 nacidos vivos. (3) El proceso de atención a la salud de las mujeres durante el embarazo parto y puerperio debería ser una experiencia positiva que asegure un pleno potencial de salud y bienestar para el binomio. (4) A pesar de las múltiples medidas implementadas, continúan los retos en la atención de la salud materna, y uno de los principales es contar con personal suficiente, que cuente con altos niveles de capacitación y habilidades técnicas. Un reto adicional es lograr marcos regulatorios claros que favorezcan la atención segura y efectiva de las mujeres, los recién nacidos y las familias.

Cada vez es más común la formación de personal de enfermería y partería, para la atención de necesidades y demandas de salud materna y neonatal en espacios donde el personal de medicina es escaso y el acceso a servicios especializados es limitado. Aun así, la alerta sobre la escasez de parteras en el mundo continúa, y para 2021 se calculó en 900 000. (5) El estudio del personal de partería profesional ha sido de



interés, entre otras cosas, por señalar que las muertes podrían evitarse si este personal cubriera intervenciones de salud materna en al menos 88 países con mayor mortalidad registrada. Nove *et al.* estimaron que, con relación a la cobertura en 2020, las muertes maternas se reducirían en 41%, las neonatales en 39% y las de mortinatos en 26%, lo que representa 2.2 millones de muertes evitables para 2035. (6)

Las estrategias internacionales derivadas de compromisos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) han sido ubicadas y desarrolladas al interior de los países de diversas maneras. La estrategia de parto humanizado o respetado se ha impulsado decisivamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) a partir de reconocer que el parto medicalizado tradicional muestra importantes limitaciones en su capacidad de entender el proceso de manera integral considerando elementos clínicos, técnicos, sociales y emocionales de la atención. Además, de acuerdo con lo planteado por estas organizaciones, el modelo de parto humanizado/respetado requiere de la participación masiva de personal de enfermería y su colaboración con personal de medicina. Por ejemplo, en países como Estados Unidos, Inglaterra y Australia existe un reconocido liderazgo por el personal de enfermería y partería en la atención de partos y en el seguimiento de la mujer y el recién nacido (7, 8, 9, 10). En países de América Latina se ha impulsado nueva normatividad para el desarrollo de modelos de parto respetado/humanizado (11, 12, 13, 14), que busca disminuir las brechas en la atención y aumentar la demanda de atención de parto de bajo riesgo por personal no médico, lo que ofrece a los sistemas de salud beneficios como la redistribución de tareas entre el personal, mayor uso de los recursos disponibles, aumento de la demanda y disminución de complicaciones y muertes.

El modelo de parto humanizado se ha planteado como alternativa al modelo medicalizado institucional, en el que se aborda la resolución del embarazo de una forma estructurada, organizada y protocolizada con base en las necesidades de la unidad hospitalaria más que en las

necesidades de la madre y la persona recién nacida. En 2018 la OMS publicó las recomendaciones dirigidas a los cuidados durante el parto, para tener una experiencia de parto positiva (15) y con la finalidad de reducir las complicaciones tanto en las mujeres como en los recién nacidos y así generar un potencial de salud y vida. El parto humanizado se ejecuta cuando se posiciona a la mujer gestante en el centro de atención, se plantea su derecho a decidir sobre las acciones llevadas a cabo durante el proceso. Además, cuando la atención del binomio se brinda con las mejores intervenciones, basadas en la evidencia y el uso racional de medicamentos y de tecnología. Los esfuerzos de los países por disminuir las muertes maternas, ofrecer mejores servicios y atender necesidades de manera efectiva deben mantenerse. La generación de evidencia que oriente nuevas decisiones de salud debe ser compromiso de todos.

Desde el punto de vista de las usuarias y sus familias, los beneficios de contar con personal disponible y con alto entrenamiento en el primer nivel de atención se reflejan en la satisfacción percibida por los servicios recibidos a partir de la disminución de barreras de acceso, el trato respetuoso, la participación de las mujeres en las decisiones del parto, el acompañamiento de la familia, entre otros. (15)

En la mayor parte de los sistemas de salud de países de ingresos bajos y medios, el cambio hacia un modelo que ubique en el centro de los procesos de la atención a las mujeres, sus necesidades y sus derechos es todavía un reto. (16) Los obstáculos de este proceso son multidimensionales e incluyen elementos financieros, de prestigio profesional, de sesgos interpretativos de la evidencia científica y de los modelos gerenciales productivistas, entre otros. Por lo tanto, es importante que el conocimiento sobre los modelos de parto humanizado/respetado se expanda tanto entre profesionales, gerentes, tomadores de decisiones, como entre la población usuaria para acelerar el cambio. El conocimiento debe estar basado en el análisis riguroso del proceso, sus avances y sus desafíos, así como en la generación de evidencia sobre las ventajas de los modelos humanizados/respetados.

## La salud materna en México

En relación con la muerte materna, la pandemia por COVID-19 representó un retroceso en los progresos obtenidos en las dos décadas anteriores. (17) Las barreras de acceso se acentuaron y las muertes maternas alcanzaron una Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 46.6 en la semana 53 de 2020 y de 53.1 en la semana 52 de 2021. El aumento en 2020 representó el 37.1% en comparación con la misma semana de 2019. (18, 19). Asimismo, el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario especializado paso de 95.2 % en 2019 a 93.1 % en 2020. Este indicador en el estado de Chiapas, uno de los estados más pobres del país, pasó de 63.6 a 52.2 %. (20) Es claro que se requieren esfuerzos sostenidos que deriven en respuestas certeras, sin embargo, el reto que representa la prevención y la atención de la morbilidad y la mortalidad maternas debe alinearse con el desempeño de otros sistemas como el educativo, económico, político y social. Además, debe presentar características de equidad, calidad de atención, disminución de gasto de bolsillo y de barreras de acceso, atención personalizada cálida, segura y competente, de lo contrario, las políticas generadas seguirán siendo insuficientes para alcanzar las metas propuestas y establecer modelos cercanos a las necesidades de las poblaciones.

Asimismo, es cierto que la morbimortalidad materna es multifactorial, que representa un indicador sensible de inequidad y que la responsabilidad de su identificación y contención es compartida. (21) Un reto adicional al que se enfrenta el país es el de su gran diversidad y las brechas que esto representa en diferentes dimensiones. Por ejemplo, de los 126 millones de habitantes reportados en 2020, (22) el 21.4% residía en zonas rurales, y de este porcentaje, el 50.3% eran mujeres. En 2020, las entidades que presentaron mayor número de mujeres en zonas rurales fueron Oaxaca (50.1%), Chiapas (50.0%), Hidalgo (42.4%), Tabasco (40.7%) y Guerrero (39.8%). (23) Durante el mismo año, el promedio de hijas e hijos a nivel nacional varió con relación al nivel de escolaridad. Las mujeres con primaria incompleta

o sin escolaridad reportaron 2.9 hijos en promedio, mientras que las que cursaron educación media superior o superior, reportaron un promedio de 1.0 hija o hijo. (23)

Los mayores índices de baja escolaridad están en Chiapas (7.8), Oaxaca (8.1) y Guerrero (8.4). Estos datos evidencian mayores demandas de atención en salud reproductiva y necesidad de recurso humano capacitado para las mujeres que residen en las zonas mencionadas. Las desigualdades se ven acentuadas en los estados con mayor marginación y baja escolaridad. (21) Es imperativo pasar de un enfoque de riesgo a un enfoque de educación y de derechos, para ello, la diversificación de prestadores de servicios, la inclusión de personal no médico en la atención y la participación protagónica de las mujeres y sus familias es determinante para visualizar cambios positivos y sostenidos en el tiempo.

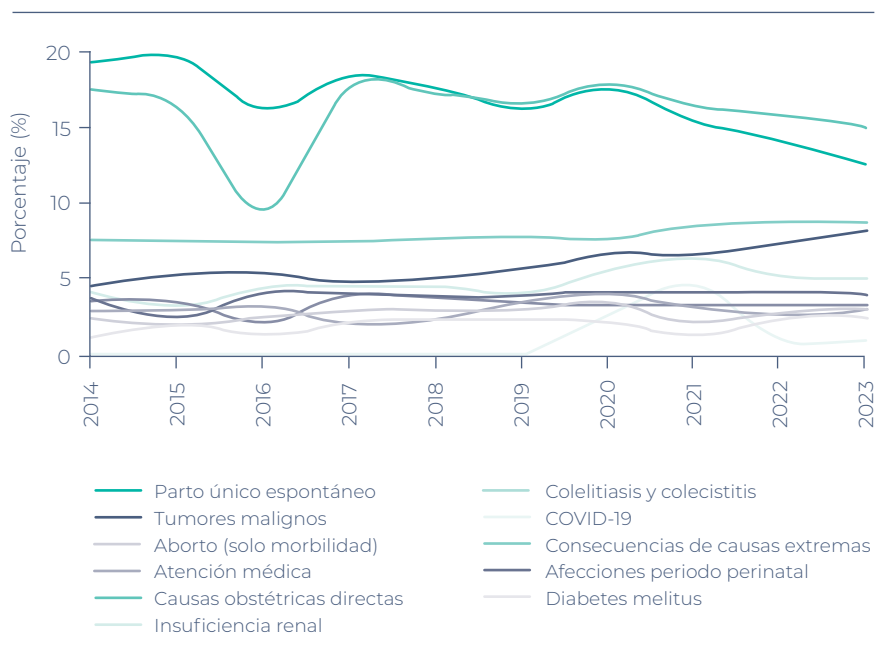
## Atención a la salud materna en México

La inversión pública en salud de México continúa siendo una de las más bajas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), según el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP). Dicha inversión alcanzó el 2.93% del Producto Interno Bruto (PIB) en 2022. Para el mismo año, el gasto de bolsillo registrado en el país fue de 38.8%, (19) uno de los más altos de América Latina. Por otro lado, entre 2018 y 2020 la población que presentó carencia de acceso a los servicios de salud aumentó de 16.2% a 28.2%, (24) y el número de personal de medicina y enfermería por cada 1000 habitantes, se redujo de 2.2 a 2.0 y de 2.6 a 2.4 respectivamente. (19) Lo anterior refleja que los esfuerzos realizados hasta el momento continúan siendo insuficientes para atender la creciente demanda de atención materna y perinatal.

Por otro lado, según datos de la Estadística de Salud en Establecimientos Particulares, (25) en 2021 la atención del embarazo, parto

y puerperio ocupó los primeros lugares de los egresos hospitalarios en estos establecimientos de México. Asimismo, la Estadística de Nacimientos de 2022 reportó que, del total de partos registrados, el 88.4% se atendió en hospitales y clínicas, sólo el 5.1% fue atendido por personal de enfermería y de partería. (26) Asimismo, los egresos hospitalarios en la Secretaría de Salud relacionados con causas obstétricas directas y atención de partos suman alrededor del 30% del total de egresos, en los últimos 9 años (figura 1). Los datos reflejan que la atención del embarazo, parto y puerperio continúa siendo una causa de alta demanda en las instituciones de salud públicas y privadas, y que de utilizar los recursos humanos y de infraestructura disponibles (personal de enfermería y partería, unidades de primer

**FIGURA 1.** Diez principales causas de egresos hospitalarios por porcentaje del total



Fuente: Secretaría de Salud 2014-2021

nivel de atención), estos costos se reducirían, y los hospitales y clínicas tendrían mayor disponibilidad para la atención de otras morbilidades, lo que podría aumentar la eficiencia del sistema y, a través de modelos de parto humanizado, lograr mejoras en la salud y en los niveles de satisfacción.

Otro aspecto de gran preocupación es la violencia obstétrica registrada, la cual se encuentra íntimamente asociada con el modelo de parto medicalizado institucional. (27) Durante 2016 y 2021, el 31.4 % de las mujeres entre 15 y 49 años que tuvieron parto o cesárea, declaró haber sufrido maltrato por parte del personal de salud que las atendió. El tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico, el físico y el ejercido por tratamientos médicos no autorizados. Las situaciones de maltrato que más se presentaron fueron los gritos y regaños, la presión para aceptar un dispositivo o método anticonceptivo definitivo, ignorar a las mujeres que no autorizaron la realización de una cesárea, omitir información, tiempo de atención prolongado, posiciones incómodas, frases ofensivas, humillantes y denigrantes. (28)

La atención del parto humanizado/respetado por personal de partería ofrece una alternativa real, económica, satisfactoria y segura para las mujeres y sus familias, por ello la importancia de que existan espacios de atención con modelos humanizados/respetados en los primeros niveles de atención, al alcance de las poblaciones más vulnerables.

## Papel del profesional de enfermería y partería en la atención materna

En México desde 1968 se educan enfermeras obstetras a nivel licenciatura, las cuales tienen formación diferenciada de las licenciadas en enfermería. (29) Esta formación se enfoca en la atención de la salud materna y perinatal en condición de normalidad y de bajo riesgo. Por mucho tiempo este personal ha sido subutilizado a través de la inte-

gración al sistema de salud para realizar funciones que no necesariamente corresponden a las de obstetricia y, por el contrario, se les ha ubicado en diversidad de servicios sin considerar su formación base.

Por otro lado, se ha referido la necesidad de movilizar personal capacitado en atención materna, que ofrezca los servicios en zonas rurales y peri-urbanas en donde las poblaciones más vulnerables presentan barreras de acceso a la atención en salud. Es común ver que en los lugares apartados existe personal de partería tradicional que, en muchos casos, es la única opción para la atención de problemáticas derivadas de las brechas en atención materna. Como se observa, existen variedad de proveedores en la prestación de servicios de salud materna, sin embargo, la manera en que se han articulado no parece ser la que ofrece soluciones efectivas. Por un lado, existe personal con formación ubicado de forma errónea donde no puede desempeñar funciones para las cuales fue entrenado; por otro lado, existe personal especializado, desprovisto de apoyo (insumos, respaldo institucional) con el cual sería beneficioso vincularse para lograr estructuras sólidas, con diversidad de actores (30, 31).

Para mayo de 2023 el Sistema de Información y Administración de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE) reportó 22,434 enfermeras/os obstetras, insertas laboralmente en el sistema de salud. A pesar de que no es posible calcular el subregistro de la fuente, si se suma a este número el de las parteras tradicionales, es posible inferir que el país cuenta con un contingente suficiente para iniciar decididamente un modelo de servicios básicos de atención de salud materna y perinatal al menos en los estados más desfavorecidos y afectados. Los servicios de salud materna deben romper con la idea de que la mejor atención se obtiene en los hospitales, para fortalecer el papel de las unidades primarias. Existe evidencia de que esto es posible, (4) particularmente cuando se atienden casos de bajo riesgo obstétrico. Vale la pena unir esfuerzos entre personal de enfermería, partería profesional y tradicional, personal de medicina, promotores de salud, comunidad y familia, para lograr mejores resultados. Contar con el

recurso humano es un avance importante que vale la pena valorar y aprovechar. Estas decisiones no pueden quedarse en aspiraciones, es preciso escalar hacia políticas integrativas e integradoras que equilibren las fuerzas.

### ¿Por qué un concentrado de modelos de parto humanizado/respetado en el país?

La literatura ha demostrado la constante preocupación por algunos procesos de atención que han sido subvalorados y, con ellos, las y los usuarios de estos servicios. (32) Sin duda, un proceso destacado es el de la atención materna, el cual está alineado a estrategias internacionales como los ODS, a partir de los cuales se han comprometido diversos países, incluido México. (33)

Dichos compromisos se ven reflejados en la búsqueda de resultados favorables, a través de la promoción del liderazgo de los sistemas de salud durante la prestación. A pesar de estos esfuerzos, la violencia obstétrica continúa reproduciéndose de múltiples maneras, y con ella el retroceso en la salud de mujeres que han sido revictimizadas por su condición social, étnica, etaria, entre otras. (34)

Las respuestas a estas estrategias internacionales son diversas, han pasado de la indiferencia a la generación de alternativas locales que propician la vinculación de las propias mujeres a los procesos de atención. Por un lado, prevalece el *statu quo*; por otro, se evidencian movilizaciones y pronunciamientos de prestadores de servicios, organizaciones civiles y de las propias mujeres, con el fin de promover el parto como un proceso fisiológico que representa una experiencia única para quien lo vive, y de poner al centro del proceso a las mujeres, sus hijas e hijos y sus familias. Esto implica ubicar al sistema y sus componentes como facilitadores del proceso, capaces de garantizar resultados satisfactorios traducidos en partos vaginales en su mayoría (sin complicaciones, o con complicaciones menores), en recién



nacidos sanos, valorados adecuadamente, en familias satisfechas con la atención y confiadas con los servicios recibidos.

Las descripciones anteriores, en principio, pueden parecer utópicas, sin embargo, no sería posible pensar en estas opciones si no existieran ya modelos que operan bajo lógicas similares a las descritas y con resultados satisfactorios visibles. Algunos de estos modelos son presentados en este libro y su recopilación podrá representar un hito en la atención materna en México al igual que el inicio de un esfuerzo conjunto para buscar su replicación en el país y en la región. Sirva este esfuerzo para ofrecer una voz de apoyo a las mujeres que desean tener un parto respetado bajo una experiencia de satisfacción única, que sea grata de recordar.

El presente libro está dividido en 10 secciones. Inicia con los esfuerzos internacionales orientados a mejorar la calidad de la atención materna a través de estrategias y alianzas para el impulso de la partería. Contiene, además, dos secciones orientadas a la formación de recurso humano en enfermería y partería, además de los retos y contribuciones de las instituciones de salud en la formación de este personal.

La riqueza de este libro se centra en describir cinco experiencias de modelos de parto respetado liderados por personal no médico, que incluye, personal de enfermería y obstetricia, de enfermería y perinatología y personal de partería. Los modelos que se presentan están ubicados en Ciudad de México, Tlaxcala, Quintana Roo y Chiapas. La gran mayoría de estos modelos están implementados en el primer nivel de atención, e incluyen aspectos de ejecución, logros, retos, obstáculos presentados, entre otros. Finalmente, se integra el proyecto prioritario “entornos habilitantes para una experiencia positiva en la atención integral a la salud materna y perinatal”, los puntos clave para su operación, estrategias de monitoreo y seguimiento a la gestión, entre otros.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud, *Las medidas de apoyo individualizadas son fundamentales para una experiencia positiva del parto*. Comunicado de prensa, Ginebra, 2018 (mayo 2023). Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/15-02-2018-individualized-supportive-care-key-to-positive-childbirth-experience-says-who>
- (2) Organización Mundial de la Salud, *Salud de la mujer*, 2018 (mayo 2023). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- (3) Organización Mundial de la Salud, *World Health Statistics 2023: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*, Ginebra, 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (4) Organización Mundial de la Salud, *Salud materna, 2023* (mayo 2023). Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health#tab=tab_1)
- (5) United Nations Population Fund, International Confederation of Midwives, World Health Organization, *The state of the World's Midwifery 2021*, Nueva York, 2021. Disponible en [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ENv4302_0.pdf)
- (6) Nove, A., Friberg, I. K., Bernis, L., McConville, F., Moran, A. C., Najjemba, M., Hoope-Bender, P., Tracy, S., Homer, C. S. E., *Potential impact of midwives in preventing and reducing maternal and neonatal mortality and stillbirths: a Lives Saved Tool modelling study*, *Lancet Glob Health*, 2021, 9, e24-32.
- (7) Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., Kinnear, A., Roberts, M., Gomes, S., Fusté, J., Ortún Rubio, V., *La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)*. *Matronas profesión*, 2014, 15(2), 62-70.
- (8) O'Dwyer, P., *Public health nurses' contribution to maternal and infant health in Ireland*, *Community practitioner: the journal of the Community Practitioners & Health Visitors Association*, 2009, 05, 82(5), 24-

27.

- (9) Kneller, M., Pituskin, E., Tegg, N. L., Norris, C. M., “Rural prenatal care by Nurse Practitioners: A Narrative Review”, *Women’s health reports*, Nueva Rochela, 2023, 4(1), 262-270.
- (10) Demis, A., Nigatu, R., Assefa, D., Gedefaw, G., “Maternal satisfaction with intrapartum nursing care and its associated factors among mothers who gave birth in public hospitals of North Wollo zone, northeast Ethiopia: institution-based cross-sectional study”, *Journal of Pregnancy*, 2020, abril 27, 2020.
- (11) Palma, E. M., *Parto humanizado*, Acta Médica Costarricense, 2020, 62(2), 52-53.
- (12) Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, *Ley 25929 parto humanizado*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2018.
- (13) Barcellos, R. C., “Políticas de salud, confianza y afecto en las narrativas de parto”, *Sex Salud Soc*, 2022, (38), 1-21.
- (14) Ley 2244 del 11 de julio de 2022. Por medio de la cual se reconocen los derechos de la mujer en embarazo, trabajo de parto, parto y pos parto y se dictan otras disposiciones o “ley de parto digno, respetado y humanizado”, República de Colombia, 2022. Disponible en: <https://scare.org.co/wp-content/uploads/LEY-2244-DE-11-DE-JULIO-DE-2022.pdf>
- (15) Organización Panamericana de la Salud, *Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, Washington, D. C., 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (16) Torres, I. L y, Herrera, R. D., “Estrategias de Atención Primaria en salud en cinco países latinoamericanos”, *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 2021, 40(7), 711-21.
- (17) Castro, A., “Maternal and child mortality worsens in Latin America and the Caribbean”, *The Lancet*, 2020, noviembre 14, 396 (10262), e85. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/informes-semanales-para-la-vigilancia-epidemiologica-de-muertes-maternas-2022>
- (18) Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*, México, Secretaría de Salud, 2020.

- Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT\\_2020\\_SE53.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604103/MMAT_2020_SE53.pdf)
- (19) Dirección General de Epidemiología, *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna*, México, Secretaría de Salud, 2021. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM\\_2021\\_SE52.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/690500/MM_2021_SE52.pdf)
  - (20) Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, *Gasto en salud y objetivos de desarrollo sostenible (ods)*, México, 2021. Disponible en: <https://ciep.mx/wp-content/uploads/2022/10/Gasto-en-Salud-y-Objetivos-de-Desarrollo-Sostenible.pdf>
  - (21) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Estrategia Integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*, México, Secretaría de Salud, 2011.
  - (22) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Principales resultados Censo de Población y Vivienda (2020). Estados Unidos Mexicanos*, INEGI, 2022. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva\\_estruc/702825198060.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825198060.pdf)
  - (23) Consejo Nacional de Población, *Día Internacional de las Mujeres Rurales*, Gobierno de México, 2022 (citado el 19 de septiembre de 2023). Disponible en: <https://www.gob.mx/conapo/articulos/dia-internacional-de-las-mujeres-rurales-317142>
  - (24) CONEVAL, Dirección de Información y Comunicación Social, Org.mx. (citado el 15 de julio de 2022). Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO\\_009\\_MEDICION\\_POBREZA\\_2020.pdf](https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_009_MEDICION_POBREZA_2020.pdf)
  - (25) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Comunicado de prensa núm. 475/22. Estadísticas de salud en establecimientos particulares 2021*, México, 23 de agosto de 2022, 1-36. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/ESEP/ESEP2021.pdf>
  - (26) Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), *Comunicado de prensa núm. 552/22. Estadísticas de nacimientos registrados 2021*, México,

- 21 de septiembre de 2022, 1-20. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/NR/NR2021.pdf>
- (27) Sesia, P., “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”, en Arakaki, J., Martinovich, V., Montoya, J., *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Buenos Aires, EDUNLa Cooperativa, 2020, p. 206.
- (28) Instituto Nacional de Estadística y Geografía, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH 2021. Principales resultados, 2022*. Disponible en: [https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021\\_presentacion\\_ejecutiva.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2021/doc/endireh2021_presentacion_ejecutiva.pdf)
- (29) Facultad de Enfermería y Obstetricia, *Nuestra historia*, UNAM, 2021 (mayo 2023). Disponible en: <https://web.eneo.unam.mx/orienta/index.php/2019/04/19/getting-painted-by-beautiful-hand/#:~:text=Se%20estructura%20el%20Plan%20de,Licenciatura%20en%20Enfermería%20y%20Obstetricia>
- (30) Salvador, I., Pérez, J., Parra, N., Mendoza, G. y Almonte, M., *Procedimientos realizados por parteras para la atención de embarazos de riesgo en una comunidad indígena de Amixtlán (México)*, Granada, Index Enferm, 2021 (citado el 19 de septiembre de 2023), 30(3),193-197. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200009&lng=es)
- (31) Chávez, M., Romero, I. y Negrete, V., “La partería, una acción perinatal emergente en tiempos de COVID-19”, *Rev CONAMED*, 2022, 27(1), 36-40, doi:10.35366/104651.
- (32) Ortiz, E. R. M., Muñoz, J. S. y Torres, C. E., “Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo”, *Rev. Esp. Salud Pública*, México, 2004, 78(4), 527-537. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000400010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400010&lng=es)
- (33) Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, 7 de abril de 2016.
- (34) Tinoco, Z. M., “Propuesta para la prevención y atención de violencia institucional en la atención obstétrica en México”, *Revista CONAMED*, 2016, 21, 48-54.

# Hacia la equidad en salud de las mujeres: impulso de la partería profesional en el mundo y en México

ELSA SANTOS PRUNEDA

## Partería profesional en el ámbito internacional

a) Derecho a la salud de las mujeres: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad

El marco conceptual del impulso de la partería profesional tiene como base el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud, para ello, el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas definió cuatro dimensiones para garantizar el ejercicio del derecho a la salud:

*Disponibilidad.* Todas las personas tienen derecho a contar con servicios de salud cuando los requieran. En términos de la partería profesional se trabaja en la formación de parteras profesionales competentes y se aboga para que las parteras profesionales sean contratadas en el sistema de salud.

*Accesibilidad.* Todas las personas tienen derecho a servicios de salud accesibles en términos geográficos, culturales, económicos entre otros aspectos. Para poder otorgar servicios de partería profesional

en primer y segundo nivel de atención, se fortalecen las redes integradas de servicios de salud con servicios de calidad.

*Aceptabilidad.* Todas las personas tienen derecho a los servicios de salud que sean aceptables para las necesidades de cada persona. Por ello, se requieren entornos habilitantes para la práctica de la partería y se refuerza el reconocimiento social de las parteras profesionales como personal de salud especialista en la salud de las mujeres.

*Calidad.* Todas las personas tienen derecho a la más alta calidad de servicios de salud. Para ello, se fortalecen las capacidades y competencias del modelo de partería y se promueve el monitoreo continuo de la calidad de los servicios.

## b) Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la partería profesional

Incrementar el número de profesionales con competencias de partería en el continuo de la atención de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal; promover el empoderamiento de mujeres en torno a su salud y organizar servicios con las mujeres en el centro de la atención son acciones clave que ayudarán a cumplir con la Agenda de Desarrollo Sostenible:

*ODS 3 Salud y bienestar:* Las parteras son el personal de salud idóneo para alcanzar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para 2030. Las parteras construyen un vínculo con las mujeres y sus familias, para ofrecer información, servicios y respaldo en la prevención del embarazo adolescente, la anticoncepción y la planificación familiar, el riesgo pregestacional, el embarazo, la educación perinatal, el parto, el puerperio y la atención al recién nacido.

*ODS 4 Educación de calidad.* Es necesario invertir en el acceso igualitario a la educación en partería, de acuerdo con las normas y competencias de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés). Las parteras profesionales no sólo tendrían una mayor satisfacción en su desarrollo profesional, sino que las familias tendrían acceso a una atención sexual y reproductiva profesional, con pertinencia cultural.

*ODS 5 Igualdad de género.* La gran mayoría de las parteras en México y en el mundo son mujeres, por lo que es imperativo avanzar hacia políticas transformadoras desde el punto de vista del género. Las desigualdades de género obstaculizan el trabajo en equipo, el respeto mutuo, la falta de oportunidades y de reconocimiento.

*ODS 8 Trabajo decente y crecimiento económico.* Es fundamental garantizar el acceso a un trabajo decente sin estigmatización, violencia, ni discriminación. Lograr un empleo de calidad para las parteras, promueve la igualdad de género y beneficia a todas las partes: las parteras, las mujeres sus bebés y sus familias. Lo anterior se logra mediante el reconocimiento profesional y social, la distribución del trabajo de acuerdo a las competencias y la recompensa equitativa del trabajo realizado.

Si las parteras tienen el respaldo para ejercer plenamente su ámbito de práctica, como profesionales autónomas y principales responsables de organizar y brindar cuidados a las mujeres en el continuo de la atención en salud sexual, reproductiva, materna y neonatal, los sistemas de atención primaria se refuerzan consecuentemente y las familias y las comunidades estarían más sanas y felices, contribuyendo así a la aspiración de “no dejar a nadie atrás”.



### c) Confederación Internacional de Matronas

La ICM es una organización global no gubernamental que representa a más de 140 asociaciones de parteras en más de 120 países, entre ellos, México donde la Asociación de Parteras Profesionales es miembro activo.

De acuerdo con la ICM, una partera es una profesional de salud que trabaja juntamente con las mujeres, para ofrecerles el acompañamiento, la atención y el consejo necesarios durante todas las etapas del curso de vida.

La atención de las parteras profesionales tiene como base las prácticas basadas en la evidencia en torno a la prevención del embarazo adolescente, la anticoncepción, el manejo de riesgo preconcepcional, el embarazo, el parto y el periodo posparto, además de prodigar cuidados a la persona recién nacida.

Las parteras profesionales trabajan en la promoción de la salud, incluyendo la educación prenatal y la preparación para la paternidad o la maternidad. También están preparadas para la detección oportuna de complicaciones y facilitan el acceso a una atención especializada cuando así se requiera.

El modelo de partería tiene como principios: justicia, igualdad y respeto por la dignidad humana. Las parteras promueven y protegen los derechos humanos con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos y con respeto a la diversidad étnica y cultural. Las parteras deben ejercer su práctica de manera autónoma de acuerdo con sus competencias y colaborar con el equipo multidisciplinario de salud para otorgar una atención integral.

El uso de las directrices, las normas y las herramientas globales de la ICM favorecen que todas las parteras reciban una formación de calidad, y que cuenten con mecanismos de regulación de su práctica y asociaciones gremiales sólidas.

## d) Equidad en salud

En México la partería es una práctica milenaria con sabiduría ancestral, sin embargo, la partería profesional es una formación universitaria nueva que tiene como base evidencia internacional que avala que si se dispone de un número suficiente de parteras profesionales, que se formen y regulen de acuerdo con las normas reconocidas internacionalmente, y si trabajan en su ámbito de competencia como parte de un equipo multidisciplinario de salud dentro de un entorno propicio, entonces las parteras profesionales podrían satisfacer alrededor del 90% de la necesidad mundial de intervenciones esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

Las parteras profesionales en su gran mayoría son mujeres que cuidan la salud de otras mujeres, defienden sus derechos y promueven su empoderamiento para tomar las decisiones en torno a su salud y la de sus familias y comunidades.

Por ello, es necesario avanzar hacia políticas transformadoras desde el punto de vista de género que exijan cambios en la organización de los servicios para crear las condiciones de trabajo óptimas para la atención de las mujeres y eliminen las diferencias de género en los puestos directivos, además de garantizar la remuneración adecuada.

En un entorno normativo y de práctica es esencial que transforme las causas de las desigualdades de género, garantice los derechos humanos, mejore el desempeño y el bienestar de las parteras profesionales. En síntesis, invertir en partería profesional tiene impacto en la reducción de las brechas de género en diversas esferas:

*De educación:* más mujeres con formación universitaria y competencias de partería profesional.

*De empleo:* más parteras profesionales contratadas con base en su formación como profesionales autónomas.

*De servicio:* más mujeres atendidas por parteras profesionales, con mejores resultados en su salud, con bebés sanos que nacen libres de

violencia, lo que conlleva a un gran impacto en el bienestar de sus familias y comunidades.

### e) El Sistema de Naciones Unidas y el impulso de la partería profesional

En las “Recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva”, de la Organización Mundial de la Salud, la recomendación 49 sobre la continuidad de la atención de partería señala: “Se recomiendan modelos de continuidad de la atención impulsada por parteras, en los cuales una partera conocida o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a la mujer a lo largo de la continuidad de los servicios de atención prenatal, posnatal y durante el parto, para las embarazadas de entornos en los que existen programas de partería eficaces” (1).

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés) es un organismo del Sistema de Naciones Unidas que trabaja por la salud sexual y reproductiva. Su misión es crear un mundo en el que todos los embarazos sean deseados, todos los partos sean seguros y todos los jóvenes desarrollen su pleno potencial.

Para garantizar que las personas puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, desde el UNFPA promovemos iniciativas para lograr tres resultados transformadores que prometen cambiar el mundo para cada hombre, mujer y joven:

1. Cero necesidades no satisfechas de planificación familiar.
2. Cero muertes maternas evitables.
3. Cero violencia y prácticas nocivas contra las mujeres.

El UNFPA sitúa a las parteras profesionales como especialistas en el cuidado de la atención en el ciclo de vida de las mujeres y aboga porque la partería sea reconocida como parte integral de las agendas

nacionales, regionales y mundiales de salud respondiendo al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

La estrategia mundial del UNFPA para el fortalecimiento de la partería se basa en la necesidad de reconocer que la inversión en partería es una forma costo-efectiva no sólo para salvar las vidas de mujeres y niños, sino también para aumentar su salud y bienestar.

Una partera competente puede proporcionar servicios integrales de salud sexual y reproductiva, promover la salud y brindar información sobre los derechos sexuales y reproductivos, a lo largo de los años, desde la adolescencia, la vida adulta y en la adultez mayor, especialmente de las mujeres.

El rol de las parteras profesionales está alineado a la Declaración de Astaná que se emitió por la Conferencia Global de Atención Primaria a la Salud en 2018, donde se recomienda a los países:

- Asegurar que las competencias en salud de los distintos niveles sean claras y complementarias, permitiendo un abordaje pertinente e intercultural de acuerdo a la diversidad de la población y velando por la reducción de inequidades.
- Impulsar Redes Integradas de Servicios de Salud, con un primer nivel de atención resolutivo, apoyado por servicios de hospitales para garantizar a todas y todos, acceso real a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.
- Diseñar e implementar políticas de recursos humanos dirigidas a asegurar la dotación y las competencias de personal de salud para satisfacer las necesidades de salud de la población y facilitar su involucramiento en los procesos de transformación del sistema de salud con base en un modelo de atención primaria a la salud.

Sin embargo, el mundo no sólo se enfrenta a una aguda escasez de parteras, sino que también existen importantes lagunas en la distribución y la generación de entornos habilitantes para la práctica de la partería profesional.

## Alianzas estratégicas para el impulso de la partería profesional en México

### Ejes de colaboración de la alianza de la Fundación Jonhson & Jonhson con el Fondo de Población de las Naciones Unidas

Las alianzas estratégicas son los mecanismos más efectivos para incrementar la visibilidad, llegar a un mayor número de usuarios potenciales y construir rápidamente confianza y credibilidad, para lograr los compromisos y los objetivos comunes.

La estrategia del impulso de la partería profesional en el marco de la alianza entre la J&J/UNFPA inició en 2017 y sus líneas de acción se centran en tres pilares:

- Incremento del número de parteras profesionales competentes mediante el fortalecimiento institucional de los espacios de formación.
- Instalación del modelo de partería en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal para el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.
- Promoción del reconocimiento social de las parteras y la regulación de su práctica.

Ambas instituciones están convencidas de que el mejoramiento de los servicios de partería contribuye a reducir la morbilidad materna y perinatal, con un enfoque de interculturalidad, priorizando grupos de alta marginación y de riesgo. Nuestra alianza permite el desarrollo de acciones globales, regionales y locales para mejorar la salud de las mujeres, sus bebés, sus familias y comunidades.

La alianza entre UNFPA y J&J es muy sólida y productiva y trabaja para el logro de los objetivos comunes con los principios de confianza y compromiso y operando en un marco de gerencia basada en resultados. Esta alianza permite:

- Compartir aprendizajes y buenas prácticas que inspiran innovaciones en los proyectos conjuntos.
- Mejorar las metodologías de trabajo.
- Fortalecer capacidades para obtener resultados de alta calidad.
- Acelerar el avance hacia el acceso universal a los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal.

Se ha trabajado en mejorar la educación de partería mediante:

- Impulso de nuevas carreras profesionales de entrada directa a partería.
- Fortalecimiento institucional de planteles educativos de todos los caminos de formación para partería profesional (licenciaturas en partería profesional, enfermería obstétrica, enfermería perinatal).
- Alineación del plan de estudios con los estándares internacionales de la ICM.
- Mejoramiento de las competencias de la planta docente.
- Facilitación del diálogo entre instituciones educativas y de salud para contar con campos clínicos para la práctica y la disponibilidad para realizar el servicio social.
- Promoción de opciones de progresión profesional a través de la educación continua.

Asimismo, reforzar la regulación con el reconocimiento de la partería profesional por medio de leyes, programas nacionales, normas y guías de práctica clínica, para favorecer la práctica autónoma de las parteras, respaldadas con manuales de organización y procedimientos con enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos.

Abogar para que las políticas, estrategias y planes tomen en cuenta la contratación y retención de las parteras en el sistema de salud, con el fin de aumentar la capacidad nacional de servicios de partería profesional en los diferentes niveles de atención.

Apoyar la creación de un entorno propicio para la práctica de la partería en todos los niveles, incluidos, entre otros, estudiantes de partería, profesorado, mentorías, parteras en ejercicio, parteras en puestos de liderazgo y gestión, y las parteras que se desempeñen en investigación.

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios es fundamental para incrementar el bienestar de las mujeres y sus familias. Por ello, la alianza UNFPA-I&J ha promovido el mejoramiento de los servicios en SSRMN a través de iniciativas como la sensibilización y la capacitación del personal de salud en diferentes niveles de atención, y el monitoreo de la calidad de los servicios de SSRMN para mejorar la atención a las mujeres y sus bebés.

En el marco de esta alianza se han promovido acciones de abogacía para la inclusión de las parteras profesionales en equipos multidisciplinarios, bajo el convencimiento de que son un personal con competencias y liderazgo, y son, por lo tanto, la alternativa para hacer frente a la mortalidad materna y mejorar los servicios de SSRMN. Con la movilización para el reconocimiento social, la alianza UNFPA-I&J porta una propuesta de valor para que la vinculación con diferentes actores derive en beneficios mutuos para las partes involucradas, pero sobre todo para asegurar servicios de cuidado integral centrados en la mujer en espacios libres de discriminación.

Otra contribución de la alianza ha sido la colaboración sur-sur, mediante el impulso de la partería profesional en Argentina, Brasil, Colombia y México, realizando entre otras actividades:

- Estudios comparativos en educación y servicios de salud.
- Mesa de trabajo para la discusión entre personas expertas de los cuatro países.
- Análisis del rol de las parteras como profesionales autónomas en cada país.

## Referencia

- (1) oms. 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 en salud y bienestar. Organización Mundial de la Salud. 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1>





# La formación de parteras profesionales: la experiencia de la Universidad Tecnológica de Tulancingo

MAYRA GABRIELA ADAME SALAZAR

## La Universidad Tecnológica de Tulancingo

La Universidad Tecnológica de Tulancingo está ubicada en la ciudad de Tulancingo Hidalgo e inició actividades el 4 de septiembre de 1995. Actualmente, atiende principalmente a estudiantes de Hidalgo, Ciudad de México, Estado de México, Puebla y Veracruz. En 2007, la universidad asumió el reto de ofrecer educación superior en el municipio de Huehuetla, para atender la demanda de la región Otomí-Tepehua, considerada de muy alta marginación. Este campus universitario cuenta con la infraestructura y el equipamiento adecuados a las carreras que se imparten.

Hoy en día se imparten 12 programas educativos que atienden las necesidades del entorno económico y social, y se dividen en las áreas: Ingenierías, Ciencias de la Salud y Económico-Administrativas.

La universidad pertenece a una red de 121 universidades tecnológicas en el país, cuyo modelo educativo está basado en competencias y se distingue por ofrecer a sus estudiantes estudios intensivos cuatrimestrales, obtener una doble titulación (a nivel Técnico Superior Universitario y a nivel de Licenciatura). El proceso académico con

un 30% teórico y 70% práctico, incluye dos periodos de estadías en los sectores público y privados y, un amplio programa de movilidad internacional. Esta formación potencializa las oportunidades para incorporarse inmediatamente al campo laboral, continuar estudios de posgrado o formar su propia empresa.

