



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias
Médicas, Odontológicas y de la Salud

Maestría en Ciencia Sociomédicas con orientación en:
Gestión y Políticas de Salud

**EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN
ALTERNATIVO COMO ESTRATEGIA VIABLE PARA
LA ATENCIÓN PERINATAL INTEGRAL EN EL
SISTEMA DE SALUD MEXICANO**

TESIS

que para optar por el grado de:
MAESTRO EN CIENCIAS

Presenta:

Andrés Castañeda Prado

Tutor:

Dra. Hortensia Reyes Morales
Hospital Infantil de Mexica Federico Gómez

Ciudad Universitaria, CDMX, Enero 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS:

A Elizabeth Páez por su apoyo técnico y profesionalismo.

A mis padres por su apoyo incondicional.

A mis maestros por su paciencia y entrega.

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 4 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| PREGUNTA DE INVESTIGACION | 6 |
| HIPOTESIS | 7 |
| OBJETIVO | 7 |
| PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO | 8 |
| CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD | 9 |
| FUNDAMENTO CONCEPTUAL | 12 |
| CALIDAD DE LA ATENCIÓN | 12 |
| CALIDAD TÉCNICA DE LA ATENCIÓN PERINATAL | 13 |
| CALIDAD INTERPERSONAL DE LA ATENCIÓN PERINATAL | 13 |
| EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA | 15 |
| LA EVIDENCIA EN LA ATENCIÓN PERINATAL | 17 |
| MODELOS DE ATENCIÓN PERINATAL BASADOS EN LOS PRINCIPIOS DE LA PARTERÍA EN MÉXICO Y EN EL EXTRANJERO | 19 |
| LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS Y SU MODELO DE ATENCIÓN DE LA PARTERÍA | 21 |
| CLÍNICA SANTA CATARINA Y SU MODELO DE ATENCIÓN PERINATAL SANTA CATARINA | 23 |
| JUSTIFICACIÓN | 25 |
| METODOLOGÍA | 26 |
| MUESTREO | 27 |
| CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA | 27 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 28 |
| CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 29 |
| INSTRUMENTOS Y ESTRATEGIA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN | 30 |
| CAPACITACIÓN DE RECOLECTORES DE LA INFORMACIÓN | 32 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS | 33 |
| ANÁLISIS DE LOS DATOS | 34 |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES | 40 |
| ANEXO 1 LISTA DE COTEJO | 43 |
| ANEXO 2 IPC-29 | 44 |
| ANEXO 3 AUTORIZACIÓN | 47 |
| ANEXO 4 GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS | 48 |
| ANEXO 5 TESTIMONIOS | 50 |
| BIBLIOGRAFÍA | 53 |

INTRODUCCIÓN

La salud de la mujer, y concretamente la salud materno-infantil, es reconocida como uno de los principales ejes de la salud pública internacional. En México esta no es la excepción. En el año 2000 se establecieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015, a los que se comprometieron México y otros 188 países. Entre los objetivos se propuso reducir la mortalidad materna en un 75% respecto a la de 1990(1). Si bien, ha disminuido la mortalidad materna en nuestro país desde entonces, no ha sido tan rápido como se esperaba y aún estamos lejos de alcanzar la meta propuesta.

Por mucho tiempo e inclusive en la actualidad, una de las principales preocupaciones de los programas Materno Infantiles en México, es la cobertura de la atención del parto institucional, para así disminuir la mortalidad materna y neonatal. Sin embargo, el proceso del parto se ha asimilado como un acto quirúrgico llevándolo a la medicalización, a través de la adopción de prácticas muchas veces perjudiciales e ineficaces y muchas veces ignorando la opinión de la mujer y su familia. Las pruebas objetivas de ámbitos que prestaron servicios de partos atendidos en un 100% en establecimientos de salud demuestran que las tasas de mortalidad materna pueden seguir siendo altas a menos que se aborde el problema de la calidad. La calidad de la atención, en sus dimensiones técnica e interpersonal, es influida por muchos factores entre ellos la formación del profesional de salud, el modelo de atención, la infraestructura, los recursos, el entorno laboral entre otras. “A pesar del aumento de la cobertura de atención por personal médico y de que gran parte de los partos ocurren en el ámbito hospitalario, es justo ahí en donde se ha encontrado el mayor número de muertes maternas, sobre todo en hospitales públicos.” (2).

Desde 1985 la Organización Mundial de la Salud instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y el nacimiento, caracterizado por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología (3). Presentó recomendaciones en las que se resaltó la importancia de respetar el curso normal de dichos procesos, limitando

las intervenciones a casos respaldados por la evidencia científica, y respetando el derecho de las mujeres a recibir una atención de calidad, sensible a sus necesidades y expectativas, lo que podría definirse como una atención humanizada. En México sin embargo, estos cambios han sido lentos y difíciles de implementar convirtiendo a la humanización de la obstetricia en un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad en general.

De manera creciente en el mundo y en México se genera evidencia que deja ver el trato irrespetuoso y ofensivo que reciben muchas mujeres durante el parto. Un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, plantean un panorama alarmante (4, 5).

A pesar de que tanto las mejores prácticas clínicas en obstetricia y su evidencia científica están bien documentadas y descritas, se siguen llevando a cabo prácticas de efectividad desconocida o incluso algunas que son potencialmente dañinas para la madre y su bebé. Lo anterior hace indispensable que se incorporen a los servicios de salud cambios dirigidos a una atención más integradora, apegada a la evidencia y adecuada a una práctica humanizada que permita una respuesta a las expectativas de los usuarios; estos cambios podrían mejorar la calidad del servicio, los resultados obstétricos y la experiencia del parto en las mujeres.

Todos estos problemas en torno a la atención perinatal plantean la necesidad de implementar nuevos modelos de atención. Es por eso que en el mundo, y desde hace un par de décadas en México, se han estado impulsando nuevos modelos de atención y la formación de profesionales alternativos para la atención del parto como lo son las Profesionales y las Licenciadas en Enfermería y Obstetricia (LEO's)(2, 6, 7). Así se han implementado diferentes propuestas alternas al modelo tradicional en estados como Oaxaca, San Luis Potosí o el Estado de México(2, 7). Sin embargo, existe poca evidencia de que estos modelos sean distintos al modelo tradicional medicalizado y se desconoce si cumplen realmente con los criterios de calidad técnica e interpersonal óptimos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Ante la creciente medicalización de la atención perinatal y la incapacidad de prestar una atención de calidad por parte de los modelos actuales (2, 8), una opción ha sido la incorporación de modelos de atención alternativos utilizando recursos humanos oficialmente reconocidos como lo son: las parteras profesionales técnicas y las y los enfermeras obstetras y perinatales, los cuales tienen una formación profesional y están capacitadas para la atención obstétrica sin complicaciones.

Se ha dado particular impulso en el mundo a los modelos de atención basados en el modelo de partería. Como es el caso de la Confederación Internacional de Matronas (ICM por sus siglas en inglés) asociación asentada en 108 países y que ha impulsado su modelo de atención de la partería? centrado en el respeto al parto fisiológico y centrado en la mujer (9). En México se han realizado distintos intentos de implementar este tipo de modelo en diversas entidades del país sin que exista evidencia clara de que estos modelos estén cumpliendo los criterios de calidad técnica e interpersonal óptima.

Por lo tanto, a pesar de que tenemos evidencia de que el modelo medicalizado tradicional muchas veces no cumple con los criterios de calidad técnica e interpersonal, tampoco existe evidencia clara de que los modelos alternativos lo hagan. Lo cual dificulta el impulso, la implementación y el desarrollo de estos modelos alternativos en los centros de atención de nuestro país.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la calidad técnica e interpersonal de un modelo de atención perinatal basado en los principios del “Modelo de la ICM de atención de la partería” en la atención perinatal a embarazos de bajo riesgo?

HIPÓTESIS

Un modelo de atención perinatal basado en los principios del “Modelo de la ICM de atención de la partería” permite una atención con calidad técnica e interpersonal óptima en al menos el 85% de los embarazos de bajo riesgo.

SUSTENTO:

Tomando en cuenta que la Organización Mundial de la salud aclara que solo el 15% de los embarazos llegan a necesitar algún tipo de intervención avanzada como la cesárea y que no está justificado el procedimiento de la episiotomía en más del 15% de los casos(10). Por este motivo, aunque la atención de calidad se debería de dar al 100% de las mujeres atendidas, por tener un 15% de posible justificación para realizar una episiotomía, se considera en la hipótesis un 85% de pacientes atendidos con los criterios de calidad utilizados en este estudio.

OBJETIVO

Evaluar la calidad técnica e interpersonal de la atención perinatal hospitalaria a embarazos de bajo riesgo otorgada bajo un modelo de atención perinatal basada en los principios del “Modelo de la ICM de atención de la partería”.

PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO

En México cada año hay alrededor de dos millones de nacimientos, de los cuales, según los datos del banco mundial para el 2012, 98% fueron asistidos por personal de salud capacitado (11). Sin embargo, esto no ha sido sinónimo de una reducción en la mortalidad materna como se esperaba.

Podemos definir a la mortalidad materna como la muerte de la mujer durante el embarazo, el parto o los 42 días posteriores al parto, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo (12). Utilizamos la Razón de Mortalidad Materna (RMM), que expresa el número de mujeres que mueren durante el embarazo, parto o puerperio por cada 100,000 nacidos vivos para identificar y evaluar las barreras para el acceso a los servicios de salud materna.

En México, la RMM ha pasado de 56.1 muertes por 100,000 en 2002 a 38.2 por cada 100,000 nacidos vivos en el 2015. Sin embargo, para alcanzar el Objetivo 5 de los Objetivos del Milenio planteados para el 2015, significa que en México, tendría que obtener una reducción de la mortalidad materna que se tradujera en una RMM de 22 muertes por 100,000 nacidos vivos para final del año pasado, meta que no se cumplió(13).

