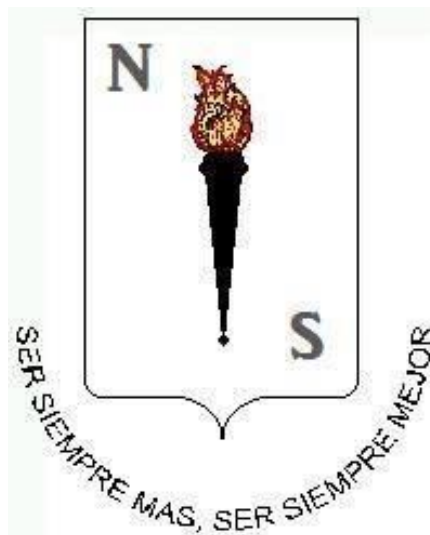


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“ATENCIÓN DE PARTERAS INDÍGENAS A MUJERES EN PROCESO DE
GESTACIÓN, PARTO Y POST PARTO, EN LA VISIÓN DE INA GAIN MASKIN”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:

PERLA IRERI OLIVARES MADRIGAL

ASESORA DE TESIS:

LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

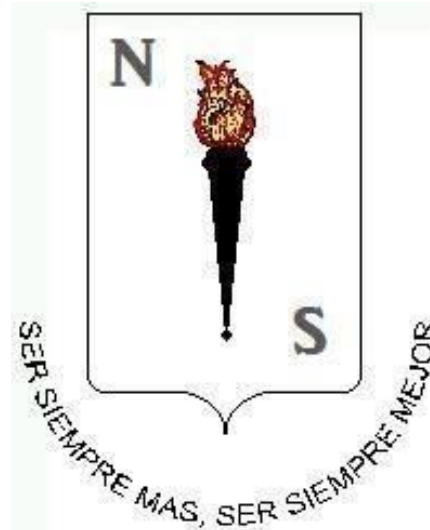
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“ATENCIÓN DE PARTERAS INDÍGENAS A MUJERES EN PROCESO DE
GESTACIÓN, PARTO Y POST PARTO, EN LA VISIÓN DE INA GAIN MASKIN”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
PERLA IRERI OLIVARES MADRIGAL

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN 2021

Agradecimientos.

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los tiempos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

A mi madre Cristina, por el gran amor y la devoción a tus hijos, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por tener siempre la fortaleza de seguir adelante sin importar los obstáculos. Gracias por estar siempre conmigo.

A mi padre Jesús. La luz que me dejaste, brillará para siempre, algún día estaremos juntos de nuevo.

A mis abuelos por confiar en mí y darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida. Siempre serán ejemplo incuestionable de fortaleza, integridad, sabiduría y responsabilidad, por apoyarnos incondicionalmente en todo momento.

A mis hermanos Jesús y Ramses, ¡la aventura nos aguarda!

A mi tía Aurora, a mi tío Marcos, por ser los pilares e inspiración en mi vida.

A mis amigas Carmen Moya, Leslie Méndez, Haidé Guerrero, Mayté Martínez y

Susana Arias, por ser incondicionales y leales.

A toda mi familia por sus palabras de aliento y también para los que aportaron todo lo contrario, heme aquí.

“Todo obra para bien” Romanos 8:28

Dedicatoria

Muchos van a estar a tu lado, siempre y cuando no representes una amenaza para ellos y mucho menos intentes superarlos. Muchos van a querer correr a tu lado y pronto se cansarán y querrán detenerte o que te detengas a esperarlos y es que la gente perdona todo, menos el éxito. Se van a reír de ti, hablarán de ti, harán todo un listado de tus fracasos y del porqué no deberías soñar o hacer algo. Derramarán veneno por las calles a cualquier oído sediento de venganza, pero sólo son palabras.

Un día tus hechos los aplastarán y no habrá otra más que aceptar que tú te atreviste y ellos no. Y no podrán negar que Dios estuvo y estará contigo todos los días de tu vida y nada ni nadie podrán hacerte frente, porque el Altísimo va delante de ti, abriéndote camino, cada vez que tengas un sueño grande, te vas a meter en situaciones de conflicto, pero por favor recuerda que la vida es un libro que se escribe con acciones, no con deseos. La vida es un libro de los hechos, no de los intentos, el verdadero éxito es morir cumpliendo tu propósito, así como papá nos amó hasta que lo llamó Dios, el exitoso sabe vivir en conflicto sin perder la paz, el exitoso soporta el rechazo y la burla, el exitoso está dispuesto a perderlo todo sin claudicar, date una tregua, date un respiro. Cuando tienes un propósito de vida el afán. La angustia, el estrés, la confusión, desaparecen por completo.