De manera permanente se establecen alianzas estratégicas a través de la firma de convenios de colaboración con organizaciones para coadyuvar a la formación integral de los estudiantes y así propiciar el intercambio académico, deportivo y cultural e impulsar la investigación aplicada.

Respecto a la función de investigación, la universidad tiene cinco Cuerpos Académicos en diferentes grados de consolidación, reconocidos por el Programa para el Desarrollo Profesional Docente (PRODEP), los cuales manejan líneas de investigación, innovación y desarrollo tecnológico. Por otra parte, algunos de los profesores de tiempo completo están registrados ante el Sistema Nacional de Investigadores del Conahcyt.

Se tienen convenios de movilidad internacional con instituciones de educación superior de 11 países: Brasil, Bolivia, Canadá, Colombia, China, España, Estados Unidos, Francia, Paraguay, Perú, Portugal, que permiten a nuestros estudiantes realizar estancias académicas en el extranjero como parte de su formación profesional.

La calidad educativa es prioridad para esta institución, por lo que los Programas Educativos han sido evaluados por organismos externos que pertenecen al Consejo para la Acreditación de la Educación superior (COPAES), así como la acreditación institucional ante los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior (CIEES).

Cabe destacar que también ha logrado consolidar un Sistema de Gestión Integral en conformidad con las normas ISO 9001: 2015, de la Calidad, 14001-2015, Ambiental 45001:2018 de Seguridad y Salud en el Trabajo.

## Breve historia de la licenciatura

### Antecedentes

El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería profesional surgió a partir del momento en que se reconoció que la reducción eficaz y sostenible de la mortalidad de las madres y los recién nacidos exigía la presencia de personal de atención de salud con una amplia gama de competencias de partería (1).

El fortalecimiento de las competencias de partería es un componente esencial de los programas para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas. Por lo tanto, la iniciativa de la OMS sobre “Reducir los riesgos del embarazo” centra su propuesta, entre otras, en el fortalecimiento del sistema de salud para tener la certeza de que todas las mujeres y sus recién nacidos tengan acceso a la atención del embarazo, parto y posparto de personal con competencias obstétricas y neonatales.

La Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA-LACRO) está comprometida a acelerar los avances dirigidos a salvar las vidas de las mujeres y los recién nacidos mediante la promoción de la atención calificada durante el parto y el mejoramiento de la calidad de la atención, y trabaja para garantizar que cada mujer tenga acceso a servicios integrales y oportunos de salud sexual y reproductiva.

El fortalecimiento de la partería profesional en México, a través del acuerdo UNFPA/Fundación MacArthur, tiene como finalidad la implementación de políticas que definan un marco regulatorio, el reconocimiento y la validación de la partería profesional, integrar modelos de atención de partería dentro de los servicios de salud, fomentar la demanda por servicios de partería, formación de parteras profesionales y apoyo a las asociaciones de partería.

En 2016, el Consejo Estatal de Población (COESPO), la Secretaría de Salud de Hidalgo (SSH) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) acordaron sumar al Programa Estatal de Cooperación

de Hidalgo (PEC-H) al Proyecto de Fortalecimiento a la Partería en Hidalgo 2016-2018.

El 7 de julio de 2016 se conformó el Grupo Intersectorial de Impulso a la Partería Estatal con la participación de instituciones educativas (Universidad Intercultural del estado de Hidalgo, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y la Universidad Tecnológica de Tulancingo), Secretaría de Educación Pública del estado de Hidalgo, asociaciones civiles, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado, Consejo Estatal de Población y la Secretaría de Salud de Hidalgo con la colaboración de la Subsecretaría de Servicios de Salud y el liderazgo de la Subsecretaría de Salud Pública, con el objetivo, entre otros, de implementar espacios de formación de partería profesional en el estado de Hidalgo (2).

## Integración del programa educativo

En octubre de 2017 el Fondo de Población de las Naciones Unidas en coordinación con la Universidad Tecnológica de Tulancingo realizaron el Estudio de Factibilidad y Pertinencia, así como el Análisis Situacional del Trabajo con el fin de justificar la apertura del PE. La presentación de la propuesta de nueva oferta educativa se realizó ante la DGUTyP en noviembre de 2017 con el acompañamiento del UNFPA y la Fundación MacArthur, obteniendo la aprobación de la misma.

La primera reunión de trabajo con el personal de la Dirección General de las Universidades Tecnológicas y Politécnicas (DGUTyP) para el desarrollo curricular se llevaron a cabo del 29 de enero al 2 de febrero, obteniendo como producto la matriz de competencias de la licenciatura en Salud Reproductiva y Partería.

La segunda reunión de trabajo del Comité Académico se realiza del 9 al 13 de abril, en las instalaciones de la DGUTyP con el objetivo de desarrollar el mapa cuatrimestral de la licenciatura en Salud Repro-

ductiva y Partería con el acompañamiento de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

El día 13 de julio, el Comité Académico de la licenciatura en Salud Reproductiva y Partería se concluyó los trabajos relacionados con la elaboración de los contenidos de los Programas por Asignatura del PE.

### Opinión Técnica académica favorable

La solicitud para obtener la Opinión Técnica Académica del PE se realizó ante la Secretaría de Educación y de Salud, octubre de 2018 y el dictamen se otorgó el 3 de marzo de 2020 con resultado favorable y vigencia de 5 años.

### Apertura y seguimiento

La apertura del PE se realiza el día 3 de septiembre de 2018 con el ingreso de 75 alumnos. Todos los aspirantes realizaron el proceso de admisión que consistió en comprobar la conclusión de los estudios de bachillerato, realizar el examen de admisión, asistir a la entrevista con la coordinación del programa educativo y efectuar el curso de inducción.

Los estudiantes realizan sus prácticas clínicas en los Centros de Salud de las Jurisdicciones Sanitarias II y XII del estado de Hidalgo y del Hospital General de Tulancingo. Los estudiantes de la primera generación concluyeron su servicio social el 31 de enero de 2023.

### Convenios de colaboración

La universidad, a través de la Dirección de Vinculación y Extensión Universitaria, ha establecido convenios de colaboración con el

Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Asociación de Parteras profesionales, el Centro de Integración Juvenil Tulancingo, la Secretaría de Salud de Hidalgo, y se han iniciado los trámites con el Instituto Mexicano del Seguro Social, Fundación Mexicana para la Salud, A. C. y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

## Emprendimiento

Los docentes y los estudiantes del programa educativo desarrollaron el proyecto social “Casa de partería Tonanzin” con el fin de proporcionar a la comunidad servicios de salud sexual y salud reproductiva de alta calidad en un entorno seguro, intercultural y de respeto. Este proyecto fue presentado en el Concurso Fest South y el Encuentro de Emprendedores Creativos y resultó ser finalista en ambos.

## Investigación

Se participó en el evento organizado por el Consejo de Ciencia, Tecnología e Innovación de Hidalgo y el Instituto Tecnológico Superior del Oriente del Estado de Hidalgo, en mes de febrero de 2021 obteniendo el primer lugar en la Mesa de Investigaciones en Salud.

## Proyectos

Con el fin de impulsar la formación de recursos humanos en partería profesional a nivel licenciatura, en coordinación con el Fondo de Población de las Naciones Unidas, Johnson & Johnson y la Dirección General de Universidades Tecnológicas y Politécnicas se están realizando los trabajos para la apertura del programa educativo en cinco

universidades de la Dirección General de Universidades Tecnológicas y Politécnicas en los estados de Veracruz, Guerrero, Nayarit, Tabasco y Guanajuato.

## Plan de estudios

Desde 2009, el Modelo Educativo de las Universidades Tecnológicas está basado en competencias profesionales.

La Universidad Tecnológica de Tulancingo define a las competencias como la posesión y el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten al estudiante realizar actividades en su área profesional adaptándose a nuevas situaciones.

Una competencia profesional implica: un saber (conocimiento), un saber hacer (habilidades y destrezas) y un saber ser (actitudes), así como la valoración de las consecuencias del impacto de ese hacer en la vida (valores y convivencia).

El Modelo Educativo de la Universidad Tecnológica de Tulancingo está basado en competencias y se sustenta en los principios del ser, saber y saber hacer.

*Saber:* Es la parte cognitiva de las competencias, las asignaturas fortalecen y evalúan los conocimientos de los estudiantes.

*Hacer:* Tiene como objetivo fundamental perfeccionar las habilidades, destrezas y aptitudes de los estudiantes, se refleja en las prácticas y métodos de trabajo.

*Ser:* Está enmarcado en las capacidades emocionales del estudiante, en lo que es el desempeño en sí de sus funciones, las cuales debe aprender durante su formación.

Este modelo también se sustenta en seis atributos que caracterizan y orientan su quehacer académico: calidad educativa, pertinencia, intensidad, continuidad, polivalencia y flexibilidad.

*Calidad educativa:* Cumplimiento de los objetivos de los planes y programas de estudios, con una cultura de evaluación interna y



externa, en la que periódicamente se examinen cada uno de los elementos relacionados con el proceso educativo bajo estándares nacionales e internacionales. Dicha calidad deberá acreditarse por organismos externos reconocidos oficialmente.

*Pertinencia:* Este enfoque implica que, los planes y programas de estudios estén estructurados para trabajar en continua comunicación y retroalimentación con el entorno social y económico. Su fortaleza radica en su capacidad de vincularse.

*Intensidad:* Programas educativos de alto contenido, lo que implica una optimización de tiempo, recursos y esfuerzos a lo largo del proceso de enseñanza-aprendizaje.

*Continuidad:* Los planes y programas de estudios para nivel de TSU tienen la alternativa de continuar sus estudios con la licenciatura.

*Polivalencia:* Este enfoque significa el dominio de conocimientos y competencias comunes a varias áreas afines, con la versatilidad suficiente para adoptar nuevas tecnologías y adaptarse a distintas formas de trabajo dentro de su nivel de competencia.

*Flexibilidad:* Planes y programas de estudios que promueven la formación multidisciplinaria, la integración del aprendizaje con la aplicación pertinente del conocimiento, así como el paso fluido de los estudiantes entre distintos niveles e instituciones.

Las competencias que los estudiantes de la licenciatura en Salud Reproductiva y Partería alcanzarán en su formación profesional son de dos tipos: específicas y genéricas. Las competencias específicas son:

Competencia 1: Coordinar los servicios de salud reproductiva y partería mediante el programa de salud sexual y reproductiva, prestar el paquete garantizado de salud y equipo, administrar el instrumental y la infraestructura disponibles, así como los requerimientos de insumos y recursos, de acuerdo a la normatividad vigente, para contribuir al bienestar de las personas, familias y comunidad, además de consolidar los compromisos de salud a nivel nacional e internacional.

Competencia 2: Desarrollar un programa regional de la mujer embarazada, con base en los indicadores de salud materna y neonatal, modelo de atención obstétrica, derechos humanos, plataformas informáticas de salud a nivel regional, estatal y federal, así como la normatividad aplicable, para tratar oportunamente cualquier complicación y disminuir la morbilidad perinatal fortaleciendo la partería profesional.

Competencia 3: Dirigir estrategias nacionales e internacionales de materna, con base en el plan de acción de prevención y control de complicaciones del aborto, programa de autocuidado de la mujer, recursos disponibles y la normatividad vigente, para el fomento de estilos de vida saludables, así como la prevención de alteraciones y secuelas permanentes.

Las competencias genéricas incluyen:

Competencia 1: Plantear y solucionar problemas con base en los principios y teorías de física, química y matemáticas, a través del método científico para sustentar la toma de decisiones en los ámbitos científico y tecnológico.

Competencia 2: Actuar con valores y actitudes proactivas de excelencia en su desarrollo personal, social y organizacional, en armonía con su medio ambiente para desarrollar su potencial personal, social y organizacional.

Competencia 3: Comunicar sentimientos, pensamientos, conocimientos, experiencias, ideas, reflexiones, opiniones, a través de expresiones sencillas y de uso común, en forma productiva y receptiva en el idioma inglés de acuerdo al nivel A2, usuario básico, del Marco de Referencia Europeo para contribuir en el desempeño de sus funciones en su entorno laboral, social y personal.

Competencia 4: Comunicar sentimientos, pensamientos, conocimientos, experiencias, ideas, reflexiones y opiniones, de forma clara y detallada, sobre temas concretos y abstractos en su contexto

profesional y sociocultural, de acuerdo al nivel B2, usuario independiente, del Marco de Referencia Europeo, para fundamentar y proponer mejoras en las organizaciones y contribuir responsablemente al desarrollo sociocultural.

El mapa cuatrimestral está conformado por 10 cuatrimestres y un año de servicio social. El estudiante durante el primer cuatrimestre cursará las asignaturas en el aula y los laboratorios. Durante los cuatrimestres del segundo a noveno, los alumnos desarrollarán sus competencias en diversos espacios que incluyen los laboratorios, aulas y campos clínicos comunitarios y hospitalarios.

En el décimo cuatrimestre se fortalecerán las competencias durante 13 semanas, asistiendo en jornada laboral completa de ocho horas a las unidades de salud y realizando intervenciones de partería.

El servicio social se realiza en las unidades aplicativas del sector Salud pública asignadas por la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo.

**FIGURA 1.** Mapa curricular de la de la licenciatura en Salud Reproductiva y Partería



El mapa curricular está conformado por 62 asignaturas distribuidas en cuatro áreas de conocimiento: Formación Científica, Formación Tecnológica, Formación directiva y Lenguas, así como prácticas clínicas en espacios comunitarios y hospitalarios, con un total de 5 680 horas que corresponden a 3 660 horas en aulas y laboratorios y 2 020 horas en actividades extramuros.

La Formación tecnológica está integrada por asignaturas clínicas que se cursan en los diferentes cuatrimestres, como se observa en la tabla 2.

**TABLA 1.** Distribución de asignaturas y horas de la licenciatura en Salud Reproductiva y Partería

Área de conocimiento	Asignaturas	Horas teóricas	Horas práctica clínica		Horas totales	Porcentaje (%)
			Comunitaria	Hospitalaria		
Formación científica	17	1125				30.73
Formación tecnológica	26	1545	700	840	2085	56.96
Lenguas	11	690				18.85
Formación directiva	8	300				8.19
Estadía				480		
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>3660</b>		<b>2020</b>	<b>5680</b>	<b>100</b>

**TABLA 2.** Asignaturas clínicas de la Licenciatura de Salud Reproductiva y Partería

Cuatrimestre	Asignatura	Horas / práctica
Segundo	Clínica de atención a la niñez	175
Tercero	Clínica del adolescente	175
Cuarto	Clínica de control prenatal	175
Quinto	Clínica de atención a la mujer y al hombre	175
Sexto	Clínica de atención del parto y el puerperio	210
Septimo	Clínica del recién nacido	210
	Clínica de planificación familiar	
Octavo	Clínica del aborto	210
Noveno	Urgencias en partería	210
<b>Total</b>		<b>1540</b>

**TABLA 3.** Matrícula total por cuatrimestre de la Licenciatura de Salud Reproductiva y Partería

Cuatrimestre	Estudiantes
Primer	28
Cuarto	46
Séptimo	41
Décimo	44
Servicio social	36
<b>Total</b>	<b>195</b>

## Matrícula

El ingreso de estudiantes al programa educativo es anual, en el mes de septiembre. Actualmente, cinco generaciones conforman la matrícula, distribuida como se ve en la tabla 3.

La primera generación concluyó el servicio social el 31 de enero de 2023.

## Prospectiva de la carrera

El programa educativo tiene como visión hacia 2030 ser el referente nacional para la formación de recursos humanos de entrada directa y a nivel licenciatura mediante su replicación en otras universidades tecnológicas y politécnicas. Actualmente, la Universidad Tecnológica de Tulancingo asesora a seis universidades de los estados de Nayarit, Guanajuato, Tabasco, Guerrero, Veracruz e Hidalgo.

## Referencias:

Manual de organización de la Universidad Tecnológica de Tulancingo. [http://transparencia.utectulancingo.edu.mx/Marco-juridico/Manual\\_organizacion.pdf](http://transparencia.utectulancingo.edu.mx/Marco-juridico/Manual_organizacion.pdf) (recuperado el 11 de junio de 2024).

Programa Institucional de Desarrollo de la Universidad Tecnológica De Tulancingo. <http://transparencia.utectulancingo.edu.mx/Marco-juridico/Normatividad/pid.pdf> (recuperado el 11 de junio de 2024).



# Contribución de la enfermería universitaria al parto humanizado

ÍÑIGA PÉREZ CABRERA  
AMANDA OROZCO TAGLE  
JORGE LUIS MERLO SOLORIO  
SERGIO SESMA VÁZQUEZ  
ROSA A. ZÁRATE GRAJALES

Tanto la enfermería como la partería son disciplinas complejas y dinámicas, cuyas destrezas se han nutrido con aportaciones centenarias, a través del largo camino de especialización y enriquecimiento de las prácticas de cuidado. Sin lugar a dudas, al día de hoy, poseen una capacidad enorme para procurar el bienestar de los individuos, gracias a su desarrollo profesional, el cual, desde la introducción del conocimiento de la medicina occidental en el siglo XVI hasta la fecha, ha surcado por una serie de acercamientos y diferenciaciones.

Sabemos que en la época novohispana las tareas enfermeras se justificaban y ejercían desde una perspectiva religiosa, fundamentalmente teológica. Atender al otro, entendido como un *hermano* en Cristo, era un acto de caridad, generalmente desempeñado por organizaciones piadosas y los miembros del clero regular, aunque hubo laicos, tanto mujeres como hombres que pertenecían a los organigramas hospitalarios y recibían un pago por su trabajo. No obstante, para estos momentos, la enfermería no se consideraba como un oficio con adjudicación gremial, así que carecía del aval institucional del que sí gozaba la partería al ser regulada por el Real Tribunal del Protomedicato (1), aunque esto no significara su distinción o renombre. Acorde



con una bipartición medieval sobre las artes mecánicas y liberales, el hecho de vincularse con los genitales femeninos y la sangre infravaloraba las labores de las parteras, alejándolas de la dignificación que gozaban los médicos.

Ya en el periodo decimonónico, la enfermería continuó con la misma suerte. Tanto la Escuela de Ciencias Médicas como, posteriormente, el Consejo General de Salubridad, institución encargada del control del ejercicio de las ocupaciones de la salud, no la aprobaron como una profesión, mientras que la partería mantuvo su anuencia al enfatizarse el rol connatural que jugaban las mujeres en su desempeño. No obstante, desde la década de los 30, hubo iniciativas para mejorar sus competencias a través de cátedras de obstetricia que buscaban erradicar aquello que los médicos consideraban como prácticas nocivas, ignorantes y acientíficas. (2)

Un parteaguas medular para la enfermería surgió por los continuos conflictos políticos del siglo XIX. A causa de éstos, la atención hospitalaria entró en una profunda crisis, agudizada al decretarse, en 1874, la expulsión del país de las Hermanas de la Caridad. (3) Por lo abrupto de la situación, consecuentemente, quienes suplieron a las también llamadas Hijas de San Vicente, no contaban con los conocimientos necesarios o una probada experiencia. Entre otras causas, lo anterior incentivó la configuración de proyectos de profesionalización con el fin de mejorar la preparación de quienes ejercían la enfermería.

Bajo ímpetus de progreso, modernidad e internacionalización, a caballo entre los siglos XIX y XX, en los hospitales citadinos de Maternidad e Infancia y el de San Andrés, las autoridades médicas implementaron las primeras estrategias de profesionalización basadas en las técnicas americana y europea, contratando enfermeras estadounidenses y alemanas para que se encargaran de la formación de sus futuras colegas. Sin embargo, la proposición de anexar a las mujeres al campo laboral y universitario no estuvo exenta de reticencias. Desde una perspectiva conservadora, estos cambios se percibían como perniciosos, pues suponían un desapego de sus funciones tradicionales al interior

de las casas. (4) Pero, paulatinamente, al ámbito hospitalario le fue reconfigurada su percepción simbólica, adquiriendo el símil de un hogar transitorio donde los pacientes debían recibir atenciones deferentes y cálidas. Para la época, al comprenderse los cuidados como una cualidad innata femenina por ser todas madres en potencia, su desempeño como enfermeras fue asimilándose en una correlación lógica y deseable.

Por su parte, la partería se desarrolló de manera diversificada, tanto en sus métodos y dinámicas de enseñanza-aprendizaje como en sus valoraciones y estratificación social. Coexistieron las prácticas de herencia ancestral (cuyos saberes provenían de las culturas mesoamericanas y a las que recurrían el grueso de la población) con las científico-profesionales que exigían la guía y subordinación ante el personal médico (bajo un programa formativo que inició en 1833 y finalizó hasta 1911). Al ir ganando terreno y prestigio, con la desconfianza y temor popular a los procedimientos médicos como telón de fondo, las parteras profesionales tuvieron pronunciadas disputas con los galenos, quienes las consideraban una amenaza por erigirse como una competencia laboral. Así, mediante reglamentaciones y descréditos, tachándolas de incapacitadas, éstos limitaban el libre ejercicio de sus quehaceres. Finalmente, la figura de la partera titulada desapareció cuando se fusionó con la enfermería para convertirse en una sola carrera. (5)

## Antecedentes históricos de la Enfermería y la Obstetricia en la ENEO-UNAM

En febrero de 1907 inició el proyecto académico para institucionalizar la primera escuela mexicana de enfermería y obstetricia, cuya sede fue el Hospital General de México. Este hito histórico imprimió la disposición de los programas educativos para la formación de recursos idóneos en enfermería. Tras inaugurarse la Universidad Nacional, se aprobó en 1911 que la enseñanza enfermeril fuera sumada a la Escuela

de Medicina, anexa al Hospital General, dándose así la posibilidad de abandonar el espacio unidimensional del hospital-escuela. Justo en este momento es cuando nace la Escuela de Enfermería y Obstetricia como un organismo universitario. Según Pérez Cabrera, al año siguiente los médicos perfilaron el primer plan de estudios. La carrera de enfermería duraba dos años al igual que la de partería, pero para optar por la segunda era requisito cursar la primera. (6) Al respecto, cabe señalar que el primer registro de la matrícula de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia data de 1929 (388 estudiantes), pero en cuanto a titulación se refiere, la información se remonta hasta 1910 cuando se expidieron 13 títulos (7 para enfermeras y 6 para parteras). (7)

En 1922, en plena reconstrucción del país tras los conflictos bélicos, la Secretaría de Educación Pública solicitó a las autoridades de la Universidad Nacional de México los planes de estudio de las carreras de enfermería y partería con el fin de implementarlos en las escuelas incorporadas del interior del país y, de este modo, unificar la enseñanza enfermeril. Como bien apunta Carrillo, justo en este periodo posrevolucionario convergen la construcción de maternidades y la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social, dependencias donde las enfermeras-parteras se hacían cargo del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido. Su participación en el entorno hospitalario era tal que, para las décadas de los 40 y 50, las parteras atendían la mayoría de los alumbramientos, aunque, por la primacía médica, su participación fue más cercana a la observación y detección de dificultades que a la intervención directa. (8)

Al adquirir herramientas de autorregulación por alcanzar su autonomía en 1929, la ahora Universidad Nacional Autónoma de México realizó una serie de modificaciones a las disciplinas de la salud. Entre ellas, convirtió la Escuela de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas y, en lo tocante a la Escuela de Enfermería, le fue reformado su plan de estudios. A la carrera de enfermería se le sumó un año más de cursos, mientras que la de partería se mantuvo con dos. Este panorama de innovaciones continuó tras el apogeo de construcciones hospita-

larias en los años 40. Además del incremento en la demanda de personal enfermero, acorde con las nuevas exigencias del orbe médico, el plan de estudios tuvo otro cambio significativo al añadirsele 13 materias a las cuatro ya existentes. (9)

La supeditación de la Escuela de Enfermería a la de Medicina terminó en 1945 al promulgarse la Ley Orgánica de la UNAM, lo cual permitió el nacimiento de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, bajo la dirección de galenos con orientación biologicista y en salud pública. (10) El primer plan de estudios ya como ENEO fue aprobado por el H. Consejo Técnico en 1946.

Concretamente, en lo relativo a la obstetricia, la oferta académica ofrecida por la ENEO desde su creación se puede circunscribir a cuatro etapas o periodos: (I) Carrera de Partera, (II) Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el sistema escolarizado, (III) Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el Sistema Universidad Abierta y Educación a Distancia (SUAYED), (IV) Especialización en enfermería perinatal como estudios de posgrado.

### Carrera de partera (1945-1968)

El Dr. Everardo Landa fue el primer director de la ENEO (1945-1948). De su gestión destaca el interés por la vinculación directa de las enfermeras en la formación de las nuevas generaciones, así como la elaboración de un reglamento de prácticas para las carreras de enfermera y partera, esto con el objetivo de que la enseñanza fuera fundamentalmente de carácter práctico, en particular la obstétrica.

En la praxis de la partería hubo cambios significativos. Si bien en México, tanto en el medio rural como en el urbano, la mayoría de las mujeres daban a luz en sus hogares, a partir de los años 50, en las maternidades del sector salud se incentivó la institucionalización de las funciones de las parteras durante las labores de parto, definiéndose su participación en ausencia del médico. Aunque cabe mencionar

que, a causa del establecimiento de la especialidad de ginecobstetricia en la Facultad de Medicina de la UNAM en la década siguiente, pronto hubo modificaciones. Las plazas de partera fueron congeladas en las instituciones de atención obstétrica y se impidió que ellas llevaran a cabo la atención en los alumbramientos. En adelante, debían limitarse a apoyar al médico durante el evento obstétrico.

Para noviembre de 1966, el Dr. Alejandro Guevara Rojas, director de la ENEO (1966-1974) ejecutó las modificaciones dictaminadas en la Legislación Universitaria, adoptando el sistema de créditos en la escuela. Asimismo, el plan de estudios fue reestructurado por semestres y se procuró la simplificación de las materias seriadas, así como una reciprocidad adecuada entre las asignaturas de cada uno de los dichos semestres. A la par, comenzaron las diligencias pertinentes para establecer la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. (11)

La demanda de más y mejores servicios, tanto de enfermería como de partería, fue determinante en la aplicación de la cantidad y calidad de la enseñanza. En este sentido, en 1968, el H. Consejo Técnico de la ENEO determinó el cierre de la carrera de partera para fortalecer la recién inaugurada licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Sobre lo anterior, se muestra que durante la existencia de la carrera de partera hubo una ligera tendencia decreciente. En 1945 se registró una matrícula inicial de 137 estudiantes (aunque, desde años anteriores, había estudiantes inscritos), cerrando en 1967 con una población escolar de 108 estudiantes. (7) En promedio, 112 alumnas constituyeron anualmente la matrícula (figura 1).

### Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el sistema escolarizado (1968 a la fecha)

A partir de 1968, la ENEO contaba con una oferta académica integrada por dos opciones: la de nivel técnico de enfermera y la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. A decir de Pérez Cabrera, este parteaguas

en la formación obstétrica surgió ante las insuficiencias sanitarias del país pues, a falta de recursos humanos y materiales para un óptimo cuidado materno-infantil, tanto las enfermedades como los decesos asediaban las zonas marginadas y los contextos rurales. (11)

El plan de estudios de la nueva licenciatura se conformó con los contenidos de los programas de las antiguas carreras de enfermera y partera, aunque con poca claridad en el perfil de cada una de éstas. Por tal razón, a finales de los años 70, se diseñaron nuevos planes y programas para las propuestas educativas. Por ejemplo, el de licenciatura se enfocó primordialmente en la historia natural de la enfermedad, con énfasis en los niveles de prevención de Leavell y Clark. Es así como el contexto de orientación curricular de la obstetricia perfiló a la mortalidad materna como un evento prevenible con la posibilidad de identificar los elementos causales y los factores de prevención.

Cabe resaltar que en los años 80, bajo la gestión de la Mtra. Graciela Arroyo de Cordero, se estableció el modelo de parto humanizado con el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) como paradigma de enseñanza y práctica profesional de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Hacia finales de dicha década y principios de los 90 se instituyeron los centros de Previgen, cuya organización y operatividad dependía de los propios licenciados en enfermería y obstetricia, quienes también estaban a cargo de la dinámica formativa. Posteriormente, estos modelos educativos se fortalecieron al conformarse el posgrado, extendiéndose mediante convenios de colaboración con el Estado de México y sus centros de atención humanizada.

De esta manera con los avances teóricos y prácticos de la profesión, con énfasis en el Proceso Atención de Enfermería como método propio del cuidado, así como los paradigmas de la profesión Persona, Salud, Entorno y Cuidado, en 1992 se diseñó un nuevo plan de estudios para la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, el cual sustituyó al vigente desde 1978. Fue estructurado por asignaturas y áreas del conocimiento, orientándose hacia el proceso salud-enfermedad y el

ciclo vital humano. Simultáneamente, el plan añadió flexibilidad mediante la oferta de asignaturas optativas, incluyéndose la modalidad de práctica integradora al término de cada semestre (esto con la finalidad de vincular férreamente teoría y praxis), cimentándose el conocimiento de las diversas asignaturas en función de las urgentes necesidades sociales de la época.

A pesar de los avances del modelo educativo de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, su plan de estudios seguía carente de un enfoque disciplinario, manteniéndose predominante una perspectiva biologicista de la atención a la salud. Por ende, para 1999 se modificaron el marco referencial, el perfil profesional y los programas de las asignaturas, privilegiándose la formación de profesionales que brindaran cuidados de enfermería a los diferentes grupos etarios y, especialmente, que dieran atención obstétrica de bajo riesgo. Como nuevo plan de estudios entró en operación en el año 2000.

En 2005, los Comités Interinstitucionales de Evaluación de Educación Superior (CIEES) le otorgaron a la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la ENEO, el nivel 1 del Padrón de Calidad Educativa. De la misma forma, el Consejo Mexicano de Acreditación y Certificación de la Enfermería A. C. (COMACE) la aprobó en 2006, reacreditándola en tres ocasiones más (2011, 2016 y 2022), siendo la última de carácter internacional. Adicionalmente, desde 2014 la licenciatura cuenta con el refrendo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

Por lo revisado hasta ahora, queda patente que la creación de una licenciatura en enfermería y obstetricia con carácter universitario, surgió de la imperiosa necesidad por formar profesionales que, acorde con las vanguardias en la atención sanitaria, fueran capaces de proporcionar cuidados eficientes, particularmente en el ámbito materno-infantil, además de efectuar labores docentes e impulsar el desarrollo de la investigación. Por supuesto, el camino no estuvo desprovisto de obstáculos y limitantes, pero éstos se han ido derruyendo a fuerza de constancia, autocrítica y una identidad disciplinar cada vez más sólida. (12)

De dicha licenciatura, inaugurada en 1968, su primera matrícula registrada data de 1970 con 61 estudiantes.(7) La cifra histórica más alta le pertenece al año 2010 con 1,844 alumnas y alumnos inscritos. A pesar de sus fluctuaciones, la población escolar atendida muestra una tendencia creciente, cuyo promedio es de 958 estudiantes anuales (figura 1).

### Licenciatura en Enfermería y Obstetricia en el SUAyED (1990-2011)

El hoy Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia fue creado en 1976,(13) cuya oferta educativa en el campo de la enfermería es catalogable en tres fases formativas. A saber: (I) Técnico en Enfermería (1976-2010), (II) Licenciatura en Enfermería y Obstetricia (1990-2011), y (III) Licenciatura en Enfermería (2010 en adelante).

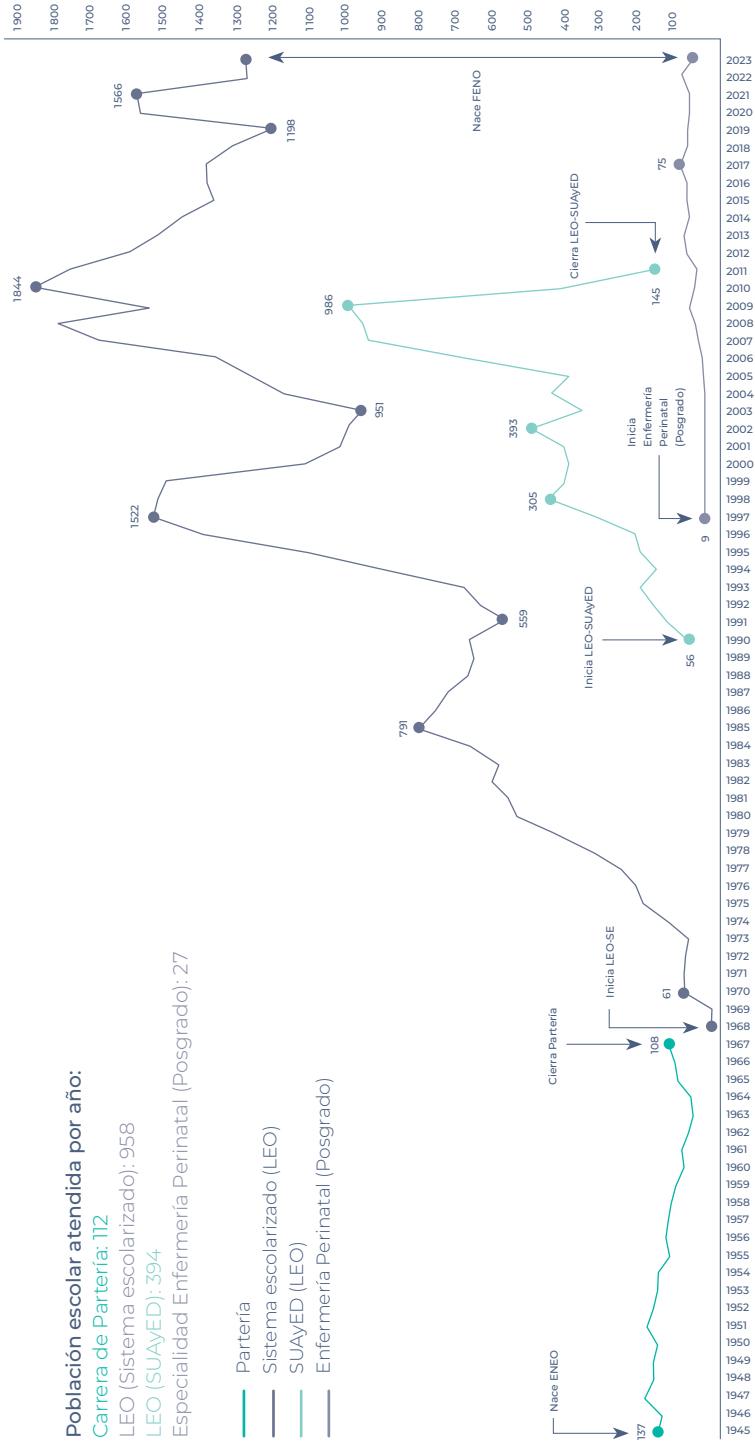
En cuanto a la licenciatura en Enfermería y Obstetricia, en términos estadísticos se registró una matrícula inicial de 56 escolares en 1990, (7) alcanzando su máximo en 2009 con 986. Concluyó en 2011 con una población atendida de 145 estudiantes. Durante su existencia es notoria una tendencia creciente en la población escolar atendida y, en promedio, fueron 394 alumnas y alumnos quienes constituyeron anualmente la matrícula (figura 1). Sin duda, sobresale que esta oferta educativa es y ha sido el proyecto de profesionalización más exitoso para la enfermería a nivel nacional.

### Especialización en enfermería perinatal del posgrado (1997 a la fecha)

En 1997 iniciaron los estudios de posgrado mediante el Plan Único de Especializaciones en Enfermería (PUEE), siendo enfermería perinatal y cardiovascular las primeras en ofertarse. Actualmente, la espe-



**FIGURA 1.** Oferta académica obstétrica. Matrícula historia de la FENO: 1945-2023



Fuente: Elaboración propia con información de anuarios estadísticos, agendas estadísticas, el sistema Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos (PAIDEA), Población Escolar UNAM: Estadísticas 1980-2003, el Sistema Integral de Información Académica (SIIA) e informes anuales de la ENEO.

cialización perinatólogica cuenta con la acreditación de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), así como la del Sistema Nacional de Posgrados del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (Conahcyt). Destaca que, de las 16 especialidades brindadas por el posgrado, la de enfermería perinatal es la cuarta con mayor demanda estudiantil.

Estadísticamente tomando en cuenta sólo al campo de conocimiento de la enfermería perinatal, se tiene registro de una matrícula inicial conformada por nueve estudiantes en 1997, (7) cuyo máximo aconteció en 2017 con 75 estudiantes. Durante todo el periodo puede advertirse una ligera tendencia creciente siendo, en promedio, 27 alumnas las que constituyen anualmente la matrícula (figura 1).

## Contribución social de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (1945-2023)

Son múltiples las valiosas aportaciones de la enfermería universitaria. Además del cuidado a la población materno-infantil, ésta tiene injerencia en ámbitos como el educativo, en la investigación científica, en la promoción de la salud pública y en la formación de futuros profesionales de enfermería. Indiscutiblemente, su participación es esencial para el funcionamiento eficaz de los sistemas de sanitarios y el mejoramiento de la calidad de vida de aquellas personas y comunidades a las que sirve.

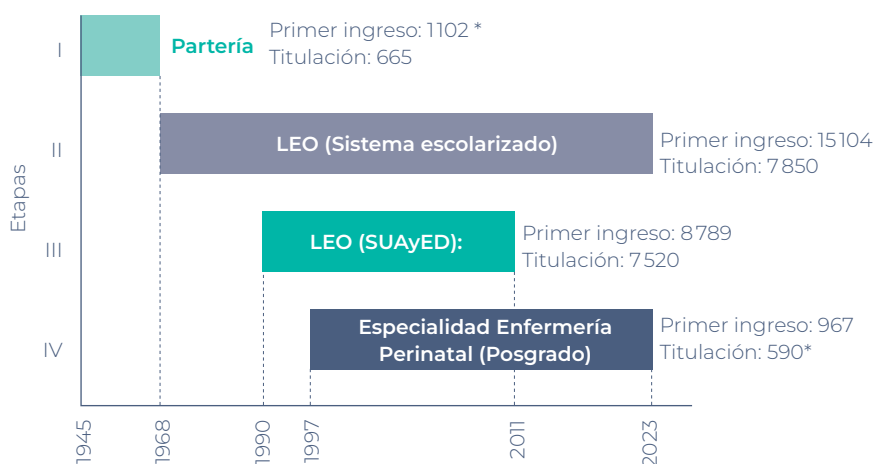
En torno a la formación de recursos humanos, la enfermería universitaria conlleva un impacto significativo al proporcionar educación de alta calidad, fomentada desde la colaboración interdisciplinaria y el pensamiento complejo, permitiéndose así la generación de líderes en salud competentes, quienes coadyuvan y gestionan diversas actividades comunitarias. Ante lo dicho, se pone de manifiesto la suma importancia de la enfermería de perfil universitario, pues garantiza que el país cuente con un personal calificado que satisfaga las urgencias

sanitarias de nuestra heterogénea sociedad. Estas consideraciones pueden confirmarse a través de los números.

En los 78 años de existencia de la actual Facultad de Enfermería y Obstetricia, han ingresado cerca de 26 000 estudiantes para realizar sus estudios de pregrado o posgrado (14). De estos educandos de primer ingreso, 16 625 lograron graduarse o titularse (figura 2) (15).

En 2023, según lo reportado por el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), ascienden a 321 610 los profesionales formados en los programas de licencia-

**FIGURA 2.** Contribución social de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Primer ingreso y titulación: 1945-2023



**25 962 estudiantes formados    16 625 estudiantes titulados**

\* Estimación propia.

Fuente: Elaboración propia con información de anuarios estadísticos, agendas estadísticas, el sistema Plan de Apoyo Integral para el Desempeño Escolar de los Alumnos (PAIDEA), Población Escolar UNAM : Estadísticas 1980-2003, el Sistema Integral de Información Académica (SIIA) e informes anuales de la ENEO.

tura con ingreso directo, es decir, los licenciados/as en Enfermería y Obstetricia egresados de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO-UNAM) y los de la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia (ESEO-IPN). Resalta que la Secretaría de Salud del Gobierno Federal (132032) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (104763) concentran gran parte de la fuerza de trabajo cultivada en estos espacios universitarios. (16)

## Perspectivas para la formación y práctica de la enfermería obstétrica

El futuro de la enfermería y la partería universitarias se avista prometedor, encauzado por una serie de tendencias y desafíos que influirán en la forma en que se prepararán y practicarán sus profesionales. Desde luego, continuará la alta demanda de enfermeras/os y, por consiguiente, la apertura de áreas laborales, debido al envejecimiento poblacional, al aumento de enfermedades crónicas y, sobre todo, ante los cambiantes contextos sanitarios de mella global.