La muerte materna en México se presenta en las zonas metropolitanas o ciudades medias, el 60% de estas muertes ocurre en mujeres de 20 a 34 años, más del 90% tuvieron atención prenatal, en hospitales públicos y por causas prevenibles, asociadas con la mala calidad de la atención (14).

CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

En todo el mundo, desde el siglo XX, la atención perinatal comienza un proceso de “medicalización”, caracterizado por la sustitución de la partera por el médico y de la atención en casa por la hospitalaria, esto acompañado comúnmente por prácticas que en muchas ocasiones no han demostrado su beneficio para la madre y su bebé y en otros casos, inclusive, se han demostrado ser dañinas (15).

México no es la excepción, durante las últimas décadas la atención perinatal se ha institucionalizado y medicalizado. Y aunque esto ha contribuido a disminuir algunas causas de morbi-mortalidad materna y perinatal, también a tenido consecuencias negativas como es el incremento en las tasas de cesáreas y la violencia obstétrica.

Por ejemplo, según la ENSANUT 2012, de 2000 a 2012 existe un aumento en el número de cesáreas en todas las instituciones de salud, pero esto es más evidente en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE Federal y en los ISSSTE Estatales. (43 y 68%, respectivamente) y en el sector privado (llegando a veces hasta 70%) (16). México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial (después de China, Brasil y Estados Unidos) en el uso de la práctica de cesáreas sin indicación médica lo que se relaciona con un mayor riesgo de morbi-mortalidad materna y neonatal, mayor número de partos pre término y de acretismo placentario en el siguiente embarazo(17).

El modelo de atención obstétrica Mexicano se sustenta principalmente en la NOM-007-SSA3-2011 y guías clínicas nacionales e internacionales para la atención obstétrica, todo siempre con base en evidencia científica (18, 19).

De la atención están a cargo médicos generales y especialistas representando el modelo médico hegemónico así como dos modelos de profesionales no-médicos con educación formal en obstetricia para ofrecer atención del embarazo y el parto en el primer y segundo nivel de atención que son la Partera Profesional y los Licenciados en

Enfermería y Obstetricia (LEO's). También existe otro modelo de predominio zonas rurales, las parteras tradicionales.

Ante la pobre disminución en la RMM, la Estrategia Integral para acelerar la disminución de la mortalidad materna en México publicada en 2009, subraya la necesidad de impulsar la inclusión de parteras profesionales, y LEO's para impulsar un servicio profesionalizado del parto de Calidad(20), y del mismo modo, en el Programa de Acción Específica Salud Materno y Perinatal 2013-2018 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGYSR) de la Secretaría de Salud plantea explícitamente como retos el control perinatal integral y el promover la atención obstétrica de bajo riesgo en el primer nivel de atención(14).

Sin embargo, a pesar de que han surgido nuevos recursos humanos capacitados, la atención perinatal se continúa centrando en los centros de segundo y tercer nivel. La Partería Profesional es una profesión muy joven aún y los LEO's se encuentran en su mayoría ejerciendo labores de enfermería general, de docencia o administrativas (2, 20).

Una creciente problemática que refleja los grandes retos en la calidad de la atención es la violencia obstétrica que podemos definir como el maltrato que sufre la mujer embarazada al ser juzgada, atemorizada, descuidada, lastimada física y emocionalmente y también se incluye el no ser respetada en sus decisiones (21).

La violencia obstetricia es en México y en el mundo un problema de Salud Pública y se reportan casos cada vez más frecuentes como lo señalan en la Declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2014 o en la investigación elaborada por la Dra. Valdez del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) publicada en 2013 (22, 23).

Otros datos que ejemplifican esta problemática en la atención perinatal de nuestro país son los que dejan ver que la Ginecología y Obstetricia es la especialidad con mayor número de quejas en la estadística de Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y de algunas Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Durante el periodo

estudiado de 2003-2007 fue la que más quejas recibió además de ser la más relacionada a daño permanente o muerte, asociado con mala práctica (15).

Como es posible apreciar, el modelo medicalizado tradicional de atención perinatal que se establece en un segundo nivel de atención y está centrado en el médico como actor principal en un segundo nivel de atención tiende a estar lejos de los estándares óptimos de calidad tanto técnica como interpersonal.

FUNDAMENTO CONCEPTUAL

Calidad de la atención

El Doctor Avedis Donabedian fue una de las primeras personas quien operacionalizó y trabajó con el término de calidad en la atención. En 1980 propuso una definición de calidad asistencial que al día de hoy se considera como clásica dice: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes" (24).

El instituto de Medicina de los Estados Unidos definió en 1990 calidad de la atención como el grado en que los sistemas de salud aumentan la posibilidad de obtener los mejores resultados en salud y el grado en que estos se apegan al conocimiento profesional existente (25, 26).

La Organización Mundial de la Salud en 2006 define 6 dimensiones de calidad en la atención: efectividad, eficiencia, accesibilidad, aceptabilidad (centrado en el paciente), seguridad y grado de equidad (27). Sin embargo, en este estudio, al centrarnos en un modelo de atención específico de servicios dentro de un sistema de salud y establecido, este marco sistémico no es aplicable. Es por eso que utilizaremos la sugerida por Donabedian quien divide en tres los componentes de la calidad asistencial. *El técnico*, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos, es decir las mejores prácticas basadas en la evidencia. Por otra parte, *el interpersonal*, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual. Y por último, el tercer componente lo constituyen los *aspectos de confort*, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable. (24, 28)

Calidad técnica de la atención perinatal

La medicina basada en la evidencia ha demostrado a través de múltiples estudios y meta-análisis que el parto fisiológico es la forma de nacimiento con mayores ventajas y beneficios tanto para la madre como el bebé, sin contraindicación del mismo. El uso apropiado y juicioso de las intervenciones, asegurando que sus beneficios siempre sean mayores que sus riesgos sostienen el aval y base desde la Organización Mundial de la Salud, las Universidades de investigación en ciencias y salud así como Colegios de Ginecología y Obstetricia, la Norma Oficial Mexicana y las Guías de Práctica Clínica terapéuticas que se implementaron desde el 2010 (18, 19, 29).

Calidad interpersonal de la atención perinatal

Cleary y McNeil en 1988 señalan que los aspectos interpersonales de la salud son tanto los sociales como los psicológicos derivados de la interacción “prestador de servicios-paciente” tales como la comunicación, la amabilidad, las explicaciones, el interés y la sensibilidad hacia las necesidades del paciente(30).

Stewart y sus colaboradores de la Universidad de California en un artículo publicado en 1999 definen la calidad interpersonal de la atención como un proceso multidimensional y la enmarcan en tres grandes dimensiones: la comunicación, la toma de decisiones y el trato. A su vez estas dimensiones cuentan con varios componentes: La comunicación abarca claridad, respuesta a la problemática y expectativas del paciente, explicaciones de la evolución, la condición, y el pronóstico y finalmente el empoderamiento. En cuanto a la toma de decisiones se hace referencia al respeto a las decisiones del paciente y la consideración de sus implicaciones. Finalmente la dimensión del trato abarca la amabilidad, la cortesía, el respeto, la no-discriminación, la sensibilidad cultural, el apoyo emocional y la empatía(31, 32).

El equipo de la Universidad de California, con base en este marco, ha desarrollado un instrumento para medir la calidad interpersonal de la atención de 29 reactivos el cual ha sido ya validado al español (33). Se denomina IPC-29 por sus siglas en inglés

Intepersonal Processes of Care Survey y está disponible para su uso en la página de internet de la universidad.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

La OMS desde 1996 considera al personal profesional de enfermería como un elemento estratégico en la atención perinatal por lo que a impulsado el fortalecimiento y desarrollo de las profesiones de enfermería y partería para la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo (6).

La Enfermera Obstétrica nace en México a partir de la creación de la figura de la enfermera-partera y se establece desde 1987 la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), afiliada a la UNAM, quien desde entonces forma licenciados en Enfermería y Obstetricia (LEO) incorporando conocimientos científicos, técnicos y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería. Otras instituciones que forman LEO's en México son la Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional, el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Universidad Autónoma de Sinaloa en Mazatlán y la Secretaria de la Defensa Nacional quien forma Técnicos Especialistas en Enfermería Gineco-Obstétrica(6).

Las y los LEO's cuentan con conocimientos y aptitudes para atender y cuidar el bienestar físico, emocional y social de la mujer embarazada, detectar oportunamente cualquier alteración en el estado fisiológico del embarazo y ofrecer las mejores prácticas desde el punto de vista técnico, de relación interpersonal y de respeto a la interculturalidad de tal forma que se asegure el nacimiento del nuevo integrante de la familia en las mejores condiciones posibles(2).

Los LEO's están capacitados para proporcionar atención prenatal, del parto y del postparto. Además están capacitados para otorgar servicios de planificación familiar y atención al recién nacido. Todo esto a través de una formación general por tres años, con uno más de especialización en Enfermería Obstétrica(2).

En el 2005, la Secretaria de Salud a través de la comisión Interinstitucional de Enfermería diseño el modelo de atención de enfermería obstétrica que tiene como

propósito aprovechar el potencial de los LEO's y de especialistas en Enfermería Perinatal(6).

Los LEO's tienen el código de contratación M02030 y se les asignan las siguientes responsabilidades según el catálogo sectorial de puestos:

- Brindar atención prenatal con calidad a toda mujer embarazada.
- Tomar, interpretar y valorar la talla, peso, presión arterial, crecimiento uterino, frecuencia cardiaca, presentación, posición y situación fetal.
- Investigar síntomas y signos de alarma durante el embarazo, parto y puerperio.
*Identificar factores de riesgo.
- Aplicar vacunas según la norma.
- Brindar orientación/ consejería y atención para el autocuidado de la salud materna, signos y síntomas de embarazo, atención del parto y recién nacido, prevención de infecciones de transmisión sexual, inmunizaciones, métodos modernos de planificación familiar, lactancia materna, detección oportuno de cáncer cérvico-uterino y de mama, estimulación temprana, signos y síntomas de alarma para problemas de nutrición, enfermedades diarreicas y respiratorias.
- Proporcionar atención obstétrica básica.
- Monitorear del trabajo de parto.
- Manejar tercer periodo de trabajo de parto.
- Identificar y realizar manejo primario de complicaciones en el parto y el recién nacido.
- Identificar los signos y síntomas de las principales causas de morbilidad materna.
*Realizar examen general y abdominal en la mujer durante el parto.
- Identificar signos y síntomas de alarma en el parto.
- Proporcionar atención a la paciente de bajo riesgo perinatal.
- En todo recién nacido realizar reanimación neonatal, valoración de Apgar y Silverman Anderson, profilaxis de hemorragia y oftalmia purulenta, detección de defectos del nacimiento.
- Referir a la paciente de alto riesgo o complicada.

- Referir a todo recién nacido complicado.
- Realizar seguimiento de pacientes que lo requieran.
- Fomentar la participación comunitaria y realizar labores de promoción de salud.
- Realizar diagnóstico de salud de las comunidades para proporcionar la participación comunitaria.
- Impartir enseñanza a personal de salud en formación. Registrar toda actividad que efectuó en los formatos específicos.

En una serie de artículos realizados por Walker y colaboradores durante el último lustro, se puede comprobar como la Enfermera Obstétrica se apega a las prácticas recomendadas por la OMS y a la Norma oficial Mexicana, incluso salen notablemente mejor calificados que los Médicos Generales en la atención del parto(2).

Para 2014 según el Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería de la Secretaría de Salud (SS) se tenían a 17832 LEO's contratados en el país, sobre todo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y en la SS. Sin embargo, suelen trabajar dentro de un modelo en donde no se les da la autonomía necesaria para poder ejercer su profesión plenamente y suelen trabajar subordinadas a un médico en el contexto de modelo actual implementado en la mayoría de las instituciones del sistema de salud mexicano(34).

La evidencia demuestra que las enfermeras obstetras son recursos profesionales valiosos y subutilizados que deberían ser mejor aprovechados para mejorar la atención durante el embarazo, parto, y posparto de las mujeres en México.

LA EVIDENCIA EN LA ATENCIÓN PERINATAL

Durante décadas ha existido una gran brecha entre la investigación científica y la práctica clínica, como consecuencia se pueden tomar decisiones terapéuticas poco eficientes que inclusive pueden ser perjudiciales para los pacientes o, en el mejor de los casos, incrementar el costo de los tratamientos de manera innecesaria.

La rama de la obstetricia no ha estado ajena a estos avances en la búsqueda de la evidencia y es por eso que ante el uso constante de prácticas perjudiciales en la atención perinatal surgen recomendaciones por parte de la OMS y Normas y Guías de Práctica Clínica como las que tiene nuestro país en donde se intenta orientar la práctica hacia lo mejor determinado por la evidencia buscando tener una importante calidad técnica.

En 1985 la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto(3). Aquí se promulgó una serie de recomendaciones para evitar ciertas prácticas, no justificadas, que estaban llevándose a cabo de manera sistemática. Además, este organismo especificó que la mujer, como persona, tiene derecho a una adecuada atención en el parto, una atención centrada en ella, que incluya su participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados, dándole una atención integral y holística.

MODELOS DE ATENCIÓN PERINATAL BASADOS EN LOS PRINCIPIOS DE LA PARTERÍA EN MÉXICO Y EN EL EXTRANJERO

Alrededor del mundo las parteras o comadronas son proveedores primarios de atención perinatal. Su filosofía se centra en favorecer la normalidad, minimizar intervenciones y la atención continua. Existen distintos tipos de modelos de atención de partería, los hay individuales; es decir, una sola partera por paciente, o en equipos de parteras atienden a un grupo de mujeres. (35)

En el 2008 la Colaboración Cochrane realizó una revisión de 11 estudios involucrando 12276 mujeres con embarazos de bajo riesgo que se llevó a cabo principalmente en Australia, Nueva Zelanda, Canadá, Noruega, Reino Unido e Irlanda. En este estudio se concluye que las mujeres atendidas bajo el modelo de partería en lugar del modelo medicalizado presentaban una reducción del riesgo de intervenciones innecesarias (episiotomía, parto instrumentado, etc.), reducían el tiempo de estancia hospitalaria de la madre y del bebé, iniciaban más rápido la lactancia y presentaban una mayor satisfacción de la atención.(35)

En América Latina países como Brasil y Chile han involucrado cada vez más a las enfermeras y parteras o comadronas en la atención del parto de bajo riesgo lo que se ha considerado una estrategia exitosa para la disminución de la mortalidad materna y perinatal (Barrios et al 2007).

En México el número de modelos de atención perinatal está en aumento y aunque es poca la información existente se tienen estudios como el realizado por Ramírez-Hernández en 2012 en el Hospital General de Cuautitlán en el Estado de México en donde se documentó el trabajo de LEO's calificándolo de "exitoso".

En nuestro país existen otros modelos de atención perinatal en donde las LEO's juegan un papel central como el del Centro de Investigación Materno Infantil GEN (CIMIGEN), institución de asistencia privada sin fines de lucro, ubicada en la delegación Iztapalapa de

la Ciudad de México, o la Maternidad de Atlacomulco en el Estado de México. Sin embargo, no existen investigaciones respecto a su desempeño.

LA CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE MATRONAS Y SU MODELO DE ATENCIÓN DE LA PARTERÍA

La Confederación Internacional de Matronas o ICM por sus siglas en inglés (*International Confederation of Midwives*) fue creada en 1919 tras la segunda guerra mundial y a la fecha tiene presencia en más de 108 países. Esta organización internacional define matrona a “Una persona que ha terminado satisfactoriamente un programa de formación en el ejercicio de la partería reconocido en el país correspondiente y que está basado en las Competencias esenciales para la práctica básica de la partería de la ICM y en el marco de las Normas globales de la formación de la partería de la ICM; que ha obtenido las calificaciones requeridas para registrarse y/o licenciarse legalmente para ejercer la profesión de matrona y utilizar el título de «matrona»; y que demuestra competencia en el ejercicio de la partería.” (36).

El modelo de atención que promueve denominado “Modelo de la ICM de atención de la partería” tiene los siguientes principios generales(9):

- Las matronas promueven y protegen la salud y los derechos de las mujeres y los recién nacidos.
- Las matronas respetan y tienen confianza en la mujer y en su capacidad para dar a luz.
- Las matronas promueven y defienden la no intervención en el parto normal.
- Las matronas proporcionan a la mujer información y consejos adecuados para promover su participación y facilitar las decisiones sobre su propio cuidado.
- Las matronas ofrecen una atención respetuosa, anticipadora y flexible que abarca las necesidades de la mujer, el recién nacido, su familia y la comunidad; comienza atendiendo principalmente a la naturaleza de la relación entre la mujer que busca la atención de partería y la matrona.
- La partería le da poder a la mujer para asumir la responsabilidad de su propia salud.

- Las matronas ejercen colaborando y consultando con otros profesionales sanitarios para satisfacer las necesidades de las mujeres, los recién nacidos, su familia y la comunidad.
- Las matronas mantienen su competencia y garantizan que el ejercicio de la partería se basa en la evidencia.
- Las matronas utilizan la tecnología de manera apropiada y derivan oportunamente a la atención médica cuando se presentan complicaciones.
- Las matronas son responsables de forma individual y colectiva, por el desarrollo de la atención de partería mediante la formación de la nueva generación de matronas y colegas, acerca del concepto del aprendizaje a lo largo de la vida.

CLÍNICA SANTA CATARINA Y SU MODELO DE ATENCIÓN PERINATAL SANTA CATARINA

La clínica Santa Catarina, ubicada en la Ciudad de México, es operada por la Secretaría de Salud capitalina. Se encuentra en la dirección: Calle Nuevo León Mz. 38 Lt. 9, Colonia Miguel de la Madrid, Delegación Iztapalapa, Código Postal 09698, Ciudad de México, D.F.

La delegación Iztapalapa tiene una población es de 18,115,786 (INEGI 2010) y ahí atiende 7 colonias en una extensión territorial de 21 kilómetros en donde habitan un estimado de 70,444 habitantes. De estos alrededor de 20 mil son mujeres en edad fértil(37).

En la Clínica Santa Catarina se atendieron durante 2015 se atendieron 224 partos bajo su particular modelo de atención que desde el 2013 opera a cargo de Licenciados en enfermería y obstetricia o Enfermeros Especialistas Perinatales. Esta atención es apegada a la mejor evidencia clínica disponible y siempre respetando la voluntad de la mujer.

Cómo clínica de primer nivel de atención la Clínica Santa Catarina atiende únicamente a usuarias que habitan en la cercanía de la misma. Las mujeres son atendidas desde el comienzo de su embarazo por el grupo de enfermeros y enfermeras obstétricas quienes son los mismos que atienden el parto y las consultas post parto.

Durante la atención del parto las mujeres acuden a la misma clínica en donde solo existe una sala de expulsión y no un quirófano. Aquí también se le permite el acceso a la pareja y a los familiares que la mujer solicite. Durante todo el proceso se le permite a la mujer en trabajo de parto beber, consumir alimentos, caminar y cambiar de posición.

Una vez terminado el parto, la mujer permanece todo el tiempo con su recién nacido quien es revisado por e mismo equipo de enfermeros y enfermeras obstétricas. Se

mantiene en observación unas pocas horas y se egresa a casa. 24 horas después, regresarán la mujer y el recién nacido a la clínica para su seguimiento.

JUSTIFICACIÓN

Lo alejado que México se encuentra de las metas en cuanto a reducción de la mortalidad materna, así como la saturación de los servicios, las crecientes denuncias de violencia obstétrica y las altísimas tasas de cesárea han impulsado la creación de nuevos modelos de atención perinatal a cargo de personal no médico. Sin embargo existe poca evidencia de que estos modelos como los que se incluyen, parteras profesionales o enfermeras obstétricas estén cumpliendo con los estándares de calidad deseados.