Desde esta prospectiva, la enfermería universitaria deberá desarrollar los mecanismos adecuados para preparar a enfermeras/os aptos que aporten a los desafíos multifactoriales y de impacto planetario como los pandémicos. Los nuevos licenciados/as requerirán conocimientos profundos, tanto de su disciplina como de otras que puedan enriquecerlos, permitiéndose así contar con habilidades varias como articular y aplicar teorías de enfermería y metodologías para la investigación, así como el uso de la evidencia científica para la práctica en el cuidado y de los cuidadores, lo mismo que en las vivencias de los procesos vitales y de sus transiciones; el ejercicio de una práctica profesional basada en la evidencia científica que fortalezca la toma de decisiones, y la apropiación de un pensamiento crítico, reflexivo y propositivo que contribuya a los cuidados de calidad y la seguridad de las personas.

Desde la academia-universitaria, en conjunto con el alumnado, habrá que ocuparse de la actualización de los planes y programas de estudio, con el fin de incentivar y propagar un modelo de prácticas profesionales con funciones y horarios ampliados en beneficio de las mujeres en situación de embarazo y parto; mejorar, ensanchar y diversificar los escenarios de práctica donde los enfermeros/as adquieran y/o fortalezcan sus competencias en el cuidado y atención de los pacientes, dotándolos de confianza plena en sí mismos para, con ello, optimizar el desempeño de sus funciones; generar vínculos permanentes y estrechos con los tomadores de decisiones para que impulsen los entornos de praxis que demanda la enfermería universitaria; promover la institucionalización de los modelos de enseñanza dentro del sistema de salud; emplear intensivamente tecnologías como la inteligencia artificial, los sistemas de información, la telemedicina, la teleenfermería y la robótica, entre otras innovaciones sugerentes y disruptivas; alentar el aprendizaje en línea para adaptar a las y los profesionales de la salud a diversas y aleatorias circunstancias; pugnar por una formación centrada en el paciente (escucharlos de manera asertiva, respetar sus preferencias y valores, trabajar en colaboración con ellos en la toma de decisiones sobre su atención, etc.); ampliar tanto las competencias cognitivas como las habilidades rutinarias para que los enfermeros/as tengan las condiciones suficientes que les permitan asumir un papel más avanzado en el diagnóstico, las diversas terapias, la prescripción de medicamentos y la gestión de casos; impulsar el rol ampliado de enfermería para que los enfermeros/as adquieran funciones y responsabilidades que superen los modelos tradicionales de cuidado directo del paciente; fortalecer el servicio social en atención obstétrica de bajo riesgo y el apoyo económico diferenciado (becas) y salarios para que ejerzan sus competencias; participen en el diseño e implementación de políticas y normas para que el personal de enfermería atienda embarazos, partos, puerperios y a recién nacidos de bajo riesgo; y un largo etcétera que requiere nuestra cooperación proactiva.

Entonces, este panorama nos exige fomentar un área de negociación constante con el sistema de salud nacional y con quienes toman las decisiones en las líneas de política pública y educación, pues sería infructuoso pensar que las transformaciones pretendidas se alcanzarán unilateralmente desde el sistema educativo. Para lograr que las mujeres cursen un proceso de embarazo y parto respetado humanizado, es perentoria tanto la voluntad política de los proveedores de servicios sanitarios como el incremento de espacios de trabajo donde los egresados de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia puedan desempeñarse óptimamente. Un campo laboral que reconozca, difunda y aliente sus enormes capacidades para la atención de las mujeres y sus familias; uno que, a su vez, haga evidentes las injerencias y aportaciones de la enfermería obstétrica al parto profesional humanizado.

A más de medio siglo de la puesta en marcha del primer plan de estudios de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la UNAM, resulta indispensable reflexionar y atender con acciones decisivas los nacientes retos que se divisan en el horizonte. Igualmente, por justicia y reciprocidad, debemos reconocer el gran esfuerzo de las universidades al instruir a los profesionales que precisan las mujeres mexicanas. Forjemos juntos un mejor futuro para la atención obstétrica y perinatal.

¡Por un parto humanizado, la enfermería universitaria al frente!

## Referencias:

- (1) Merlo Solorio, J. L., “La enfermería mexicana: un largo y fructífero camino. Del servilismo a la profesionalización universitaria”, *Gaceta de la Facultad de Enfermería y Obstetricia*, 2023, (1), 4-6.
- (2) Ramírez Sánchez, A. M., “Una aproximación a la Cátedra para parteras en la Escuela Nacional de Medicina de la ciudad de México, durante la primera mitad del siglo XIX”, *Saberes. Revista de historia de las ciencias y las humanidades*, 2018, 1(3), 124-126.

- (3) Merlo Solorio, J. L., *Representaciones de las Hermanas de la Caridad y la enfermería laica en La Voz de México, 1870-1908*, Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México 2023, (66), 66.
- (4) Castañeda Godínez, M. C., Pérez Loredo Díaz, L., Pérez Cabrera, I., Mügggenburg Rodríguez Vigil, M. C., “Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del siglo XX en la UNAM”, *Revista Enfermería Universitaria*, 2010, 7(5), 26.
- (5) Covarrubias López, E. S., *Historias de prácticas médicas en la atención del parto: encuentros entre actores y espacios, Ciudad de México, 1861-1905*, México, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, 2018, pp. 84-46.
- (6) Pérez Cabrera, I., “Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ENEO-UNAM”, *Revista Enfermería Universitaria*, 2010, 7(2), 4.
- (7) Universidad Nacional Autónoma de México. *Anuario Estadístico 1959*, Departamento de Estadística UNAM. Disponible en: [https://www.planeacion.unam.mx/Agenda/Agenda-UNAM\\_1959-1999/Anuario-1959.pdf](https://www.planeacion.unam.mx/Agenda/Agenda-UNAM_1959-1999/Anuario-1959.pdf) (consultado el 4 de septiembre de 2023).
- (8) Carrillo, A. M., *Nacimiento y muerte de una profesión. Las parteras tituladas en México*, Dynamis, 1999, (19), 187.
- (9) Castañeda Godínez, M. C., Pérez Loredo Díaz, L., Pérez Cabrera, I., Mügggenburg Rodríguez Vigil, M. C., “Formación profesional de enfermería durante la primera mitad del siglo XX en la UNAM”, *Revista Enfermería Universitaria*, 2010, 7(5), 31.
- (10) Pérez Cabrera, I., “Memorias de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ENEO-UNAM”, *Revista Enfermería Universitaria*, 2010, 7(2), 5.
- (11) Pérez Cabrera, I., Castañeda Godínez, M. C., *100 años de la ENEO, 1907-2006*, México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2006, p. 61.
- (12) Pérez Cabrera, I., *Identificación de las causas de no titulación de los egresados de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENEO-UNAM)*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 1985, pp. 33-36.

- (13) Amador Bautista, M., “40 años del Sistema Universidad Abierta de la UNAM. Crónica histórica”, *Revista Perfiles Educativos*, 2012, 34(137), 197.
- (14) Parteras: 1,102; LEO escolarizado: 15,104; LEO-SUAYED: 8,789; Especialistas en enfermería perinatal: 967.
- (15) Parteras: 665; LEO escolarizado: 7,850; LEO-SUAYED: 7,520; Especialistas en enfermería perinatal: 590.
- (16) Gobierno de México, Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (SIARHE), Secretaría de Salud. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id\\_URL=numeralia&\\_Tipo=recursos&\\_Id=2](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&_Tipo=recursos&_Id=2) (consultado el 4 de septiembre de 2023).





# Modelo de parto respetado. Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)

LUCÍA MARCELA ILLESCAS CORREA

En 1985 México reportó que 1702 mujeres murieron a consecuencia de un evento relacionado con la reproducción, lo que llegó a denominarse muerte materna. Según la definición, “la muerte de una mujer mientras está embarazada, o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio de éste, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales”. (1)

Un año antes se establecieron los comités de prevención de mortalidad materna y perinatal y en 1989 se inician los estudios de la mortalidad materna y perinatal en todo el sistema nacional de salud en México. Estos esfuerzos reflejan la necesidad de mejorar los resultados que hasta ese momento se tuvieron del proceso de la reproducción en las mujeres mexicanas, tan sólo para ese año se reportó una razón de muerte materna de 85/100000 nvr, una brecha amplia para alcanzar en cumplimiento de los objetivos del milenio.

Con ese panorama y con la intención de contribuir a mejorar las condiciones de atención de las mujeres de la zona sur oriente de la ciudad de México que reportaba cifras elevadas de muerte materna,

se planeó iniciar un programa de atención primaria a la salud que, a través del cuidado materno redujera la prevalencia no sólo de la muerte materna, sino también de defectos al nacimiento y mejorara los resultados perinatales, tanto en términos de supervivencia como de la satisfacción de las usuarias del proceso reproductivo y durante la atención.

Para lograrlo el grupo GEN (Grupo de Estudios al Nacimiento), Asociación Civil fue creada en 1976 y se propuso estudiar la causa raíz de los defectos al nacimiento y establecer las acciones para prevenir y atenderlas con oportunidad.

El primer paso fue establecer una definición de defecto al nacimiento, ya que hasta ese entonces se asociaba sólo a malformaciones congénitas. El Lic. Antonio López Silanes, empresario y filántropo, junto con un grupo de médicos especialistas en genética, ginecología, pediatría, cirugía pediátrica sentó las bases conceptuales de lo que hoy conocemos como defectos al nacimiento y que quedó asentado en la NOM-034-SSA2-2000. A la letra dice que es: “Toda alteración morfológica o funcional presente en el nacimiento, en forma latente o notoria que impide la correcta adaptación al medio extrauterino en los aspectos biológico, psicológico y social, ocasionando muerte o incapacidad limitante para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones”. (2)

Esto quiere decir que todo lo que afecte el desarrollo de un ser en formación y que altere el curso de su crecimiento y desarrollo puede ser susceptible de modificar. Entre los defectos que se describieron está la prematuridad (10%), el bajo peso 15-20%, la asfixia (5-10%) y las malformaciones (2-5%). Actualmente existe un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de los Defectos al Nacimiento (SVEDAN) en México, que supervisa el comportamiento de algunos factores de riesgo y propone acción para su prevención y manejo. (3)

Con estas bases conceptuales en 1987 da inicio el programa operativo denominado CIMIGEN (Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento) para dar atención a las

mujeres en edad reproductiva de la zona de Iztapalapa en la ahora Ciudad de México y dar cumplimiento a los propósitos del Grupo GEN. Para fines legales se constituyó la Asociación Hispano-Mexicana IAP, que cuenta con un patronato y es la figura legal de la institución.

## Necesidades observadas para la creación del modelo

En 1986 se realizó una encuesta de salud, la cual incluyó 5190 familias residentes alrededor de la ubicación del CIMIGEN al suroriente de la ciudad de México. Esta encuesta fue aplicada por el equipo del programa operativo CIMIGEN, donde se obtuvo como resultado que la tasa de natalidad de la población en ese año era de 6 a 7 hijos por familia. Asimismo, reveló escasos servicios de salud sexual y reproductiva públicos, privados y de carácter social. Más del 90% de las mujeres embarazadas entrevistadas sólo asistió a 0.9 consultas prenatales y, de las que asistieron, iniciaban las consultas cerca del nacimiento. Finalmente, la encuesta evidenció la presencia de uno o varios defectos al nacimiento en varios miembros de la misma familia.

Estas necesidades identificadas en la población promovieron la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva enfocados en la promoción de la planificación familiar y una cultura de la prevención y el autocuidado en las diferentes etapas de la vida reproductiva. Destaca la atención en la etapa periconcepcional (3 meses antes del inicio de una gestación y los primeros 3 meses), un concepto avanzado, ya que hasta ese momento las acciones iban encaminadas a la etapa preconcepcional, la cual puede durar meses o años, así como la etapa prenatal, perinatal (especialmente importante por su alta vulnerabilidad e incremento de la mortalidad fetal, neonatal y materna), natal y posnatal.

Otra necesidad identificada es que el personal que prestaba la atención tenía que cubrir un perfil específico para identificar factores de riesgo, dar orientación y educación a la salud, atención oportuna y

referencia al nivel de salud correspondiente para cada caso identificado. Las estrategias aplicadas fueron tres:

- a) Atención de primer contacto otorgada por egresadas de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México y escuelas incorporadas, así como un equipo multidisciplinario para brindar apoyo en casos de mayor complejidad.
- b) Un sistema de detección, evaluación y registro del riesgo para enlistar los principales factores de riesgo de cada una de las etapas del proceso reproductivo y que permitiera la evaluación cualitativa mediante una escala de colores donde el verde indicaba la ausencia de características de riesgo, el amarillo un riesgo intermedio susceptible a atenuarse o cancelarse y el rojo las probabilidades de un mayor riesgo.
- c) Normas operativas basadas en recomendaciones internacionales provenientes de la OMS para la mejora en la atención del parto.

Hay que recordar que la primera NOM-007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio fue publicada en 1993 y revisada en 2016; posteriormente, se han publicado guías de práctica clínica para la atención de prenatal, atención del parto amigable, para la enfermedad hipertensiva, ITU, diabetes gestacional, sólo por mencionar algunas.

## Descripción del diseño del modelo (objetivos, servicios, financiamiento, infraestructura, recursos)

Desde sus inicios, el objetivo del Modelo CimiGen era lograr el nacimiento de niños sanos, lo cual ha sido posible con la estrategia del

“enfoque de riesgo”, utilizada por la Organización Panamericana de la Salud durante los años 80 y 90 para optimizar los recursos a favor de la población con mayor necesidad o riesgo. El enfoque de riesgo consiste en identificar factores que impliquen la probabilidad de causar un daño y así poder intervenir con oportunidad. (4)

Misión: El Modelo CimiGen brinda atención materna infantil con base en el modelo de partería calificada, centrado en la mujer y su familia para preservar su salud durante el proceso reproductivo, así como prevenir defectos al nacimiento, proporcionando servicios de alta calidad humana, profesional y técnica.

Visión: El Modelo CimiGen será de referencia mundial en la atención materno-infantil centrada en la mujer y su familia, para reducir significativamente la muerte materna y los defectos al nacimiento.

Alcance: La atención del Modelo CimiGen idóneamente cubre a la mujer en edad reproductiva (14 a 49 años) y al niño desde el nacimiento hasta los cinco años, con énfasis en el periodo perinatal, y desde el nacimiento hasta el primer año de vida, en condiciones de bajo y mediano riesgo.

El programa de atención de la salud consta de intervenciones clínicas en diferentes etapas del proceso reproductivo:

- Atención a la mujer en etapa preconcepcional (14 a los 49 años).
- Atención a la mujer en etapa periconcepcional (3 meses antes de la gestación y los 3 primeros meses iniciada la gestación).
- Atención a la mujer en etapa gestacional (de inicio al término de la gestación).
- Atención a la mujer en etapa perinatal (de la semana 22, a los 7 días de vida de la persona recién nacida).
- Atención a la mujer en trabajo de parto, expulsión, alumbramiento.
- Atención a la mujer en la etapa posnatal (del alumbramiento hasta los 42 días).
- Atención a la persona en etapa neonatal y lactante.

## Servicios

El CIMIGEN ofrece los siguientes servicios:

- Consulta externa con áreas para la vigilancia de la salud reproductiva de las mujeres, atención prenatal, crecimiento y desarrollo de los niños sanos.
- Servicios de apoyo: pediatría, colposcopia, psicología, servicio dental, clínica de lactancia, orientación perinatal, trabajo social y ginecología.
- Servicios diagnósticos: de ultrasonografía materno-fetal y laboratorio clínico.
- Quirófano, sala de partos, sala LPR, Unidad de Cuidados Intermedios Neonatales.
- Hospitalización.

## Infraestructura actual

La institución cuenta con áreas específicas para la atención de mujeres embarazadas y niños: (11 consultorios distribuidos de la siguiente manera: 3 para atención prenatal, 1 salud reproductiva, 1 ginecología, 1 colposcopia, 2 ultrasonografía, 1 crecimiento y desarrollo de los niños, 1 clínica de lactancia y 1 unidad dental).

Hospitalización: triage, cirugía, partos, sala LPR (labor, parto y recuperación) ceye, subceye, recuperación, cuidados intermedios del recién nacido, alojamiento conjunto.

Servicios de apoyo: laboratorio, ultrasonido, cardiotocografía, orientación perinatal, estimulación temprana, nutrición.

Servicios generales: lavandería, comedor, cocina, archivo clínico, recepción, trabajo social.

También se cuenta con dos quirófanos, una sala de partos, una sala LPR (labor, expulsión y recuperación), una unidad de cuidados

intermedios neonatales, área de hospitalización con 8 camas para el alojamiento conjunto.

Áreas de gobierno: Dirección General, Dirección Administrativa.

Áreas específicas para la Enseñanza y la Investigación: La Unidad Académica UNAM-ENEO-CIMIGEN para la formación de especialistas en enfermería perinatal fue inaugurada el 19 de septiembre de 2014 por el rector de la UNAM, el Dr. José Narro Robles, la directora de la ENEO, la Mtra. Dolores Zarza Arizmendi (QEPD) y el Lic. Antonio López Silanes.

## Recursos

Asociación Hispano Mexicana IAP-CIMIGEN está constituida por una plantilla de 80 colaboradores, el 70% en régimen de nómina y el 30% bajo el régimen de honorarios. El grupo más grande de profesionales son de enfermería obstétrica y perinatal, todas egresadas de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM (actualmente Facultad de Enfermería y Obstetricia, FENO). La formación como especialistas perinatales ocurrió en el Programa Único de Especializaciones en Enfermería de la División de Estudios de Posgrado de la FENO-UNAM en la sede CIMIGEN. El programa constituye el primer contacto con las usuarias para determinar su nivel de salud y de riesgo para derivar a los diferentes profesionales.

Se cuenta con personal médico especializado en medicina materno-fetal, gineco-obstetricia, pediatría, neonatología, medicina general, anestesiología, patología, epidemiología, colposcopia. Como parte del equipo de apoyo a la atención materno-perinatal participa personal con formación en psicología, químico-farmacobiólogo, trabajo social, nutriología, pedagogía, educación perinatal, asesoría en lactancia, contabilidad, informática, administración, contaduría, archivo, recepción, vigilancia, apoyo para el mantenimiento y la limpieza de la institución.



## Tecnología

Se cuenta con equipo funcional, suficiente y moderno para dar atención en todas las áreas; por ejemplo, en la de informática se cuenta con un servidor, computadoras, impresoras, escáner, expediente clínico electrónico, programas de control de citas, licencias y programas informáticos.

En consulta experta hay 14 consultorios, cada uno con mesa de exploración, banco, lámpara, equipo de diagnóstico, baumanómetro, estetoscopio, termómetro, insumos específicos para cada área, escritorio sillas, vitrina con insumos específicos por área de especialización.

El área de hospitalización cuenta con 9 camas censables y 11 cunas sencillas, 3 cunas de calor radiante, 1 ventilador, 1 CPAP, 1 cuna para fototerapia. Recientemente se diseñó e implemento una sala LPR (labor, parto y recuperación) con mesa obstétrica modificable a las necesidades de las mujeres, bancos obstétricos, fulares, cuna de calor radiante, equipo para esferodinamia y aromaterapia, baño.

En laboratorio y ultrasonido se cuenta con el equipo moderno y automatizado para los procesos básicos de laboratorio y ultrasonido con tecnología 4D.

El área de Enseñanza cuenta con 3 aulas con capacidad para 25 personas cada una y un auditorio para 60 personas, 2 oficinas, 1 sala de juntas, 6 habitaciones para recibir a estudiantes del interior de la República o del extranjero; además, el área cuenta con un laboratorio de enseñanza clínica por simulación, con simuladores de alta y baja fidelidad. Área de psicoprofilaxis con colchonetas, almohadas, pelotas de esfero dinamia y material para estimulación temprana.

## Financiamiento

Como institución de asistencia privada sin fines de lucro, la principal fuente de ingresos se deriva de las cuotas de recuperación de los

servicios otorgados, los cuales se determinan con base en las características socioeconómicas de la población que utiliza los servicios. Sin embargo, muchos de estos servicios tienen una subvención por la propia institución con el propósito de apoyar la economía de la población, lo cual implica que se otorguen servicios de alta calidad técnica y profesional a un costo accesible.

En un estudio hecho por GESOC (Gestión Social y Cooperación, A. C.) a petición de la Dirección de Inversión Social de Nacional Monte de Piedad (NMP) se determinó que, por cada peso que se invierte y que aplica la Asociación Hispano Mexicana IAP en su intervención social, le está ahorrando 38.18 pesos a los contribuyentes. El estudio concluyó que, si la relación es mayor a uno, significa que es mejor para NMP invertir sus fondos en la IAP porque ésta atiende el mismo problema público a costos menores que el gobierno, generando ahorros significativos a la sociedad mexicana.

Otra fuente de financiamiento es la labor del Patronato mediante actividades que fomenten el altruismo entre instituciones relacionadas o entre individuos que empaticen con las causas que busca mejorar la institución en la comunidad.

Una fuente adicional de financiamiento son las convocatorias que lanzan las instituciones, empresas, fundaciones nacionales e internacionales que apoyan programas que impactan de manera profunda en las personas, familias o comunidades. Lo que requiere diseñar y elaborar propuestas que son analizadas junto con toda la documentación e historial financiero y legal de la institución para calificar y pasar a las siguientes etapas del proceso.

Finalmente, existe una fuente adicional de financiamiento, consiste en la reducción del pago de algunos servicios como predial, luz y agua por parte de la Junta de Asistencia Privada al dar cumplimiento a los informes y presupuestos anuales, así como a la documentación de procesos en las visitas de supervisión.

## Actores vinculados

El equipo que dio origen al CIMIGEN estuvo constituido por médicos especialistas en genética, cirugía pediátrica, ginecología y ortopedistas, que habían trabajado en el diseño del Grupo Gen haciendo propuestas para visibilizar el tema de los defectos al nacimiento. Se propuso una NOM que, al inicio del nuevo milenio, fue publicada (NOM-034-SSA2, 2013), así como múltiples investigaciones relacionadas con el tema.

Entre los fundadores del CIMIGEN, además del promotor y fundador, el Lic. Antonio López Silanes, cuya historia familiar estuvo directamente relacionada con la fundación de una institución de asistencia privada para la prevención de los defectos al nacimiento, destaca el Dr. Eduardo Jurado García, (5) distinguido investigador y profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM y fundador del Instituto Nacional de Perinatología, así como el Dr. Carlos Vargas García, especialista en ginecología y obstetricia, alumno del Dr. Roberto Calyro-Barcia, fisiólogo del Hospital de Clínicas en Montevideo, Uruguay que ha sido centro colaborador de la OPS/OMS, y un equipo de profesores de la ENEO, la Mtra. María Teresa Ayala Quintero y el Prof. Severino Rubio Domínguez que vincularon de manera estratégica a los egresados de la carrera de licenciado en Enfermería y Obstetricia con este nuevo proyecto donde el perfil de formación encajaba con los objetivos y propósitos del CIMIGEN.

En 1986 inician colaboración el CIMIGEN y la ENEO para el servicio social, las prácticas comunitarias y las clínicas, y en 1997 comienza el Posgrado en Enfermería Perinatal, propuesta académica diseñada y validada en el mismo centro y aceptada por el Comité Académico de la ENEO como una de las primeras cuatro especialidades (Enfermería en Salud Pública, Enfermería Cardiovascular, Enfermería Infantil y Enfermería Perinatal).

El equipo operativo estuvo conformado por un sociólogo, una psicóloga, tres trabajadoras sociales, un contador, una auxiliar contable, un médico ginecobstetra, un pediatra y un anestesiólogo, así

como seis egresados de la ENEO y estudiantes de la LEO de diferentes semestres.

Se estableció una estrecha relación con la Jurisdicción Sanitaria de Iztapalapa, donde está ubicada el CIMIGEN) para la colaboración de referencia y contrarreferencia de los casos de riesgo y se estableció el Comité para los estudios y análisis de la morbilidad y mortalidad materno y perinatal que sigue activo hasta la fecha.

En el año 2000, con la Secretaría de Salud federal se estableció una relación de colaboración para capacitar al personal de enfermería de primer nivel de atención, de 14 estados de la República (Estado de México, Tlaxcala, Veracruz, Guerrero, Tabasco, Colima, Morelos, Querétaro, San Luis Potosí, Campeche, Chiapas, Quintana Roo, Ciudad de México, Guadalajara), en el Sistema de detección, evaluación y registro de riesgo perinatal. Este sistema ha sido la base del modelo de atención y evidenció que es posible reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal con la aplicación sistemática de esta herramienta aplicada por personal de enfermería calificado.

Las instituciones privadas más cercanas a nuestro modelo son la Fundación Slim, para la salud, los fines de diseño y elaboración de materiales de capacitación, validación y la puesta en marcha del programa Cuido Mi Embarazo. Estos son módulos de detección sobrepeso, hipertensión arterial (preeclampsia), diabetes gestacional e infección del tracto urinario en el embarazo mediante métodos sencillos como son toma de tensión arterial con baumanómetro, medición de peso, talla y perímetro abdominal, tiras reactivas y glucómetro, tiras reactivas de uroanálisis. (6)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas en colaboración con la Fundación Johnson & Johnson son aliados estratégicos para el fortalecimiento de la partería desde 2016, mediante la capacitación en las competencias de partería de la ICM (Confederación Internacional de Matronas), dotación de simuladores para la formación en partería, apoyo para asistir y participar en conferencias, congresos regionales e internacionales de la ICM. Recientemente se colaboró en

la realización de tres cursos virtuales dirigidos a parteras profesionales y en la elaboración de material multimedia dirigido a parteras tradicionales. Estos materiales están alojados en la plataforma: <https://sitio.comunidadparteriamexico.org/>

## Descripción y pasos del proceso de implementación

### Fase de planeación

Se desarrolla a inicios de 1987, cuando se sientan las bases del programa operativo CIMIGEN, que surge de la constitución del Grupo de Estudios al Nacimiento A. C. con el propósito de operar los proyectos del GEN, incluido el de la prevención de los defectos al nacimiento a través de acciones de cuidado durante el embarazo, nacimiento y del infante. Se realiza el estudio de factibilidad, el diagnóstico situacional y se establecen los servicios que la comunidad necesita para cumplir con el propósito original de prevención de defectos al nacimiento.

### Fase de desarrollo

Durante los primeros 10 años de establecimiento del programa se reconoce que en CIMIGEN la enfermería asume una responsabilidad amplia en la atención del nacimiento para casos de bajo riesgo perinatal.

Para ese momento, los servicios de educación en la salud reproductiva, vigilancia prenatal, atención de parto y puerperio, seguimiento del recién nacido y el niño sano, tenían una aceptación creciente en la población, al punto en que el programa era autofinanciable en su gasto operativo.

Algunos resultados destacados fueron la atención de 4500 nacimientos, 0 muertes maternas, referencia sólo de casos de muy alto

riesgo, aceptación voluntaria de metodología anticonceptiva de un 75% de las usuarias, 90% de los recién nacidos permanecen en el programa de vigilancia del crecimiento y desarrollo y un dato destacado para la época, la participación de la pareja en el proceso de atención en un 100%. (7)

## Fase de consolidación

En 1990, la institución obtuvo la certificación de la Iniciativa Hospital Amigo del Niño y de la Madre (IHAN), siendo la primera institución hospitalaria privada (sin fines de lucro) en tenerla.

En 1997 se inicia la especialidad en enfermería perinatal y, de manera ininterrumpida, se ha desarrollado hasta el día de hoy. Una de las limitantes para que las alumnas aprovechen todas las herramientas que provee el programa era el no contar con apoyos económicos y espacios apropiados para el desarrollo de su especialidad. En 2013 la Dirección de Responsabilidad Social del Nacional Monte de Piedad estableció un convenio multianual para la construcción de la Unidad Académica para la formación de especialistas en enfermería perinatal, que fue inaugurada el 19 de septiembre de 2014. Posteriormente, en 2017 se firmó un convenio con la Fundación MacArthur para replicar la formación de enfermeras perinatales en los estados de Tlaxcala, México y San Luis Potosí, lo que implicó hacer gestiones con las instituciones de salud de procedencia de las aspirantes, establecer convenios con los secretarios de salud de los estados y con el sindicato, a fin de que las aspirantes enviadas al CIMIGEN a estudiar la especialidad de enfermería perinatal conservaran su plaza, su antigüedad y aseguraran su ubicación en el área de su especialización. Esto fue así hasta 2019. Actualmente la mayoría de las egresadas se dedica a la atención de enfermería perinatal en el primer nivel de atención de los estados referidos. (8)

## Fase de reorganización

Derivado de los nuevos lineamientos técnicos para la atención en entornos habilitantes que emitió la Dirección de Salud Materna de la Secretaría de Salud (9), es importante reconocer que desde hace más una década el CIMIGEN cuenta con una sala LPR, completa, equipada, que ofrece a la usuaria y su acompañante la vigilancia continua del trabajo de parto, atención de parto y vigilancia del puerperio y de la persona recién nacida, así como el equipo necesario del profesional de enfermería perinatal para dar una atención apegada a los nuevos lineamientos y a las recomendaciones de la OMS para una experiencia positiva del parto. (10)

La dinámica poblacional en México indica que en los próximos 10 años la cantidad de nacimientos en la población mexicana se reducirá gradualmente, lo que nos hace plantear una propuesta de sostenibilidad del modelo de atención, a fin de conservar y fortalecer el actual modelo de atención perinatal e incorporar servicios de apoyo a la salud pos-reproductiva y geriátrica.

## Aprendizajes/logros

Un aprendizaje significativo fue el desarrollo de un modelo preventivo de atención especializada materno perinatal de bajo y mediano riesgo a mujeres gestantes sin seguridad social de Iztapalapa (1987 a la fecha).

Otro aprendizaje es el trabajo colaborativo entre sociedad civil, sector privado, sector público y organizaciones internacionales para el mejoramiento de la salud materna y perinatal (1990-2023).

Asimismo, un logro significativo ha sido la contribución del modelo de atención para probar la aplicación de la herramienta del enfoque de riesgo por personal calificado y su relación con la reducción de la muerte materna. Los resultados han sido: 28 000 nacimientos,

0 muertes maternas, muertes perinatales 4.3 veces menor que la media nacional (22.5/1000 nvr). (11)

Respecto a esta intervención, destaca que el personal calificado y considerado profesional en un 100% es egresado de los programas de formación de la ENEO y el CIMIGEN.

Hemos colaborado en diferentes publicaciones, entre éstas la que reconoce la labor del CIMIGEN durante las últimas tres décadas, y que incluye la experiencia de la formación de especialistas perinatales en los capítulos “Los caminos para parir en México en el Siglo XXI. Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación”, y “La partería desde la experiencia en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento y su contribución al sistema de salud”. Esta obra fue compilada por la Dra. Graciela Freyermuth, del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social de la Ciudad de México. (12)

## Retos y proyecciones

Los retos futuros son:

- Documentar de manera sistematizada la experiencia acumulada y realizar investigación propia, derivada de los propios especialistas perinatales. Esto implica formar personal calificado en la investigación para proponer protocolos propios y dirigir estudios de caso e investigaciones de los alumnos.
- Continuar dando una atención integral, centrada en las personas, para lograr sus objetivos de mantener una salud sexual, reproductiva, materna y neonatal óptima.
- Fortalecer el Modelo Educativo CIMIGEN (MEC), centrado en el alumno, con elementos del constructivismo que caracterice al alumno egresado del MEC como autónomo, autorregulado, autosuficiente, con competencias profesionales basadas en cono-



cimiento científico y habilidades socioemocionales para su incorporación al sistema de salud público, privado o social a nivel nacional e internacional, así como al trabajo independiente y en colaboración con equipos de trabajo,

El Modelo CIMIGEN enfrenta la dura situación económica que prevalece en el país, donde las organizaciones de la sociedad civil son poco visibles, no son tomadas en cuenta, pero al mantener su objeto social permanente y sin desviaciones son consistentes en sus objetivos y, por lo tanto, logran sus propósitos.

Afortunadamente, la experiencia en la región de Iztapalapa, donde su población representa las condiciones de salud materna y perinatal que prevalecen en muchas localidades del país, permite aplicar metodologías costo-efectivas (suplementación de ácido fólico en la etapa periconcepcional, educación para la salud, detección de factores de riesgo y referencia oportuna) para reducir riesgos.

El prestigio adquirido durante tres décadas nos ha permitido la sostenibilidad de la operación. En un estudio de mercado reciente se destacó que la marca CIMIGEN es ampliamente conocida en la zona y la recomendación de boca en boca sigue siendo nuestra principal fuente de difusión y promoción más que las redes sociales o los anuncios externos.

Hemos desarrollado planes de mejora continua, capacitación del personal, innovación en la formación, servicios y paquetes de atención que respondan a las nuevas realidades de nuestro entorno.

## Referencias:

- (1) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*, París, The World Bank, OECD Publishing, 2020. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>

- (2) Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento. Disponible en [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5349816&fecha=24/06/2014#gsc.tab=0)
- (3) Secretaría de Salud, *Informe Trimestral Sistema de Vigilancia Epidemiológica de efectos al Nacimiento. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No transmisibles*, 9 de enero de 2023. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/801159/Informe\\_Trimestral\\_4T\\_DAN.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/801159/Informe_Trimestral_4T_DAN.pdf)
- (4) González, A., García, J., y Vargas, V., “Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio”, *Género y Salud en Cifras*, 10 (2/3), 44-59. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/245170/Nacimientohumanizado.pdf>
- (5) Abreu, L., Martínez, R., e Infante, C., “In memoria del Dr. Eduardo Jurado”, México, *Gaceta Facultad de Medicina*, 1998. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/\\_gaceta/gaceta/abr2598/JURADO1.html](http://www.facmed.unam.mx/_gaceta/gaceta/abr2598/JURADO1.html)
- (6) Gallardo, H., Ríos, M., Ortega, M. J., Montoya, A., Martínez, J. L., Lomelín, G. J. *et al.* MIDO GDM: an innovative artificial intelligence-based prediction model for the development of gestational diabetes in Mexican women. *Sci Rep.* 2023 Apr 28;13(1):6992. doi: 10.1038/s41598-023-34126-7. PMID: 37117235; PMCID: PMC10144896.
- (7) Datos propios CIMIGEN.
- (8) Atkin, L. C., Brown, K., Rees, M., y Sesia, P., “Iniciativa de la Fundación MacArthur para promover la partería en México. Resumen del informe de la línea de base de la evaluación”, *Fortalecer la partería, una deuda pendiente, con las mujeres de México. El panorama en 2015*, MacArthur Foundation, pp. 1-2.
- (9) Secretaría de Salud, *Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servi-*

cios, México, CNEGSR, 2022. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO\\_SALA\\_LPR\\_7-9-2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO_SALA_LPR_7-9-2022.pdf)

- (10) Organización Panamericana de la Salud, *Recomendaciones de la OMS cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*, Washington, D.C., 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- (11) Datos propios CIMIGEN.
- (12) CIMIGEN, “La partería desde la experiencia de la enfermería perinatal en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento y su contribución al sistema de salud”, G. Freyermuth, *Los caminos para parir en México en el siglo XXI: experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, 2018, pp. 238-245. Disponible en: [https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico\\_Formacio%CC%81n\\_29nov\\_web.pdf](https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/09/Los-caminos-para-parir-en-Me%CC%81xico_Formacio%CC%81n_29nov_web.pdf)

# Implementación del Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica por parteras profesionales

JUSTINA SÁNCHEZ DE LA ROSA  
LIDIA CADENA TENOCELOTL

## Descripción del contexto

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud señalan que en el mundo mueren aproximadamente 830 mujeres a diario por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, siendo mayoría las mujeres que viven en zonas rurales y en comunidades más pobres. Como parte de los objetivos de desarrollo sostenible de 2016 y 2030, la misión es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos.

La mortalidad materna constituye un problema de salud pública multifactorial en México y a nivel estatal, y dentro de sus tres principales causas están la hipertensión en el embarazo, las hemorragias y las complicaciones por aborto. La prevención oportuna de factores de riesgo obstétrico en las mujeres es fundamental para reducir daños a la salud.

En México se define a la partera profesional como la persona que ha adquirido las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro o la certificación, y es capaz de proveer a las mujeres el acompañamiento, la atención y las orientaciones necesarias durante el embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se encarga de la persona recién

nacida y atiende los partos con sensibilidad, responsabilidad y autonomía. La categoría incluye la ejecución de medidas preventivas, el cuidado integral de la salud centrado en la mujer, la detección de patologías en la madre y la persona recién nacida, referencia oportuna, orientación y educación de los derechos sexuales y reproductivos, no sólo de las mujeres sino también de la comunidad. También considera la promoción de la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural.

En este sentido, la partería profesional tiene como objetivos aumentar el acceso y la calidad en los servicios de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal en instituciones de salud; contribuye a reducir la desigualdad en el acceso a servicios de salud seguros y de calidad. Estas características son predominantes en grupos vulnerables, que se caracterizan por no contar con protección social, por percibir ingresos bajos, tener niveles educativos bajos, empleos precarios o por tener una condición física limitante.

Durante 2012 en el estado de Tlaxcala el porcentaje de muerte materna fue de 62.2% por lo que la Coordinación de Enfermería de Primer Nivel de Atención participó en la convocatoria SI CALIDAD con el proyecto “La mejora de la calidad de la atención en el binomio madre e hijo para el profesional de Enfermería del Primer Nivel de Atención”, el cual fue ganador y se aplicó para formar al capital humano de la Especialidad en Enfermería Perinatal y fortalecer la atención primaria de la salud como estrategia para mejorar la salud materna y resaltar la necesidad del profesional con competencias específicas para cubrir las necesidades de la población que demanda la atención.

Desde 2014 Tlaxcala implementó el Modelo de Partería Profesional, basado en el Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica en 17 unidades médicas de primer nivel de atención con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de la atención materna perinatal, ampliando la atención del parto respetado en dos centros de salud de Ixtacuixtla de Mariano Matamoros y San Luis Teolocholco en un entorno amigable con experiencias exitosas y disponibilidad de la atención en beneficio del núcleo familiar.

La atención obstétrica de bajo riesgo realizada por el profesional de enfermería contribuye a la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Además, representa una estrategia de alto impacto por el costo-beneficio que implican tanto las intervenciones interdependientes como las independientes. El primer nivel de atención es el campo de acción para este profesional de enfermería de pregrado y posgrado, que mediante el enfoque de riesgo de la embarazada podrá clasificarla en bajo, mediano y alto, para luego implementar un plan de cuidados y seguimiento hasta la resolución de embarazo, parto, puerperio, vigilancia de la persona recién nacida, atención del adolescente y así garantizar el proceso continuo de los cuidados.

El rol del profesional de la enfermera debe estar centrado en la atención integral, el cuidado de calidad, la prevención de las enfermedades para lograr una pronta recuperación de los usuarios. Además, debe ser reflejo de las transformaciones y las funciones que su competencia y lograr mayor independencia y autonomía con alto sentido de compromiso social. Finalmente, es importante facultar a las personas en la toma de decisiones en el cuidado individual, familiar y de la comunidad, para la salud materna perinatal.

## Necesidades observadas para la creación del modelo

En 2012 y 2013, en el estado se dirigieron dos proyectos para la formación de capital humano, los cuales fueron ganadores en la convocatoria de SI CALIDAD de la Dirección General de Calidad y Enseñanza en Salud (DGCES). Este paso fue la piedra angular en la implementación del Modelo de Partería Profesional (MPP) tomando como referencia el Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica (MAEO).