Una evaluación de alguno de estos modelos que permite confirmar que realmente se cuenta con un modelo de alta calidad técnica e interpersonal permitiría impulsar a dicho modelo en el resto del país así como abrir nuevas líneas de investigación.

Si bien esta evaluación será solo de un servicio de atención pequeño, este modelo ha probado ya ser funcional y duradero en dicho servicio, que corresponde a una clínica de primer nivel de la ciudad más grande del país. Es un modelo el cual utiliza como eje al enfermero obstétrico mismos recursos humanos con los que se cuenta ya en gran parte del país y podría replicarse con facilidad.

METODOLOGÍA

Diseño. Se llevó a cabo un estudio de caso para evaluar la calidad de la atención de un modelo de atención perinatal basado en los principios del “Modelo de la ICM de atención de la partería”.

Sede y Unidad de análisis: Clínica Comunitaria Santa Catarina.

Unidad de observación: Proceso de atención a mujeres que ingresan a la Clínica con trabajo de parto de bajo riesgo.

Descripción de la unidad de análisis:

La Clínica Comunitaria Santa Catarina es una clínica de primer nivel que pertenece a la secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se encuentra situada en la delegación Iztapalapa y atienden un promedio de 250 partos al año.

Descripción del MODELO DE ATENCIÓN SANTA CATARINA (MASC):

Es un modelo de atención centrado en la mujer. Es llevado a cabo por Enfermeros Obstétricos en donde se da una continuidad de atención desde la consulta prenatal y hasta las consultas posparto y se identifican factores de riesgo. Únicamente se da atención a partos de bajo riesgo, el resto es enviado a segundo nivel de atención.

Al ser un modelo de atención centrado en la mujer se le da control completo del proceso que permite libertad de movimiento y posición favoreciendo el parto vaginal, evitando procedimientos innecesarios, permitiendo la compañía de sus familiares y favoreciendo el apego inmediato y la lactancia temprana del recién nacido.

MUESTREO

Si bien la unidad de análisis es la Clínica Santa Catarina, por ser la unidad de observación las mujeres, se estimó un tamaño de muestra y se efectuó muestro para este fin.

Se realizó un muestreo no probabilístico por casos consecutivos.

CÁLCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA

Se utilizó la fórmula de tamaño de muestra para una proporción:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2(p)(q)}{\delta^2}$$

En donde:

N = Tamaño de muestra a obtener

p = Mujeres esperadas a quienes se les atendió con calidad técnica e interpersonal óptima = 85% = 0.85

$q = 1-p$ = Mujeres a quienes no se les atendió con calidad técnica e interpersonal óptima. = 15% = 0.15

δ = Precisión \pm 10% (es decir, el porcentaje de mujeres atendidas con calidad técnica e interpersonal estará entre 75% y 95%) = 0.10

Poder Z_{α} = Nivel de confianza de 95% = 1.96

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2(p)(q)}{\delta^2} = \frac{(1.64)^2(0.85)(0.15)}{0.10^2} = \frac{3.8416(0.1275)}{0.01} = \frac{0.489}{0.01} = 49$$

Se requirieron para este fin a **49** puérperas.

Criterios de inclusión:

- Mujeres quienes se atendió su parto en la Clínica Santa Catarina.
- Mínimo de 2 consultas de control prenatal en la misma clínica.
- Embarazo de bajo riesgo.

Criterios de eliminación:

- Negativa a participar en el estudio
- Expedientes o instrumentos de recolección de datos incompletos.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables se definieron desde el marco conceptual de la calidad de la atención en sus dimensiones técnica e interpersonal, ya que son las que mayor relación tienen con un modelo de atención y que son medibles de una manera más objetiva.

Calidad técnica de la atención perinatal

Para evaluar la calidad técnica se analizaron los tres rubros que recomienda la OMS mediante la evidencia científica: 1. Evitar procedimientos innecesarios 2. Procurar prácticas que favorecen el bienestar de la mujer y el bebé y 3. Realizar procedimientos de intervención solo cuando está indicado. De estos rubros se utilizaron las acciones más representativas y con las que se cuenta clara evidencia para sustentar su recomendación. Se enumeran en el cuadro de operacionalización de las variables más adelante.

Se considerara que se cumplen cuando se siguen todas las recomendaciones que la medicina basada en evidencia ofrece y cuyas referencias pueden consultarse en el cuadro de operacionalización más adelante en este texto.

Calidad interpersonal de la atención perinatal

Para medir este rubro de la calidad se utilizara el instrumento IPC-29 por sus siglas en inglés *Intepersonal Processes of Care Survey* que ha sido ya validado en español y se encuentra disponible (33).

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Constructo | Dimensión | Variable | Medición | Indicador | Fuentes Específicas |
|----------------------------------|---|--|---|--|---|
| Calidad en la atención perinatal | Técnica | Evita procedimientos innecesarios | Evitar el uso de kirsteller | % de partos donde se realice con kirsteller | (18, 19, 29, 38, 39) |
| | | | Evitar revisión manual de cavidad | % de mujeres a las que se les practica revisión manual de cavidad | (18, 19, 29, 39) |
| | | Procura prácticas que favorecen el bienestar de la mujer y el bebe | Favorecer la deambulaci3n | % de mujeres a las que se les permite deambular | (18, 19, 29, 39-41) |
| | | | Favorecer la libertad de posici3n | % de mujeres a las que se les permite la libertad de posici3n | (18, 19, 29, 39, 42, 43) |
| | | | Favorecer la ingesta de líquidos en el trabajo de parto | % de mujeres que ingieren líquidos | (18, 19, 29, 39, 44) |
| | | | Practicar el corte tardío de cord3n | % de nacimientos con corte tardío de cord3n | (18, 19, 29, 39, 45-47) |
| | | | Favorecer el contacto piel con piel | % de nacimientos con contacto piel con piel | (18, 48, 49) (19, 29, 39) |
| | | | Favorecer la lactancia en la primera hora | % de nacimientos donde se procur3 la lactancia en la primera hora | (18, 19, 29, 39, 50-52) |
| | | Realiza procedimientos de intervenci3n solo cu3ndo est3 indicado | Tasa de Episiotomías | % de episiotomías realizadas sin indicaci3n contundente | (18, 19, 29, 39, 53, 54) |
| | | Interpersonal | Comunicaci3n | IPC-29 Item's 1-12 | Promedio de ítems 1-5 igual o menores a 2 y de ítems del 6 al 12 igual o mayores a 4. |
| | Toma de Decisiones centradas en el paciente | | IPC-29 Item's 13-16 | Promedio de ítems del 13 al 16 igual o mayores a 4. | |
| | Trato interpersonal | | IPC-29 Item's 17-29 | Promedio de ítems del 17 al 21 igual o mayores a 4 y del 22 al 29 igual o menores a 2. | |

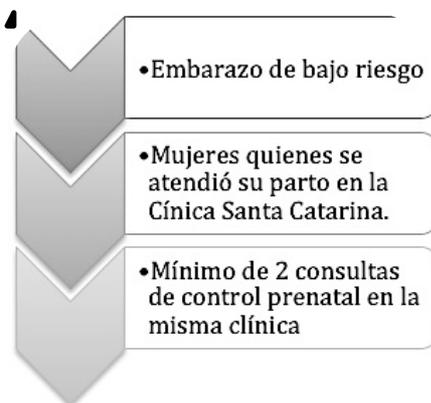
INSTRUMENTOS Y ESTRATEGIA PARA EL LEVANTAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para la evaluación de la calidad técnica se utilizó una lista de cotejo (ver Anexo 1) la cual fue respondida mediante una entrevista y con la ayuda de la revisión del expediente clínico.

Las variables evaluadas en la lista de cotejo fueron: 1) Si se evitaron procedimientos innecesario para lo que se mide el uso de la maniobra de Kirsteller y la revisión manual de cavidad. 2) Si se procuraron prácticas que favorecen el bienestar de la mujer y el bebé como el si se les permite deambular, la libertad de posición e ingerir líquidos, si se realizó el corte tardío de cordón, si posterior al nacimiento se permitió contacto piel con piel y si se procuró la lactancia en la primera hora. Y por último la variable 3) Si se realiza procedimientos de intervención solo cuándo está indicado para lo cual se midió si se evitó la episiotomía.

Para la evaluación de la calidad interpersonal se utilizó el cuestionario IPC-29 (ver Anexo 2) que se cuenta con autorización explícita para su uso por parte de los autores(32) disponible en: <http://dgim.ucsf.edu/cadc/mm/ipcare.html>.

La información fue recabada en el momento en que las pacientes acudían a su consulta de puerperio tras previa autorización por escrito. En ese momento se llenó la lista de cotejo y se realizó el cuestionario IPC-29.



Encuesta en el posparto :

- IPC-29

- Lista de Cotejo

Calidad
Técnica

Calidad
Interpersonal

Si

No

La aplicación de los instrumentos se realizó durante los meses de marzo a junio del año 2016. Se contó con la colaboración una enfermeras para la aplicación de los instrumentos, quien fue previamente capacitada y supervisada durante todo el proceso.

El supervisor (Dr. Andrés Castañeda Prado), se desempeñó como coordinador, capacitador y supervisor de la recolección de información.

El método de recolección de la información fue de forma individual y al término de la consulta de puerperio. El tiempo invertido en la aplicación de los instrumentos no excedió los cuarenta minutos por participante.

Antes de iniciar el procedimiento se obtuvo el consentimiento informado verbal, se preguntó a la participante si consideraba tener tiempo o creía estar preparada para participar, a su vez se le explicó de manera muy clara la intención de la investigación y se reiteró el compromiso de no utilizar sus datos más que para los fines de la misma.

CAPACITACIÓN DE RECOLECTORES DE LA INFORMACIÓN

La enfermera que fungió como aplicador y recolector de la información contó con un conocimiento general del proyecto de investigación, lo que le permitió aplicar los instrumentos de manera más efectiva.

Recibió una capacitación orientado a explicar los objetivos, metodología y sobre todo los objetivos de la investigación.

Se le explicó sencilla y concisamente lo que es un cuestionario y la función e importancia que desempeña un recolector para una investigación. Se le explicó la responsabilidad del recolector y criterios éticos en investigación. La capacitación duró 4 horas aproximadamente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Es considerada una investigación sin riesgo ya que no se realizó intervención ni se modificó ningún tipo de variable. Se realizó únicamente una entrevista, un cuestionario para el llenado de una lista de cotejo y la revisión de expedientes clínico.

Se solicitó el consentimiento informado de manera verbal tras la explicación del protocolo a cada paciente entrevistado.

Toda la información fue utilizada únicamente para los fines de esta investigación.

Se obtuvo la autorización por el comité de ética de la Secretaría de Salud de la ciudad de México con número de trámite 609/110/01/16 (ver Anexo 3).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el análisis caracterizó a la muestra de mujeres participantes en las variables de edad, número de consultas y cantidad de embarazos previos. Para el análisis de la calidad técnica se utilizaron las variables independientes: evita procedimientos innecesarios, procura prácticas que favorecen el bienestar de la mujer y el recién nacido y si realiza procedimientos de intervención solo cuando está indicado. En cuanto a la calidad interpersonal se evaluaron las variables: comunicación adecuada, toma de decisiones centradas en el paciente y trato interpersonal adecuado.

Para evaluar las variables de la calidad técnica se utilizó la lista de cotejo, para cada variable estudiada se tomó como evento con calidad técnica adecuada si la totalidad de las acciones a medir durante la atención se identificaron en cuenta. De lo contrario se catalogó como calidad técnica no satisfactoria.

En cuanto a la calidad interpersonal se refiere se analizaron los datos tomando en cuenta las indicaciones del instrumento IPC-29 en donde se aclara que se tiene una comunicación adecuada cuando el promedio de ítems 1-5 igual o menores a 2 y de los ítems del 6 al 12 igual o mayores a 4, Se consideró que se tomaron decisiones centradas en la mujer cuando el promedio de ítems del 13 al 16 igual o mayores a 4, y se consideró que el trato interpersonal fue adecuado cuando el promedio de ítems del 17 al 21 igual o mayores a 4 y del 22 al 29 igual o menores a 2. Si se cumplen las especificaciones de las tres variables a evaluar por el instrumento se consideró que la calidad de la atención interpersonal fue adecuada.

La información obtenida a partir de los instrumentos fue capturada mediante una máscara de captura formada a partir del programa IBM SPSS Statistics. Posteriormente se construyó una base de datos que fue manejada con el mismo programa. Se procedió a un análisis exploratorio de datos para la obtención de medidas y gráficos, lo anterior con la finalidad de lograr una evaluación general de los datos, se identificaron datos

atípicos, extremos, perdidos. Para su análisis se obtuvieron las frecuencias absolutas y sus rangos.

Posterior a esto se generaron los gráficos definidos plasmados en el área de resultados.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de un total de 50 mujeres, de las cuales una, al revisar sus datos, se observó que no cumplía con los criterios de inclusión por lo que se descartó. Una segunda participante fue descartada ya que no se contó con su expediente clínico.

El total de registros utilizados en el estudio fue de 48 mujeres quienes cumplieron a cabalidad los criterios de inclusión y que estuvieron de acuerdo con participar después de que se les explicó con claridad.

Todas las mujeres participantes son habitantes de las colonias a las que otorga servicio la Clínica Santa Catarina y están afiliadas al Seguro Popular.

De las 48 mujeres participantes, el promedio de edad es de 22.71 de las mujeres que participaron en el estudio, mediana de 21.5 con intervalo de 16 a 34 años de edad. El promedio de consultas recibidas en la clínica fue de 6.58, mediana de 6 presentándose un mínimo de 3 y un máximo de 10.

Del mismo modo, el 40% fue su primer embarazo, el 42% su segundo embarazo, el 12% su tercer embarazo y el 6% su cuarto embarazo (ver gráfico 1).

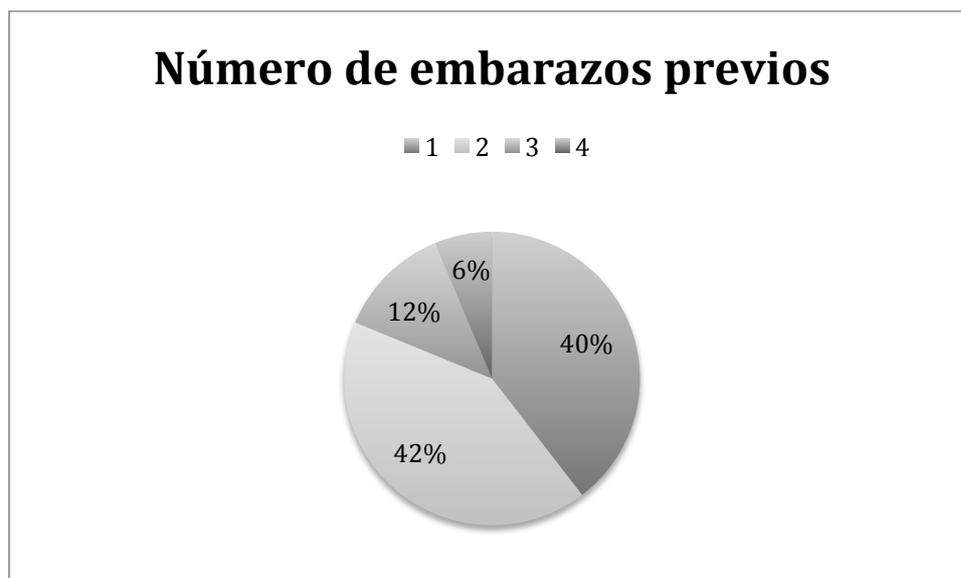


Gráfico 1 Número de embarazos previos

En cuanto a la calidad interpersonal se obtuvieron los siguientes datos tomando utilizando el instrumento IPC-29.

En cuanto a los reactivos de comunicación adecuada se obtuvieron datos aprobatorios en el 97.9% de los casos como se observa en la tabla 1.

| Reactivo | Pregunta | Valor Mínimo | Valor Máximo | % de Aprobación |
|----------|---|--------------|--------------|-----------------|
| 1 | ¿Con qué frecuencia le hablaron muy rápido los profesionales de salud? | 1 | 2 | 100% |
| 2 | ¿Con qué frecuencia usaron los profesionales de salud palabras que eran difíciles de entender? | 1 | 2 | 100% |
| 3 | ¿Con qué frecuencia ignoraron los profesionales de salud lo que usted les dijo? | 1 | 2 | 100% |
| 4 | ¿Con qué frecuencia estaban distraídos los profesionales de salud cuando le estaban atendiendo? | 1 | 1 | 100% |
| 5 | ¿Con qué frecuencia parecieron los profesionales de salud molestarse si usted les hacía varias preguntas? | 1 | 1 | 100% |
| 6 | ¿Con qué frecuencia se enteraron REALMENTE los profesionales de salud de sus preocupaciones de salud? | 3 | 5 | 97.9% |
| 7 | ¿Con qué frecuencia le dieron los profesionales de salud la oportunidad de decir las cosas que usted pensó que eran importantes? | 5 | 5 | 100% |
| 8 | ¿Con qué frecuencia tomaron MUY EN SERIO los profesionales de salud sus preocupaciones de salud? | 4 | 5 | 100% |
| 9 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud los resultados de sus pruebas tales como: análisis de sangre, rayos x, o exámenes para detectar el cáncer? | 4 | 5 | 100% |
| 10 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud claramente los resultados de su examen físico? | 5 | 5 | 100% |
| 11 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud lo que podría resultar si usted no se tomaba un medicamento que le recetaron? | 4 | 5 | 100% |
| 12 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud que otras reacciones o efectos secundarios le podría causar el medicamento? | 4 | 5 | 100% |

Tabla 1 Comunicación Adecuada IPC-29

En cuanto a los reactivos de tomaron decisiones centradas en la mujer se obtuvieron datos aprobatorios en el 95.8% de los casos como se observa en la tabla 2.

| Reactivo | Pregunta | Valor Mínimo | Valor Máximo | % de Aprobación |
|----------|--|--------------|--------------|-----------------|
| 13 | ¿Con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si usted tendría algún problema para seguir sus recomendaciones? | 4 | 5 | 100% |
| 14 | ¿Con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si se sentía capaz de hacer el tratamiento recomendado? | 4 | 5 | 100% |
| 15 | ¿Con qué frecuencia desarrollaron su tratamiento usted y los profesionales de salud en conjunto? | 5 | 5 | 100% |
| 16 | Si hubiera alternativas de tratamiento, ¿con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si le gustaría a usted tomar parte en las decisiones sobre su tratamiento? | 3 | 5 | 95.8% |

Tabla 2 Toma de decisiones centradas en al mujer IPC-29

Y por último de los reactivos del instrumento IPC-20 de los reactivos de trato interpersonal se obtuvieron datos aprobatorios en el 93.7% de los casos como se observa en la tabla 3.

| Reactivo | Pregunta | Valor Mínimo | Valor Máximo | % de Aprobación |
|----------|---|--------------|--------------|-----------------|
| 17 | ¿Con qué frecuencia fueron los profesionales de salud compasivos? | 4 | 5 | 100% |
| 18 | ¿Con qué frecuencia los profesionales de salud le dieron apoyo y ánimo? | 4 | 5 | 100% |
| 19 | ¿Con qué frecuencia mostraron interés los profesionales de salud en sus sentimientos? | 3 | 5 | 93.7% |
| 20 | ¿Con qué frecuencia le trataron REALMENTE los profesionales de salud con respeto? | 5 | 5 | 100% |
| 21 | ¿Con qué frecuencia le trataron los profesionales de salud como si usted fuera un ser igual? | 5 | 5 | 100% |
| 22 | ¿Con qué frecuencia hicieron los profesionales de salud suposiciones acerca de su nivel de educación? | 1 | 1 | 100% |
| 23 | ¿Con qué frecuencia hicieron los profesionales de salud suposiciones acerca de su nivel de ingresos? | 1 | 1 | 100% |
| 24 | ¿Con qué frecuencia le pusieron menos atención los profesionales de salud por su raza o grupo étnico? | 1 | 1 | 100% |
| 25 | ¿Con qué frecuencia sintió usted que lo(a) discriminaron por su raza o grupo étnico? | 1 | 1 | 100% |
| 26 | ¿Con qué frecuencia fue el personal de la oficina grosero o poco respetuoso con usted? | 1 | 3 | 95.7% |
| 27 | ¿Con qué frecuencia le habló a usted el personal administrativo haciéndole sentirse inferior a ellos? | 1 | 3 | 95.7% |
| 28 | ¿Con qué frecuencia le dio problemas el personal administrativo? | 1 | 3 | 95.6% |
| 29 | ¿Con qué frecuencia tuvo el personal administrativo una actitud negativa hacia usted? | 1 | 4 | 97.8% |

Tabla 3 Trato Interpersonal IPC-29

Con los criterios establecidos, 93.7% de mujeres quienes recibieron una atención con calidad interpersonal adecuada.