El MPP surgió ante una problemática: se presentaron 16 muertes maternas en 2012 (RMM de 62.2), siendo el primer nivel de atención el eslabón para captación de la mujer embarazada, inicio temprano de

la atención prenatal, prevención de complicaciones y seguimiento del binomio. Con financiamiento del proyecto se capacitó a 15 profesionales de enfermería del primer nivel de atención en la Especialización de Enfermería Perinatal, asignando estos recursos en los municipios de mayor incidencia de morbilidad y mortalidad maternas. De esta manera, el 1° de agosto de 2014 se implementó en 17 centros de salud del estado, tomando como referente el MAEO. Se otorgaron servicios desde la etapa pregestacional, captación de embarazadas al censo, atención prenatal con enfoque de riesgo y referencia oportuna. De esta forma fue posible aumentar la atención del parto respetado, mejorando la vigilancia del puerperio, control de la natalidad con la consejería y aplicación de los métodos de planificación familiar, atención integral de la persona recién nacida y la vigilancia del crecimiento y el desarrollo del menor de 5 años.

También se fortalecieron las actividades extramuros con la actualización permanente del censo nominal, la promoción de la salud en las escuelas de nivel básico y superior con énfasis en la prevención de embarazos en adolescentes, la educación perinatal, la estimulación temprana en los niños y niñas, la estrategia de lactancia materna, y la coordinación con líderes comunitarios para la gestión de redes de apoyo para la mujer embarazada.

En 2016 se implementó la estrategia de atención de partos amigables en el Centro de Salud del municipio de Ixtacuixtla, ampliando la cartera de servicios en los diferentes turnos para garantizar la disponibilidad y la accesibilidad a las 23 comunidades que conforman el municipio y los municipios cercanos a la región. En 2018 se fortaleció otro centro de salud al ampliarse los turnos para otorgar servicios de partería profesional en todo el municipio de Teolocholco.

Actualmente, los servicios de partería profesional se otorgan en 15 centros de salud, con un total de 26 enfermeras especialistas perinatales en las tres jurisdicciones sanitarias que integran el estado de Tlaxcala y en los municipios que han sido reincidentes en mortalidad materna, para otorgar atención de calidad y con eficiencia por en-

fermeras especialistas perinatales. El modelo va dirigido a mujeres en edad reproductiva desde la etapa pregestacional, control prenatal, atención del parto, puerperio y atención a la persona recién nacida de bajo riesgo, vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, así como el seguimiento en el cuidado de las mujeres de alto riesgo para evitar que se compliquen más, con actividades intra y extramuros con promoción y educación para la salud centradas en la mujer, la familia y la comunidad y de respeto a los derechos humanos.

Desde entonces se ha dado seguimiento estrecho al desarrollo de las competencias de las parteras profesionales, gestionando recursos financieros para aumentar el capital humano y la adquisición de recursos físicos. Asimismo, se crearon protocolos de atención en salud materna y neonatal, gestionando la inclusión del perfil en el manual organizacional. Otra de sus funciones ha sido supervisar los procesos de atención que otorgan las parteras profesionales. Además, se ha mantenido estrecha vinculación con el CNEGSR y la OPS/OMS, realizando esfuerzos en conjunto para impulsar la partería profesional.

En Tlaxcala se cuenta con esta información desde el 1° de agosto de 2014. También se están elaborando indicadores para medir los avances en partería profesional, y se cuenta con una cédula de supervisión de partería profesional desde 2017, la cual es usada en las visitas de supervisión que realiza el CNEGSR a las unidades con estos servicios. Del mismo modo, se realizan encuestas a usuarias para tener conocimiento de las intervenciones comunitarias de salud materna y perinatal, en las cuales las parteras son entes difusores de conocimientos.

## Diseño del modelo

En 2012 se participó en la convocatoria de la Dirección General de Calidad para el Proyecto de Acuerdos de Gestión y Capacitación de SI CALIDAD, con el tema “La mejora de la calidad de la atención en el binomio madre e hijo para el personal de Enfermería del primer



nivel de atención”. El proyecto resultó ganador con financiamiento de \$400 000 en el que se formó a 15 profesionales de enfermería en estudios de posgrado de la Especialidad en Enfermería Perinatal en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, con perfil de egreso para el desempeño de las competencias específicas y generales en la salud sexual y reproductiva. Con el objetivo de incrementar la calidad de la prestación de servicios para el continuo de la atención del embarazo con el enfoque de derechos humanos, se buscó optimizar la atención en el entorno biológico, psicológico, social y cultural, con el respeto de las circunstancias y perspectivas individuales de las mujeres, impulsando el desarrollo comunitario en la capacidad de cuidar de sí mismas y de sus familias.

Las necesidades de salud de las gestantes de bajo y alto riesgo son resueltas de forma general, con procedimientos simples en el primer nivel de atención, mediante el control, prenatal por el área médica y la referencia a otros niveles ante la presencia de factores de riesgo sin el seguimiento del mismo en el primer nivel. En el centro de salud la mayor parte de actividades en la mujer embarazada son asistenciales, por lo que se pretende que la formación de las enfermeras especialistas perinatales permita rescatar las actividades intra y extramuros. Este proceso abarca desde la etapa pregestacional hasta la resolución del parto y vigilancia del puerperio en sus diferentes estadios y atención de la persona recién nacida. De igual forma se realizará el seguimiento del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, la incorporación de los talleres y la promoción de la salud en la población abierta y grupos cautivos.

Por esta razón, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) está impulsando la integración y el fortalecimiento de implementación del Modelo de Atención en Partería Profesional.

En Tlaxcala, desde 2014 se ha aplicado la política de incorporar a las enfermeras especialistas perinatales en el primer nivel de atención, para establecer los servicios de partería profesional en todo el

continuo de la salud sexual y reproductiva materna neonatal como pieza clave para disminuir la problemática de violencia obstétrica y, por ende, la morbilidad identificando con oportunidad el riesgo obstétrico y la prevención de la muerte materna.

Los objetivos planteados son:

- Incrementar el número de personal calificado en partería profesional con las competencias de salud sexual, reproductiva, materno y neonatal (enfermeras perinatales, licenciados en enfermería y obstetricia y parteras técnicas).
- Aumentar la calidad en los servicios de salud sexual, reproductiva, materno y neonatal en el estado y el país.
- Ofrecer atención materno y neonatal enfocada en el respeto a los derechos humanos, pertinencia cultural y seguridad, reduciendo así la violencia obstétrica.
- Garantizar el acceso y la disponibilidad de servicios de partería profesional a las mujeres.

Las atenciones que se realizan en las unidades médicas por parteras profesionales son:

- Consulta pregestacional en mujeres y detección oportuna del riesgo reproductivo.
- Captación de mujeres embarazadas en el primer trimestre para iniciar la atención tempranamente y detectar de forma oportuna algún factor de riesgo obstétrico.
- Consulta prenatal de bajo riesgo.
- Atención del parto respetado.
- Consulta del puerperio: inmediato, mediato y tardío, intra y extramuros.
- Consulta integral de la persona recién nacida.
- Consulta del niño sano para su vigilancia de crecimiento y desarrollo.

- Consulta, colocación y revisión de métodos de planificación familiar.
- Consulta domiciliaria ante la inasistencia.
- Atención de eventos adversos en el parto atendido.
- Referencia oportuna por riesgo obstétrico de la mujer.
- Referencia de la persona recién nacida ante alguna emergencia.
- Visitas domiciliarias de seguimiento en mujeres en edad fértil, insistentes de planificación familiar, embarazadas, puérperas y en periodo de lactancia materna.
- Vinculación con líderes comunitarios para la activación de redes de apoyo a la mujer embarazada y línea materna.
- Tamizajes en el ciclo de vida de la mujer (estado nutricional, HAS, Diabetes, CACU, CAMA, pruebas de embarazo, etc.)
- Detecciones en la mujer embarazada de acuerdo a necesidades.
- Inmunizaciones en cada etapa de línea de vida de la mujer y de la persona recién nacida.
- Talleres de educación perinatal, lactancia materna, estimulación temprana y planificación familiar.
- Promoción de educación para la salud en escuelas de nivel medio superior para la prevención de embarazo en adolescentes y líderes comunitarios para promover los servicios de partería profesional.

## Actores vinculados

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva es rector de la política nacional en programas de salud materna y perinatal y de igualdad de género. El CNEGSR ha otorgado apoyo técnico para la implementación y el desarrollo de la partería profesional, la capacitación del capital humano y la adquisición de recursos materiales.

En México, la OPS/OMS ha contribuido a la partería profesional, proveyendo asesoría técnica, compartiendo evidencia de experiencias

y financiando proyectos para el desarrollo de la partería profesional y la capacitación de recursos humanos.

Desde 2015 la ENEO-UNAM ha colaborado con el estado en la apertura de plazas del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, como estrategia para generar las competencias y fortalecer los servicios.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) aportó recursos para realizar abogacía del personal directivo estatal, promoción de los servicios de partería y capacitación para la atención del adolescente.

Como parte de la abogacía se realizó un taller con los jefes de las jurisdicciones sanitarias, coordinadores de programas y parteras tradicionales para fortalecer la implementación y la sostenibilidad del modelo en las unidades de salud donde se asignarían los servicios de partería profesional, y para dar seguimiento con autoridades municipales de la difusión del modelo y la accesibilidad de las mujeres.

La Fundación MacArthur colaboró con recursos para la formación, la capacitación y la certificación profesional y por competencias obstétricas, en cursos de liderazgo en los que las EEP han participado para el empoderamiento de la partería profesional y la mejora de la calidad de la atención.

En febrero de 2018 iniciaron las actividades de implementación del proyecto de partería profesional, financiado por MacArthur y aplicado en recursos humanos, capacitación, infraestructura y recursos materiales. El proyecto finalizó en febrero de 2019, con la participación en la convocatoria que lanzó OPS/OMS, para el impulso de la partería profesional en el sistema de salud, y fue denominado “Mejorar la calidad de la atención en salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil en el centro de salud de San Luis Teolocholco” y se hizo acreedor a un monto de \$1 603 121.88.

De la cantidad otorgada, el estado ejerció \$432 773.47 en capacitación, infraestructura, comunicación y difusión, y con el resto contrataron a 2 personas (LEOS por OPS/OMS), equipamientos mobiliarios

y equipo médico (ultrasonido, tococardiógrafo, camas parto, labor, recuperación material para talleres de educación perinatal, estimulación temprana, lactancia materna, etcétera).

## Descripción del proceso de implementación

### Capacitación

Formación como Enfermera Especialista Perinatal, para adquirir las competencias específicas dirigidas a la atención prenatal, la atención del trabajo de parto y parto, puerperio y de la persona recién nacida. Asimismo, se incluyó la certificación para la atención de urgencias obstétricas y neonatales.

En las competencias generales se encuentran las de comunicación, interculturalidad y administrativa.

### Implementación del modelo obstétrico

El personal que participó en el proyecto adquirió un compromiso de mínimo 5 años para participar en la implementación del Modelo de Partería Profesional en unidades médicas de primer nivel y cambio de adscripción por necesidades de acuerdo al panorama epidemiológico de la salud materna.

### Presentación del modelo

Se presentó el Modelo de Enfermería Obstétrica al Secretario de Salud Estatal y director de Servicios de Salud en coordinación con responsables del programa de salud materna y director de Atención Primaria para dar a conocer la estrategia de operatividad y las unidades de implementación en los municipios donde se presentó muerte materna.

También se fortaleció la operatividad del modelo con la incorporación de personal becario de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con adscripción en unidades de salud de primer nivel con rotación al Hospital de la Mujer para adquirir habilidades de la atención del parto y de la persona recién nacida.

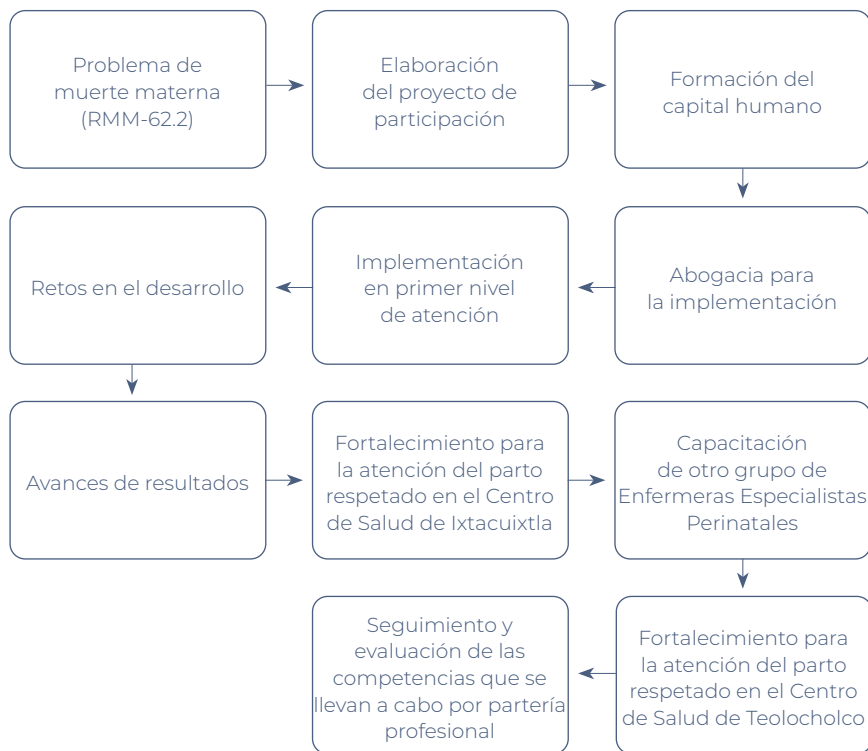
## Monitoreo, seguimiento y evaluación

A través de:

- Supervisiones en las unidades.
- Reuniones de acuerdos y seguimiento de compromisos.
- Análisis de los registros de productividad mensual y validación en el Sistema Nacional de Información Básica por unidad médica.
- Envío de información al Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.
- Capacitación continua y certificaciones vigentes.
- Aplicación de procedimientos que emiten las guías de práctica clínica y planes de cuidados y lineamientos vigentes.

Actualmente se cuenta con un manual de organización interno con funciones a desempeñar con base en las competencias.

**FIGURA 1. Proceso de implementación**



### Logros y aprendizajes

Posicionamiento de partería profesional en las unidades de salud de primer nivel de atención, para fortalecer la atención salud sexual reproductiva materna perinatal por enfermeras especialistas perinatales.

Se cuenta con 15 unidades de salud con la atención de consultoría en todo el continuo de la atención y la realización de talleres, y dos unidades con atención de parto amigable como lo son el Centro de Salud de Ixtacuixtla y Teolochoolco.

Unas de las principales colaboraciones son la construcción e implementación de un proyecto para fortalecer los servicios de partería profesional en el centro de salud San Luis Teolocholco, Tlaxcala; el cual fue financiado por OPS/OMS en 2018.

Desde 2015 la ENEO-UNAM ha colaborado con el estado en la apertura de plazas del servicio social de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, como estrategia para generar las competencias y fortalecer los servicios del estado.

Actualmente están incorporadas 25 enfermeras especialistas perinatales en el primer nivel de atención, otorgando atención pregestacional, atención prenatal, parto respetado, puerperio, atención de la persona recién nacida, promoción de la salud en escuelas de nivel superior, talleres de educación perinatal, estimulación temprana y lactancia materna.

Las mujeres que son atendidas por parteras profesionales se sienten satisfechas con la atención, expresan alegría, se sienten escuchadas, la pareja participa y vive el proceso de la atención prenatal-parto en un entorno amigable y amoroso; hay un respeto a sus derechos y cultura.

## Beneficios

Mejora el autocuidado de la mujer y la familia, menos complicaciones en el proceso prenatal con detección oportuna de riesgo obstétrico, facilita la atención del parto con la preparación de la educación perinatal, mayor vigilancia del puerperio, facilidad en el apego a la lactancia materna, la pareja percibe más sensibilización para el control de la natalidad como optar por la vasectomía, niños y niñas sanos con mejor desarrollo psicomotriz.

En la institución el costo-beneficio es redituable a partir de la disminución del índice de cesáreas y de la violencia obstétrica.



Se cuenta con la Especialidad de Enfermería Perinatal en la Universidad Autónoma del estado a partir de 2022 sin tener que emigrar a otro estado.

A nivel nacional, el CNEGSR ha establecido un formato para registrar la productividad de las unidades que cuentan con partería profesional. En Tlaxcala se tiene esta información desde el 1° de agosto de 2014.

## Retos y proyecciones

Se han identificado varios obstáculos en la implementación y el desarrollo de la partería profesional, entre los principales están:

- Aceptación del Modelo de Partería Profesional en las unidades de salud por el propio personal multidisciplinario de salud.
- Falta de difusión de la cartera de servicios que otorga partería profesional en la población.
- Falta de voluntad política de las autoridades sanitarias para fortalecer las competencias de partería profesional en primer nivel de atención y en unidades hospitalarias abrir espacios para la atención amigable del parto.
- Falta de evidencia en el país que sustente que el modelo de servicios de partería profesional tiene mejores resultados.
- Insuficiencia de un marco regulatorio de los servicios de partería profesional.
- Documentar que son menos las complicaciones durante el parto y posparto inmediato en las mujeres atendidas en el modelo de partería profesional.
- Documentar que existe mayor adherencia a las consultas prenatales y del puerperio en el modelo de partería profesional.
- Documentar que existe una mayor aceptación a los métodos de planificación familiar en el modelo de partería profesional.

- A nivel estatal se están construyendo indicadores para evaluar los servicios de partería profesional en las unidades de primer nivel.
- Se reconoce a la enfermería perinatal como una coordinación estatal que da resultados a favor de la salud materna y perinatal.

## El futuro del modelo

El modelo de partería profesional tiene que documentarse a partir de los resultados de las atenciones que se otorgan, justificando la relación costo–efectividad. Ésta sería la base para sensibilizar al personal de salud y los gerentes como tomadores de decisiones, para que, consecuentemente haya una suma de voluntades en el fortalecimiento y la sostenibilidad de este modelo de atención.

Se espera que, al sensibilizar de forma gradual a más personal de salud, gestores de la atención materna y tomadores de decisiones, ellos implementen el modelo de servicios de partería profesional en más unidades de salud, para que así converjan en una difusión masiva de los servicios en la comunidad. Con todo lo anterior, aunado a otras acciones, se contempla que a mediano y largo plazo haya una adopción del modelo de servicios de partería profesional en Tlaxcala y en el país.

De tal manera que se requiere también de la existencia de un marco jurídico que haga referencia a estos servicios y, en paralelo, a un mayor acceso para tener una atención segura, de calidad, enfocada en los derechos sexuales y reproductivos y la interculturalidad. Finalmente, se debe actuar para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Se espera que las organizaciones a nivel nacional aporten más financiamiento, para seguir promoviendo y fortaleciendo los proyectos que contribuyan a la formación, la sensibilización y la capacitación continua de los profesionales de partería. Esperamos también contar

con su acompañamiento de manera permanente para el fortalecimiento en las entidades federativas y con la voluntad política para fortalecer el marco normativo en la implementación y sostenibilidad del modelo de atención de salud materna y perinatal con los servicios de partería profesional.

## Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud, *Salud materna*, OPS/OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es>  
Secretaría de Salud, *Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica*, México, Secretaría de Salud, 2005.

# Modelo de Partería Profesional en el municipio de Felipe Carrillo Puerto

MITZI CAROLINA REYES MARTÍNEZ

## Introducción

Felipe Carrillo Puerto es uno de los 11 municipios que integran el estado de Quintana Roo: se localiza en el centro del estado, está conformado por aproximadamente 90 localidades originarias de la cultura maya y concentra el mayor porcentaje de población indígena. Este municipio es un sitio lleno de historia y sus pobladores guardan sus raíces y su cosmovisión, las cuales durante mucho tiempo caracterizaron a esta cultura. Sin embargo, los datos demográficos hasta 2022, recaudados por el Gobierno de México, nos plantean las transiciones en el sistema político, económico, educativo y social de estas comunidades y los efectos que han tenido sobre éstas.

La población total de Felipe Carrillo Puerto hasta 2020 era de 83990 habitantes, de los cuales 50% son mujeres y 50% hombres, y un 53% de la población total habla una lengua indígena. La principal fuente económica es el aserradero de maderas y el empleo en los servicios turísticos que ofrece el estado, mientras que en la cabecera municipal la economía se basa en el comercio al por menor, alojamiento temporal y preparación de alimentos. El 49.4% de la población se

encontraba en situación de pobreza moderada y 31.7% en situación de pobreza extrema. La población vulnerable por carencias sociales alcanzó un 14.1%, mientras que la población vulnerable por ingresos fue de 1.19%. Las principales carencias sociales de Felipe Carrillo Puerto en 2020 fueron: falta de acceso a la seguridad social, a los servicios básicos en la vivienda y a la alimentación.

En cuanto a educación, la distribución porcentual de población de 15 años y más en Felipe Carrillo Puerto durante 2020, según el grado académico aprobado del total de la población, fue la siguiente: secundaria (32.5% del total), primaria (28.4% del total) y preparatoria o bachillerato general (24.7% del total), mientras que la tasa de analfabetismo fue de 9.9%. (1)

En el sector salud el número de personas que tienen acceso a estos servicios fue de 17039, (2) y las instituciones que los brindan son: Servicios Estatales de Salud Quintana Roo (Sesa), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por parte de Sesa, el municipio cuenta con un hospital general, dos centros de salud urbanos, 31 centros de salud rurales y cuatro unidades móviles de salud denominadas caravanas, mientras que el IMSS y el ISSSTE tienen una unidad de medicina familiar cada uno.

El municipio de Felipe Carrillo Puerto se considera una zona de vulnerabilidad, puesto que las comunidades que lo integran en su mayoría son poblaciones indígenas de escasos recursos económicos, con un idioma diferente al del país, un ambiente sociocultural arraigado a la ideología patriarcal y poblados de lejana ubicación, lo cual en conjunto representa una barrera para tener acceso a los servicios de salud. Ciertamente, la falta de acceso a servicios es un factor determinante en la calidad de vida de una persona, pues condiciona su desempeño educativo y laboral, así como la realización de actividades cotidianas. Al ser un derecho fundamental, es deber de los gobiernos garantizar a la población su acceso a servicios de calidad y atención oportuna, sin olvidar que le compete facilitar y proporcionar los

medios para la prevención de enfermedades, y la promoción del autocuidado de la salud.

En 2015, la Fundación MacArthur hizo una alianza con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para crear una iniciativa que impulsara el desarrollo del sistema de salud en México, basándose en los indicadores globales de salud para dar continuidad a los objetivos del desarrollo del milenio y contribuir con los objetivos de desarrollo sostenible. Estos esfuerzos se enfocaron fundamentalmente en mejorar las condiciones de salud materna y neonatal, impulsando en el país el desarrollo de modelos de atención para las mujeres en edad reproductiva, así como el fortalecimiento y la formación de personal de partería profesional en México. Con ello se buscaba disminuir la mortalidad y la morbilidad maternas, aumentando la calidad de los servicios del sistema de salud, fortaleciendo el sector al incluir profesionales con las competencias necesarias para brindar atención integral a las mujeres en procesos reproductivos.

Desde 2009, Quintana Roo fue una de las entidades federativas que registró un porcentaje de mortalidad materna por encima de la cifra nacional, mientras que para 2016 fue el primer lugar en embarazo de mujeres adolescentes con un promedio de 5000 embarazos al año, de mujeres entre los 15 y 19 años. Asimismo, el 80% de estas mujeres había tenido su primer hijo antes de los 17 años; el 47% de las mujeres entre los 12 y 19 años inició su vida sexual sin utilizar ningún método para el control de la natalidad, y tampoco contaba con información sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual. La desigualdad de género, la violencia hacia las mujeres, las ideologías culturales, el nivel bajo de escolaridad y el difícil acceso al mundo laboral son algunas de las razones que propician que este fenómeno se presente con mayor frecuencia.

## Inicios del modelo de partería profesional en Quintana Roo

En 2015 el Centro Nacional de Equidad y Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en conjunto con la OPS, la Fundación MacArthur y el UNFPA lanzaron la convocatoria de implementación de modelos de partería profesional en el estado de Quintana Roo a través de los servicios estatales de salud. El Sesa participó para dirigir esfuerzos en la reducción de las estadísticas de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, así como en garantizar la calidad de los servicios brindados a las mujeres en edad reproductiva, prevenir embarazos en adolescentes, proporcionar atención humanizada intercultural y segura, pero también garantizar la cobertura de dichos servicios en todo el municipio. De este modo, en noviembre de 2016 se realizó la búsqueda de personal clave que tuviera las competencias y la experiencia para concretar las expectativas planteadas y echar a andar el modelo de partería profesional en el estado. A partir de ese momento, se agregaron a la plantilla de los servicios estatales de salud con recurso de nivel federal tres contratos de enfermeras especialistas perinatales, quienes a su llegada al estado realizaron un análisis de las condiciones de salud materna y salud de las mujeres en edad reproductiva, y propusieron que el modelo no sólo se llevara a cabo en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, sino que se incluyera al municipio vecino, José María Morelos, en donde las características de la población eran similares. Las unidades operativas en la que se ubicaron dos licenciadas fueron el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, ambas en el turno matutino, y una en el Hospital Integral de José María Morelos, en el turno vespertino.

Respecto al Hospital General de Felipe Carrillo Puerto, las enfermeras especialistas perinatales brindaron atención a mujeres embarazadas en los siguientes servicios: consultorios de urgencias, urgencias observación, sala de expulsión y hospitalización, y observaron que era necesario protocolizar y estandarizar los procesos de atención

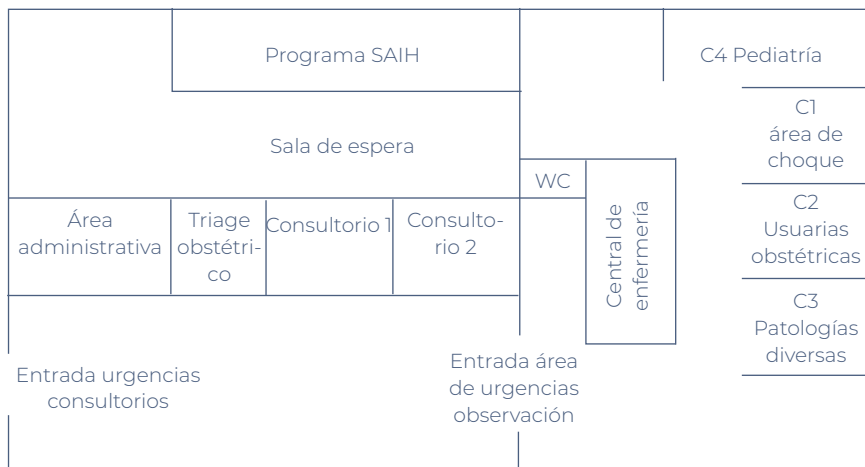
brindados a las usuarias, actualizar a todo el personal que se encontraba en la unidad, así como contar con recursos humanos con la formación pertinente para lograr las competencias requeridas. Para la implantación del modelo de partería, en una primera fase se dio a conocer a nivel estatal el modelo de partería profesional, se expuso la importancia de la integración de este profesional en el sistema de salud, así como las funciones dentro del equipo multidisciplinario. Posteriormente, en la unidad se dieron a la tarea de crear el servicio de triage obstétrico y de capacitar al personal clave de todos los turnos que se haría cargo de ese servicio. También diseñaron el formato de papelería pertinente para recabar información de las usuarias de una manera eficiente y que les permitiera acortar tiempo para detectar factores de riesgo y brindar atención oportuna.

Una vez que las usuarias eran clasificadas, se les brindaba la consulta de urgencia y de acuerdo a su valoración decidían el ingreso. En el servicio de urgencias se encargaban de vigilar y acompañar a las mujeres que cursaban un trabajo de parto de bajo riesgo. Cabe destacar que esa área se dividía en cuatro cubículos: el primero era el área de choque, en el segundo cubículo se brindaba atención obstétrica sin importar nivel de riesgo y edad gestacional, el tercero alojaba usuarios de género indistinto con diferentes patologías, y el cuarto cubículo era para usuarios pediátricos como se muestra en la figura 1.

El área de observación urgencias no estaba acondicionada para atender a las usuarias obstétricas con base en el modelo de partería profesional, sin embargo, las licenciadas perinatales les brindaban libertad de movimiento, acompañamiento, ingesta de dieta blanda y líquidos durante el trabajo de parto de bajo riesgo, según se les permitiera la demanda del servicio. En ese mismo cubículo se encontraban usuarias de alto riesgo en condiciones de trabajo de parto, programadas para cesárea u otra situación obstétrica. A todas las mujeres, independientemente de su nivel de riesgo, se les brindaba información y orientación, así como los cuidados pertinentes posteriores a la vigilancia del trabajo de parto. Cuando las usuarias tenían



**FIGURA 1.** Área de urgencias obstétricas y observación del Hospital General Felipe Carrillo Puerto



dilatación completa y descenso de la presentación se trasladaban a la sala de expulsión y allí las licenciadas realizaban la atención de parto, adecuando la mesa de expulsión para brindar mayor comodidad a las usuarias. También realizaban el apego inmediato, los pasos básicos de la reanimación neonatal en el pecho de la madre, fomentando el contacto piel a piel durante las primeras horas de vida del recién nacido favoreciendo así la lactancia materna y el vínculo mamá-bebé.

En diferentes aspectos, para las licenciadas representó un reto iniciar el modelo de partería, ya que había que sustentar su presencia en el hospital y dejar de lado viejos paradigmas en cuanto al profesional de enfermería, la falta de actualización del personal del hospital en los temas de salud materna y el desacuerdo en que las licenciadas en enfermería perinatal atendieran partos, prescribieran medicamentos y dieran indicaciones al demás personal de enfermería. Estos aspectos hacían que los retos y objetivos a alcanzar fueran complicados de cumplir, sin embargo, a medida que pasaba el tiempo fueron cambiando la forma de atención. En el servicio de hospitalización, a mamá y bebé se

les mantenía en alojamiento conjunto, se les acompañaba en la lactancia y se brindaba asesoría a quienes tuvieran dificultades para alimentar a su bebé. También se les hablaba de metodología anticonceptiva y, si ellas lo decidían, se les colocaba en ese mismo servicio; antes de irse a casa se les daban pláticas acerca de los cuidados y datos de alarma del recién nacido y el puerperio. Gracias a los resultados que iban mostrando, los servicios estatales de salud se convencieron y observaron el impacto positivo que las acciones de las licenciadas enfermeras especialistas perinatales tenían sobre la salud de las usuarias y los neonatos, así como las experiencias que ellas vivían en el hospital. Esto influía en el apego a los tratamientos, la lactancia materna y la aceptación de aplicación de anticoncepción posterior al evento obstétrico.

En el Hospital de José María Morelos las condiciones eran similares. Las actividades que demandaba el modelo de partería eran numerosas y, pese a la capacitación de personal clave en dichas unidades, el número de enfermeras no era suficiente. Específicamente, se necesitaba personal para estas acciones, lo cual garantizaría la calidad de los servicios que pretendían proporcionar y contribuir con la formación de profesionales que tuviera competencias en partería profesional.

Entonces se realizaron las gestiones pertinentes para convertir a la unidad en sede del servicio social en competencias obstétricas de la entonces Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Fue así que para agosto de 2017 se integraron al modelo seis pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia de la ENEO, ubicando a tres de ellos en el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto y tres en el Hospital Integral de Morelos. Una vez fortalecidos los servicios proporcionados por partería profesional con la llegada de los pasantes, las licenciadas perinatales aplicaron el modelo de partería y se capacitó a todo el personal de salud y administrativo del hospital con el objetivo de dar a conocer este modelo, así como las actualizaciones en la atención obstétrica y la importancia de la integración de las enfermeras especialistas perinatales en el equipo multidisciplinario.

Asimismo, los centros de salud comunitarios de Noh-bec, Chumpon, Polyuc, Tihosuco y el centro de salud Urbano Francisco Arana Tun se sumaron a las capacitaciones, pues según el análisis realizado eran las comunidades mayas con mayor población de mujeres embarazadas y referencias del hospital.

Del mismo modo, se hizo un acercamiento con las parteras tradicionales registradas en la Jurisdicción Sanitaria Tres, a la cual pertenece el municipio de Carrillo Puerto, con el objetivo de validar la sabiduría ancestral, compartir experiencias, aprender de la cosmovisión maya, las técnicas utilizadas en la atención que proporcionaban a las mujeres y capacitarlas para la detección de factores de riesgo y referencia oportuna. Asimismo, el objetivo también era dar confianza a las parteras tradicionales para acercarse al sistema de salud y hacer sinergia fortaleciendo los servicios de salud dirigidos a las mujeres, creando así una red de atención obstétrica.

En ese mismo año, la OPS publicó una convocatoria en la que el estado de Quintana Roo participó con el proyecto creado por las enfermeras especialistas perinatales: “Red de Atención Obstétrica en el municipio de Felipe Carrillo Puerto”, el cual proponía la incorporación del modelo de partería profesional en el Hospital General Felipe Carrillo Puerto, un programa de capacitación de todas las unidades comunitarias que integraban esta red. También se incluía al Hospital Integral de José María Morelos y el Hospital General Felipe Carrillo Puerto en la creación de un entorno óptimo para la atención de las usuarias, la sala de labor, parto y recuperación. El proyecto solicitaba también la integración de dos enfermeras especialistas perinatales.

A inicios de 2018, la OPS otorgó el financiamiento para remodelar y habilitar la Sala LPR, y para contratar a dos enfermeras especialistas perinatales. Sumados a este esfuerzo, los Servicios Estatales de Salud reubican a una licenciada en oficinas centrales como encargada del componente comunitario a nivel estatal, promoviendo así la incorporación de otra enfermera especialista perinatal al equipo del Hospital General de Felipe Carrillo Puerto.

**IMAGEN 1.** Municipio de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo, mostrando las comunidades que se tomaron en cuenta para la red de atención materna y perinatal.

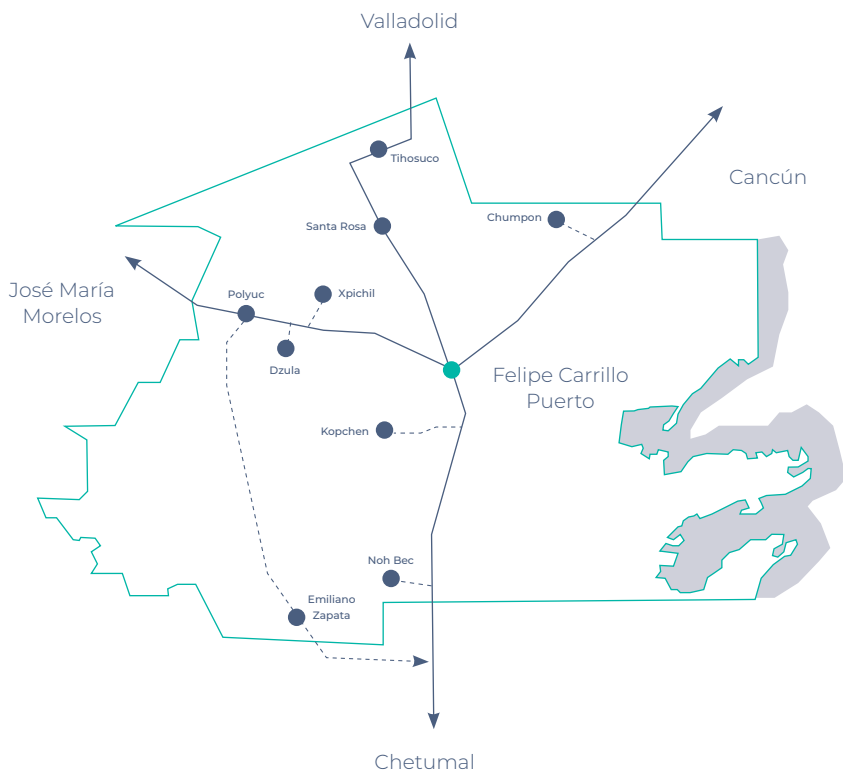


Gráfico realizado basándose en el mapa de José Luis Ruz Escalante-Webnode.

En ese mismo año se conseguiría un contrato de enfermera especialista perinatal en el Hospital Integral de José María Morelos, incorporando a una licenciada. Sin embargo, no se contó con el recurso suficiente para conseguir el código de enfermera especialista, y posteriormente, gracias a la trayectoria de la licenciada, pudo ganar la codificación de jefa de enfermeras de esa unidad y

desempeñar dicho cargo, logrando gestiones para continuar apoyando y coordinando la integración del modelo y la formación de los pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia en la mencionada unidad durante cuatro años más.

Cabe mencionar que, en 2022, ya no se consideró como sede para el servicio social de los alumnos de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la UNAM, a la vez que no continuaron las gestiones por parte del estado para la implementación total del Modelo de Partería en José María Morelos.

## Segunda fase de implementación de la Red de Atención Obstétrica en el Municipio de Felipe Carrillo Puerto

Programa de capacitación e integración de Sala Labor, Parto y Recuperación (LPR)  
Hospital General Felipe Carrillo Puerto

La segunda fase de la integración del modelo de partería profesional comienza con el trabajo en conjunto de las cinco enfermeras especialistas perinatales, ejecutando el proyecto presentado ante la OPS ubicándolas en el Hospital de Felipe Carrillo en los turnos: matutino, vespertino, nocturno A, nocturno B y especial matutino. Los servicios de ejecución de sus intervenciones eran: urgencias consultorios, urgencias observación, sala de expulsión, recuperación y hospitalización. Debido a que no contaban con un servicio fijo y al desconocimiento por parte del personal del hospital, la atención tuvo las siguientes limitantes:

- 1) Contar con poco personal de partería para atender la alta demanda de las intervenciones en todos los servicios.
- 2) No contar con un espacio específico para realizar el acompañamiento durante el trabajo de parto.

- 3) Dificultad para realizar intervenciones con usuarias de alto riesgo, que en ocasiones no tenían trabajo de parto.
- 4) Imposibilidad de garantizar el acompañamiento de un familiar debido a lo reducido del espacio y al haber una situación no igualitaria para otras mujeres y otros usuarios que se encontraban en la misma área.

Aun así, las mujeres se mostraban satisfechas y contentas por la atención brindada, las enfermeras perinatales y las pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia se encargaban de realizar ese acompañamiento con la integración de técnicas no farmacológicas para el manejo de las contracciones, incluido el uso de masajes, movimiento en medida de lo posible y esferodinamia. Posterior al acompañamiento, las usuarias eran trasladadas a la sala de expulsión para la atención al nacimiento. En el servicio de recuperación las mantenían en un cubículo pequeño donde permanecían con su bebé, para el fortalecimiento de la lactancia materna y la vinculación prenatal, y por último eran ingresadas a hospitalización, donde se les otorgaban los métodos anticonceptivos y la información necesaria para el egreso hospitalario posterior a 24 horas posparto y 36 a 48 horas poscesárea.

En abril de ese mismo año se habilitó un espacio dentro del hospital, como sala LPR, que anteriormente se ocupaba como almacén de material dentro del área de quirófanos, independiente del servicio de Central de Equipo y Esterilización; se reubicó el material que ahí se resguardaba, se habilitaron nuevamente tomas de oxígeno con las que se contaba en ese lugar y el sanitario de ese mismo espacio para las usuarias. Posteriormente, se colocaron dos camas de hospitalización y ahí se inició el acompañamiento del trabajo de parto, la atención del parto y el puerperio en un ambiente más íntimo, manteniendo a las usuarias en ese lugar durante dos horas después del parto.

El servicio se volvía cada vez más integral, humanizado y seguro; en ese espacio ya se podía mantener a las usuarias acompañadas

de un familiar, realizando la psicoprofilaxis y, aunque aún no estaba totalmente habilitada y decorada para la atención, las usuarias y las enfermeras perinatales se sentían más cómodas y satisfechas con la atención proporcionada. Paulatinamente, las licenciadas se dieron a la tarea de protocolizar la atención y estandarizar intervenciones, así como criterios de ingreso a la Sala LPR, creando flujogramas e impartiendo las capacitaciones pertinentes para darlos a conocer al demás personal del hospital. Debido a que las actividades eran independientes y sólo se pedía valoración por el médico ginecólogo ante una situación de riesgo, las enfermeras perinatales buscando conformar un equipo completo para la atención integral de las usuarias, solicitaron la participación del personal de enfermería general y del médico pediatra para la atención del recién nacido.