En cuanto a los datos obtenidos de la evaluación de la calidad técnica se observó que en el 100% de los casos se cumplió con los criterios a evaluar.

| Procedimiento | Número de Casos |
|---|-----------------|
| Se evitó la maniobra de kirsteller | 48 |
| Se evitó la revisión manual de cavidad | 48 |
| Se le permitió deambular | 48 |
| Se le permitió la libertad de posición | 48 |
| Se le permitió ingerir líquidos durante el trabajo de parto | 48 |
| Se realizó el corte tardío de cordón | 48 |
| Posterior al nacimiento se permitió contacto piel con piel | 48 |
| Se procuró la lactancia en la primera hora | 48 |
| Se evitó la episiotomía | 48 |

Tabla 4 Calidad técnica

Por otro lado se recogieron testimonios de las familias quienes, como practicar rutinaria de la clínica, se les pide que dejen un comentario en una libreta.

Prácticamente el total de los comentarios fueron positivos encontrando frases como “...gracias por atenderme bien durante mi parto y todas mis citas..” o “Muchas, Muchas gracias por su manera de ejercer su oficio, son unas personas increíbles y amables.”

Se anexan al final del documento el resto de los testimonios obtenidos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio demuestran que un modelo centrado en la persona puede cumplir de manera integradora con las dimensiones de calidad técnica e interpersonal y así dar respuesta a las expectativas de la atención. Al demostrar la hipótesis planteada, se probó que la atención que se brinda se apega a la mejor evidencia disponible (18, 19, 29, 38-54) y que al hacerlo se cumplen con todos los criterios de calidad interpersonal analizados a través del IPC-29, ejemplo claro de ello son los testimonios referidos en los resultados y anexos al final de este documento, mismos que sería raro poder encontrar en algún otro escenario similar en el país.

En el se ha volteado a ver el modelo de partería como una estrategia para mejorar la calidad y los indicadores en la materia. En México, a pesar de que se han implementado acciones como la creación de escuelas de partería y existen esfuerzos individuales para implementar modelos de atención perinatal basados en los principios de partería de la ICM, es poca la información existente sobre los existentes en el país y aún más rara la calidad de estos.

Sin duda un modelo de atención perinatal que opera en primer nivel a cargo de los servicios de salud estatales y sobretodo que se encuentren integrados sin un médico y mucho menos un especialista ginecobstetra a la cabeza, es un modelo novedoso.

El modelo aquí estudiado cuenta con virtudes importantes como lo es la baja cantidad de intervenciones, la continuidad de la atención antes, durante y después del parto y la cercanía cultural de los y las prestadores de servicio con las usuarias.

La continuidad de la atención por un mismo proveedor y que este se encuentre cerca del área de residencia de los usuarios es una característica fundamental del modelo de atención evaluado. Esto se asemeja a los modelos ingleses o australianos y que contribuye de manera importante tanto a la calidad técnica como a la interpersonal de la atención (55).

Otra gran virtud de este modelo, como ya se ha mencionado, es el que se desarrolla completamente en un centro de salud de primer nivel, solamente por ese hecho se evitan intervenciones innecesarias y se reducen riesgos importantes como el de las infecciones intrahospitalarias. También se fomenta el apego temprano entre el recién nacido y la madre y se incluye en este vínculo al resto de la familia ya que se les permita la presencia durante todo el proceso.

Si bien este trabajo no enfocó a la realización de una evaluación económica, es posible identificar que una ventaja más de este modelo es el ahorro económico que genera, no solo de manera directa al reducir la necesidad grandes hospitales, equipos avanzados y de contratación de especialistas, también se reducen tiempos de estancia hospitalaria y uso de material quirúrgico ya que se hacen menor número de intervenciones . En cuanto al ahorro de gastos indirectos sobre todo de las familias ya que el desplazamiento a las consultas es menor al igual que el tiempo que pasan los familiares y la paciente en el hospital.

El modelo que opera en la Clínica Santa Catarina en la Delegación de Iztapalapa de la Ciudad de México ha probado continuidad ya que tiene más de tres años en plena operación, además de que también demuestra con los resultados obtenidos en este estudio que cuenta con una adecuada calidad técnica e interpersonal en la atención que brinda a los usuarios de la misma.

El replicar este modelo en todo el país lograría optimizar los recursos existentes priorizando regresando el grueso de la atención perinatal al primer nivel de atención y también mejoraría la cálida de la atención brindada mejorando así la satisfacción de los usuarios y reduciendo el número de las complicaciones. Considero que es factible el escalamiento del modelo dentro del sistema de salud en México ya que se cuenta con los profesionales de salud preparados (Enfermeras obstétricas, especialistas perinatales y parteras profesionales) y en muchos centros de salud se podrían generar adaptaciones sencillas para trabajar con el modelo propuesto. Al ser un modelo ahorrador también lo haría sostenible.

Podríamos concluir entonces que a pesar de ser una evaluación a un modelo de atención muy específico, está basado completamente en los principios del modelo de la ICM de atención de la partería y ha probado tener una excelente calidad tanto en su dimensión técnica como en la interpersonal. Siendo que es clara la evidencia también de las dificultades que enfrenta el modelo de atención perinatal medicalizado que se utiliza con mayor frecuencia en todo el país como lo son la saturación, la alta tasa de cesáreas, la aún alta mortalidad materna y la violencia obstétrica, comenzar a replicar modelos alternativos que han probado sus efectividad y calidad sería una solución viable.

A manera de política pública, el impulsar este tipo de modelos requiere un cambio importante en diferentes niveles, en primer lugar a nivel de formación de recursos humanos ya que a pesar de que México cuenta con el personal capacitado(2) para implementar más modelos de atención basados en el “Modelo de la ICM de atención de la partería”, es importante promover la formación de enfermeras y enfermeros especialistas perinatales y de parteras profesionales en todo el país, del mismo modo es importante cambiar toda una tradición de la atención hospitalaria del parto y comenzar a atender en primer nivel a todas las pacientes de bajo riesgo. Para poder implementar esto, es fundamental también cambiar el paradigma de los ginecobstetras quienes forman parte importante de la red de atención y que son los profesionales preparados para atender a todas las pacientes que no se cataloguen como de bajo riesgo.

Un modelo de atención tan prometedor como el que se evaluó, con prueba de alta calidad técnica e interpersonal, podría ser el inicio del regreso de la atención de partos de bajo riesgo a primer nivel tanto en la ciudad como en las comunidades marginadas.

Es importante dejar claro que esta investigación no compara modelos y no es posible extrapolar resultados. Sin embargo, deja una puerta abierta a diversas líneas de investigación como lo son evaluaciones de impacto, comparación de modelos, posible réplica de la investigación en modelos medicalizado o de otro tipo, etc. No cabe duda que la salud reproductiva será siempre una prioridad de la salud pública y requiere constante evaluación de las políticas públicas que la impactan.

ANEXO 1 LISTA DE COTEJO

Lista de Cotejo Calidad Técnica de la Atención Perinatal

Nombre:

Fecha:

Las siguientes es una lista de cotejo que llenara el entrevistador mediante la entrevista a las mujeres atendidas en la Clínica Santa Catarina durante el proceso de su embarazo, parto y puerperio.

Se deberá indicar lo que menciona la paciente y lo que se menciona en el expediente clínico.

Las posibles respuestas son: **Si, No, Se desconoce.**

| | Paciente | | Expediente clínico | |
|---|-------------|----|--------------------|----|
| | Si | No | Si | No |
| ¿Se realizo maniobra de Kristeller? | | | | |
| ¿Se realizo revisión manual de cavidad? | | | | |
| ¿Se le permito deambular durante el trabajo de parto? | | | | |
| ¿Pudo elegir en que posición parir? | | | | |
| ¿El cordón de su bebe fue cortado inmediatamente después del nacimiento? | | | | |
| Inmediatamente después de que su bebe nació ¿lo pegaron a usted? | | | | |
| ¿La invitaron a darle pecho a su bebe tras la primera hora del nacimiento o antes? | | | | |
| ¿Le realizaron episiotomía (un corte en su vagina)? <i>En caso de ser afirmativa la respuesta, ubicar la indicación.</i> | Indicación: | | Indicación: | |

ANEXO 2 IPC-29

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN INTERPERSONAL: IPC-29
INTERPERSONAL PROCESSES OF CARE SURVEY: IPC-29
TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL
SPANISH TRANSLATION

Nombre:

Fecha:

Las siguientes preguntas son sobre sus experiencias al hablar con los prestadores de servicios de salud en la Clínica Santa Catarina durante el proceso de su embarazo, parto y puerperio. Por favor, Si usted es atendido por más de un prestador de servicio en esta clínicas, calcule el promedio de con qué frecuencia sus prestadores de servicio hicieron lo siguiente.

| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuente | Siempre |
|----|---|-------|------------|---------|-----------|---------|
| 1 | ¿Con qué frecuencia le hablaron muy rápido los profesionales de salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | ¿Con qué frecuencia usaron los profesionales de salud palabras que eran difíciles de entender? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | ¿Con qué frecuencia ignoraron los profesionales de salud lo que usted les dijo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | ¿Con qué frecuencia estaban distraídos los profesionales de salud cuando le estaban atendiendo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | ¿Con qué frecuencia parecieron los profesionales de salud molestarle si usted les hacía varias preguntas? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | ¿Con qué frecuencia se enteraron REALMENTE los profesionales de salud de sus preocupaciones de salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | ¿Con qué frecuencia le dieron los profesionales de salud la oportunidad de decir las cosas que usted pensó que eran importantes? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | ¿Con qué frecuencia tomaron MUY EN SERIO los profesionales de salud sus preocupaciones de salud? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud los resultados de sus pruebas tales como: análisis de sangre, rayos x, o exámenes para detectar el cáncer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud claramente los resultados de su examen físico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud lo que podría resultar si usted no se tomaba un medicamento que le recetaron? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | ¿Con qué frecuencia le explicaron los profesionales de salud que otras reacciones o efectos secundarios le podría causar el medicamento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Interpersonal Processes of Care Survey (IPC-29) © 2006, University of California San Francisco,
<http://medicine.ucsf.edu/cadc/cores/measurement/ipcindex.html>

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN INTERPERSONAL: IPC-29
INTERPERSONAL PROCESSES OF CARE SURVEY: IPC-29
TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL
SPANISH TRANSLATION

Ahora le voy hacer unas preguntas sobre cómo usted y su(s) profesionales de salud deciden sobre su cuidado.

| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|--|-------|------------|---------|----------------|---------|
| 13 | ¿Con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si usted tendría algún problema para seguir sus recomendaciones? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | ¿Con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si se sentía capaz de hacer el tratamiento recomendado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | ¿Con qué frecuencia desarrollaron su tratamiento usted y los profesionales de salud en conjunto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Si hubiera alternativas de tratamiento, ¿con qué frecuencia le preguntaron los profesionales de salud si le gustaría a usted tomar parte en las decisiones sobre su tratamiento? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Las siguientes preguntas son sobre las interacciones personales entre usted y su(s) profesionales de salud. Por favor, continúe a pensar en sus experiencias durante la atención de su embarazo, parto y puerperio.

| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|---|-------|------------|---------|----------------|---------|
| 17 | ¿Con qué frecuencia fueron los profesionales de salud compasivos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | ¿Con qué frecuencia los profesionales de salud le dieron apoyo y ánimo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | ¿Con qué frecuencia mostraron interés los profesionales de salud en sus sentimientos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | ¿Con qué frecuencia le trataron REALMENTE los profesionales de salud con respeto? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | ¿Con qué frecuencia le trataron los profesionales de salud como si usted fuera un ser igual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | ¿Con qué frecuencia hicieron los profesionales de salud suposiciones acerca de su nivel de educación? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | ¿Con qué frecuencia hicieron los profesionales de salud suposiciones acerca de su nivel de ingresos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | ¿Con qué frecuencia le pusieron menos atención los profesionales de salud por su raza o grupo étnico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | ¿Con qué frecuencia sintió usted que lo(a) discriminaron por su raza o grupo étnico? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Interpersonal Processes of Care Survey (IPC-29) © 2006, University of California San Francisco,
<http://medicine.ucsf.edu/cadc/cores/measurement/ipcindex.html>

CUESTIONARIO DE ATENCIÓN INTERPERSONAL: IPC-29
INTERPERSONAL PROCESSES OF CARE SURVEY: IPC-29
TRADUCCIÓN AL ESPAÑOL
SPANISH TRANSLATION

Las siguientes cuatro preguntas son sobre el personal administrativo, tales como la recepcionista o la persona que habla con usted por teléfono al hacer una cita.

| | | Nunca | Casi nunca | A veces | Frecuentemente | Siempre |
|----|---|-------|------------|---------|----------------|---------|
| 26 | ¿Con qué frecuencia fue el personal de la oficina grosero o poco respetuoso con usted? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | ¿Con qué frecuencia le habló a usted el personal administrativo haciéndole sentirse inferior a ellos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | ¿Con qué frecuencia le dió problemas el personal administrativo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | ¿Con qué frecuencia tuvo el personal administrativo una actitud negativa hacia usted? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Interpersonal Processes of Care Survey (IPC-29) © 2006, University of California San Francisco,
<http://medicine.ucsf.edu/cadc/cores/measurement/ipcindex.html>

ANEXO 3 AUTORIZACIÓN


CDMX
 CIUDAD DE MÉXICO

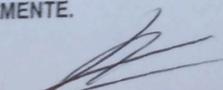
Ciudad de México, 04 de marzo de 2016
 Oficio No. SSDF/DGPCS/DEI/SEC/JUDI/0554/16
 ASUNTO: Aprobación de protocolo de investigación.

DR. ANDRES CASTAÑEDA PRADO.
ESTUDIANTE DE LA MAESTRIA DE GESTION Y POLITICAS DE SALUD
FACULTAD DE MEDICINA- UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
PRESENTE:

Con relación al proyecto de investigación titulado ***"EVALUACION DE LA CALIDAD DE UN MODELO DE ATENCION PERINATAL ALTERNATIVO PARA EMBARAZOS DE BAJO RIESGO"***, que remite para evaluación de procedencia, le comunico que la **Subcomisión de Investigación y Bioética** de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, lo considera de información relevante y sin riesgo, de acuerdo con la normatividad vigente en materia de protección de datos personales, ***"la información identificatoria (personal) se encuentra desvinculada de la información sustantiva para el estudio y solo se requiere para validar la información"***, amén de las normas éticas, morales y los acuerdos internacionales que se aplican a la discreción y secrecía en el ejercicio de la profesión médica, así como la seguridad de la información genética. Por lo anterior, ha dictaminado la **aprobación**, asignándole el número de registro: **609/110/01/16**.

En ese sentido y con el propósito de brindar un mejor apoyo a sus actividades, debo señalarles que los apoyos que solicitan para su proyecto, deben ser gestionados directamente en la Unidad de Atención que se requiera, ante el titular que corresponda, quién decidirá libremente la participación de su unidad, de la misma manera que el personal operativo que deseé involucrarse, considerando como prioridad el servicio y la atención a los usuarios.

ATENTAMENTE,




DR. FEDERICO MIGUEL LAZCANO RAMÍREZ
PRESIDENTE.

**DIRECCION DE EDUCACIÓN
 E INVESTIGACIÓN**

**SECRETARÍA DE SALUD
 DEL DISTRITO FEDERAL**

c.c.p. Dr. Francisco Javier Serna Alvarado - Director de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa - Presente.
 c.c.p. Lic. Silvia Germán Suárez - Jefa de Enseñanza y Capacitación de la Jurisdicción Sanitaria Iztapalapa - Presente.
 c.c.p. Archivo.

RMM



SECRETARIA DE SALUD
 Dirección de Educación e Investigación
 Subdirección de Educación Continua e Investigación
 Alameda Nº 23, 2º Piso, Col. Cuauhtémoc, México, D.F.

**EVALUACIÓN DE UN MODELO DE ATENCIÓN ALTERNATIVO COMO ESTRATEGIA VIABLE
 PARA LA ATENCIÓN PERINATAL INTEGRAL EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO**

ANEXO 4 GLOSARIO DE TÉRMINOS UTILIZADOS

Modelo de Atención: Dimensión técnica que involucra la forma en que debe ser dividido y organizado el trabajo de los prestadores de salud para dar una respuesta adecuada a las demandas y necesidades de la población. Se trata de definir ¿Cómo y dónde prestar los servicios?

Modelo de Atención Perinatal Alternativo: lo entenderemos como todo modelo distinto al modelo medicalizado en donde él se da atención perinatal a una mujer por parte de un médico en un contexto hospitalario.

Embarazo de Bajo Riesgo: Toda embarazada que al iniciar trabajo de parto espontáneo, cumple con 37 a 41 semanas cumplidas de gestación, si se estima que el peso fetal es de entre 2,500 y 4,000 gramos, si en el interrogatorio y examen físico no se determinan complicaciones médicas u obstétricas, ni factores de riesgo reales o potenciales de muerte perinatal o asfixia, contando además con un niño/a en presentación cefálica y con membranas integrales (Ministerio de Salud, 2008).

Parto Humanizado: modelo de atención que hace énfasis en el protagonismo de las mujeres, dando prioridad a la toma de decisiones de las mujeres, la posición vertical del parto, el apego inmediato y la lactancia materna. Otros términos utilizados en América latina y Europa son “nacimiento humanizado”, “parto respetado” y “parto digno”. (Almaguer et al.)

Violencia Obstétrica: “una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género” (GIRE 2014)

Calidad Técnica: Por calidad técnica entenderemos la atención mejor apegada a la mejor evidencia científica disponible. Es decir las prácticas que rindan el máximo beneficio sin aumentar los riesgos.

Calidad Interpersonal: Será interpretada como el respeto al usuario como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Abarca la presentación del personal, el establecimiento de una relación empática que refleje interés por ayudar al usuario a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio. Las normas que rigen el manejo del proceso interpersonal surgen de los valores, principios y reglas éticas que gobiernan las relaciones entre las personas en general y entre los profesionales de la salud y sus usuarios en particular.

ANEXO 5 TESTIMONIOS

27 de Marzo de 2016

Icatt Carrera Cruz

Antes que nada muchas gracias por la atención que ustedes me dieron

Por atenderme bien durante mi parto y todas mis citas

Por verme atendido a mi hijo y por ser pacientes conmigo.

Les agradezco todo lo que hicieron por mí. Gracias.

5 Mayo 2016. Laura Flores Gil.

Fue una experiencia bonita, se agradece su atención humana y agradable.

Son muy amables. Gracias!

Muchas, Muchas gracias por su manera de ejercer su oficio, son unas personas increíbles y amables.