Asimismo, como parte de la instauración de intervenciones que favorecieran el desarrollo de los paradigmas de la atención de calidad a las mujeres en edad reproductiva de todo el municipio, se fomentó el trabajo comunitario, por lo que las licenciadas perinatales fueron asignadas para la organización del cronograma y la creación de cartas descriptivas para el programa de capacitaciones de todo 2018.

A partir de ese momento, el personal especializado, y de diferentes lugares del país, participó en la exposición de los tópicos elegidos para las clases. En conjunto con el personal de estatal y jurisdicción, las enfermeras especialistas se encargaron de organizar y supervisar dichas capacitaciones, tanto en la cuestión logística como en la parte educativa. Para ello, dividieron las clases en los siguientes componentes: atención pregestacional, control prenatal, trabajo de parto y atención de parto, puerperio, atención del recién nacido, lactancia y psicoprofilaxis perinatal. Los cursos se dirigieron a tres grupos: personal del Hospital General Felipe Carrillo Puerto, personal de centros de salud comunitarios y parteras tradicionales en conjunto con madrinas y padrinos obstétricos de las diferentes comunidades.

Las capacitaciones también pretendieron estandarizar y actualizar protocolos de atención para prevenir embarazos de riesgo, dis-

minuir complicaciones en el embarazo, puerperio y recién nacidos. Esta información se transfería por medio de un equipo multidisciplinario que se acercaba a la población a través de las parteras y las personas que tuvieran cierta importancia en las comunidades a fin de integrar hábitos de bienestar a los pobladores.

Por otro lado, a los profesionales de la salud se les capacitó para llevar a cabo una atención y referencia oportunas; se logró comunicación con las enfermeras especialistas perinatales del Departamento de Salud Materna de la jurisdicción y del hospital general, para coordinar traslados dentro de las comunidades y brindar seguimiento a todas las embarazadas y durante el puerperio. También se captó a mujeres que no habían aceptado anticoncepción posparto para que el personal de salud, la partera, la madrina o el padrino obstétrico realizará la sensibilización referente al tema; de igual manera, ese medio fue utilizado para expresar dudas acerca del tratamiento o diagnóstico que debería darse a las usuarias y con ello garantizar que los profesionales de la salud fortalecieran sus intervenciones clínicas.

La capacitación de parteras se realizó con mayor frecuencia, por lo que estos encuentros se aprovecharon para compartir experiencias, ya que para el componente comunitario siempre fue premisa poder llegar a la población y aprender de la sabiduría ancestral para brindar una atención con pertinencia intercultural. Además, estos encuentros permitieron a los profesionales de salud y al equipo perinatal brindar continuidad a los tratamientos que las parteras sugerían a las púerperas, pero sobre todo se logró crear un vínculo con la población y ganar confianza para su acercamiento a los servicios públicos de salud. Se realizaron eventos no sólo en el municipio de Felipe Carrillo Puerto, sino a nivel estatal donde se reunió a todas las parteras tradicionales de Quintana Roo para crear una red estatal en donde pudieran realizar sus referencias oportunamente o, en su caso, expresar dudas para la mejor atención de las usuarias.

Por otro lado, las enfermeras perinatales se capacitaron continuamente certificándose como reanimadoras neonatales, proveedoras del



Soporte Vital Avanzado en Obstetricia (ALSO) y asesoras en lactancia materna. También tomaron un curso de preeclampsia, hemorragia y sepsis (PHS), otro más sobre el Modelo de Partería profesional de Gynuity y acudieron al congreso de acciones comunitarias llevado a cabo en septiembre de 2018 en el Estado de México. Posteriormente, en 2020 se les brindó la capacitación en ultrasonido por USBET. Una parte del equipo perinatal se certificó como instructor en reanimación neonatal a nivel federal. Las capacitaciones y certificaciones se mantienen vigentes hasta la actualidad.

Para diciembre de 2018 la sala LPR inicia el proceso de remodelación y en febrero de 2019 es habilitada totalmente con dos camas de parto vertical, la entrega de 8 pelotas de psicoprofilaxis, dos kits de masajes, cuatro fulares con arneses, barandal, regulador de luz, un difusor para aromaterapia, así como material quirúrgico. Además, la unidad se dotó de pinzas para integrar equipos de parto, equipo de pinzamiento de arterias uterinas, revisión de cavidad y balones de Backry. Por parte del hospital se brindaron las facilidades para habilitar el área con personal de enfermería en el turno matutino, vespertino y matutino especial, así como los materiales de insumo suficientes para brindar la atención.

En 2019 se remodeló el área de consulta externa para construir un consultorio exclusivo donde las enfermeras perinatales brindarían los siguientes servicios: consultas de atención pregestacional y anticoncepción, vigilancia prenatal con enfoque de riesgo, consultas de puerperio, anticoncepción posevento obstétrico, asesorías de lactancia materna y grupos de apoyo para ese mismo tema, así como grupos de psicoprofilaxis perinatal. Las usuarias que solicitaban el servicio eran atendidas directamente, se les agregaba a la agenda de citas y se les orientaba para la apertura de archivo según los protocolos de la institución; asimismo, al ser una unidad de segundo nivel de atención se programaba a las usuarias que eran referidas de comunidad y que su embarazo fuera de bajo riesgo para el seguimiento del control prenatal y el inicio de su preparación psicoprofiláctica a la semana 32 de gestación.

En la comunidad se realizaba un trabajo similar: se acudía a las comunidades que integraban la Red de Atención Obstétrica y Perinatal del municipio, para realizar ciclos de clases en psicoprofilaxis perinatal con los siguientes tópicos: vinculación prenatal, fisiología y anatomía del trabajo de parto, métodos no farmacológicos para el manejo de las contracciones, cuidados en el puerperio, cuidados para el recién nacido y lactancia materna. Las clases estaban constituidas por una sección informativa, una de ejercicios enfocados a la preparación para el trabajo de parto y una más de técnicas de relajación. Las mujeres se mostraban entusiasmadas por dichas secciones y se lograban ver las diferencias en empoderamiento y acortamiento en los tiempos de estancia en el hospital de las mujeres que habían recibido esas clases y las que no habían tenido acceso al servicio.

Durante 2018 y 2019 se crearon los protocolos para organizar el trabajo en el hospital de acuerdo a lo siguiente: las mujeres que llegaban al hospital solicitando la atención, ya fuera por trabajo de parto o por algún dato de alarma, pasaban al servicio de triage donde eran atendidas y clasificadas para la atención según el riesgo; este servicio lo llevaba una enfermera general. Posteriormente, pasaban a consulta de urgencias con un profesional de medicina general o ginecología, si se contaba con el turno, y ese mismo personal al realizar el diagnóstico decidía si se atendía en urgencias, cuando la usuaria tenía factores de riesgo en la gestación, presentara o no trabajo de parto.

Por otro lado, si las usuarias tenían trabajo de parto en una fase activa y eran clasificadas como de bajo riesgo, eran ingresadas a la sala LPR con las enfermeras especialistas perinatales, donde se les permitía ingresar acompañadas de un familiar y durante la labor de parto realizar todo tipo de ejercicios tanto de mecánica corporal, psicoprofilaxis y de relajación. Para la atención del parto se promovía parir en posiciones verticales, en cuclillas, de pie, y en la cama las posiciones que adoptaban eran de reina o sentada.

Posteriormente, fue proporcionado un banco obstétrico y las mujeres podían decidir parir sentadas o en cuatro puntos apoyándose de

la pelota de pilates o sentada sobre ella. Se realizaba apego inmediato y corte tardío del cordón umbilical, se mantenía a las usuarias con catéter heparinizado y se les realizaba el manejo activo del tercer periodo de trabajo de parto con 10 UI de oxitocina intramuscular.

Luego del alumbramiento de placenta la mujer se acomodaba en su cama y todo el tiempo desde el nacimiento de bebé hasta dos horas posterior al mismo se les mantenía juntos. Todas las intervenciones del bebé, incluidos los pasos de iniciales de la reanimación neonatal y cuidados mediatos, se realizaban en el pecho de la madre. Posteriormente pasaban a hospitalización donde también se mantenían en alojamiento conjunto hasta el término de su estancia en el hospital.

Durante todo ese tiempo se vieron grandes avances en la atención. Se redujo el número de episiotomías, el número de desgarros así como las complicaciones posparto y perinatales, se contabilizaron menos traslados y más experiencias positivas para las mujeres, más apego a los tratamientos, más aceptación de anticoncepción posevento obstétrico. Tanto las mujeres como sus parejas aceptaban realizarse vasectomías, y se obtuvo un aumento en el establecimiento de la lactancia materna antes del egreso hospitalario, lo que impactó favorablemente en la salud de esos bebés y en el apoyo a la crianza de los padres.

Otro avance que se tuvo durante ese tiempo fue protocolizar la atención durante la cesárea, ya que si las condiciones del recién nacido lo permitían se realizaba el corte tardío del cordón umbilical, el apego inmediato transcesárea, para que el bebé realizará el reconocimiento de la mamá durante algunos minutos en la sala de cirugías. Luego se pasaba a los cuidados mediatos, y si se contaba con la presencia del papá se realizaba el contacto piel con piel, mientras terminaba la cirugía para nuevamente ir con su madre a la sala de recuperación y ahí con apoyo del personal de enfermería perinatal y de los pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia se apoyaba al binomio para el establecimiento de la lactancia materna.

Para 2019, cuando inició la pandemia por COVID, los servicios de consulta externa se suspendieron, el resguardo en el hogar hizo que las mujeres presentaran más complicaciones durante el embarazo, empezó a disminuir el número de atenciones de partos, ya que las usuarias preferían atenderse con parteras tradicionales por temor a contraer la enfermedad en el hospital y algunas de mujeres ingresadas tenían complicaciones, las cuales requerían la interrupción del embarazo por cesárea. Poco a poco la reconversión de la unidad y la adaptación ante la pandemia por parte de la población dieron pie a que las mujeres nuevamente solicitaran el servicio de la sala LPR. Aunque el hospital no tenía un área de atención de partos para usuarias con COVID, como parte de las adaptaciones que se realizaron por parte del modelo de partería, cuando el nacimiento era inminente o no había tiempo de realizar un traslado, una persona del equipo perinatal ingresaba al covitario y se brindaba la atención humanizada y con pertinencia intercultural.

## Colofón

Durante cinco años en el Hospital General de Felipe Carrillo Puerto se aplicó exitosamente el modelo de partería profesional, obteniendo valiosos resultados a nivel federal y siendo un modelo a seguir para otras instituciones, ya que la primera sala LPR en el país estaba en una unidad de segundo nivel. El modelo fue liderado por enfermeras especialistas perinatales y, con el paso del tiempo, durante esos cinco años se integraron diferentes enfermeras especialistas perinatales que por la falta de un contrato que ofreciera una estabilidad laboral fueron buscando otras oportunidades de crecimiento profesional.

Para 2022 se integró a la plantilla del equipo de partería profesional una licenciada en enfermería y obstetricia y dos médicos generales, por lo que el equipo perinatal se conformó de la siguiente manera: cuatro enfermeras especialistas perinatales, dos médicos generales

y una licenciada en enfermería y obstetricia, con horario laboral de lunes a viernes, cubriendo los servicios de sala LPR y el consultorio. También por cada turno en la sala se contaba con una enfermera general para las intervenciones correspondientes a su nivel de entrenamiento, y en algunos turnos pediatra. Durante esos cinco años se formó a 28 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, a 15 pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia del Instituto de Ciencias de la Salud de la ciudad de Chetumal, y un licenciado en Medicina de la Universidad Autónoma de Quintana Roo. Todos estos profesionales fueron formados con competencias en partería profesional y bases obstétricas; desde la enfermería perinatal se les inculcó la toma de decisiones autónomas, así como la prescripción de indicaciones y la metodología de atención de mujeres en edad reproductiva con pertinencia intercultural y de género en un marco de garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Su formación también incluyó la sensibilización a las necesidades de la mujer y la atención humanizada para ser parte del modelo de partería profesional en el estado o integrarse al mundo laboral teniendo las competencias para replicar el modelo en cualquier estado del país.

En diciembre de 2022 el programa dejó de funcionar por la falta de presupuesto en el estado, quedando sin ninguna actividad los servicios que brindaba el hospital general. En la actualidad se continúan haciendo gestiones para el retorno del programa y la contratación de las enfermeras especialistas perinatales.

## Referencias:

- (1) Datamexico.org, México, Secretaría de Economía, 2022 (citado el 30 de abril de 2023). Disponible en: <https://datamexico.org/es/profile/geo/felipe-carrillo-puerto>

- (2) Gob.mx, *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social*, México, Secretaría de Bienestar, 2022 (citado el 30 de abril de 2023). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/698344/23\\_002\\_QROO\\_Felipe\\_Carrillo\\_Puerto.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/698344/23_002_QROO_Felipe_Carrillo_Puerto.pdf)



# Avances en la implementación del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería en el Instituto Nacional de Perinatología

ELIZABETH RAMOS SILVA

MARÍA ELVIA VILLAGORDOA RAMÍREZ

## Descripción del contexto

El Instituto Nacional de Perinatología (INPer) se establece en un escenario de atención a la salud altamente especializado y vanguardista, dedicado la atención materna y perinatal. Ubicado en el epicentro de la atención obstétrica, el INPer se erige como un centro de referencia en la gestión de embarazos de alto riesgo y condiciones médicas complicadas. En este contexto, se abordan diversas etapas del ciclo reproductivo de las mujeres, desde la concepción hasta el posparto, y se atienden casos que van desde gestaciones de bajo riesgo hasta patologías obstétricas complejas. En este entorno, los recursos de enfermería de alta especialidad desempeñan un papel esencial al garantizar que la atención proporcionada esté a la altura de los más altos estándares.

El INPer, en su posición de liderazgo en el campo perinatal, ha reconocido la necesidad de avanzar hacia una atención más personalizada y respetuosa. La adhesión a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) para el parto respetado se evidencia en la estrategia de implementación de este modelo, donde se buscan reducir intervenciones innecesarias y promover un entorno



en el que las mujeres puedan vivir una experiencia de parto más natural y positiva. Este enfoque resuena con la misión del INPer de proporcionar atención médica de calidad, equitativa y centrada en la paciente. Además, se destaca que la implementación de este modelo representa una respuesta proactiva a las demandas cambiantes y a la evolución de la atención obstétrica moderna.

La implementación del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería para la preparación intraparto encuentra su relevancia en el proceso de transición crucial que representa. Este periodo, caracterizado por las dinámicas del parto y el nacimiento, demanda una atención meticulosa y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. En este sentido, el INPer se reconoce a sí mismo como un pionero en la transformación de la atención intraparto en hospitales de especialidad, más allá de los modelos tradicionales y enfocándose en la humanización del proceso. Se da cabida al Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería para la preparación intraparto mediante la incorporación de acciones específicas que buscan empoderar a las mujeres embarazadas, brindándoles información y opciones que les permitan tomar decisiones informadas y activas en relación con su atención y proceso de parto.

## Necesidades observadas para la creación del modelo

En el contexto del INPer se han identificado una serie de necesidades y desafíos que han motivado la creación e implementación del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería. Estas necesidades observadas reflejan una comprensión profunda de la dinámica de la atención materna y perinatal, así como una respuesta proactiva a las demandas cambiantes de las pacientes y las tendencias internacionales en la atención obstétrica. Algunas de las necesidades clave identificadas son:

Atención centrada en la paciente: A pesar de la especialización y calidad de la atención en el INPer, se ha reconocido la necesidad de ir más allá de los aspectos puramente técnicos y centrarse en la experiencia holística de las mujeres embarazadas. Esto incluye abordar sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales para empoderarlas en la toma de decisiones relacionadas con su atención y proceso de parto.

Individualización de la atención: Cada mujer embarazada es única y enfrenta circunstancias y necesidades distintas. La necesidad de personalizar la atención para abordar estas diferencias se ha vuelto más evidente, ya que un enfoque estándar podría no ser adecuado para todas las pacientes. La individualización también se relaciona con el respeto por las preferencias y los sistemas de creencias de las pacientes.

Parto respetado y reducción de intervenciones innecesarias: La adhesión a las recomendaciones de la OMS para el parto respetado y la minimización de intervenciones médicas innecesarias ha sido una necesidad fundamental en la atención obstétrica moderna (1). Esto implica cambiar la cultura médica e institucional que en ocasiones ha llevado a un enfoque más medicalizado del parto.

Empoderamiento de las mujeres: Las mujeres embarazadas desean tener un papel activo en sus propias decisiones de atención y parto. La necesidad de brindar información completa y educación sobre las opciones de atención, junto con el respeto por sus decisiones informadas, se ha vuelto esencial. Es con la información clara, correcta y oportuna con lo que la mujer embarazada logra su empoderamiento.

Experiencia positiva y satisfacción de las pacientes: Las experiencias de parto pueden tener un impacto duradero en la percepción de las pacientes sobre la atención para la salud. La necesidad de proporcionar una experiencia positiva y satisfactoria durante el periodo intraparto se ha vuelto una prioridad, no sólo para la satisfacción de las pacientes, sino también para su bienestar emocional a largo plazo.

Promoción de vínculos entre pacientes y profesionales de enfermería:

El establecimiento de una relación de confianza y empatía entre las pacientes y los profesionales de enfermería es esencial para una atención efectiva. Esto requiere un enfoque que vaya más allá de los aspectos clínicos y promueva una interacción personalizada.

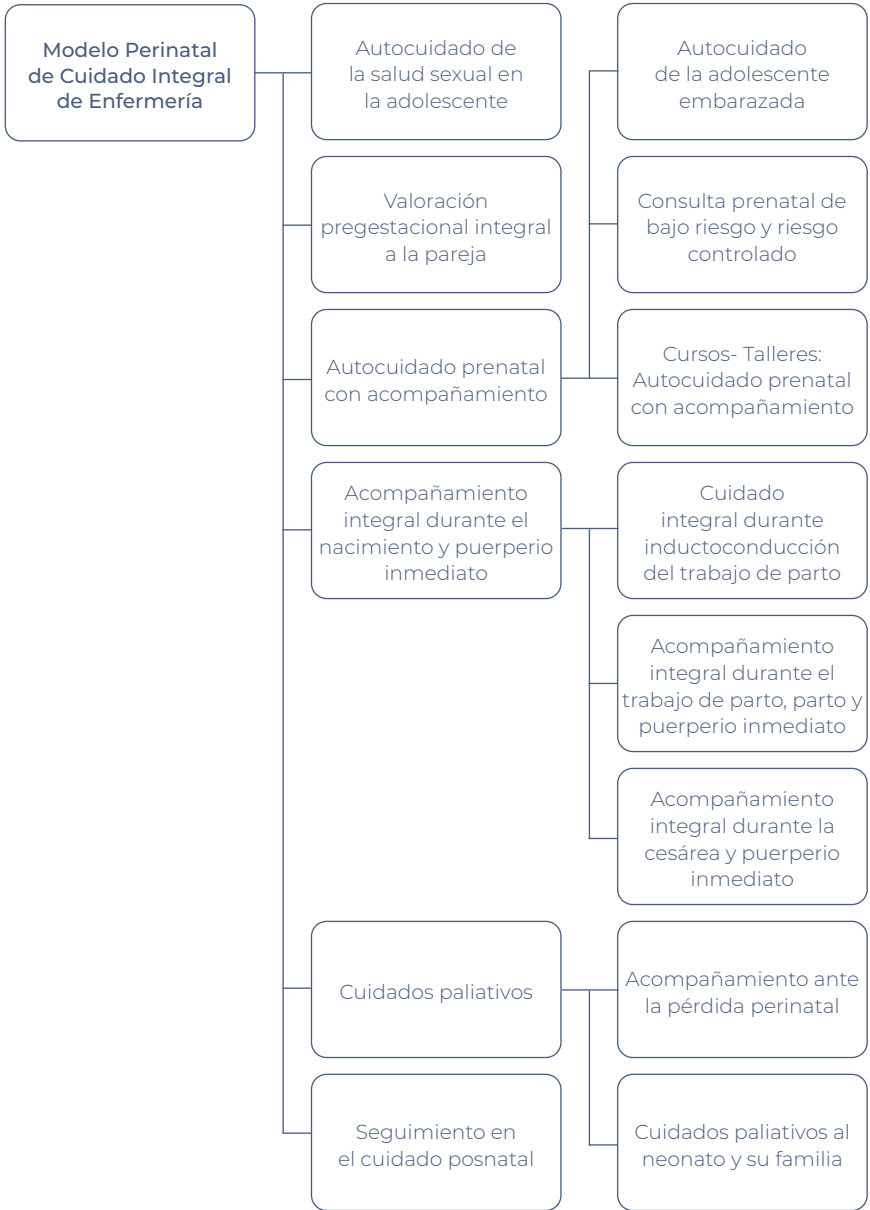
Desarrollo de prácticas basadas en evidencia: La atención de enfermería debe basarse en la evidencia científica actualizada y en línea con las mejores prácticas internacionales. La necesidad de desarrollar prácticas basadas en la evidencia que respalden el bienestar de las pacientes y los resultados de salud positivos se hace evidente en el entorno del INPer.

## Descripción del diseño del modelo

En 2017 emergió el Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería, previamente referido como el Modelo de Autocuidado de Enfermería Perinatal. La gestación de este modelo recibió la significativa contribución y activa participación de la Mtra. Alma Delia Mata García (Coordinadora del Modelo de Autocuidado de Enfermería Perinatal). Su génesis se fundamenta en la imperante necesidad de priorizar la participación activa de las mujeres embarazadas y sus entornos familiares en lo que atañe a la toma de decisiones informadas, con empatía y la salvaguardia de sus aspiraciones y requerimiento.(2) Este logro denota un paso *sine qua non* hacia una atención obstétrica más humanizada, orientada a la paciente y arraigada en las bases de la evidencia. Este enfoque no solamente optimiza los desenlaces de la salud materna y neonatal, sino que además posiciona al INPer en la vanguardia de la atención médica de alta especialidad.

El modelo se perfila como una iniciativa de magnitudes considerables, meticulosamente elaborada, con el propósito de asegurar una atención integral y especializada en el transcurso del ciclo reproductivo de las mujeres.

**FIGURA 1. Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería**



Consta de seis programas cardinales y 11 subprogramas coadyuvantes, todos ellos orientados hacia la prestación de un exhaustivo seguimiento de alta calidad (figura 1).

Las especificaciones de cada programa constituyen una respuesta precisa a la necesidad de instituir una atención empática y centrada en la paciente durante momentos cruciales como el parto y los instantes iniciales posteriores al alumbramiento. La modalidad del trabajo de parto y parto respetado reitera la trascendencia de salvaguardar la dignidad, la autonomía y el bienestar físico y psicológico de las mujeres, todo ello mientras se les proporciona una orientación fundamentada y pertinente a sus requerimientos de salud. Este enfoque no sólo promueve un nivel de preparación y respaldo para las mujeres y sus acompañantes en todas las fases del proceso, sino que, además, a través de su implementación, se anticipa que contribuirá a fomentar una vivencia del parto positiva y a reducir el riesgo de eventualidades adversas mediante la detección oportuna de signos de alarma y la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones para su autocuidado.

La inserción de programas especializados concernientes al trabajo de parto y parto respetado en el seno del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería refleja con solidez el compromiso del INPer con la excelencia en la esfera de la atención perinatal. Mediante la oferta de una asistencia holística que abarca facetas médicas, educativas, informativas y de cuidados perinatales, se consolida como un emblema paradigmático de las buenas prácticas en el ámbito de la provisión de una atención íntegra y de calidad a las mujeres en una coyuntura de indiscutible trascendencia en sus vidas.

## Objetivos

El Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería tiene como objetivo primordial implementar intervenciones específicas con el propósito de asegurar una atención plenamente orientada a las mujeres

embarazadas en el transcurso del trabajo de parto y el parto en el INPer. En este contexto, se plantea un abordaje fundado en las necesidades particulares de las pacientes, que salvaguarda sus intereses, preferencias y convicciones, en concordancia con las directrices emanadas por la OMS para la promoción del parto respetado. (1) La ejecución de esta iniciativa se encuentra focalizada en la instauración de protocolos pertinentes para cada individuo, con el objetivo de forjar una experiencia positiva y capacitar a las mujeres.

Para dar cumplimiento a las recomendaciones de la OMS para el trabajo de parto y parto respetado, (1) el modelo emplea una gama diversa de indicadores con el fin de conferir una experiencia enriquecida y proteger los derechos de las mujeres, con los siguientes aspectos destacados:

- Aumento de la satisfacción de las mujeres en relación con su vivencia durante el proceso de trabajo de parto y parto, efectuada a través de encuestas y retroalimentación proporcionada tanto durante su internamiento hospitalario como en la etapa posparto.
- Reducción de intervenciones médicas carentes de justificación o superfluas, cuyo fundamento radica en la evaluación singularizada y las bases de la evidencia científica.
- Elección de la mujer para designar a su acompañante, quien proveerá soporte físico y emocional a lo largo del proceso.
- Fomento de partos por vía vaginal en las circunstancias en que sean seguros y adecuados.
- Impulso de un compromiso institucional universal en relación con el enfoque centrado en la mujer y fundamentado en el respeto durante el trabajo de parto y parto.
- Supervisión exhaustiva en cada fase del embarazo, trabajo de parto y posparto, con una comunicación directa y continúa dirigida a la mujer.
- Implementación de un entorno de comunicación transparente y abierta entre el personal de salud, las mujeres y sus acompa-

ñantes, con el propósito de ofrecer información y resolver cualquier inquietud.

- Sensibilización y promoción de las ventajas que conciernen al paradigma del parto respetado.

## Servicios

El Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería aporta una serie de servicios que abarcan aspectos fundamentales, diseñados para asegurar una atención de alta calidad y centrada en las necesidades de las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto y el parto. Estos servicios comprenden desde la preparación intraparto hasta la implementación de enfoques de atención respetuosos y basados en evidencia. Algunos de los servicios esenciales proporcionados por este modelo incluyen:

- Preparación intraparto: El modelo se enfoca en brindar información y educación a las mujeres embarazadas para prepararlas en el proceso de trabajo de parto y el parto. Esto incluye explicar los diferentes escenarios posibles, opciones de atención y procedimientos médicos para tomar decisiones informadas.
- Atención centrada en la mujer: Se prioriza la atención individualizada que se adapte a las necesidades, deseos y preferencias de cada mujer. El personal de enfermería colabora con las pacientes en la toma de decisiones, respeta sus elecciones y proporciona apoyo físico y emocional.
- Parto respetado y reducción de intervenciones: El modelo abraza los principios del parto respetado, promueve la reducción de intervenciones médicas innecesarias y respeta el proceso natural del parto, siempre basado en la evaluación médica y la evidencia científica.

- Acompañamiento durante el proceso de parto: Se permite a las mujeres elegir a un acompañante de confianza para brindar apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y el parto, para fortalecer la experiencia de las pacientes.
- Promoción de partos vaginales: Se fomenta la preferencia por partos vaginales cuando sean seguros y apropiados.
- Comunicación abierta y transparente: Se promueve una comunicación efectiva entre el personal de salud, las pacientes y sus acompañantes para brindar información clara y responder a preguntas que aseguren que las mujeres estén informadas.
- Seguimiento integral: El modelo ofrece un seguimiento desde el control prenatal hasta el puerperio para garantizar una atención continua y coherente.
- Promoción de la sensibilización: Se llevan a cabo actividades para aumentar la conciencia entre las mujeres y el personal de salud sobre los beneficios y principios del enfoque de parto respetado.

## Financiamiento

El Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería cuenta con recursos donados por profesionales de enfermería adscritas al INPer, reflejo del compromiso con la mejora de la atención perinatal. A pesar de limitaciones presupuestarias, se han reunido elementos mínimos para implementar un modelo centrado en la mujer. Esta donación incluye pelotas de pilates, tapetes de yoga, difusor de aromaterapia, aceites esenciales, maniqués neonatales, materiales educativos, bocinas y herramientas de comunicación. Aunque requiere esfuerzo y coordinación, este financiamiento ha fortalecido a la comunidad y ha permitido una implementación exitosa de actividades para un trabajo de parto y parto respetado.



## Infraestructura

A pesar de que no se cuenta con una infraestructura diseñada originalmente para este enfoque, (3) se han adaptado espacios para ofrecer la atención y los servicios que integran el modelo. Entre estas áreas adaptadas encontramos la sala de espera de consulta externa y dos ambientes de alojamiento conjunto ubicados en alojamiento conjunto de tercer piso del INPer, estos espacios se adaptaron para brindar privacidad, comodidad y movimiento durante el trabajo de parto y parto, e incluyen salas específicas para la presencia de los acompañantes.

Se asegura la disponibilidad de áreas destinadas y que corresponden a espacios seguros y equipados con elementos esenciales para la atención de la mujer y su acompañante. Para la atención del parto los espacios están equipados con los elementos esenciales para el monitoreo y la atención durante el trabajo de parto y el parto. (3) En todo momento se procura la privacidad y la calidez en el entorno. La infraestructura se adapta para garantizar la accesibilidad de todas las personas y se implementan medidas de seguridad y protocolos de emergencia para salvaguardar el bienestar de las pacientes y el personal de salud.

## Recursos

El INPer se ha adaptado a los recursos disponibles para la operación del modelo; los recursos contribuyen a un ambiente propicio para un trabajo de parto y parto respetado, se prioriza la experiencia positiva y el bienestar de la mujer y su recién nacido sin dejar de lado la seguridad y calidad en la atención.

Equipo de salud especializado: Creación de un equipo multidisciplinario con experiencia en obstetricia y atención perinatal: obstetras,

ginecólogos, enfermeras las cuales juegan un papel de gran relevancia para la atención de la mujer de manera holística, el INPer cuenta con un total de 523 enfermeras entre especialistas y licenciadas, entre otros.

Equipos y suministros médicos: Suministro de equipos y herramientas médicas para monitorización materna y fetal, para realizar procedimientos médicos y manejar complicaciones.

Materiales educativos: Proporcionar información impresa o digital sobre el proceso, opciones de atención y cuidados posparto.

Apoyo emocional: Acompañantes elegidos por la mujer que brinden apoyo físico y emocional.

Formación continua: Capacitación en enfoques respetados y centrados en la mujer, así como comunicación efectiva hacia el personal institucional.

Comunicación efectiva: Fomentar la expresión de necesidades y preferencias al proporcionar información clara hacia la mujer y su acompañante.

Opciones de alivio del dolor: Ofrecer recursos para el control del dolor que incluyen opciones farmacológicas y no farmacológicas como masajes y técnicas de relajación.

Protocolo de seguridad: Establecimiento de directrices y protocolos institucionales para manejar complicaciones, seguridad del paciente e ingreso de acompañantes.

## Actores vinculados

Dentro del INPer, múltiples actores se unen con el propósito de brindar atención de calidad y centrada en la mujer durante el trabajo de parto y parto:

Mujer embarazada: Toma decisiones sobre su atención, expresa preferencias y participa activamente en el proceso.

Acompañante: Brinda apoyo emocional, actúa como defensor de las preferencias de la mujer y comunica sus necesidades.

Personal de enfermería: Educa sobre el proceso, opciones y cuidados durante el trabajo de parto y parto, crea vínculos, planifica cuidados personalizados, ofrece apoyo físico y emocional y facilita decisiones compartidas.

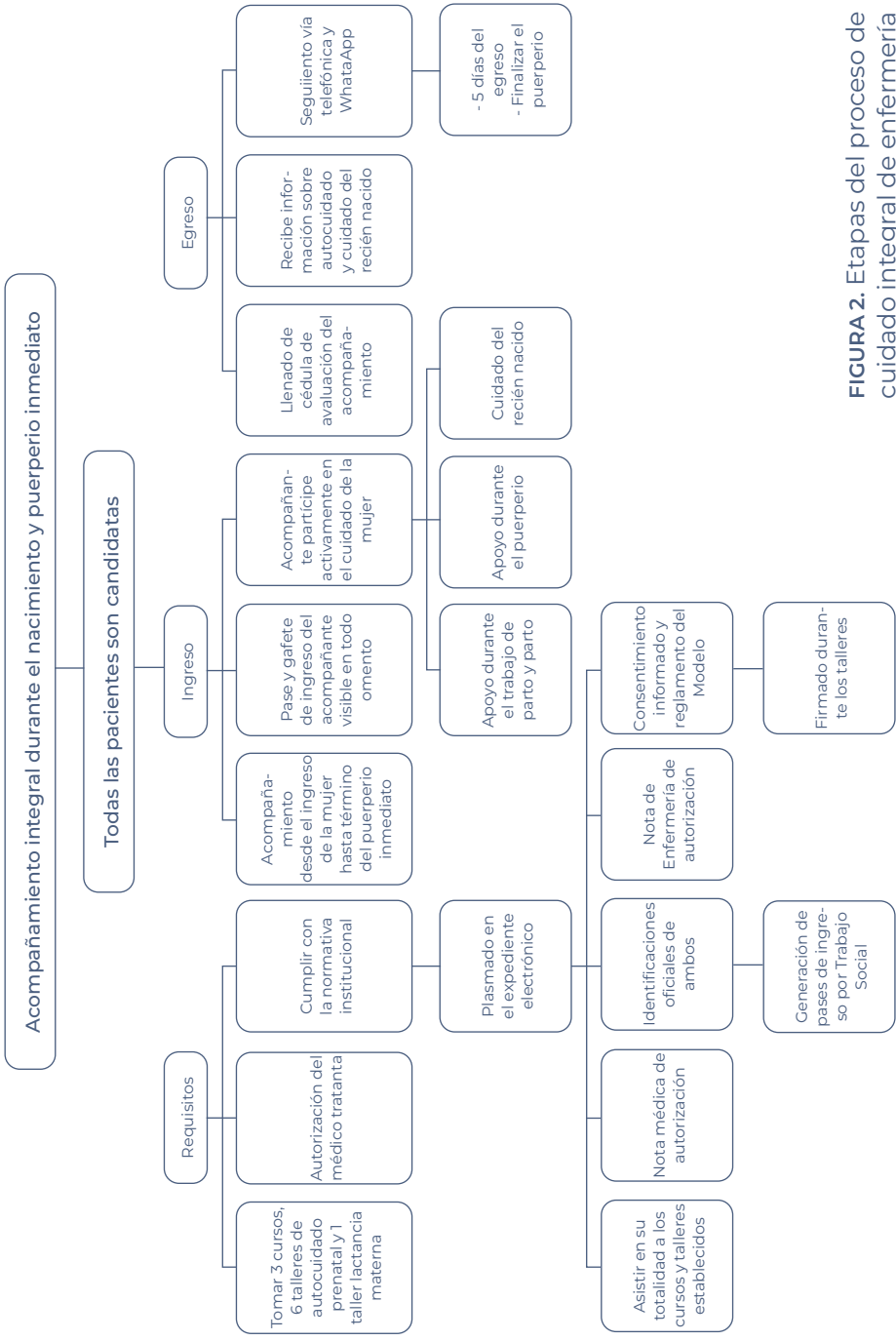
Personal médico: Brinda atención médica durante el proceso, asesora sobre opciones, decisiones y manejo de intervenciones médicas y no médicas.

Personal administrativo: Coordina citas y admisiones, proporciona información básica y organiza horarios y recursos para un flujo eficiente de atención.

Directivos: reconocimiento y apoyo para la utilización efectiva de los espacios destinados a las actividades del modelo. Su liderazgo transmite un mensaje claro sobre la importancia de priorizar la atención materna centrada en la paciente para contribuir a la mejora continua de la atención en el INPer.

## Descripción del proceso de implementación por fases

Este modelo se encuentra perfectamente alineado con la misión, la visión y las políticas institucionales, y conforma un enfoque que busca sintetizar el cuidado perinatal de manera coherente y altamente eficiente. Para lograr una completa integración de las actividades y poder llevar a cabo el acompañamiento de manera exitosa, es esencial seguir una serie de pasos y actividades meticulosamente diseñadas. La implementación exitosa de este enfoque garantiza una atención de calidad superior en todas las etapas del proceso. El logro del proceso de atención integral y de calidad exige el cumplimiento de requisitos específicos que aseguren la excelencia en la atención brindada (figura 2).



**FIGURA 2.** Etapas del proceso de cuidado integral de enfermería

## Aprendizajes / logros

El Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería del INPer ha demostrado ser sumamente beneficioso en términos de empoderamiento, conocimiento y apoyo emocional para las mujeres embarazadas y sus acompañantes. Durante el contexto de la pandemia por COVID-19, este modelo enfrentó una suspensión temporal y adaptaciones significativas, lo que resaltó áreas de mejora y la necesidad de flexibilidad de los procesos de atención para la mujer ya establecidos dentro del INPer.

Durante el periodo comprendido entre los años 2017 y 2019, cuando el programa experimentó su mayor crecimiento y atrajo una considerable atención, se logró impartir un total de 158 clases de autocuidado prenatal, que beneficiaron a un total de 6044 mujeres y sus acompañantes.

Posteriormente se impartieron seis talleres de autocuidado prenatal, con un total de 873 sesiones, dirigidas tanto a mujeres adolescentes y adultas con sus acompañantes. El objetivo principal de estas sesiones era capacitar a los participantes para brindar apoyo durante el trabajo de parto y el parto; se abarcó incluso situaciones de cesáreas programadas, así como el acompañamiento durante el puerperio inmediato. En total, se lograron llevar a cabo 608 acompañamientos en estas diversas etapas del proceso de parto.

Además de lo mencionado, el personal de enfermería desempeñó un papel esencial al proporcionar apoyo durante la Inducto-Conducción del trabajo de parto a todas aquellas mujeres que, por diversas circunstancias, no contaban con la presencia de un familiar que las acompañara. Fue un total de 603 mujeres.

Si bien es cierto que con la llegada de la pandemia de COVID-19 se suspendieron las clases presenciales y los acompañamientos, debido al alto riesgo de contagio que representaban, surgió la necesidad de adaptar la forma de proporcionar información y capacitación a las mujeres a partir de 2021. Para abordar esta

necesidad, se implementó la entrega de información sobre el autocuidado posnatal y el cuidado del recién nacido directamente a las pacientes que recibían el alta hospitalaria mediante tecnologías de la información y la comunicación incluidas el uso de infografías en PDF, videos informativos y Whats App como medio de comunicación e interacción. (4) Este enfoque ha beneficiado a un total de 2343 pacientes y ha incluido un seguimiento vía telefónica durante el puerperio.

Esto ha proporcionado a las mujeres mayor seguridad y retroalimentación en relación con el autocuidado, los cuidados del recién nacido y la identificación de signos y síntomas de alarma. Como resultado, las mujeres adquirieron la capacidad de identificar signos y síntomas de alarma y para buscar atención médica de manera oportuna, lo que ha contribuido a reducir la morbilidad y mortalidad materna y neonatal.

Dentro de estos logros notables, se destacan los siguientes:

**Mejora en la capacitación:** El modelo brindó una capacitación exhaustiva tanto a las mujeres embarazadas como a sus acompañantes. Esto resultó en una comprensión más profunda de los procesos del trabajo de parto, parto y posparto inmediato. Los participantes adquirieron conocimientos sobre las distintas etapas, las posibles complicaciones y los cuidados posteriores.

**Aumento en la satisfacción de las usuarias:** Las mujeres atendidas a través del modelo expresaron un nivel de satisfacción más alto con su experiencia de parto y los cuidados posteriores. La continua presencia y el apoyo informado de sus acompañantes contribuyeron a crear un entorno más seguro y confiable a lo largo de todo el proceso.

**Empoderamiento de las mujeres:** La capacitación permitió que las mujeres tomaran decisiones informadas sobre su propio proceso de parto y cuidado posterior. Esto generó un mayor sentido de control y autonomía.

**Reducción del miedo y la ansiedad:** El conocimiento adquirido redujo los niveles de ansiedad y temor manifestados de forma expresa por las pacientes y que están asociados con la falta de información sobre los procesos de parto. A decir de las mujeres, se sintieron más preparadas para enfrentar las diversas etapas, lo que tuvo un impacto positivo en la progresión natural del trabajo de parto.

**Identificación temprana de signos de alarma:** Las mujeres y sus acompañantes aprendieron a reconocer signos y síntomas de alarma durante el proceso de parto y el posparto inmediato. Esto contribuyó a la detección temprana de posibles complicaciones, lo que a su vez llevó a intervenciones médicas oportunas y reducción de riesgos.

De igual forma, la suspensión del modelo debido a la pandemia generó valiosos aprendizajes:

**Formación continua importante:** La suspensión resaltó la necesidad de mantener la formación continua de las mujeres y sus acompañantes, incluso en circunstancias excepcionales, para enfrentar situaciones inesperadas de manera adecuada.

**Relevancia del apoyo emocional:** El modelo resaltó la importancia crucial del apoyo emocional durante el trabajo de parto y el posparto. Las mujeres se beneficiaron tanto de la información médica como del respaldo afectivo de sus acompañantes.

**Importancia de la información difundida:** La suspensión subrayó la necesidad de asegurarse que las mujeres embarazadas y sus acompañantes reciban información clara sobre signos de alarma, autocuidado y cuidados básicos, incluso si no pueden participar en cursos de capacitación completos.

**Adaptabilidad en la formación:** La pandemia resaltó la importancia de explorar enfoques virtuales o adaptados para proporcionar capacitación en situaciones en las que las reuniones presenciales no son viables.

Evaluación continua: La recopilación regular de comentarios y experiencias de las usuarias puede permitir ajustes y mejoras continuas en el programa, para garantizar su relevancia y eficacia en diferentes contextos.

En este momento histórico, el Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería se posiciona como una respuesta adaptable y efectiva a las demandas cambiantes de la atención a las necesidades de salud materna, ya que ofrece un soporte crucial para las mujeres embarazadas y sus acompañantes en un contexto desafiante.

## Retos y proyección

En el panorama de la atención perinatal, el modelo ha demostrado ser un enfoque transformador al brindar conocimiento, apoyo emocional y empoderamiento a las mujeres y sus acompañantes. Las proyecciones para el futuro de este programa se perfilan como vías prometedoras para ampliar su alcance, mejorar su eficacia y mantener su relevancia en un mundo en constante cambio.

Los retos que enfrenta el modelo y las proyecciones que pueden marcar su evolución y crecimiento aseguran una atención perinatal cada vez más informada. En primer lugar, se destaca el desafío de mantener la continuidad del programa en situaciones de crisis, como la pandemia de COVID-19 u otras emergencias sanitarias, donde restricciones de movilidad y la imposibilidad de reuniones presenciales pueden dificultar la entrega efectiva de capacitación y apoyo.

Un segundo reto es garantizar un acceso equitativo para todas las pacientes del Instituto, al asegurar igualdad de oportunidades para acceder a la capacitación y al apoyo del programa. Además, mantener la sostenibilidad financiera y organizativa a lo largo del tiempo es esencial y requiere asegurar financiamiento continuo, recursos humanos capacitados y el apoyo institucional necesario.



La adaptación del programa a diferentes contextos culturales y sistemas de atención es otro desafío crucial, ya que las prácticas y creencias de cada paciente pueden influir en cómo se implementa y recibe el programa. Por otro lado, garantizar la formación adecuada de los facilitadores y profesionales de salud encargados de impartir la capacitación es fundamental para asegurar la calidad y actualización constante en términos de atención perinatal.

En cuanto a las proyecciones, una integración tecnológica podría revolucionar el programa, al permitir la capacitación virtual y el apoyo en línea a las mujeres y sus acompañantes. Las alianzas intersectoriales también juegan un rol crucial al colaborar con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, así como con instituciones de salud, para expandir el alcance y fortalecer la implementación.

La personalización se presenta como una posibilidad, al ofrecer módulos de capacitación ajustables a las necesidades y preferencias individuales de las mujeres y sus acompañantes, lo que permitiría una experiencia más adaptable y centrada en el usuario. La investigación y evaluación constante son esenciales para medir el impacto del programa en términos de resultados de salud perinatal, satisfacción de los usuarios y eficacia de la capacitación.

La promoción y concientización, respaldadas por testimonios de pacientes anteriores y educación sobre los beneficios del acompañamiento integral, pueden aumentar la participación. Finalmente, la capacitación a los profesionales de la salud que atienden a las mujeres durante el parto y posparto es esencial para una atención perinatal integral y colaborativa. En conjunto, estos desafíos y proyecciones forman un panorama dinámico y prometedor para el futuro del programa, en sintonía con las demandas cambiantes del momento histórico en el que nos encontramos.

## Prospectiva. El futuro del modelo

La proyección del Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería se vislumbra como una contribución significativa en el ámbito de la atención materna y neonatal en México. Dadas las metas y objetivos establecidos por la OMS para mejorar la salud materna y neonatal, así como las dificultades en materia de salud que enfrenta el país, este modelo tiene el potencial de desempeñar un papel crucial en la transformación de la atención perinatal.

Desde el INPer, el modelo se convierte en un referente para la replicación en otras instituciones de salud a nivel nacional. Los logros se enfocan en garantizar que las mujeres reciban atención médica y de salud respetuosa y centrada en sus necesidades y preferencias durante el proceso de parto y parto, respeto a la autonomía y toma de decisiones informadas sobre su atención, reducción de intervenciones innecesarias, atención centrada en la mujer tanto físicas y emocionales, reconocer la importancia de la experiencia emocional y espiritual al tener un trabajo de parto y parto respetado, demostrados al empoderar a las mujeres embarazadas, ofrecer información esencial, promover el respeto a sus derechos y preferencias, hacen de este enfoque una valiosa herramienta para abordar los desafíos en la atención perinatal que enfrenta México.

En términos de la salud materna y neonatal en el país, las dificultades son evidentes, la alta tasa de mortalidad materna y las disparidades en el acceso a la atención médica de calidad. En este contexto, el modelo aborda directamente las necesidades de las mujeres embarazadas, al brindar no sólo atención médica adecuada, sino también un enfoque holístico que fomenta la toma de decisiones informadas, la confianza y el empoderamiento.

El futuro de este modelo se plantea en su expansión y adaptación a niveles más amplios de atención médica en México. La funcionalidad de este enfoque radica en su capacidad para ser adaptado y aplicado en el primer y segundo nivel de atención en el sistema de salud mexicano.

Ser un referente en la replicación de este modelo implica compartir las lecciones aprendidas, las mejores prácticas y los resultados obtenidos en el INPer con otras instituciones de salud. Esto permitirá adaptar y personalizar el enfoque según las necesidades y recursos de cada lugar, lo que a su vez fomentará una atención más centrada en la paciente en diferentes contextos.

El Modelo Perinatal de Cuidado Integral de Enfermería en el INPer tiene un futuro prometedor en el contexto de la salud materna y neonatal en México. Su capacidad para abordar desafíos críticos y su utilidad tanto en la mejora de la atención perinatal como en la investigación clínica en enfermería lo convierten en un instrumento valioso para impulsar el avance de la atención perinatal en nuestro país.

## Referencias:

- (1) Organización Mundial de la Salud, *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf> (citado el 25 de agosto de 2023).
- (2) Centeno-Pérez, M. A., Mata-García, A. D., Plascencia-Ordaz, M. J., Benítez-Salinas, F. y Campos-Rosas, B., *Modelo de autocuidado de enfermería perinatal*, *Perinatol Reprod Hum*, 2017 (citado el 25 de agosto de 2023), 31(3), 151-159.
- (3) Gob.mx, (citado el 25 de agosto de 2023). Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO\\_SALA\\_LPR\\_7-9-2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO_SALA_LPR_7-9-2022.pdf)
- (4) Ramos-Silva, E. y Villagordoa-Ramírez, M. E., “Seguimiento en el autocuidado posnatal y cuidados del recién nacido”, *Domus Medicorum*, 2021 (citado el 25 de agosto de 2023), 4 (9), 16-17.

# Vida, amor y fuerza a través del parto. El caso de la casa materna Compañeros en Salud

ESTEFANÍA MONTERROSAS JIMÉNEZ

## Descripción del contexto

Chiapas se localiza al sureste de México y, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),(1) el estado se encuentra conformado por 124 municipios y mantiene un relieve entre la Altiplanicie central (Altos de Chiapas) y la Sierra Madre de Chiapas, siendo este último el lugar donde brinda atención la organización no gubernamental Compañeros en Salud (CES).

Para 2020 el estado de Chiapas contaba con 5 543 828 habitantes, con una distribución de 51.2 % mujeres y 48.8 % hombres y una distribución poblacional de 49% en zonas urbanas y 51% en zonas rurales. Chiapas alberga a 14 de los 64 pueblos indígenas reconocidos oficialmente en México, con mayor concentración de tzeltales, tzotziles, choles y zoques. (2) La mayoría de los pueblos originarios se encuentran inmersos en la desigualdad social derivado de políticas públicas que rezagan el acceso a servicios básicos.

Para 2018, el 76.4% de la población del estado vivía en situación de pobreza, del cual 46.7% se ubica en pobreza moderada y 29.7% en pobreza extrema. Para el mismo año, la situación educativa del estado

ubicaba al 13.3% de la población sin escolaridad y 55% de población con educación básica. También en 2018 Chiapas ocupó el primer lugar en carencia educativa del país. (3) El informe de pobreza y evaluación de 2020, (4) posicionó al estado de Chiapas en el noveno lugar a nivel nacional por sus niveles de carencia alimentaria derivado de la inaccesibilidad a los alimentos y a la calidad de la dieta en las poblaciones con menores recursos.

Según datos del Consejo Nacional de Evaluación (Coneval), (3) para 2018 el estado de Chiapas se posicionó en el sexto lugar del país en carencia de servicios de salud, con una población afiliada para 2020 de 18.2% en el IMSS, 7% en el ISSSTE y 1% en PEMEX/SEDENA. El porcentaje más alto de la población (68.6%) era atendida por la Secretaría de Salud.

En Chiapas la esperanza de vida se estimó en 69.9 años para hombres y en 75.9 para mujeres, ambas cifras por debajo de la media nacional. Para el grupo de menores a un año, la primera causa de muerte en 2020 fueron las afecciones originadas en el periodo perinatal tales como dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en este periodo. En 2023, el Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM) (5) reportó a nivel nacional un total de 556 defunciones maternas, de las cuales 37 pertenecen al estado de Chiapas, situándolo así en cuarto lugar de mortalidad materna del país. Las principales causas de defunción fueron la hemorragia obstétrica (19.4%), la enfermedad hipertensiva, edema y proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (16.2%) y el aborto (8.3%). (6)

El estado se conforma por 124 municipios que se distribuyen en 15 regiones económicas; (7) la región frailesca es la cuarta y alberga al municipio de Ángel Albino Corzo donde su cabecera municipal con el mismo nombre también es conocido como Jaltenango de la Paz. En este municipio se encuentra la casa materna Compañeros en Salud.

Para 2022, de acuerdo con datos del Panorama Sociodemográfico de México 2020 (8) y el Informe Anual sobre la Situación de Pobreza y Rezago Social 2022, (9) el municipio contaba con un total de 31 947

habitantes, de los cuales 59 habitantes se reconocieron como afro-mexicanos y 2052 como población indígena, y sólo 6.58%, señaló no hablar el idioma español.

Para 2021, en el municipio se estimaba un total de 25 737 habitantes viviendo en situación de pobreza. Respecto a la fecundidad, el promedio de hijos nacidos vivos se mantuvo en dos por cada mujer y se registraron en el municipio 72 nacimientos en mujeres menores de 19 años que corresponden al 12.2% del total de nacimientos en el municipio. (10)

En 2016 se registraron 21 muertes de la población menor a un año, siendo las principales afecciones: dificultad respiratoria del recién nacido y otros trastornos respiratorios originados en el periodo perinatal, malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas e influenza y neumonía (11). En relación con muertes maternas dentro del municipio, de 2003 a 2023 se han registrado cinco decesos causados por hemorragia del tercer periodo del parto. (12)

## Necesidades observadas para la creación del modelo

Ángel Albino Corzo cuenta con un Hospital Básico Comunitario (HB-CAAC) que brinda atención a ocho municipios aledaños. Para 2015, se atendieron 478 partos, 37 cesáreas y alrededor de 6 849 consultas de atención de urgencias, incluidas las obstétricas. (13) De acuerdo con Reyes y Montaña, (14) la falta de medios de transporte, caminos y carreteras entre las comunidades y la unidad sanitaria, la falta de un hospedaje cercano de la unidad de salud, las experiencias previas referente a la baja calidad de atención en las unidades clínicas como violencia obstétrica, (15) contribuyen a resultados de partos desfavorables. Estos aspectos han generado la necesidad de fortalecer la atención clínica en el hospital comunitario. Es así como CES, en colaboración con el gobierno local y la Secretaría de Salud estatal, se han

planteado como objetivo común ofrecer atención oportuna, de calidad y con sensibilidad en las necesidades de las mujeres gestantes. Para ello han identificado a personal de salud no médico como proveedor ideal para esta actividad (16) la cual en 2016 representó a personal de partería profesional, enfermería perinatal y obstétrica.

Según Meléndez, en la atención del parto se requiere de un espacio físico apropiado, pero también de condiciones de comodidad e intimidad para permitir la participación de la familia para garantizar una adecuada atención tanto del proceso fisiológico, pero también de la dimensión espiritual y emocional. (17) Debido a ello, no sólo se consideró iniciar el modelo en el hospital comunitario, sino que durante 2016 se gestionó la construcción de un espacio específico para implementar el modelo y dejar al hospital comunitario como sitio de atención de embarazos con factores de riesgo. Así, en conjunto con el gobierno y la Secretaría de Salud estatal, local y CES se logró la inauguración de la Casa Materna (CM) de Jaltenango de la Paz el 27 de marzo de 2017. (14)

## Descripción del diseño del modelo

El objetivo fue y ha sido ofrecer atención oportuna, de calidad, con sensibilidad en torno a las prácticas locales y centrada en las necesidades de las mujeres gestantes, provista por personal no médico, es así como las metas del modelo se centran en los siguientes ejes, de acuerdo con Reyes y Montaña: (14)

1. “Transformar la atención materna... para que sea de calidad, segura, respetuosa e intercultural”.
2. “...asegurar que los partos de bajo riesgo sean atendidos por proveedores capacitados y en caso de complicaciones, que la madre tenga acceso a servicios hospitalarios resolutivos con traslado seguro”.

3. “Reducir las barreras de acceso que enfrenta la población de zonas rurales marginadas, aumentando la accesibilidad a los servicios de atención obstétrica de calidad”.
4. “Recolectar la evidencia de las lecciones aprendidas para incorporar profesionales en partería en el sistema de salud y demostrar su factibilidad y valor y así colaborar en el diseño de políticas e iniciativas relacionadas a la salud materna y perinatal en México”.

Actualmente, los servicios que brinda la casa materna, enfatizando un trato digno, son los siguientes:

- Atención del parto centrado en las necesidades de las mujeres.
- Consulta externa general a partir de las 36 semanas de gestación.
- Orientación sobre métodos de control de la natalidad (APEO y población general).
- Servicios amigables a población adolescente sobre salud sexual y reproductiva
- Atención integral de aborto seguro

Con relación al financiamiento, la construcción de la CM la realizó el gobierno local y el equipamiento fue provisto por la Secretaría de Salud local y CES. CES obtuvo recursos a través de diversas organizaciones filantrópicas. Esta colaboración representó en conjunto la posibilidad de generar el capital necesario para la creación de esta unidad de partos. (14)

La CM inicia en 2017 con una distribución de una sala de espera, un área administrativa, una cocina, bodega, un consultorio, una sala de parto, cuatro camas censables, dos baños completos y un jardín ornamental, manteniendo esta infraestructura hasta 2022. Cabe mencionar que, con esta infraestructura inicial, se mantenían los servicios de consulta y atención de parto en un mismo espacio. Si bien se podía



mantener cierta privacidad en la sala de expulsión, esto se limitaba en cuando se atendía más de un parto en el día, lo que representó la necesidad de generar espacios con mayor privacidad.

Para 2019 el gobierno local y estatal inauguraron un nuevo espacio para mejorar la atención hacia las mujeres gestantes que se concretó en la construcción de una posada Amiga de la Mujer Embarazada (AME), la cual permite ofrecer a las usuarias un hospedaje cercano a la unidad hospitalaria cuando su lugar de residencia se encuentre a más de dos horas de distancia. Es importante mencionar lo anterior debido a que para 2022 se inicia la remodelación de la infraestructura de CM con el objetivo de generar espacios de mayor privacidad tanto para las consultas como para la atención de parto.

Dicha remodelación la llevó a cabo CES, permitiendo así mantener la estructura inicial de la unidad para atención de consultas, al cambiar las cuatro camas censables disponibles por tres consultorios individuales. El espacio de la posada AME también fue remodelada para cambiar sus habitaciones. Mediante la autorización de la Secretaría de Salud local (el distrito sanitario 4) se logró un área para realización de las clases de psicoprofilaxis, un cuarto para aplicación de protocolo de pérdida perinatal y aborto seguro, una habitación con cama doble para alojamiento de mujeres que lo necesitaran, dos habitaciones LPR (labor, parto y recuperación) y una sala de expulsión para atención de emergencias obstétricas y neonatales.

En cuanto a las áreas verdes se han logrado actualmente mantener dos de jardinería ornamental y dos espacios para la creación de un jardín botánico, ya que dentro de la demanda de atención de las mujeres embarazadas y de la partería en la comunidad el uso de la herbolaria es frecuente.

En cuanto a recursos humanos, la plantilla actual corresponde a seis supervisores clínicos incluida la partería profesional, enfermería obstétrica y perinatal, cuatro enfermeras generales, 10 pasantes de los cuales cuatro tienen formación en partería profesional, seis en enfermería obstétrica, un pasante de medicina y tres de enfermería general.

## Actores vinculados

Hacer un recuento de la evolución de la casa materna, implica hablar de las personas que han logrado que sea lo que es actualmente. CES planteó la posibilidad de aplicar un modelo de atención obstétrica en una unidad hospitalaria de relevancia por ubicarse en la cabecera municipal. Esta propuesta involucró a la Secretaría de Salud local, estatal y al gobierno local. Si bien CES ya mantenía desde años atrás una dinámica de trabajo colaborativo con la Secretaría de Salud estatal mediante la provisión de personal y material para el adecuado funcionamiento de 10 clínicas de atención primaria en la zona Frailesca y Mariscal de la Sierra de Chiapas, éste era el primer escenario de colaboración dentro de una unidad hospitalaria y con personal no médico.

También se logró un acuerdo para la vinculación de plazas de servicio social con la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en específico con la Facultad de Medicina, y se logró entablar relación con la actual Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO). Así, por primera vez, en 2016 fue posible incorporar plazas para el servicio social en el programa de salud materna. De esta vinculación se inicia el modelo con cinco pasantes de enfermería obstétrica bajo la supervisión de una enfermera especialista perinatal y una partera profesional.

En agosto de 2016 se inician labores en las instalaciones del hospital comunitario, lo que en un principio generó confusión y resistencia del personal del hospital a los cambios que el modelo planteaba, los cuales son necesarios para una experiencia positiva del parto.

Estas confusiones fueron disipándose a lo largo del año gracias a las capacitaciones y talleres que CES en conjunto con la dirección del hospital, ofrecieron al personal en temas relacionados con prácticas basadas en evidencia y actualizaciones de la atención materno-neonatal.

A partir de 2017 se realizó la transición de atención del hospital comunitario a la ya construida CM, al igual que en el inicio del modelo, representó un nuevo reto, ya que, si bien el personal de la CM

ya brindaba acompañamiento en la atención clínica de las mujeres gestantes en el hospital, la responsabilidad legal aún recaía en el personal de medicina adscrito de la unidad. Esto generó dudas en cuanto a la responsabilidad legal de la atención en el nuevo sitio de la CM. En 2019, el Instituto de Salud del estado de Chiapas (ISECH) y CES firmaron un convenio legal de colaboración que estipulaba que el personal bajo contrato de CES podría ser responsable del trabajo clínico en las unidades del ISECH, con el objetivo de procurar la atención a la salud. Dicho evento marcó un avance significativo en la implementación del modelo, ya que brindó autonomía al ejercicio clínico del personal de CM.

Las parteras de las comunidades representan un actor de gran importancia como agentes para la integración de las mujeres a CM y su modelo de atención. De acuerdo a los registros de CM, se cuenta con un total de 11 parteras que colaboran activamente con la unidad. Es necesario señalar que, con relación a las características de rezago social y de violencia obstétrica vivida en las unidades sanitarias, la atención por parteras sigue siendo vigente como opción segura para la atención de las mujeres en las comunidades.

De esta manera, la partería representa un agente de salud y seguridad, y su papel ha sido reconocido en el modelo de la CM buscando colaboración con ellas, lo cual en la actualidad es una realidad. Ejemplo de este vínculo es que dos parteras de la comunidad utilizan el espacio de CM para atender partos, con ello se muestra que la CM es un espacio seguro para la partería. Para 2021, se logra la vinculación con la Escuela de Partería Profesional-Mujeres Aliadas de Michoacán, para abrir espacios de pasantía, el cual hasta la fecha ha brindado perspectivas de cuidado obstétrico desde otra mirada.

## Descripción del proceso de implementación por fases

### Planeación del programa y obtención de financiamiento/desarrollo del marco lógico e indicadores

Compañeros en Salud inicia el programa de Salud Materna el cual abordaba el área materna y perinatal con desarrollo mayoritario en el hospital comunitario y posterior en la CM. Con el tiempo se llevó a cabo la alianza y la alineación de metas entre los siguientes actores, ISECH, la jurisdicción sanitaria IV (ahora distrito sanitario IV), el hospital comunitario de Ángel Albino Corzo, el gobierno municipal y el *Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva* (CNEGR). (14)

En cuanto al marco lógico, CES mantiene una planeación anual para entender la problemática que el Programa de Salud Sexual y Reproductiva –en su componente de CM– busca resolver, aplicando la herramienta de Gestión del Ciclo del Proyecto (PCM- Project Cycle Management) donde se trabaja y plasman problemas, objetivos, resultados, actividades e indicadores contextualizados alrededor del análisis de actores y de alternativas.

Asimismo, a corto plazo se realizan planeaciones estratégicas anuales de los programas de CES, donde el componente de CM plasma metas anuales mediante la herramienta Visión/Tracción Organizar-v/TO, que se definen con el equipo de CM a cumplir por trimestres. Estas metas se encuentran alineadas a los objetivos del programa y a los de la organización y finalmente distribuidas entre el equipo de CM. Por mencionar algunas, se plantea como meta lograr que el 20% de las mujeres que atienden su parto en CM reciban al menos dos sesiones de preparación para el nacimiento en el 2024.

En cuanto a los indicadores, éstos se mantienen alineados a la calidad y seguridad de atención que se brinda, por ejemplo, se mantiene como pilar el número de mujeres que atienden su parto en Casa

Materna y de este rubro se desglosan los indicadores para evaluar la calidad incluidos el libre movimiento, acompañamiento familiar, medidas no farmacológicas para el dolor, ingesta de alimentos, libre posición elegida durante el parto, MATEP, apego inmediato del recién nacido y APEO.

Generalmente, estos indicadores se mantienen también para la evaluación de la atención en el hospital comunitario para tener una referencia comparativa. Estos indicadores se evalúan gracias al registro electrónico con el que actualmente cuenta la CM. De cada parto atendido se realiza el llenado en el sistema de Registro Electrónico Médico (EMR) de CES, cuya plataforma permite la visualización del resultado de los indicadores y así la posibilidad de realizar comparativos con años previos, lo que genera la viabilidad de evaluar el impacto del cuidado y la necesidad de cambios en la atención o inclusive generar nuevos indicadores.

### Alianzas estratégicas a nivel federal, estatal y local

Como ya se ha mencionado es importante mantener colaboraciones para que el proyecto mantenga su sostenibilidad; a nivel federal con el CNEGRS, la vinculación de espacios para servicio social con la FENO en Ciudad de México y de la Escuela de Partería Profesional de Mujeres Aliadas en Michoacán, de organizaciones no gubernamentales que participan en la atención a la salud sexual y reproductiva en el país, a nivel estatal y local con la Secretaría de Salud, el hospital comunitario de Ángel Albino Corzo, el gobierno municipal y las parteras locales.

### Inicio de la implementación y evaluación continua

El modelo inició en agosto de 2016, en el hospital comunitario de Ángel Albino Corzo, con la generación de pasantes en enfermería y

obstetricia. Para marzo de 2017 se inauguró CM, pero hasta 2019 se logró el convenio entre CES y Secretaría de Salud estatal para lograr el trabajo autónomo del equipo de supervisión de CM.

Para finales de 2016, se lograron cambios significativos en la atención del parto de bajo riesgo, por ejemplo, pasar de mantener a la mujer ingresada sola y recostada en una camilla, a mantenerla en compañía de un familiar y en libre movimiento. Mantener a la mujer en ayuno a permitirle ingesta de dieta a tolerancia. De realizar episiotomías de rutina a ejecutarlas de acuerdo a cada caso. Favorecer el apego inmediato, el aumento de lactancia materna y APEO en comparación con años previos.

Sin duda, una serie de grandes avances que enfrentaron resistencia de cierto personal de medicina y enfermería que, por alguna razón, tal vez derivada de su formación en el sistema de salud medicalizado hegemónico, por la estructura jerárquica en el entrenamiento e incluso violentados en el mismo sistema, no permitían ninguna intervención a favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en trabajo de parto. En consecuencia, en acuerdo entre las jurisdicciones sanitarias y CES se implementó un esquema de capacitación constante con cursos y talleres para el personal del hospital comunitario.

En cuanto a la respuesta de la población, al inicio era común atender a mujeres en periodos expulsivos e inclusive en periodos de alumbramiento. Por medio de entrevistas hacia las usuarias atendidas, se identificaron experiencias previas poco agradables, de ahí que buscaran atención en estos periodos para pasar hospitalizadas el menor tiempo posible. (15)

Tras el avance de la atención centrada en la mujer y el aumento de la satisfacción de las mujeres por la atención recibida, se logró que entre comunidades se comentara a voces las experiencias vividas en el hospital y la nueva forma de atención, lo cual se reflejó en un aumento de consultas y de acompañamiento del trabajo de parto en fase activa y ya no en fase expulsiva o alumbramiento. Esto permitió una mayor

posibilidad de conocer a la usuaria e identificar sus necesidades y preferencias para el nacimiento. (15)

Si bien el modelo inició en el hospital comunitario y posteriormente pasó a la Casa Materna, no se ha logrado que todo el personal del hospital de la SSA aplique el modelo centrado en la mujer sin que un personal de Casa Materna se encuentre presente. Sin duda es importante lograr este objetivo. Por ejemplo, cuatro enfermeras del hospital se sensibilizaron sobre la importancia y el beneficio de las intervenciones del modelo, motivándose a iniciar una especialización en el área obstétrica.

## Evolución y consolidación del modelo

Desde 2016 se ha logrado acompañar y atender partos, lo que representa una importante experiencia en la ejecución del modelo y reflexiones institucionales para generar cambios a futuro. En relación con la producción de servicios del modelo, entre 2017 y octubre de 2023 se han atendido 1607 partos, de los cuales han surgido emergencias obstétricas y neonatales que han sido resueltas en colaboración entre el equipo hospitalario y de CM, identificando áreas de oportunidad continuas.

Desde 2016 CM inició el modelo priorizando la formación de nuevo personal que pudiera replicar lo aprendido en otros espacios, es así como el programa inicia con dos supervisoras clínicas que se encargaban de brindar tutoría en sitio a 5 pasantes de enfermería obstétrica, la dinámica se mantenía en una atención en conjunto ya fuera de consulta o atención de parto por mencionar e ir avanzando a lo largo de un año a una atención directa por el pasante con retroalimentación final de la supervisión.

Actualmente, como respuesta al aumento de usuarias que solicitan la atención (derivado de la aceptación del modelo en comparación con el sistema medicalizado) y la ampliación del espacio físico de CM, el

incremento de personal era necesario y así en la actualidad 11 pasantes (LEO/PP) y 6 supervisores clínicos (LEO/EPP/PP) brindan servicios centrados en la mujer, continuando la dinámica de tutoría en sitio, ayudando a perfeccionar la técnica y el conocimiento y ampliando la visión de la salud en su contexto social.

Casa Materna sin duda es un sitio seguro para todas aquellas personas con capacidad de gestar, para todo aquel personal que crea en el poder del cuerpo de las mujeres y sus bebés y para todas aquellas mujeres que ejercen la partería en sus comunidades.

### Aprendizajes/logros

Se logró la implementación del modelo en una unidad clínica donde por años se ofreció la atención del parto como un proceso patológico y rutinario, lo cual representó un gran reto al inicio del programa, ya que cambiar cánones resultó difícil para el personal de salud que particularmente no estaba familiarizado con la capacitación continua.

Uno de los logros indiscutibles del modelo de casa materna es la transición de atención de parto para lograr un acompañamiento del mismo, con intervenciones actualizadas y basadas en evidencia, que paulatinamente ha logrado que personal de salud médico haya incorporado ciertas intervenciones en su actuar clínico. Sin embargo, el ideal es lograr que toda mujer, indistintamente del sitio de atención o personal que acompaña, reciba atención con base en los derechos sexuales y reproductivos establecidos por la ley del país.

Otro logro de Casa Materna es haber ampliado su perfil de proveedores de partería profesional en comparación con el personal inicial de enfermería obstétrica, lo que permite conjuntar el paradigma de cada profesión con el fin de brindar una atención integral, segura y de calidad a las mujeres que buscan atención en la CM. Como ya se ha mencionado, el trabajo que ejerce la partería en las comunidades (generalmente conocida como partería tradicional) es sumamente,



importante ya que representa un vínculo significativo para las prácticas y costumbres de la comunidad. La política de atención al parto desde los años 90 y particularmente después del año 2000, para buscar cumplir con el objetivo del milenio relacionado con la reducción de la muerte materna, planteó priorizar la atención del parto en unidades hospitalarias, medida que se mantiene hasta el día de hoy, lo que representa una disminución de atención de partos por parteras en las comunidades y en unidades de primer nivel de atención.

Resulta de la mayor relevancia que Casa Materna, como una unidad de primer nivel de atención, haya logrado brindar este espacio como un lugar seguro para aquellas mujeres que desean ser atendidas por personal no médico, incluidas sus parteras. Después de la pandemia por COVID-19 se atendieron partos directamente por tres parteras de las comunidades de las 11 que colaboran con la unidad, a solicitud de las mujeres. Cuando una partera se hace cargo del parto, CM sólo brinda el espacio, los insumos y el apoyo de su personal si la partera así lo solicita y, aunque la atención sea guiada por ella, CM siempre solicita autorización para acompañarla y aprender de su práctica.

Antes de la existencia del modelo de CM, las parteras eran re-  
gañadas en el hospital comunitario e incluso violentadas al llegar a trasladar a las mujeres que en la comunidad habían presentado alguna complicación. Si bien actualmente aún existe personal de salud del hospital que replica estas acciones, la mayoría reconoce su labor, su experiencia y conocimiento en el acompañamiento de la mujer gestante. Actualmente, una de las parteras que colabora atiende partos de forma directa en el hospital comunitario y algunas otras acompañan durante el trabajo de parto; también acompañan urgencias obstétricas propias de los partos que acompañaron en la unidad o de los traslados que realizaron desde sus domicilios.

A partir del conocimiento del ejercicio de las parteras de las comunidades, el modelo de Casa Materna ha obtenido un aprendizaje más profundo de estas prácticas. Inicialmente se ha logrado entender

que el sistema de adquisición de conocimiento de las parteras es distinto al del sistema escolarizado y mayoritariamente hegemónico de la salud con el que se entrena el personal de enfermería y medicina. Por lo tanto, no es adecuado “capacitar” a las parteras desde una posición jerárquica en la cual el personal de salud es el que “sabe” y debe educar a las parteras que son las que “no saben”. En ese mismo sentido, tampoco sería apropiado “capacitar” a las parteras para que brinden una atención “segura” tal cual lo haría el personal de medicina o de enfermería. El conocimiento de las parteras comunitarias es válido y el compartir conocimiento para atención sobre todo de emergencias debería intentar basarse en lo que saben.

Derivado de esta forma de capacitación se han perpetuado prácticas medicalizadas en el quehacer de la partera, minimizando su propio conocimiento. Un ejemplo de estas prácticas es: el alumbramiento en no más de 15 minutos o el uso de ampulas de oxitocina.

En consecuencia, las parteras han perdido confianza en la atención de partos derivado del discurso impuesto e incluso en ocasiones violento del sistema de salud y del personal de salud que les pide ya no atender partos con la justificación de que las mujeres ahora presentan más complicaciones. Sin duda, brindar un espacio que genere confianza para su participación, nuevamente es y será un logro ante un sistema que rezaga, violenta y condiciona a las parteras de las comunidades cuando intentan brindar atención.

El rezago social es un determinante que nos permite entender la salud como un estado más allá de la enfermedad. La construcción de salud es tan social como el propio desarrollo humano, por lo que visibilizar y comprender lo que rodea a la mujer gestante, desde la dinámica familiar, sus condiciones de vida material y económica, el valor de su religiosidad o espiritualidad, entre otras, nos permitirán evaluar el apoyo que la mujer requiere para mantener un estado de salud equilibrado. Es por eso que CM brinda apoyo mediante la dotación de alimentos preparados o perecederos, hospedaje y pago de estudios de gabinete o laboratorio para aquellas mujeres que así lo requieran.

Con esto reforzamos la noción de que la justicia social es y será un logro cuando cada mujer cuente con opciones seguras para potenciar su desarrollo humano.

## Retos y proyecciones

Dentro de los retos de CM se mantiene la dificultad de atención oportuna para las mujeres y sus bebés que no pueden ser resueltas en CM ante la falta de especialistas en el hospital comunitario de Jaltenango, lo que obliga a realizar traslados a las unidades de segundo nivel de las comunidades vecinas que se encuentran a 2 o 3 horas de distancia. Dichas unidades al ser punto de referencia de más comunidades, generalmente presenta una saturación considerable, lo que implica un proceso de referencia lento.

En este sentido, CM se centra en la atención de bajo riesgo y el hospital comunitario a la atención de mujeres con factores de riesgo, por lo que es común el traslado de usuarias entre unidades para continuar su valoración, diagnóstico y tratamiento, lo que representa un esfuerzo extra del equipo de CM al acompañar durante todo el proceso a la usuaria. Esto se hace con la finalidad de garantizar que el modelo ofrezca continuidad de la atención aun en situaciones de emergencias.

A la par se ha detectado que los diagnósticos o tratamientos de las usuarias en el hospital genera mayor temor y ansiedad a las mujeres y sus familias, es por eso que el reto que se tiene en este aspecto es lograr mayor sentido de la atención humanista basada en derechos en el equipo hospitalario y mayor empatía ante las situaciones que vulneran a las usuarias.

CM mantiene el seguimiento de mujeres para favorecer la detección oportuna de alguna alteración debido a que algunos centros de salud de la zona presentan baja demanda por la falta de personal sanitario o de insumos. Debido a esto, el número de usuarias que se atienden en comparación con años anteriores ha aumentado, resultando también

en un aumento en la espera de la atención en consultas sin urgencia o emergencia debido al número de personal limitado de supervisores clínicos. Esto sucede a pesar de contar con pasantes quienes necesitan mayoritariamente de validación de sus diagnósticos y tratamientos.

Otro de los retos del modelo es ampliar los recursos que se reciben de la Secretaría de Salud, ya que la provisión de insumos materiales y humanos es baja en comparación con la cobertura que realiza CES. En consecuencia, el reto prioritario es obtener personal contratado por parte de la SSA con perfil de LEO/EPP/PP para mantener una plantilla adecuada de supervisores que provean atención directa y brinden eficiencia al modelo y que también sean reconocidos estos perfiles por parte de SSA como prioritarios para este tipo de unidades. Dentro de los retos de la organización está seguir contando con recursos suficientes, ya que el presupuesto del programa que incluye la cobertura de insumos materiales y humano depende de donaciones.

Otro tipo de retos es lograr que se reconozcan las actividades que desarrolla el personal de CM, pues en la unidad se considera que todos los integrantes del equipo cuentan con las capacidades y el conocimiento para no limitarse a ciertas actividades que son definidas por el sistema de salud. Un ejemplo es seguir insistiendo en que las actividades que realiza enfermería asignadas al hospital comunitario sean las mismas que se realizan en casa materna, sitio donde el 80% del personal de base también tiene ese perfil y realiza actividades “médicas”, como brindar consulta externa. Por ello, uno de los retos de las autoridades sanitarias correspondientes es realizar un ajuste a la documentación que conforma el expediente clínico, el cual actualmente está basado en la lógica de un sistema hospitalario, donde existe una división puntual entre los registros del personal médico y de enfermería, a fin de crear un expediente clínico basado en las normativas nacionales, el cual pueda ser llenado formalmente por personal no médico, incluidas parteras profesionales.

Se ha proyectado seguir ofreciendo a cada mujer y persona recién nacida un espacio seguro y una atención de calidad, garantizar un

espacio protegido para la práctica de la partería, aumentar la plantilla de personal de Casa Materna, continuar con la adaptación del espacio físico con la finalidad de que ofrezca calidez, seguridad y privacidad. Además, se plantea seguir generando protocolos de atención más allá de la propia atención de parto ya que las necesidades de cada usuaria representan nuevas formas de atención, como es la atención del aborto seguro, de la pérdida perinatal y de las clases de preparación para el nacimiento.

Con certeza, el modelo representa una forma replicable de trabajo y necesaria para seguir fortaleciendo a más zonas marginadas, por lo que la instalación de una segunda casa materna representará ampliar la oportunidad para que más mujeres de la zona se beneficien de los servicios que ofrece el modelo.

## Prospectiva. El futuro del modelo

Sin duda, la prospectiva del modelo centrado en la mujer y ejecutado por personal no médico entrenado en la perspectiva de derechos reproductivos, puede ser expandido a otros contextos dentro del país, tanto rurales como urbanos, para que se convierta en la primera opción para la atención de embarazos de bajo riesgo.

Ser mujer en México representa un reto cotidiano, pues tan sólo el contexto familiar patriarcal genera un desarrollo desigual de las mujeres que no reconocen sus necesidades y aspiraciones. Por ello, el desarrollo del modelo deberá contener una perspectiva feminista, ya que el empoderamiento del cuerpo de la mujer gestante conducirá al aumento de la confianza para el cuidado de su salud en ese momento y para toda la vida.

El parto representa un desarrollo pleno de las funciones corporales de la mujer, lo que lo condiciona a un episodio irrepetible, por lo que el modelo deberá seguir avanzado día a día para lograr que todas

las mujeres, sin importar el lugar de atención o su estado de salud, reciban atención centrada en ellas y sus necesidades.

El modelo podría adaptarse para ser implementado en otras zonas del país. Su implementación debe incluir la integración de personal no médico en áreas de atención obstétrica no sólo en el primer nivel, logrando apertura a diversos espacios en el sistema de salud, a través de un esquema regulatorio moderno y que reconozca el papel tan importante que el personal no médico juega en la atención obstétrica a fin de garantizar espacios de práctica protegidos y seguros. Esta garantía coadyuvará a lograr mejores niveles de atención y procesos que garanticen los derechos reproductivos consagrados en la legislación nacional.

En el futuro estos procesos deberían ser regulados, evaluados y liderados por personal con competencia en partería. El modelo va encaminado a romper las arraigadas estructuras de poder abrir espacios al personal que por mucho tiempo ha sido rezagado y minimizado.

La creación de espacios de confianza, seguridad y calidad podrá ofrecer a las mujeres una manera de entender las capacidades con las que cuentan y poder documentar estos procesos para la generación de evidencia de sus logros. Sin duda, a lo largo de estos años el modelo de atención de parto humanizado o, como en CM se denomina, la atención de parto respetado, seguro y de calidad, ha dejado experiencias invaluable y también experiencias dolorosas, pero es un hecho que sigue manteniendo tenacidad en la ejecución del modelo. El futuro no representa menos barreras, pero sí una lucha que continúa y que logrará transformar las prácticas del parto que no consideran las preferencias y los sentimientos de las mujeres que atraviesan por estos procesos de atención.

Es así como podemos concluir que las mujeres a través de sus partos nos enseñan el amor, la fuerza y la belleza de la vida.