Jamas pense que la experiencia fuera increíble de antemano!! Gracias!!
Mi esposa y yo estamos muy felices.

10 de mayo 2016

Estuvo bien mi parto me gusta como me atendieron, aparte de que dejaron ver a mi esposo, como nació mi hija, eso fue lo que más me gusta.

Domingo 12/Jun/16

Mea pareció un servicio excelente por toda las atenciones que te presta y aparte de que te acen sentir contoda confianza al poner musica para dormir a los bebes y que puedas apoyar en el parto.

y todos los ejercicios que fuerdes ir haciendo para poder dar a luz, poder estar con tu pareja o cualquier otro familiar es algo muy emotivo Gracias a todo el personal que estuvo al pendiente y me brindo un gran apoyo.

22 mayo 2016

Pte Norma Lopez Marcos.
Esposo Sergio

LES AGRADECIMOS A LAS DOS PERSONAS QUE NOS ATENDIERON, CON TODO TACTO Y AMABILIDAD Y POR DARNOS SEGURIDAD Y CONFIANZA DE QUE TODO SAREMOS BIEN Y SEGURO MUCHAS GRACIAS POR EL BUEN TACTO, GRACIAS POR NEC TOPO LO RECIBIRE POR QUE TODO SALIERA BIEN CON MI ESPOSA Y MI BEBE NO PUDO HABER SILO MEJOR.

GRACIAS Y
TODAS LAS
BENDICIONES!

11.03.16. Diana Kurina Sánchez Vargas.

Do yo gracias primeramente al Creador por haberme dado la oportunidad de haber tenido a mi bebe en la clinica comunitaria Sta Catarina ya que yo no lo iba a tener aqui pero quien contra la voluntad de Dios. Gracias a ustedes por prepararse para el proximo (futuras Mama) A usted Dra. Elba porque su atención fue fantástica ya que una servidora y mi esposo nos fuimos muy contentos por el trato su profesionalismo con nosotras y que dio un excelente trabajo asi mismo las enfermeras que se quedaron en guardia tambien les damos las gracias.

02-06-2016

Paciente: Pelly Martínez Garduño
Esposo: José Martínez Maldonado

Gracias a las personas que me atendieron por brindarme un excelente servicio y que me ayudaron a traer a mi hijo bien en excelentes condiciones por brindarme su apoyo incondicional en todo momento son muy buenas personas las tres me siento muy agradecidas con ellas gracias de todo corazón.

Gracias por su gran servicio.

Anita Rojas Aguilar

28 de Febrero de 2016

Desde que ingrese y hasta que me dieron el alta me atendieron muy bien, son muy amables, profesionales en su trabajo y sobre todo son muy humanitarias les agradezco por estar cuando se les necesita y por ayudar a los demás realizando su trabajo cuidandonos y estando al pendiente de nosotros.

ma. Guadalupe Dampán 14-03-16
 Ochoa

Pues primero que nada quiero darles
 las gracias de parte de mi esposo
 Saime Salgado y mio ma. Guadalupe
 Dampán a la Ipc. Eli y a la Ipc. Mayra
 por averme atendido de la mejor
 manera de verdad muchas gracias
 por las atenciones que tuvieron
 con mi go mi gracias y que Dios las
 bendiga y sigan asiendo muy bien
 su trabajo y cuidense mucho son los
 deseos x les doy por averme atendido
 y x todo aiga salido muy bien y mi
 niño este muy bien bueno es todo
 cuidense mucho y de verdad mi gracias

A + + ma. Guadalupe y Saime y
 mi Niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Freyermuth GL, M. Muños, J. Indicadores 2013. Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Avances en México. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM), Organización Panamericana de la Salud en México (OPS); 2015.
2. Walker DS, L. González, D. DeMaría, L. Romero, M. Parteras profesionales técnicas y enfermeras obstetras: una opción para la atención obstétrica en México. 1 ed. México 2011.
3. OMS. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985;2(8):436-7.
4. Agoff MC, I. Castro, R. Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: el caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. In: CRIM-UNAM, editor. visible en todas partes Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos. México: Miguel Ángel Porrúa; 2013.
5. GIRE. Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México, Violencia Obstétrica 2014. Available from: <http://informe.gire.org.mx/>.
6. Calidad Sadlly. Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica. México: Secretaría de Salud; 2005.
7. Ramirez-Hernández C. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. *Revista CONAMED*. 2012;17(1):537-41.
8. Lazcano-Ponce ES, R. Uribe-Zúñiga, P. Walker, D. Suárez-López L. Luna-Gordillo, R. Ulloa-Aguirre, A. Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Publica de Mexico*. 2013;55(2):212-24.
9. ICM. Documento básico. La filosofía y el modelo de atención de la partería. 2014.
10. Recio A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. 2015;18:13-26.
11. Embarazos que reciben atención médica prenatal (%) [Internet]. BID. 2012. Available from: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.ANVC.ZS>.
12. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10). In: Salud OPdl, editor. 10 ed. Washington D. C. 1995.
13. DGIS. Bases y Estadísticas de Mortalidad Materna 2006-2014. In: Salud Sd, editor.
14. CNEGSR. Programa de Acción Específica 2013-2018 de Salud Materna y Perinatal. México: Secretaría de Salud; 2014.
15. Campos EV, L. González, I. Ramírez, C. Flores, G. Recomendaciones generales para mejorar la calidad en la atención obstétrica. 2, editor: CONAMED; 2012.
16. Suárez LC, L. De la Vara, E. Rivera, L. Hernández, M. Walker, D. Hernández, M. Lazcano, E. Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
17. Garcia IM, S. Sánchez, B. El parto en México, reflexiones para su atención integral. *CONCYTEG*. 2012;7(84):811-44.
18. GPC Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto, (2014).

19. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA3-2011, PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DEL RECIÉN NACIDO, (2016).
20. Freyemuth G. Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en México. México: Secretaría de Salud; 2009.
21. Castellanos A. ¿Sabes en qué consiste la violencia obstétrica? : Centro de Investigación Social Avanzado; 2015 [Available from: <http://cisav.mx/violencia-obstetrica/>].
22. WHO. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014.
23. Valdez R. El abuso hacia las mujeres en salas de maternidad: nueva evidencia sobre un viejo problema. Resumen ejecutivo. 1 ed: INSP; 2013.
24. Donabedian A. The Quality of Care. How can it be Assessed? Archives of Pathology & Laboratory Medicine. 1997;260(12):1145-1150.
25. Lohr KSS. A Strategy for Quality Assurance in Medicare. New England Journal of Medicine. 1990;322:707-12.
26. Thielshcer C. How to Find the Right Approach to Quality Measurement: Determinants of Quality and its Measurement in Health Care. World Medical & Health Policy. 2010;2(1).
27. OMS. Quality of care : a process for making strategic choices in health systems.: OMS; 2006.
28. Hulton LM, Z. Stones, R. A framework for the evaluation of quality of care in maternity services. : University of Southampton; 2000.
29. Care in Normal Birth; a practical guide., (1999).
30. Clery P, McNail, MJ. Patient Satisfaction as an indicator of Quality Care. Inquiry. 1988;25(1):25-36.
31. Stewart A, Nápoles-Springer, A. Pérez-Stable, E. Posner, SF. Bindman, AB. Pinderhughes, HL. Washington, AE. . Interpersonal Processes of care in diverse populations. Milbank Q. 1999;77:305-39.
32. Stewart AN-S, AL. Gregorich, SE. Santoyo, J. . Interpersonal processes of care: Patient-reported measures for diverse groups. Health Serv Res. 2007;42:1235-56.
33. Napoles AG, SE. Santoyo-Olsson, J. O'Brien, H. Stewart, AL. Interpersonal processes of care and patient satisfaction: do associations differ by race, ethnicity, and language? Health Serv Res. 2009;44(4):1326-44.
34. REGISTRO NACIONAL DE DATOS POR NIVEL ACADÉMICO [Internet]. Secretaría de Salud. 2016 [cited 04/06/16]. Available from: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/siarhe/?Id_URL=numeralia&Tipo=recursos&Id=3.
35. Hatem M SJ, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women (Review). The Cochrane Library. 2009(3).
36. ICM. Documento básico. Definición Internacional de Matrona. 2011.
37. Disgnostico Clínica Santa Catarina 2016. Clínica Santa Catarina; 2016.
38. Verheijen E, Raven J, Hofmeyr G. Fundal pressure during the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009. 2009(4).

39. Department-of-Making-Pregnancy-Safe. Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva: WHO; 2009.
40. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr G, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. 2013(10).
41. Makuch M. Posición y movilidad de la madre durante el período dilatante: Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2010.
42. Guptam J, Hofmeyr G, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. 2012(5).
43. Lavender T, Mlay R. Posición en el período expulsivo del trabajo de parto de las mujeres sin anestesia peridural: Comentario de la BSR. La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2006.
44. Singata M, Tranmer J, Gyte G. Restricting oral fluid and food intake during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. 2013(8).
45. Rabe H, Diaz-Rossello J, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. 2012(8).
46. Hutton E K, Hassan E S. Late vs early clamping of the umbilical cord in full-term neonates: systematic review and meta-analysis of controlled trials. *JAMA*. 2007;297(7):1241-52
47. Ceriani C. Pinzamiento precoz versus pinzamiento tardío del cordón umbilical en neonatos prematuros: Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006.
48. Moore E, Anderson G, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012. 2012.
49. Puig GS, Y. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos: Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2007.
50. Dyson L, McCormick F, Renfrew M. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005. 2005(2).
51. Jana A. Intervenciones para promover el inicio de la lactancia: Comentario de la BSR La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. 2009.
52. Edmond K, Zandoh C, Quigley M, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood B. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117(3):380-6.
53. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009. 2009(1).
54. Salud Sd. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Episiotomía Complicada. In: Salud Sad, editor. México 2013.
55. Hatem M, Hodnett ED, Devane D, Fraser WD, Sandall J, H S. Midwifery-led versus other models of care delivery for childbearing women. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews*. The Cochrane Collaboration. 2004(1).