## Referencias:

- (1) INEGI, *Panorama sociodemográfico de México*, 2021, 49. Disponible en: <https://acortar.link/fCyHx2>
- (2) Sistema de Información Cultural, *Pueblos indígenas en Chiapas*, Gobierno de México, SIC México, 2023. Disponible en: <https://acortar.link/RW8T4M>
- (3) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Informe de Pobreza y Evaluación 2020*, Chiapas, 2020. Disponible en: <https://cutt.ly/uwLxy38>
- (4) Observatorio de Mortalidad Materna, *Boletines semanales de muertes maternas* 2023. Disponible en: <https://omm.org.mx/sistema-de-indicadores/boletines/>
- (5) SSA, *Informe semanal de notificación inmediata de muerte materna. Semana Epidemiológica 52*, México, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2023, pp. 1-7. Disponible en: <https://cutt.ly/RwLxWsfX>
- (6) Secretaría General de Gobierno, C. Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Chiapas. *Periódico Oficial, órgano de difusión oficial del Estado Libre y Soberano de Chiapas*, 2014, 6-9.
- (7) INEGI, *Panorama sociodemográfico. Censo Población y Vivienda 2020. Chiapas*, 2021, p. 48.
- (8) Unidad de Planeación y Evaluación para el Desarrollo. Jaltenango De La Paz. *Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago 2022*, Ángel Albino Corzo , Chiapas, 2022, pp. 1-2.
- (9) Secretaría de Igualdad de Género, Chiapas, *Diagnóstico municipal 2023. Para la Paz y la Seguridad de las Mujeres*, 2023.
- (10) INEGI, *Anuario estadístico y geográfico de Chiapas 2017*, 2017, p. 736.
- (11) Secretaría de Salud, *Mortalidad Materna. Datos Abiertos*, 2022. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_muertematerna\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_muertematerna_gobmx.html)
- (12) Fernández Benavente, M del C., *Por una maternidad sin riesgo*, 2016. Disponible en: <https://acortar.link/a0xbhA>

- (13) Monterrosas-Jiménez E., *Informe de servicio social, en el programa de Salud Materna*, México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2017, p. 126.
- (14) Montaña-Sosa Y, Reyes-Gutiérrez A. “Programa de salud materna Compañeros en Salud: Integración de prácticas en el sector público”, *Los caminos para parir en México en el siglo XXI Experiencias de investigación, vinculación, formación y comunicación, julio de 2018*, México, CIESAS, pp. 158-65. Disponible en: [https://www.academia.edu/37628573/Los\\_caminos\\_para\\_parir\\_en\\_México\\_en\\_el\\_siglo\\_XXI\\_Experiencias\\_de\\_investigación\\_vinculación\\_formación\\_y\\_comunicación](https://www.academia.edu/37628573/Los_caminos_para_parir_en_México_en_el_siglo_XXI_Experiencias_de_investigación_vinculación_formación_y_comunicación)





# Salas de labor-parto-recuperación: entornos habilitantes dentro de los servicios de salud públicos

BIANCA FERNANDA VARGAS ESCAMILLA  
JUAN ISMAEL ISLAS CASTAÑEDA  
MERCEDES GONZÁLEZ LÓPEZ  
TSANDA VIOLETA LÓPEZ ORTIZ

## Antecedentes

Desde hace más de cuatro décadas la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil ha sido tema de alta prioridad en las agendas políticas a nivel mundial, consolidándose en la Declaración del Milenio suscrita por México y otros 188 países en 2002, en la cual el objetivo 5° instaba a los gobiernos a implementar acciones para reducir la mortalidad materna en un 75%, de la cifra base (1990) para 2015. (1) En México dicha meta no se cumplió pese a las estrategias implementadas, sin embargo, la reducción fue significativa con la implementación de políticas de salud como el programa Arranque Parejo en la Vida. Este programa se centró en asegurar que todos los partos fueran atendidos por profesionales de salud, logrando así una diferencia en el comparativo histórico. Así, mientras que en 1990 la Razón de Muerte Materna (rmm) era de 89 x 100 000 nacidos vivos, en 2015 se redujo a 34.6 x 100 000 nacidos vivos. (2) Pese a los avances obtenidos, los análisis mostraron diferencias significativas en la calidad de la atención en las 32 entidades federativas. Se identificó que el mayor número de muertes maternas se concentraba en los estados

con mayor porcentaje de población hablante de lengua indígena o en los territorios con persistentes barreras geográficas y socioculturales que implicaban un retraso en la búsqueda y acceso a la atención oportuna. De manera paralela, las políticas implementadas para abatir la mortalidad materna sumaron otras problemáticas importantes como la atención de partos sobremedicados y la saturación de los hospitales de segundo nivel, lo que ha contribuido a que en los últimos años México se posicione entre los países con mayor índice de nacimientos por cesárea, alcanzando índices hasta del 50% del total de nacimientos registrados. (3)

Ante estas circunstancias, en el periodo de 2015 a 2016, el gobierno mexicano en alianza con organizaciones civiles y organismos multilaterales de naciones unidas, impulsó una estrategia en estados prioritarios. La estrategia se basaba en reconocer, implementar y fortalecer modelos de atención centrados en las usuarias, otorgada por profesionales con competencias en partería profesional, las cuales podrían abarcar distintos perfiles profesionales: enfermería obstétrica, enfermería perinatal y partería técnica. Las sedes de estos proyectos fueron unidades de primer nivel de atención u hospitales comunitarios, en donde se fortaleció la cartera de servicios para abarcar la atención prenatal, la atención del trabajo de parto y parto de bajo riesgo y de la persona recién nacida, el fomento de las consultas durante el puerperio y el apoyo a la lactancia materna. La estrategia hizo énfasis en la identificación oportuna de riesgos para una referencia y contra referencia oportuna. Aunque no todos los proyectos implementados lograron la sostenibilidad y eficiencia (4) que se esperaba como parte del proyecto; a lo largo de su implementación y ejecución se evidenciaron diferencias significativas en la reducción de mortalidad materna, mejora en la calidad de la atención, una mayor tendencia hacia la atención respetuosa del parto en apego a las recomendaciones y evidencias científicas, aceptación de anticoncepción posevento obstétrico y una mayor satisfacción por parte de las personas usuarias, las familias y las comunidades. Al término de la colaboración, se identificó la

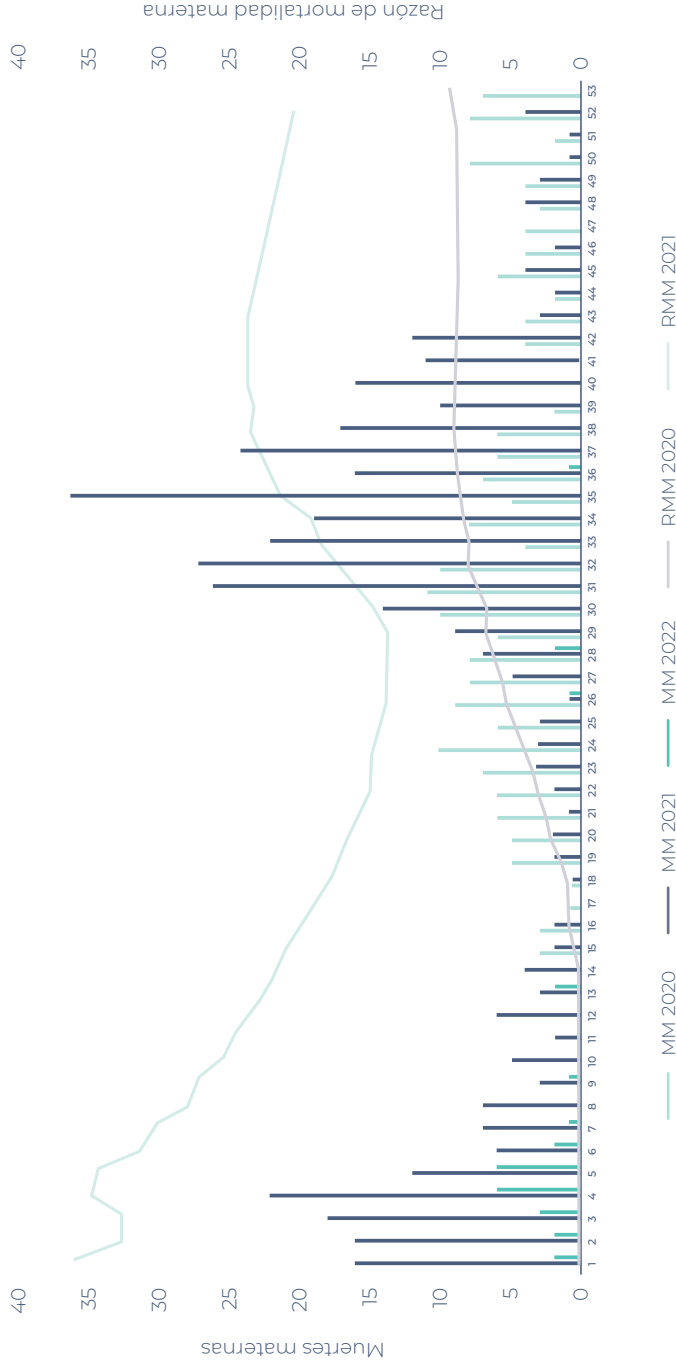
necesidad de trabajar en abogacía con la finalidad de reconocer desde un marco normativo armonizado, la contribución de estos modelos en la atención materna y neonatal y en el fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Partiendo de estos antecedentes se desarrolló un proyecto prioritario denominado “Entornos habilitantes para una experiencia positiva en la atención integral a la salud materna y perinatal”. Se consideró el impacto positivo y la experiencia acumulada en las entidades federativas participantes y la necesidad de darle continuidad a este modelo. El proyecto fue implementado en el contexto pandemia por el virus SARS-CoV-2, la cual generó un impacto en el retroceso significativo en la reducción de la mortalidad materna en el periodo 2020-2021. Por lo tanto, fue necesario aumentar las acciones para la atención de los casos de bajo riesgo de manera segura con un modelo de atención obstétrica sensible para aumentar la calidad en la atención de los servicios desde la etapa prenatal, la atención del trabajo de parto y parto, la vigilancia del puerperio y en la atención de la persona recién nacida. El proyecto se centró en las personas, las familias y las comunidades.

Cómo se observa en la Gráfica 1, la urgencia de establecer estrategias para la disminución de la mortalidad materna y aumentar la calidad en el continuo de la atención radica en el aumento potencial de la mortalidad asociada a COVID-19 y al impacto que este fenómeno ocasionó en la capacidad de respuesta del sistema de salud a nivel nacional.

Tomando en cuenta el modelo de transición obstétrica, en donde se fundamenta que al disminuir la razón de mortalidad materna en general y aquellas por causas directas, la complejidad para lograr la eliminación de la muerte materna prevenible se incrementa debido a que las causas indirectas adquieren una mayor relevancia; las complicaciones asociadas a la sobrecarga hospitalaria pueden ser factor detonante para actos de iatrogenia y una medicalización excesiva. (5) En este sentido, se torna imprescindible impulsar y consolidar

**GRÁFICA 1. Mortalidad materna y razón de mortalidad materna por COVID-19 (Comparativo 2020, 2021, 2022)**



Fuente: Informe semanal de Notificación Inmediata de Muerte materna SE 53, 2021. Elaboración propia.

estrategias que han demostrado ser costo-efectivas para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Estas estrategias resaltan la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio, mediante la implementación de las recomendaciones y evidencias que, además de buscar la seguridad en la atención, se basan en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la atención centrada en las personas, las familias y en las comunidades. El gran propósito es lograr una experiencia positiva durante la atención obstétrica.

## Salud materna centrada en la persona como política pública en México

Para un cambio de paradigma en la atención de los servicios de salud públicos no basta con presentar la evidencia científica más actualizada y la capacitación continua al personal operativo, sino que requiere de un respaldo normativo el cual se manifieste a través de la armonización de leyes, normas oficiales mexicanas, guías de práctica clínica, lineamientos técnicos y políticas institucionales en el sistema de salud, lo cual implica la sensibilización de actores sociales clave más allá del sistema de salud y procesos de abogacía dirigidos a diferentes sectores gubernamentales y de toma de decisión.

En la actualidad existe un avance en la política pública en salud que ha permitido enmarcar esta estrategia como un primer paso de gestión, implementación y actualización de otros instrumentos normativos. El Programa Sectorial de Salud 2020-2024 instruye en la Estrategia Prioritaria 5.2: “Garantizar a hombres y mujeres, con especial énfasis en adolescentes y jóvenes, la atención a la salud relacionada con el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la planificación familiar, para propiciar en la población una sexualidad saludable, elegida y libre de violencia”, y que de manera específica describe como acciones puntuales, velar por la atención integral en el continuo de la salud sexual y reproductiva con énfasis

en la adolescencia, y a su vez, insta a la vinculación interinstitucional impulsando la participación comunitaria.

Asimismo, la estrategia prioritaria 5.4 que enmarca: “Mejorar los servicios de salud y asistencia social para procurar el desarrollo bajo un enfoque integral y diferenciado de niñas, niños, adolescentes y jóvenes desde una perspectiva de derechos e igualdad de género”, reconociendo en su totalidad la importancia de “Fortalecer la promoción y protección y apoyo de la lactancia materna, para fomentar la nutrición y la vida saludable de las niñas y niños”. (6)

En alineación con este programa, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), en su carácter rector para generar las políticas nacionales de los programas de planificación familiar y anticoncepción, salud sexual y reproductiva en la adolescencia, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, salud materna y perinatal, igualdad de género y prevención y atención de la violencia familiar, sexualidad y de género, describe en el Programa de Acción Específico Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024 los siguientes objetivos con estrategias específicas para el cumplimiento del encomienado:

Objetivo prioritario 3: Incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.

Estrategia prioritaria 3.1: Incrementar el acceso a información y las estrategias de promoción para mejorar la salud materna y la detección de riesgos.

Estrategia prioritaria 3.2: Fortalecer la atención integral de la salud materna para garantizar la capacidad técnica y buen trato en unidades de salud.

Estrategia prioritaria 3.3: Impulsar acciones de mejora continua de la atención, vinculación y monitoreo, para acelerar el cumplimiento de metas nacionales en salud materna.

Objetivo prioritario 4: Contribuir al bienestar de la población infantil mediante acciones de prevención, detección y atención en la etapa prenatal y de la persona recién nacida.

Estrategia prioritaria 4.1: Mejorar estrategias de educación e información para coadyuvar en el bienestar de la persona recién nacida.

Estrategia prioritaria 4.2: Fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud para la atención integral de la persona recién nacida.

Estrategia prioritaria 4.3: Implementar estrategias interinstitucionales para mejorar el acceso a la atención e información en salud perinatal. (7)

De manera especial, se destaca que dentro de este programa se reconocen las contribuciones que el personal de partería profesional (enfermería obstétrica y perinatal, licenciados en partería, partería técnica profesional, etc.) realiza en favor de la atención a la salud sexual y reproductiva centrada en la persona, enmarcando su incorporación en las comunidades y en los procesos asistenciales a las usuarias en el continuo de la atención. Por ello, a largo plazo se vislumbra como una estrategia eficiente y segura que sea capaz de coadyuvar a acortar las brechas de desigualdad en salud y de género, con un mayor impacto en la mejora de indicadores sensibles a estos temas.

## Implementación de los entornos habilitantes en México

Los entornos habilitantes como estrategia de atención integral, liderada por la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal, se desarrolló como un proyecto de gestión/ implementación, en el que se inserta el modelo de infraestructura y proceso de atención denominado salas de Labor-Parto-Recuperación (LPR) como un fortalecimiento a la cartera de servicios del continuo de atención a la salud materna



y perinatal en unidades de primer y segundo nivel de atención. Su objetivo fue impulsar acciones que permitieran una transformación paulatina de los espacios físicos, los protocolos y procedimientos, así como la gestión para la optimización del capital humano, de los recursos materiales y de la infraestructura. En una primera fase, el acompañamiento continuo y la colaboración con las entidades federativas ha sido crucial en el desarrollo, la implementación y la ejecución de esta estrategia. En primera instancia se realizó el análisis de la factibilidad para definir las unidades tomadas como propuesta para la habilitación de las salas LPR. Posteriormente, se definieron los objetivos con base en sus diagnósticos situacionales y se desarrolló una ruta a seguir para alcanzar el cumplimiento de los mismos, así como el plan de acción para integrar los nuevos procesos y actividades vinculados a las salas LPR en la cartera de servicios de las unidades de primer o segundo nivel de atención seleccionadas.

La base operativa para la integración del modelo de atención obstétrica centrada en la persona precisó de una serie de documentos técnico-administrativos que permitieron establecer las directrices de ejecución de un entorno habilitante como primera fase de la implementación. Mediante el diagnóstico situacional, se identificaron y priorizaron los factores de riesgo o las dificultades para las adecuaciones al espacio físico y la armonización de procesos, conforme al plan de trabajo. En este sentido, se instó a la elaboración o actualización de manuales de procedimientos y protocolos de atención con la finalidad de reducir las brechas en el conocimiento y la operación de un modelo que pugna por el derecho a la autonomía de las usuarias desde la atención prenatal, vigilancia del trabajo de parto, parto, puerperio y de la persona recién nacida.

Otro elemento clave fue el diseño de un programa de capacitación tomando en cuenta que la formación continua tiene como objetivo mantener a las personas involucradas en constante actualización para la prestación de servicios eficientes y de calidad. Dicha actividad se vislumbró como una herramienta primordial para el cambio del

paradigma de la atención y que las personas designadas para ejecutar el plan de acción asumieran con mayor comprensión las responsabilidades y el actuar en los diversos niveles de profundidad, desde el ámbito gerencial, el administrativo y la prestación de servicios.

Los cuatro temas centrales de este programa corresponden a los elementos operativos del continuo de atención en los entornos habilitantes: 1) la atención centrada en la persona; 2) la identificación y atención oportuna de emergencias obstétricas; 3) la reanimación neonatal y valoración clínica de la persona recién nacida; y 4) la sensibilización sobre el manejo no farmacológico y la vigilancia expectante del trabajo de parto de riesgo habitual (bajo riesgo).

Este proceso de actualización permitió identificar que una de las grandes barreras a nivel nacional es el desconocimiento de la incorporación del modelo centrado en la persona y la habilitación del espacio físico para la vigilancia expectante del trabajo de parto, atención de parto y atención de la persona recién nacida. En 2021, de las 32 entidades federativas sólo el 46.8% identificaron y empezaron a acondicionar un espacio como salas de LPR y presentaron avances en el proceso de acompañamiento e implementación de acciones no médicas que favorecen los resultados obstétricos y neonatales. De igual manera, la continuidad de los servicios ha sido un punto álgido debido a que la implementación de las salas LPR debe de ser continua en su atención (365 días / 24 horas) con el objetivo de ir estableciendo este modelo no como un proyecto sino como un servicio integrado en las unidades, orientado a la transformación paulatina de la atención obstétrica. No obstante, esto se encuentra limitado por la brecha persistente de recursos humanos específicos, calificados o con competencias de partería profesional, que resultan más afines a este modelo de atención, aunado al factor estructural de deficiencia de personal que se hace más evidente en el turno nocturno o durante el fin de semana.

## Puntos clave para la operación de los entornos habilitantes

Las salas de LPR integradas son el espacio en donde un modelo que considera las evidencias y recomendaciones para una atención centrada en la persona, segura y de calidad, puede practicarse de la mejor manera, tanto en primer como en segundo nivel de atención. Además, considera la participación de un equipo multidisciplinario, optimizado por un esquema de intercambio de tareas compartidas, así como la posibilidad de continuidad de la atención a la salud sexual y reproductiva.

El mejor ambiente para proporcionar los servicios centrados en la persona y su familia es aquel que se vincula al entorno comunitario y a las preferencias de la población a la que va destinado, pudiendo requerir adaptaciones de acuerdo con el contexto geográfico o socio-cultural. Asimismo, permite un seguimiento de cada caso, idealmente desde la etapa pregestacional, hasta el puerperio, con un enfoque de atención integral, lo cual permite identificar las necesidades específicas, asignar los recursos necesarios y prever recursos adicionales, de acuerdo con cada situación en específico.

Para la implementación de un entorno habilitante, no necesariamente se requiere de la construcción de un espacio físico nuevo, sino que puede llevarse a cabo con adecuaciones menores en la infraestructura disponible, lo cual facilita el continuo de la atención del embarazo, trabajo de parto, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Así, el primer paso de este cambio en el paradigma implica pasar de un proceso en que la atención se lleva a cabo de manera segmentada en espacios diferentes: área de urgencias, pre-labor, sala de labor, sala de expulsión y área de recuperación. Esta segmentación contribuye a generar estrés, interrumpir los procesos fisiológicos, tener áreas restringidas que limitan la posibilidad de acompañamiento y que derivan en una experiencia poco favorable de las usuarias y contrapone lo que la evidencia actual recomienda.

Por lo anterior, se postula que en los embarazos de riesgo habitual las adecuaciones propuestas para generar un entorno habilitante consideran los siguientes elementos que facilitan una mejor y más positiva experiencia durante el parto y el nacimiento:

- Espacio con privacidad, intimidad, comodidad y seguridad.
- Acompañamiento por la pareja, familiar o la persona que la mujer elija.
- Espacio para deambular durante la fase activa del trabajo de parto.
- Espacio para cambiar de posiciones durante la labor.
- Cama obstétrica, cama baja, banco o adecuaciones para parir en la posición de elección, favoreciendo el parto vertical.
- Espacio para la atención de la persona recién nacida, con posibilidad de permanecer junto a su madre y favorecer el apego inmediato y continuo durante toda su estancia, contemplando el fomento de la lactancia materna inmediata en la primera hora después del parto.
- Barras de sostén en paredes y baño, o telas de sostén ancladas desde el techo en lugares clave.
- Pelotas obstétricas para la relajación de pelvis y periné, con el fin de facilitar el periodo de dilatación.

Del mismo modo se hace énfasis en que la habilitación de las salas LPR no requiere forzosamente de una inversión mayor que involucre el desarrollo de un proyecto médico-arquitectónico, ya que se trata de una visión que hace factible las adecuaciones a las salas de labor o unidades toco quirúrgicas de una manera paulatina, ya que la incorporación de los elementos propuestos beneficia a las usuarias y al personal de salud. Otra alternativa es utilización de áreas adyacentes que puedan complementar la infraestructura existente, permitiendo al personal familiarizarse con el modelo de atención.

En síntesis, más que un proyecto de infraestructura, la implementación de una Sala LPR, con los procesos que involucra, permite transformar paulatinamente el proceso de atención, hacia un esquema menos intervencionista, que favorece los procesos fisiológicos y los métodos no farmacológicos. Al respecto, las guías de práctica clínica más recientes, han mostrado la evidencia de que la incorporación de terapias complementarias durante la atención conlleva mejores resultados, evitan intervenciones innecesarias o no justificadas clínicamente y, con ello, contribuyen a la prevención de complicaciones. Este cambio se sustenta esencialmente en los siguientes elementos:

- a) Recursos humanos calificados y específicos para la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida.
- b) Capacitación en el modelo de atención, en la detección oportuna de complicaciones, manejo inicial de la emergencia obstétrica y en reanimación neonatal.
- c) Reorganización de las funciones y procesos en apego a las recomendaciones y evidencias internacionales y nacionales, así como a la normatividad vigente.
- d) Adecuaciones en equipamiento, recursos materiales y distribución del espacio físico.
- e) Inclusión del proyecto en las redes integrales de atención a la salud, para la referencia y contrarreferencia oportuna.

## Actividades transversales que articulan la atención centrada en la persona

La incorporación de las salas LPR como espacio físico idóneo en un marco conceptual y procedimental al que se ha denominado entornos habilitantes implica la transversalidad de las acciones y servicios esenciales en salud sexual y reproductiva para una atención integral con base en lo estipulado en la normatividad y en las guías de práctica

clínica vigentes. Es importante considerar que algunas de estas acciones están contempladas para incorporarse en las salas LPR o bien, en otras áreas de las unidades tomando en cuenta su capacidad instalada y las oportunidades de fortalecimiento y mejora de la articulación de las redes de servicios, destacando las siguientes:

- Intervenciones de información, comunicación y educación.
- Intervenciones comunitarias.
- Atención prenatal con enfoque de riesgo.
- Detección del riesgo perinatal.
- Detección oportuna de VIH y sífilis, para reducir el riesgo de transmisión vertical.
- Atención del trabajo de parto y parto .
- Atención inmediata de la persona recién nacida por personal capacitado.
- Apego inmediato e inicio de la lactancia materna.
- Vinculación con bancos de leche humana.
- Favorecer la alimentación con leche humana de las personas recién nacidas.
- Atención de la emergencia obstétrica.
- Anticoncepción posevento obstétrico.
- Referencia y contrarreferencia: redes integrales de servicios de salud.
- Atención en el puerperio.
- Tamiz metabólico y auditivo neonatal.

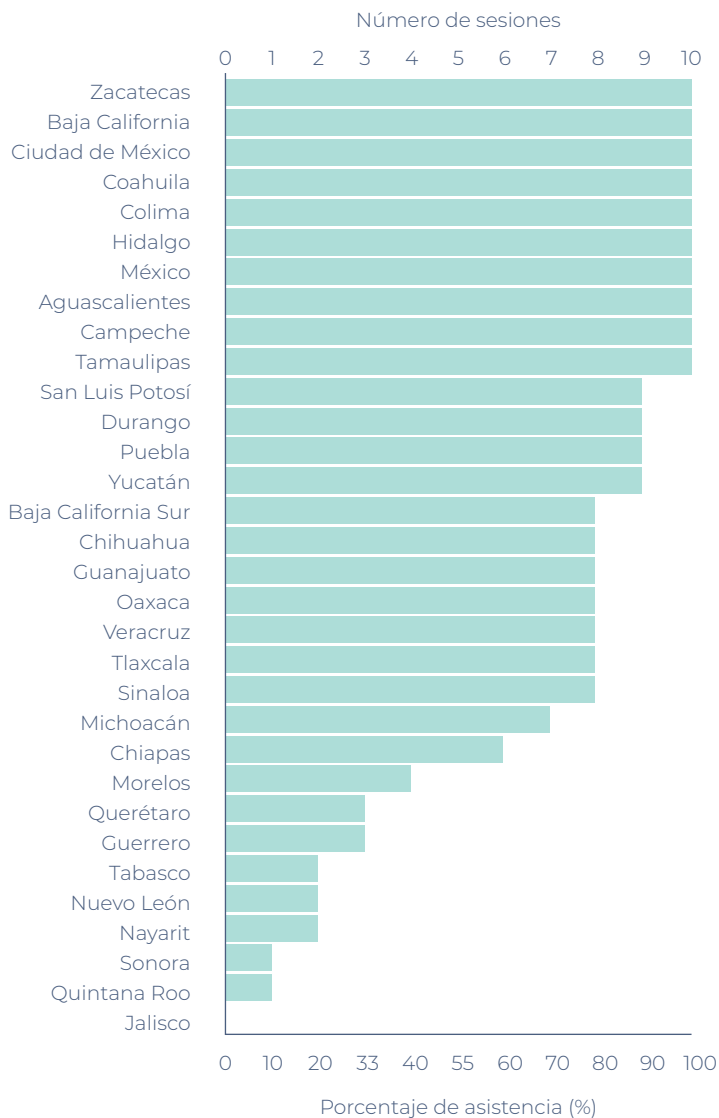
Como se observa, se pugna por garantizar que desde un entorno habilitante se facilite la continuidad de la atención, lo que coadyuva a garantizar el máximo nivel de cuidados posible en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

## Estrategias de monitoreo y seguimiento a la gestión

En la primera fase del plan de acción para la implementación de los entornos habilitantes, durante 2021, se identificaron las necesidades de formación y aprendizaje estratégicos (orientadas al logro de los desafíos prioritarios a largo plazo) y las necesidades tácticas de capacitación (dirigidas al logro de los objetivos de los organismos y áreas funcionales) manifestadas por jefaturas y personas funcionarias de los servicios estatales de salud. A partir de esta información, se determinaron las necesidades en cuanto al desarrollo de competencias y la adquisición de nuevos aprendizajes, por lo que en esta secuencia se definieron las acciones formativas y de capacitación a realizar y se enlistó una serie de temas prioritarios. Por otra parte, derivado de este ejercicio, se priorizó que el personal de la salud en los diversos niveles de gestión (estatal, distrital y operativa) adquiriera herramientas para orientar y fortalecer las decisiones logísticas necesarias para habilitar las salas LPR en las entidades. Para ello, se desarrolló un programa temático de 10 sesiones mensuales en modalidad virtual, a través de las cuales se buscó ampliar el panorama operativo favoreciendo el intercambio de experiencias de las entidades que contaban con un mayor avance en la implementación, involucrando diversos niveles de atención y zonas geográficas.

A lo largo de este proceso de capacitación y asesoría en la gestión, se realizó un registro continuo de asistencia, lo cual permitió tener un panorama de las entidades federativas con mayor involucramiento y actitud proactiva para la realización de los entornos habilitantes, destacando los estados de Hidalgo, Durango, Veracruz y Ciudad de México. Como resultado, el 37.5% de las entidades tuvieron un 100% de asistencia en las sesiones virtuales para el fortalecimiento en la implementación de los entornos habilitantes, en el otro extremo, las entidades de Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Tabasco, Quintana Roo, Sonora y Jalisco representan el 21.8% de entidades que tuvieron menor asistencia a las sesiones.

**GRÁFICA 2.** Participación anual de las entidades federativas en el programa de fortalecimiento de capacidades (2022)



Fuente: Tablero de control del proyecto Entornos Habilitantes, CNEGSR-DASMP, 2022.  
Elaboración propia.



De acuerdo con los registros de asistencia, en promedio se tuvo una audiencia de 80 participantes por sesión de 25 entidades federativas. Se destaca que durante la ejecución de las capacitaciones se procuró la implementación de métodos y actividades específicas y cuidadosamente desarrolladas, para el fomento de la participación grupal y la posibilidad de que las y los asistentes se expresaran, preguntaran y se permitieran replantear acciones concretas. Esto coadyuvó al autoanálisis de su desempeño generando así un cambio significativo en su actuar en torno a la forma de implementar sus técnicas y habilidades para la atención directa a las personas usuarias de los servicios de salud materna y perinatal.

Finalmente, a través de esta estrategia, se identificó que la incorporación eficiente del personal de partería profesional (enfermería obstétrica, enfermería perinatal y partería técnica) en los servicios de salud es una pieza clave para la consolidación de los entornos habilitantes. En ese sentido, entidades federativas como Guerrero y Estado de México han evidenciado que el respaldo político y gerencial para ofertar programas formativos e incluir dichos perfiles profesionales en los diferentes niveles de atención han tenido un impacto significativo en la mejora de los indicadores de salud materna y perinatal.

## Hacia la consolidación de los entornos habilitantes

En una segunda fase del proceso de implementación y considerando las barreras y facilitadores identificadas en el año previo, en febrero de 2022 se publicó el Lineamiento para la implementación y operación de las salas de Labor-Parto-Recuperación en las redes de servicios,(8) con el objetivo de generar un instrumento de carácter técnico-normativo a nivel nacional. Este instrumento plantea regular el ejercicio del modelo centrado en la persona y la habilitación progresiva de los espacios físicos conforme a los procesos esenciales para garantizar

una atención segura y de calidad en la atención a la salud materna y perinatal, con énfasis en casos de riesgo habitual.

Con base en dicho instrumento, se dio continuidad al programa seriado de capacitaciones virtuales mensuales con la finalidad de consolidar los entornos habilitantes en las entidades con mayor avance y apoyar de manera colectiva a la gestión de aquellos que tenían menor avance. Otra estrategia consistió en facilitar sesiones virtuales grupales para la integración de un manual de procedimientos alineado al lineamiento y a la normativa nacional e internacional, vinculado a la modificación o adecuación de los espacios existentes. También se planteó otorgar asesoría en el uso de terapias complementarias y manejo no farmacológico para aprovechar al máximo los recursos adquiridos para la atención de las personas usuarias en aquellas entidades que ya se encontraban en fase de operación.

Finalmente, en esta etapa fue fundamental el registro de información a través de las fuentes oficiales y de un formato específico de concentración de actividades en los entornos habilitantes, así como el establecimiento de indicadores, lo que desde una perspectiva de salud pública es clave en todo proyecto de implementación. Estos indicadores han permitido dar cuenta del avance en la implementación, de la optimización de los recursos y del ejercicio adecuado de los recursos financieros como ejes cruciales para la sostenibilidad de proyectos que buscan la transformación sustantiva de los servicios en el mediano y largo plazos.

## Entornos habilitantes en los servicios de salud públicos: primeros resultados

Considerando que el modelo de entornos habilitantes fue diseñado para establecer compatibilidad y fortalecimiento de las carteras de servicios y capacidad instalada en las unidades de primer y segundo nivel de atención a través de cambios paulatinos, pero sostenidos en la

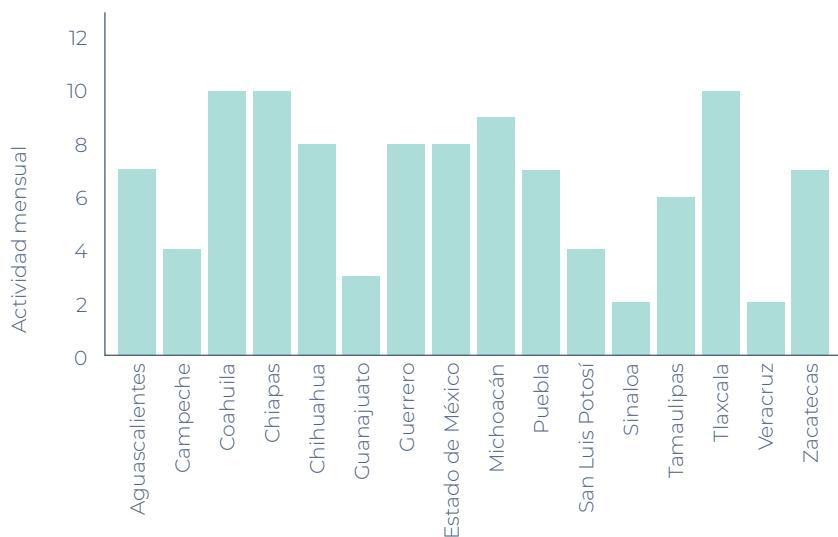
disposición del espacio físico, las características del entorno, los procedimientos institucionales y los procesos de atención, actualmente se tienen 43 salas LPR registradas, de las cuales, el 67.4% corresponde al segundo nivel de atención, 23.2% en el primer nivel de atención con servicios ampliados, y el 8.4% corresponde a unidades denominadas de medio camino, como los hospitales integrales o básico-comunitarios.

La preferencia y el mayor éxito en la implementación de salas LPR en el segundo nivel de atención obedece a diversos factores. En primer lugar, la mayor capacidad instalada, ya que con los esfuerzos de trasladar la atención del parto al segundo nivel de atención como se propuso en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el primer nivel quedó debilitado en este ámbito de la atención, de modo que, habilitar nuevamente este espacio requería de una inversión mayor. Por otra parte, contar con la alternativa de una mayor capacidad resolutive en caso de complicaciones y emergencias otorgaba mayor certeza a las personas líderes estatales y al personal operativo para poder atender de manera inmediata cualquier evento obstétrico, mientras se concluía con el desarrollo de procedimientos y ajustes necesarios en el sistema de referencia y contrarreferencia obstétrica.

Al cierre de 2022, la mitad de las entidades federativas ha reportado de manera continua actividades de atención en los entornos habilitantes, en donde destacan Coahuila, Chiapas, Chihuahua y Tlaxcala en los procesos de implementación, inicio de operación y productividad en los servicios instalados. En la Gráfica 3 se muestran las entidades que han informado actividad en cada bimestre del año, siendo 10 meses el mayor tiempo de operación logrado a partir del inicio de operación.

El resto de las entidades continúan enfrentando resistencias para la consolidación de los entornos, aun cuando se observa un avance significativo en la sensibilización del personal gerencial, directivo y operativo en las 32 entidades federativas. Al día de hoy, puede confirmarse un posicionamiento de los entornos habilitantes no como proyecto de implementación, sino como una transformación necesaria hacia un modelo óptimo para la atención de la salud materna y perinatal.

GRÁFICA 3. Entidades activas y tiempo de operación (2022)



Fuente: Concentrado de datos Entornos Habilitantes, CNEGSR-DASMP, 2022.

Elaboración propia.

Este modelo debe ser capaz de conducir a la transformación necesaria para lograr servicios de calidad, apegados a las recomendaciones y evidencias científicas, que contribuyan a garantizar la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, con énfasis en las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

En este sentido, el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), recientemente publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el pasado 22 de octubre de 2022, contempla como acciones prioritarias en salud colectiva, la “universalización de los entornos habilitantes para una experiencia positiva para la atención integral de la salud materna y de la persona recién nacida a través de la implementación de las salas de labor-parto-recuperación”. (9)

## Conclusiones

El CNEGSR como órgano rector de las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional reconoce desde tiempo atrás la necesidad de mejorar la calidad en la atención materna y perinatal, necesidades que se hicieron aún más evidentes en la pandemia por COVID-19. Derivado de la saturación del Sistema Nacional de Salud muchas mujeres en el país tuvieron que buscar otras opciones de atención durante su embarazo y parto las cuales cubrieran sus necesidades no sólo en cuanto a reducir el riesgo de contagio por el virus SARS-CoV-2, sino también en busca de una atención de mayor calidad y empatía con su sentir. Todo ello se tradujo en un mayor número de partos atendidos en domicilio por parteras tradicionales y parteras profesionales. De acuerdo con datos oficiales reportados en el Subsistema de Información sobre Nacimientos (SINAC) en 2019 se atendieron 17967 partos en domicilio, aumentando de manera considerable para el 2020 con 23759 partos, respondiendo a un fenómeno social asociado a la pandemia.

Cuando se tiene una red de apoyo, la atención del parto por parteras tradicionales y profesionales ha demostrado ser segura. Sin embargo, una articulación con los servicios y un plan de actuación en caso de complicaciones son imprescindibles. El Estado debe proveer espacios seguros y eficientes que garanticen la calidad de la atención, atendiendo las necesidades biológicas, psicológicas y socioculturales de las mujeres, las familias y las comunidades. Por ello, es relevante considerar la implementación de mecanismos de vinculación adecuados y de redes integradas de servicios que le permitan a cada mujer vivir una experiencia positiva durante el embarazo y parto, que garantice su salud y bienestar.

Los entornos habilitantes y salas LPR como estrategia de salud pública se fundamentan en la evidencia actual, ya que ha demostrado ser costo-efectivas y sobre todo segura para la atención de las personas gestantes y sus bebés. También buscan dar respuesta a las diversas necesidades, ya que integrar las competencias y perfiles de partería

profesional apuesta a un cambio de paradigma en los servicios de salud y en la atención obstétrica en las unidades hospitalarias a nivel nacional lo cual se torna como un punto álgido para el verdadero apego a los derechos humanos.

Finalmente, esta estrategia busca fomentar espacios de atención donde las usuarias son las protagonistas brindándoles autonomía para decidir y herramientas de autocuidado para ellas, sus familias y comunidades. Adicionalmente, este modelo es el idóneo para que el personal de partería profesional, enfermería obstétrica y enfermería perinatal ejerza sus conocimientos, habilidades y aptitudes, y que éstos sean reconocidos como piezas clave para el cumplimiento de los objetivos primordiales de salud materna y perinatal que se encuentran establecidos en los programas y políticas nacionales, así como en la agenda internacional de población y desarrollo y el marco de derechos que México suscribe.

## Referencias:

- (1) Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, *Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México*. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info\\_public/Estrategia\\_Integral.pdf](https://www.coneval.org.mx/rw/resource/coneval/info_public/Estrategia_Integral.pdf)
- (2) Instituto Nacional de las Mujeres, *Mortalidad materna*, 2019. Disponible en: [http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Mortalidad\\_materna.pdf](http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/tarjetas/Mortalidad_materna.pdf)
- (3) OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, París. 2019, <http://doi.org/10.1787/4dd50c09-en>
- (4) Atkin, Lucille C., Keith-Brown, Kimberli, Rees, Martha W. y Sesia, Paola Ma., *Fortalecimiento de la partería profesional en México: Evaluación de los avances 2015-2018*. Disponible en: [https://www.macfound.org/media/files/fortalecimiento\\_de\\_la\\_parteria\\_profesional\\_en\\_mexico\\_2015-2018\\_7\\_junio\\_.pdf](https://www.macfound.org/media/files/fortalecimiento_de_la_parteria_profesional_en_mexico_2015-2018_7_junio_.pdf)

- (5) Souza, J. P., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Bohren, M., Widmer, M., Oladapo, O. T., Say, L., Gülmezoglu, A. M. y Temmerman, M. (2014), “Transición obstétrica: el camino para poner fin a las muertes maternas prevenibles”, *BOG: una revista internacional de obstetricia y ginecología*, 121,1, pp. 1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12735>
- (6) Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud. 2020-2024*, México, 2020, Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA\\_Sectorial\\_de\\_Salud\\_2020-2024.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/570535/PROGRAMA_Sectorial_de_Salud_2020-2024.pdf)
- (7) Secretaría de Salud, *Programa de acción específico. Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*, México, 2020. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE\\_SSR\\_24\\_5\\_21.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf)
- (8) Secretaría de Salud, *Lineamiento técnico para la implementación y operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios*, México, 2022. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/cnegsr/documentos/lineamiento-tecnico-para-la-implementacion-y-operacion-de-salas-295164>
- (9) Secretaría de Salud, Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar), *Diario Oficial de la Federación*, México 2022. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5669707&fecha=25/10/2022#gsc.tab=0)

# DISCUSIÓN

GUSTAVO NIGENDA

VERÓNICA TAPIA TOMÁS

ROBERTO MATUS CRUZ

## Contexto

La atención del embarazo, parto y puerperio (EPP) tal como se practica en México, no es igual a otros países, sino que existe diversidad en su ejecución. En países desarrollados como Europa, Canadá y Australia, (1) EPP es atendido preferentemente por personal no médico. Quizá la excepción en este grupo de países sea Estados Unidos ya que, a diferencia de éstos, el sistema de salud norteamericano es un modelo de negocios organizado para la prestación de servicios de salud, mientras que los otros modelos son primariamente públicos, interesados en la atención de la salud como un bien social. También encontramos en América Latina países como Perú y Chile que formaron una categoría de personal a nivel universitario: la obstetrix/matrona, quien provee atención de parto como empleada de las instituciones públicas y tiene gran capacidad de despliegue profesional. (2)

En la mayor parte de los países europeos la atención del EPP es realizada por parteras profesionales, con una mínima participación de médicos especialistas, sólo en casos justificados. Este modelo de atención tiene enormes beneficios y pocos riesgos. Raipuria *et al.*(3) señalan entre los beneficios principales la ejecución de tareas, que es realizada por personal con altas competencias técnicas y éticas, el cual busca proteger la salud de las madres y los hijos por medio de una baja invasividad y priorizando la satisfacción de las mujeres, sus hijos y familias. Los riesgos se acotan a aquellos relacionados a la biología



del proceso. En cambio, el modelo basado en la atención médica tiene diversos riesgos, empezando con que es altamente invasivo, genera efectos iatrogénicos, no considera la opinión de las mujeres (ni de sus familias), hace uso de un volumen excesivo de recursos y violenta a las mujeres tanto corporal como anímicamente. (4)

El predominio del parto medicalizado en las instituciones deriva de un proceso histórico institucional característico de México, el cual también es compartido por otros países. Previo a la creación del sistema de salud moderno en México, cuya fecha paradigmática es en 1943, cuando se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social y la Secretaría de Salud, la atención del parto estaba a cargo de las parteras con formación técnica o de parteras tradicionales. La creación de las grandes instituciones de salud priorizó la atención del EPP por profesionales de la medicina, ya que ellos se formaban en universidades y se consideraba que su conocimiento era mayor al de las parteras, haciendo a un lado las prácticas ancestrales. (5) Este concepto de modernidad se basaba en la idea de que las prácticas médicas estaban basadas en el desarrollo de la ciencia médica y, por lo tanto, su participación representaba un paso adelante en la atención del EPP.

No obstante, con el tiempo se creó un *aura monopólica* de la profesión y la práctica médicas que no sólo se concentró en la atención del parto, sino en otros campos de la atención. Tanto la partería como la enfermería se convirtieron en profesiones subordinadas de la medicina. En un movimiento visionario, en 1968 la UNAM empezó a formar licenciadas en Enfermería y Obstetricia, con miras a promover la participación de un profesional con capacidades distintas a las médicas, sobre todo su aproximación humana en la atención. (6) Sin embargo, cuando estas profesionales egresaron, el aura monopólica de la medicina en la atención del parto estaba consolidada y no fue posible, hasta la fecha, abrir los espacios institucionales para su participación.

Es posible plantear que el parto institucional medicalizado genera diversos efectos deletéreos en la salud de la mujer y los recién nacidos. La Organización Mundial de la Salud y el Fondo de Población

de las Naciones Unidas en los últimos años han insistido en la necesidad de promover las prácticas que caracterizan al parto respetado/humanizado. (7, 8) Estas recomendaciones se basan en la ejecución de búsquedas sistemáticas sobre las mejores prácticas mundiales en atención al parto, y la evidencia señala que las mejores prácticas están relacionadas con el respeto a los derechos reproductivos de las mujeres, en el entendimiento del embarazo y el parto como procesos naturales y no mórbidos, y con el parto vaginal, principalmente. Sin embargo, el sistema de salud ha avanzado lentamente en modificar esta situación, ya que es un tema de naturaleza política y económica, no sólo institucional.

Diversos estudios en México y otros países demuestran que el volumen de cesáreas que se practican en el sistema institucional rebasa sobradamente la recomendación de que el 15% de los partos en un país o región deberían terminar en operación cesárea. (9) En México, las estimaciones recientes alcanzan casi el 50%, con diferencias entre instituciones. (10, 11). Las instituciones de seguridad social presentan porcentajes por encima de la Secretaría de Salud y el sector privado por encima de todas las instituciones. Si bien requerimos de una regulación que limite el número de cesáreas, la opción más promisoría es la de una regulación para cambiar el modelo de atención de parto medicalizado a parto respetado/humanizado, la cual debe incluir necesariamente al sector privado.

Llevar el modelo de parto humanizado/respetado a las instituciones públicas y privadas del país depende de una importante conjunción de elementos. Así, existen al menos dos factores más para que los modelos de parto respetado/humanizado crezcan en el país: uno es la mayor participación del personal de partería y enfermería obstétrica y otro son las preferencias de la población. En México se estima la disponibilidad de alrededor de 21 499 enfermeras obstetras, la mayor parte de ellas incorporadas como personal que ofrece atención y cuidado en instituciones públicas y privadas. (12) Sin embargo, dado que la atención obstétrica está monopolizada por los médicos, estas

profesionales básicamente no ejercen la obstetricia en las instituciones que las emplean y muchas de ellas practican como enfermeras generales. Esto implica que existe la capacidad profesional para transformar el modelo medicalizado en un modelo respetado/humanizado en relativo poco tiempo. Tardaría más que quienes toman decisiones en el sector salud se decidan a hacerlo.

El segundo factor al que hemos hecho mención son las preferencias de la población. Una de las asimetrías clásicas de los mercados en salud son las diferencias en información existentes entre los profesionales de la salud y la población usuaria de los servicios. En general, muchas de las decisiones sobre las intervenciones en salud son tomadas por los profesionales a nombre de los usuarios (o pacientes). Si bien el profesional cuenta con mucha mayor información para sugerir la mejor decisión al usuario, existen estudios que demuestran que estas sugerencias no necesariamente llevan a tomar la mejor decisión y en esto está involucrado un componente ético, así como un componente comercial. Una amplia proporción de las cesáreas que se practican en el país se consideran innecesarias porque el parto vaginal puede ser la mejor vía, pero el profesional sugiere esta modalidad frecuentemente por convenir a sus intereses o a los de su institución, pero no a los de la usuaria. (13) Esta inducción puede ser tan profunda que, de hecho, en el sector privado la mayoría de las usuarias está convencida de que la cesárea es la mejor opción para su salud y la de su hijo/a, a partir de los razonamientos médicos.

## Durabilidad de los proyectos

El establecimiento de proyectos de atención a la salud sexual y reproductiva, específicamente de la salud materno-infantil, bajo un modelo de atención desarrollado por parteras profesionales y enfermeras obstetras (licenciadas en enfermería y obstetricia y enfermeras especialistas perinatales) ha demostrado ser efectiva para garantizar el

acceso a los servicios de salud de grupos de personas vulnerables y contribuir en la reducción de la mortalidad materna en el país. (14, 15) Sin embargo, estos proyectos se han enfrentado a grandes retos para su implementación, desarrollo y permanencia en el sistema de salud, teniendo que demostrar su capacidad para adaptarse y superar los diferentes desafíos que pueden poner en riesgo su durabilidad.

Uno de los principales desafíos de estos proyectos ha sido el temor y la incertidumbre de las autoridades sanitarias para reconocer y aprovechar las competencias de las enfermeras obstetras y parteras profesionales para que sean ellas las responsables de llevar a cabo la atención obstétrica en los diferentes niveles de atención. Estos proyectos han tenido que enfrentar a un modelo biomédico y a la resistencia del personal médico en la aceptación de las funciones de las enfermeras obstetras y parteras profesionales. (16) Esto ha hecho difícil la operación de modelos de atención obstétrica en las unidades de salud centrada en la persona gestante, su familia y basado en la evidencia científica disponible. El reto sigue siendo la inclusión del perfil y el posicionamiento de la partería profesional en las unidades de salud, pues aún se pone en duda el potencial que representa este recurso humano tan importante en el sector salud para fortalecer la atención del EPP y la salud sexual y reproductiva.

La inversión y asignación de recursos dentro del sistema público de salud ha sido otro problema que los proyectos de partería profesional han tenido que enfrentar para su funcionamiento. La adquisición de medicamentos, material y equipo de calidad, y la contratación de personal competente, suficiente y su capacitación continua se ven afectadas ante la escasez de recursos económicos. Un mecanismo que estos proyectos han adoptado para continuar y garantizar la atención a la salud materna es el establecimiento de relaciones de cooperación con organizaciones públicas o privadas como escuelas públicas de enfermería obstétrica y de partería, fundaciones y organizaciones nacionales e internacionales, mediante la gestión de recursos financieros para incrementar el capital humano, la adquisición de recursos

y garantizar la atención al EPP. Aunado a la escasez de recursos, se han tenido que superar las limitaciones del propio sistema de salud y los protocolos del cuidado obstétrico convencional médico estandarizado para la generación de entornos habilitantes para la práctica del parto respetado/humanizado, (17) ya que este modelo de cuidado se caracteriza por ofrecer una atención del EPP en un entorno respetuoso y amigable, que sea percibido por las usuarias y sus familias como una experiencia exitosa y satisfactoria. (18) Para esta práctica ha sido necesaria la transformación en la disposición de los espacios físicos (espacios para garantizar el acompañamiento durante el trabajo de parto o para la atención del parto en posiciones verticales), los procedimientos, protocolos de atención (respeto de prácticas culturales), las funciones del equipo de salud y la optimización de los recursos disponibles.

Ante la incertidumbre del sistema de salud estos proyectos reconocen la importancia del apego a los lineamientos técnicos, normas, guías y recomendaciones nacionales e internacionales. Algunos de ellos se han dedicado a participar en la abogacía para fortalecer el marco normativo para la implementación y sostenibilidad del modelo de atención de salud materna y perinatal por enfermeras obstetras y parteras profesionales. Se ha buscado tener un marco regulatorio e indicadores de calidad para evaluar los resultados de los servicios de partería profesional con el fin de proponer mejoras a este modelo y poder replicarlo en otros espacios o escenarios.

## Participación privada

La participación de organismos e instituciones privadas que buscan apoyar la salud materna y los derechos reproductivos y sexuales, además de fortalecer los derechos humanos, representan alianzas estratégicas y efectivas para lograr mejoras en la calidad y cobertura de atención. Por ejemplo, el fortalecimiento de la partería profesional en

México, ha sido promovida por la Fundación MacArthur, que durante su estancia en el país brindó apoyo para el activismo, la investigación, las políticas y las intervenciones programáticas en temas de derechos sexuales y reproductivos. Además, en conjunto con organizaciones como UNFPA lograron apoyar el desarrollo de marcos regulatorios para el ejercicio profesional de la partería. (19)

Por otra parte, resulta interesante y sumamente enriquecedora la experiencia de las universidades al favorecer la formación de parteras profesionales con el apoyo de asociaciones de partería. Asimismo, el brindar estadías en los sectores público y privado para la práctica clínica de los profesionales de salud, otorga la posibilidad de ampliar la experiencia durante el entrenamiento para el cuidado obstétrico, pues ambos escenarios enriquecen la perspectiva para la prestación de servicios.

Organizaciones no gubernamentales en alianza con la Secretaría de Salud han implementado estrategias para promover la atención del EPP por parte de enfermeras obstetras y parteras tradicionales. Algunas de ellas lo hacen mediante la abogacía, la investigación o el financiamiento para la adquisición de herramientas y recursos para llevar a cabo prácticas basadas en evidencia durante la atención del EPP respetada y promover el desarrollo profesional continuo. (20)

## Uso de evidencia científica

Un camino para lograr avances en la cobertura y la calidad de los servicios obstétricos, y reducir las enormes brechas en el acceso a una atención calificada en salud materno infantil y el fortalecimiento del rol de las parteras profesionales en la atención a la mujer es la generación y el uso de evidencia científica.

El abordaje obstétrico requiere personal de atención de salud con una amplia gama de competencias de partería, basando cada cuidado o intervención en evidencia científica, la cual respalda el quehacer de la

partera profesional. No obstante, hoy en día en la práctica de la atención obstétrica hospitalaria no se incorporan totalmente las prácticas basadas en la evidencia científica disponible. En ocasiones, durante la atención en los hospitales los médicos utilizan prácticas y maniobras que no corresponden a las recomendaciones de la OMS, basadas en evidencia científica tales como la episiotomía y la canalización venosa de rutina o la tracción del cordón umbilical. De este modo, surge la necesidad de incorporar y revisar permanentemente la atención basada en la evidencia para ponerla en práctica, fortaleciendo las habilidades y competencias de todos aquellos/as profesionales que atienden partos. (21)

La formación de las licenciadas en Enfermería y Obstetricia ligada a la investigación, ha tenido como objetivo permitir hacer uso de los hallazgos de la investigación en la realidad del quehacer de la enfermera obstetra. El proceso de incorporar la evidencia a la práctica de la enfermería mediante la Enfermería Basada en Evidencia (EBE) promueve cambios en la forma de pensar y de ejecutar el cuidado obstétrico que se otorga. Los modelos de atención de enfermería obstétrica se caracterizan por basar sus cuidados en la evidencia disponible, las recomendaciones de organismos internacionales, en guías y normativas del país. Sin embargo, la generación del propio conocimiento mediante la investigación continúa siendo escaso (22), por lo que la partería profesional debe asumir el compromiso de empoderar la práctica del cuidado obstétrico, considerando la reflexión e indagación como requisito profesional en el quehacer cotidiano. Despertar interés por la indagación es una forma de coadyuvar a la solución de problemas clínicos, mejorar la calidad de la atención obstétrica, garantizando que cada mujer tendrá acceso a servicios que respondan y respeten sus necesidades.

## Participación de enfermeras y parteras profesionales

Las parteras profesionales y enfermeras obstetras cuentan con el entrenamiento y las competencias que se requieren para obtener legalmente el registro o la certificación en la atención del EPP y en la atención de la persona recién nacida ofreciendo las mejores prácticas disponibles con sensibilidad, responsabilidad, autonomía y respeto a la interculturalidad de las comunidades. De hecho, la presencia de la partera en el cuidado obstétrico funciona como especie de “puente” que conecta y acerca a las mujeres en comunidades rurales para recibir atención obstétrica, lo que permite disminuir las brechas de atención.

Dentro del perfil de las parteras profesionales se encuentran las licenciadas en salud reproductiva y partería y licenciadas en partería profesional, en el caso de las enfermeras obstetras se incluye el perfil de las licenciadas en enfermería y obstetricia y las enfermeras especialistas perinatales las cuales están capacitadas para cuidar el bienestar físico, emocional y social de las mujeres y sus familias. Además, cuentan con entrenamiento para detectar oportunamente cualquier alteración durante el proceso reproductivo a través de un modelo de enfoque de riesgo. (18)

Las parteras profesionales y enfermeras obstetras deben estar capacitadas para:

- Brindar una atención prenatal tomando en cuenta las condiciones físicas, emocionales, sociales y culturales de la persona.
- Ofrecer educación perinatal.
- Determinar el riesgo obstétrico y realizar una oportuna referencia.
- Acompañar y ofrecer atención durante el trabajo de parto y el parto previniendo complicaciones.
- Proporcionar atención inmediata al recién nacido.
- Brindar atención durante la evolución del puerperio.



- Proporcionar intervenciones para la estabilización de la embarazada ante la presencia de complicaciones o de la emergencia obstétrica.
- Ofrecer consejería en salud sexual y reproductiva basada en derechos sexuales y reproductivos.
- Brindar servicios de regulación de la fertilidad y planificación familiar.
- Proveer cuidados en los casos de aborto espontáneo o inducido de acuerdo con la normatividad vigente.
- Hacer seguimiento y control de la niña y niño sano en los primeros cinco años brindando servicios de estimulación temprana.
- Diseñar intervenciones comunitarias de salud materna y perinatal.

Una cualidad a destacar de este modelo es su orientación hacia la promoción y prevención de la salud desde el ámbito comunitario, en el cual se promueve la cultura del autocuidado, ya que se considera que la mayoría de los problemas de salud materno-infantil pueden ser evitados mediante la prevención. El actuar de las parteras profesionales y enfermeras obstetras incluye un cuidado integral de la salud basado en los derechos sexuales y reproductivos y promoción de la equidad de género y el respeto a la diversidad cultural. Es por esto que la participación de las parteras profesionales y enfermeras obstetras pueden lograr aumentar el acceso y la calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva y materna-perinatal contribuyendo a reducir la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad. (15)

## Participación de otros profesionales

Sin duda, la posibilidad de atender partos desde una visión de derechos no es exclusivo del personal de enfermería y partería. No se trata de desmontar un monopolio de práctica existente para crear

otro. De hecho, cualquier persona que desarrolle las competencias a través de una mezcla de entrenamiento y experiencia podría hacerlo, incluyendo los profesionales médicos. El gran reto de los profesionales médicos es que además de ajustar su práctica para utilizar la evidencia científica disponible y buscar el bienestar de las mujeres que atienden, es sensibilizarse sobre las necesidades psicoemocionales de las usuarias, puesto que el proceso de parir no sólo trae consigo cambios físicos, sino que también se presentan cambios emocionales importantes. De este modo, es necesario integrar modelos basados en derechos reproductivos, es decir, un modelo humanizado.

Como se sabe, la formación inicial del médico está muy orientada a entender la organicidad y funcionalidad biológica del cuerpo, pero muy poco sobre las razones sociales y económicas de la enfermedad y tampoco sobre los elementos emocionales y afectivos que definen la experiencia del parto en una mujer. En el caso del modelo de atención de Compañeros en Salud (CES) se ha observado la sensibilización de algunos médicos generales y gineco-obstetras asignados al hospital general adyacente a la Casa Materna que CES gerencia en el estado de Chiapas. La posibilidad de que los profesionales de medicina puedan adquirir estas capacidades y practicarlas es una gran alternativa. Es posible poner en práctica modelos de formación y entrenamientos dirigidos a personal médico, pero también modelos donde se mezclen médicos, enfermeras y otro personal para aprender sobre los terrenos poco explorados de la emocionalidad humana y las consecuencias en su salud.

## Modelos de formación

La formación del recurso humano para ser culturalmente aceptable, como es el caso de las parteras, requiere de un entrenamiento integral del profesional en diferentes ciencias, así como el conocimiento de las técnicas de educación para la salud, consejería sexual, etcétera.

Un profesional con este perfil no sólo debe prepararse en los conocimientos anatómo-fisiológicos y las técnicas o prácticas médicas, sino también en áreas que son necesarias para poder brindar cuidados a las mujeres y sus familias, desde su integridad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.

Las licenciadas en enfermería y obstetricia y parteras tradicionales podrían ser responsables en México de mejorar y brindar el cuidado obstétrico basado en evidencia y en derechos sexuales y reproductivos, además de basar su quehacer en la normatividad vigente, garantizando así el goce del derecho a la salud sexual y reproductiva, pues ejercerá el cuidado en cada una de las etapas del proceso reproductivo. Además, la incorporación de formación tecnológica, científica y práctica ofrece nuevas posibilidades educativas para la enseñanza de enfermería para afrontar los nuevos roles y desafíos que adoptan en los nuevos escenarios de atención.

Durante el proceso de enseñanza–aprendizaje las parteras y enfermeras incorporan valores y competencias orientadas al conocimiento y las actitudes o acciones en la atención de las mujeres en proceso reproductivo. Estas competencias son la atención prenatal, atención durante el trabajo de parto, atención en el puerperio, atención al recién nacido y emergencias obstétricas. Los modelos educativos basados en competencias permitirán experiencias satisfactorias en la atención del parto respetado, mejorando la vigilancia del puerperio, atención de la persona recién nacida y la vigilancia y seguimiento de la salud sexual y reproductiva.

Así pues, a través de las competencias que los estudiantes adquieran a partir de su formación se espera que al insertarlos en el campo obstétrico se obtengan reducciones en el exceso de intervencionismo como las cesáreas, privilegiando la asistencia humanizada.

## Participación de organizaciones internacionales

La adopción de los Objetivos de Desarrollo Sostenible por Naciones Unidas, en específico del Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, plantea el mejoramiento de la salud materna con el fin de disminuir la mortalidad materna en todas las regiones. (23) Agencias internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) han implementado una serie de estrategias y recomendaciones basadas en la evidencia con el fin de brindar apoyo a los países para el cumplimiento de este objetivo. Estas organizaciones reconocen el trabajo de las parteras profesionales y enfermeras obstetras para garantizar la cobertura sanitaria universal de una atención integral de la salud reproductiva, materna y neonatal, por lo cual, se han dedicado a crear un entorno laboral propicio para el buen desarrollo de la partería profesional y el mejoramiento de la salud reproductiva. (19)

El UNFPA reconoce al personal de partería profesional y enfermería obstétrica como especialistas en el cuidado de la salud reproductiva, materna y neonatal y aboga para que la partería sea reconocida como parte integral de la agenda nacional de salud. El UNFPA en alianza con otras organizaciones como Johnson & Johnson (J&J) y la Fundación MacArthur ha trabajado con gobiernos y encargados de formulación de políticas para ayudar a crear una fuerza laboral de parteras competentes y que cuenten con los medios necesarios para ejercer su labor. Estas organizaciones buscan fortalecer la formación de parteras competentes; desarrollar un mecanismo regulatorio de su práctica que garantice servicios de calidad, darles voz, reconocimiento social y autonomía respaldada con manuales y procedimientos con enfoques de género, interculturalidad y derechos humanos. Además, busca promover el aumento de inversiones en los servicios de partería profesional como una forma costo efectiva para aumentar la salud y bienestar de mujeres y niños.

Por otro lado, en México la Organización Panamericana de la Salud en vinculación con el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) ha realizado esfuerzos para el impulso del modelo de partería profesional, proveyendo asesoría técnica, compartiendo evidencia de experiencias y financiando proyectos para el desarrollo de la partería profesional y la capacitación de recursos humanos.

De modo que el impulso y desarrollo de la partería profesional representa un compromiso que deben asumir en conjunto diversas organizaciones o instituciones, pues el empoderamiento de dicha práctica promete grandes beneficios para la población.

## Conclusión

El trabajo que se requiere hacer para impulsar y consolidar los modelos de parto humanizado en México (y en otros países de la región) es titánico. Se trata de caminar a través de una selva de intereses creados por instituciones públicas, privadas y profesionales que ven en el parto un tipo de demanda de atención al cual se requiere dar respuesta. El tipo de respuesta establecido y enraizado en el sistema de salud mexicano se enfoca en una visión médico-gerencial para el alcance de metas institucionales, en una visión “científica” que lleva a la institución y al profesional a justificar el ejercicio de poder sobre la mujer, su hijo/a y su familia que no es cuestionable y que frecuentemente deriva en prácticas que dañan tanto los cuerpos como los espacios afectivos de las mujeres e hijo/as. Esta visión “científica” debe ser revisada porque a la luz de la evidencia real, no tiene sustento. La evidencia real muestra que la práctica del parto, para ser efectiva y proteger la salud de mujeres e hijo/as, debe privilegiar el proceso fisiológico, el parto vaginal, el apoyo emocional, reducir la intervención innecesaria y garantizar los derechos de las mujeres. Existen también actores políticos interesados en promover un cambio del modelo

medicalizado institucional al modelo de parto humanizado/respetado. El camino es largo pero esperanzador, conforme aumenta el número de mujeres que logran vivir una experiencia satisfactoria de parto al saber que sus derechos serán garantizados. Sin embargo, debe también entenderse que el parto medicalizado tiene un espacio en la atención cuando las condiciones fisiológicas de la mujer o del hijo/a así lo requieren, es decir, los partos que no se consideran de bajo riesgo pueden ser atendidos con el uso de mecanismos más invasivos (por ejemplo, cesárea) pero deben garantizar la protección de los derechos reproductivos de las mujeres.

La presente obra en primera instancia busca promover la expansión del parto humanizado basado en derechos y en la evidencia científica disponible sobre buenas prácticas. Este tipo de parto que incluye la atención tanto la dimensión fisiológica como afectiva y emocional no es prerrogativa de parteras profesionales o licenciadas en enfermería y obstetricia, ya que de hecho cualquier profesional entrenado en estas dimensiones podría ejecutarlo. Sin embargo, como hemos señalado son las parteras profesionales y las licenciadas en enfermería y obstetricia quienes mejor capacitadas están para ejecutarlo dado que su entrenamiento original parte del paradigma de la atención a las poblaciones y usuarios de servicios desde una perspectiva integral del individuo y su grupo social. La expansión de estos modelos y de la práctica del parto humanizado en las instituciones de salud y con ello la defensa de los derechos reproductivos de la población es la meta trascendental. La revisión de modelos desde la perspectiva de sus estructuras, operación, financiamiento y disponibilidad de recursos humanos nos permite entender la forma en la que se organizan para proveer servicios, pero también de los retos que enfrentan para mantener vigente su práctica. Finalmente, la participación de organizaciones internacionales y de otras entidades del gobierno y sociales es fundamental para lograr cambiar en el futuro la cultura institucional y poblacional para plantear el parto humanizado como la opción adecuada para proteger la salud de madres e hijo/as.

## Referencias:

- (1) Kennedy, K., Adelson, P., Fleet, J., Steen, M., McKellar, L., Eckert, M. Peters, *M.D. Shared decision aids in pregnancy care: a scoping review. Midwifery*, 2020 (consultado en agosto de 2023], 81, 102589. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102589>
- (2) Muñoz, L. C., “Formación profesional de la matrona/matrón en Chile: años de historia”, *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 2020 (consultado en agosto de 2023), 85(2), pp. 115-122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S07117-75262020000200115>
- (3) Sesia, P., *Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. Violencia obstétrica en América Latina*, 2020, 2. Disponible en: <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2022/10/6390.-Violencia-obstetrica-en-%E2%80%A6-Quattrochi-y-Magnone.pdf#page=27>
- (4) Raipuria, H. D., Lovett, B., Lucas, L. y Hughes, V., *A literature review of midwifery-led care in reducing labor and birth interventions. Nursing for Women's Health*, 2018, 22(5), pp. 387-400. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.07.002>
- (5) Albarrán, E. J., *Medicalizing Modern Motherhood in the Americas. Journal of Women's History*, 33(2), pp. 168-176. Disponible en: <https://muse.jhu.edu/article/794321>
- (6) Pérez, I., *Egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM): calidad de la formación (2003-2008). Enfermería Universitaria*, 2018, 7(3). Disponible en: DOI:10.22201/eneo.23958421e.2010.3.295
- (7) Sadler, M., Santos, M. J., Ruiz-Berdún, D., Rojas, G. L., Skoko, E., Gillen, P. y Clausen, J. A., *Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive health matters*, 2016, 24(47), pp. 47-55. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- (8) World Health Organization, *Defining competent maternal and newborn health professionals: background document to the 2018 joint statement by WHO, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, HGO and IPA: definition of skilled health personnel pro-*

- viding care during childbirth*, 2018. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272817/9789241514200-eng.pdf>
- (9) Nagy, S. y Papp, Z., “Global approach of the cesarean section rates”, *Journal of Perinatal Medicine*, 2021, 49(1), pp. 1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0463>
- (10) Guendelman, S., Gemmill, A., Thornton, D., Walker, D., Harvey, M., Walsh, J. y Pérez-Cuevas, R., *Prevalence, disparities, and determinants of primary cesarean births among first-time mothers in Mexico. Health Affairs*, 2017, 36(4), pp. 714-722. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2016.1084>
- (11) Lamadrid-Figueroa, H., Suárez-López, L. y González-Hernández, D., La epidemia de cesáreas en México, 68. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/HectorLamadridFigueroa/publication/359248355\\_La\\_epidemia\\_de\\_cesareas\\_en\\_Mexico/links/62313229d37dab4f96e7e18e/La-epidemia-de-cesareas-en-Mexico.pdf](https://www.researchgate.net/profile/HectorLamadridFigueroa/publication/359248355_La_epidemia_de_cesareas_en_Mexico/links/62313229d37dab4f96e7e18e/La-epidemia-de-cesareas-en-Mexico.pdf)
- (12) Secretaría de Salud, *Estado de la Enfermería en México 2018*, México, 2018. Disponible en: <https://www.salud.cdmx.gob.mx/secretaria/manuales>
- (13) Urquiza, C., Martínez, E. y Quesnel, C., “Influence of non-medical factors for cesarean birth in a private hospital”, *Revista Ginecología y Obstetricia de México*, 2020, 88(10), pp. 667-674. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=96052>
- (14) Guarnizo, M., Olmedillas, H. y Vicente, G., “Evidencia del aporte proporcionado desde el cuidado de enfermería a la salud materna”, *Revista Cubana de Salud Pública*, 2018, 44(2), pp. 381-397. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n2/381-397/es/>
- (15) Walker, D., DeMaria, L., González-Hernández, D., Padrón-Salas, A., Romero-Álvarez, M. y Suárez, L., *Are all skilled birth attendants created equal? A cluster randomised controlled study of non-physician based obstetric care in primary health care clinics in Mexico. Midwifery*, 2013, 29(10), pp. 1199-1205. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j>



midw.2013.05.005

- (16) DeMaria, L. M., Campero, L., Vidler, M. y Walker, D., *Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives*. *Human resources for health*, 2012, 10, p. 6. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-6>
- (17) Secretaría de Salud, *Entornos habilitantes para una experiencia positiva durante la atención integral de la salud materna y perinatal. Lineamiento técnico para la implementación operación de salas de labor-parto-recuperación en las redes de servicios*, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2022. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO\\_SALA\\_LPR\\_7-9-2022.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/757963/LINEAMIENTO_SALA_LPR_7-9-2022.pdf)
- (18) Secretaría de Salud, *Comisión Interinstitucional de Enfermería de la Secretaría de Salud. Modelo de atención de enfermería obstétrica*, México, Secretaría de Salud, 2005. Disponible en: [http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi\\_D263.pdf](http://saludecuador.org/maternoinfantil/archivos/smi_D263.pdf)
- (19) UNFPA, *Estrategia Mundial de Partería 2018-2030. Fondo de Población de las Naciones Unidas*, 2018. Disponible en: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia\\_mundial\\_de\\_pateria\\_unfpa\\_2018-2030\\_0.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/estrategia_mundial_de_pateria_unfpa_2018-2030_0.pdf)
- (20) Montañó, M., Macías, V., Molina, R. L., Aristizabal, P y Nigenda, G., *The experience of obstetric nursing students in an innovative maternal care programme in Chiapas, Mexico: a qualitative study*. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 2022, 30(1), 2095708. Disponible en: DOI: 10.1080/26410397.2022.2095708
- (21) Faget, M. y Capasso, A., *Summary. Midwifery in Mexico. Management Sciences for Health*, 2017. Disponible en: [https://msh.org/wpcontent/uploads/2017/06/midwifery\\_in\\_mexico\\_english.pdf](https://msh.org/wpcontent/uploads/2017/06/midwifery_in_mexico_english.pdf)
- (22) Zárate, R., *Situación de la investigación en enfermería en México. Cultura de los Cuidados*, 2011, XV(31), pp. 9-15 Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20564/1/CC\\_31\\_01.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20564/1/CC_31_01.pdf)
- (23) Cepal N. U., *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*, 2018. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/40155.4>

# SEMBLANZAS

**Bianca Fernanda Vargas Escamilla** es doctora en Ciencias Sociomédicas con Especialidad en Antropología en Salud y consultora independiente.

**Elizabeth Ramos Silva** es licenciada en Enfermería y Obstetricia y especialista perinatal por la FENO de la UNAM. Es coordinadora del Modelo Integral de Autocuidado Perinatal en Enfermería.

**Elsa Santos Pruneda** es coordinadora de Programas de Partería en el Fondo de Población de las Naciones Unidas, México. Con experiencia en el campo de la salud materna y los derechos sexuales y reproductivos.

**Estefanía Monterrosas Jiménez** es licenciada en Enfermería y Obstetricia y enfermera especialista perinatal. Es supervisora clínica de Casa Materna/Hospital Básico Comunitario “Ángel Albino Corzo” en Chiapas.

**Gustavo Nigenda** es doctor en Política Social por la Escuela de Economía y Ciencia Política de Londres y maestro en Antropología Social y en Ciencias en Planificación y Financiamiento en Salud. Es investigador nacional nivel III y profesor asociado de tiempo completo en la FENO de la UNAM.

**Iñiga Pérez Cabrera** es doctorada en Filosofía Gestalt por la Universidad Gestalt de América; maestra de Tecnología Educativa por el ILCE-SEP-OEA y licenciada en Enfermería y Obstetricia por la UNAM. Estudió la Licenciatura en Filosofía y una especialidad en Enfermería quirúrgica en el Hospital General de México. Fue profesora de carrera asociada “C”.

**Jorge Luis Merlo Solorio** es doctor en Historia y profesor de carrera asociado “C” en la FENO de la UNAM. ES miembro del Sistema Nacional de investigadores, nivel I (Conahcyt).

**Juan Ismael Castañeda** es maestro en Administración de Sistemas de Salud, médico cirujano por la UNAM y especialista en Ginecología y Obstetricia por el Hospital Juárez. Hoy en día es subdirector de Atención Materna del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

**Justina Sánchez de la Rosa** es maestra en Administración de Instituciones de Salud y coordinadora estatal de Enfermería Perinatal en Tlaxcala.

**Lidia Cadena Tenocelotl** es maestra en Administración de los Servicios de Enfermería y jefa estatal del Departamento de Enfermería del organismo público descentralizado de salud de Tlaxcala.

**Lisethe Jiménez Santiago** es maestra en Enfermería (Educación en Enfermería) y licenciada en Enfermería y Obstetricia por la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la UNAM. Es profesora asociada “C” de tiempo completo en la misma institución.

**Lucía Marcela Illescas Correa** es especialista en Enfermería Perinatal, profesora de asignatura A y coordinadora de enlace del Posgrado de Enfermería Perinatal.

**María Elvia Villagordoa Ramírez** es maestra en Educación por Competencias de la Universidad del Valle de México. Cuenta con licenciaturas en Enfermería y Obstetricia por la ESEyO y en Psicología por la UVM. Es coordinadora de Investigación en Enfermería del INPer y profesora de asignatura en la FENO-UNAM.

**Mayra Gabriela Adame Salazar** es maestra en Gestión Directiva de Instituciones de Salud y médica cirujana y partera. Es profesora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y de la Universidad Tecnológica de Tulancingo, donde coordina el Programa Educativo de la Licenciatura en Salud Reproductiva y Partería.

**Mercedes González López** es licenciada en Enfermería y Obstetricia por la UNAM, especialista en Enfermería Perinatal por la misma institución y maestrante en Dirección de Proyectos de Innovación por la Universidad Intercontinental. Es también partera profesional, educadora perinatal, asesora en lactancia materna y supervisora en salud materna.

**Mitzi Carolina Reyes Martínez** es licenciada en Enfermería y Obstetricia y especialista Perinatal. Es partera profesional independiente.

**Patricia Aristizábal Hoyos** es doctora en Ciencias en Sistemas de Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), maestra en Enfermería (Educación en Enfermería) por la UNAM y licenciada en Enfermería por la Universidad de Antioquia. Es Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores y profesora asociada “C” de tiempo completo en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala de la UNAM.

**Roberto Matus Cruz** es pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia y realiza su servicio social en Compañeros en Salud.

**Rosa A. Zárate Grajales** es candidata a doctora en Administración Pública por el Instituto de Estudios Superiores en Administración Pública y cuenta con una maestría en la misma rama; además, tiene estudios de maestría en Investigación y Desarrollo de la Educación por la Universidad Iberoamericana. Es licenciada en Enfermería y Obstetricia por la feno de la unam, especialista en Cuidados Intensivos y licenciada en Administración por la uam-Xochimilco. Fue directora de la ENEO durante el periodo 2019-2023 y actualmente es directora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la unam, para el periodo 2023-2027; es profesora de carrera de tiempo completo en la misma institución.

**Sergio Sesma Vázquez** es maestro en Economía de la Salud por el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Es jefe de jefe de la Unidad de Planeación y Evaluación de la FENO de la UNAM.

**Susana Bueno Lindo** es médica ginecobstetra, consultora nacional para la atención humanizada del parto en Colombia y docente universitaria en Educación Continua. Pertenece a la mesa de expertos en salud materna de la Secretaría de Salud de Bogotá y es profesional de apoyo para el parto intercultural en la Red de Parteras del Chocó y de la comunidad Nasa en el Cauca.

**Tsanda Violeta López Ortiz** es maestra en Desarrollo Infantil y Atención Temprana por la Universidad de Valencia, enfermera especialista perinatal y licenciada en Enfermería y Obstetricia, ambas por la FENO de la UNAM. Es enlace de Salud Materna y Perinatal en la Dirección de Atención a la Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

**Verónica Tapia Tomás** es licenciada en Enfermería y Obstetricia con diplomado en Especialidad en Enfermería Perinatal y profesional independiente.



Experiencias de parto humanizado en México.  
Trazando el futuro

Facultad de Enfermería y Obstetricia

Se terminó de editar en Agosto de 2024 en el Centro de Impresión  
y Digitalización de la Facultad de Enfermería y Obstetricia.  
Camino Viejo a Xochimilco y Viaducto Tlalpan s/n, Col. San Lorenzo Huipulco,  
Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, C. P. 14370.

Las fuentes utilizadas

son Bell MT de Richard Austin y Montserrat de Julieta Ulanovsky.

El diseño de portada fue realizado por Martín Valdez.

El diseño y la formación de interiores fueron hechos por Rosario Avilés.

La corrección estuvo a cargo de Diana Soto Mancera y Aura González Morgado.

El parto y su atención necesita ser promovido como un proceso fisiológico que plantea una experiencia única para quien lo vive, necesita centrar los procesos en las mujeres, sus hijas e hijos y en sus familias; esto implica ubicar al sistema de salud y sus componentes como facilitadores del proceso capaz de garantizar resultados satisfactorios traducidos en partos vaginales en su mayoría, en recién nacidos sanos, valorados adecuadamente, en familias satisfechas con la atención y confiadas con los servicios ofrecidos.

Las condiciones anteriores pueden parecer utópicas, sin embargo, no sería posible pensar en estas opciones si no existieran ya, modelos operados bajo lógicas similares a las descritas y con resultados satisfactorios visibles. Dichos modelos son presentados en este libro y su recopilación podrá representar un hito en la atención materna en México al igual que el inicio de un esfuerzo conjunto para buscar su replicación en el país. Sirva este esfuerzo para ofrecer una voz de apoyo a las mujeres que desean tener un parto respetado bajo una experiencia de satisfacción única, que sea grata de recordar.