Cuando sabes tus prioridades puedes dedicarle cada segundo invaluable de tu bella existencia a morir con dignidad. No siempre quieras ser el protagonista de la película, hay momentos en la vida para estar en la luz y otros para estar en la sombra.

No califiques tu vida hasta que sea momento de ponerle créditos a una tumba, antes de eso, tu vida no ha terminado, ¡Gózate! Gózate en la adversidad y date cuenta que la adversidad tiene el don de despertar talentos que en la comodidad hubieran permanecido dormidos. Emociónate ante los retos y disfruta las tormentas, porque aquello que no te reta no te cambia hermano, equivócate por atrevido, no por precavido, que valga el riesgo y no la pena.

No tengas como meta la fama y el reconocimiento. Interpreta con excelencia y maestría el papel que se te ha otorgado, ya sea que seas un extra o un héroe pero no te permitas jamás ser un mediocre. Erradica la mediocridad en todos tus asuntos personales y espirituales. Eleva tus estándares al máximo y evita profundizar en las relaciones con los mediocres, los criticones, los envidiosos, los negativos, los pasivos, los temerosos, los angustiosos, los necios, los infieles, los legalistas, los cuadrados, los rencorosos, los amarados, los abusivos, los impuntuales, porque esto se pega en tu vida hermano.

Es posible que pienses que esto es imposible. ¡Ojo! Yo no te digo que los enjuicies o que alejes de ellos, solo que reduzcas la frecuencia de tu convivencia con aquello que no te bendice, que no te suma, que no te multiplica. Y es que uno suele convertirse en aquellas personas que más frecuentas en tu vida.

Voltea a tu alrededor y analiza de quien te estás rodeando y pronto te verás en el mismo barco que ellos. Si estás con quienes no saben su propósito es posible que tú tampoco lo sepas. ¡Que te importe el qué dirás, no el qué dirán!

¡Sé inquebrantable!

Para mis hermanos Jesús y Ramses

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. Vida y obra	9
2.2. Influencias	29
2.3. Hipótesis	29
2.4. Justificación	29
2.5. Planteamiento del problema	32
2.6. Objetivos	32
2.6.1. General	32
2.6.2. Específico	32
2.7. Métodos	33
2.7.1. Científico	33
2.8. Variables	36
2.9. Encuesta	38
2.10. Graficado	40,41,42
3. HISTORIA DE LA PARTERÍA	43
3.1. Antecedentes prehispánicos de la partera en México	43
3.2. Siglo XIX Nacimiento y desarrollo de la partera profesional	44
3.3. La partera en la época colonial	46
3.4. La formación desde la Nueva España	46
3.5. Educación formal de la mujer partera en México en el siglo XIX	48
3.6. Nacimiento de la enfermería universitaria y su impacto en la formación de parteras	49
3.7. Año de la autonomía universitaria	50
3.8. Características de las escuelas del siglo XIX	51
3.9. Maternidades	42

4. HABILIDADES DE LA PARTERÍA	<u>53</u>
4.1. Higiene	<u>53</u>
4.2. Desenlaces fatales	<u>55</u>
4.3. Decadencia de una profesión	<u>55</u>
4.4. Ascenso y descenso de una profesión	<u>57</u>
4.5. Muerte materno infantil	<u>58</u>
4.6. Preferencia a parteras	<u>58</u>
4.7. Medicalización o empirismo	<u>59</u>
4.8. Cacería de parteras	<u>60</u>
4.9. Valor y respeto a las parteras	<u>61</u>
5. PERTINENCIA DE LA PARTERÍA	<u>62</u>
5.1. Parteras mesoamericanas	<u>62</u>
5.2. Disminución de la violencia obstétrica	<u>63</u>
5.3. Norma oficial	<u>65</u>
5.4. Certeza jurídica	<u>135</u>
5.5. Certificación de la partera	<u>135</u>
5.6. La condición jurídica y social de la mujer partera	<u>138</u>
5.7. La función de la partera profesional	<u>140</u>
5.8. Reglamentación, legislación	<u>142</u>
5.9. Falta de ética profesional	<u>149</u>
6. FUNDAMENTACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y COMPORTAMIENTO ÉTICO DE LAS PARTERAS PROFESIONALES EN LOS HÁMBITOS DE LA SALUD PÚBLICA, LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ÉTICA	<u>150</u>
6.1. Modelo de atención partería	<u>150</u>
6.2. Sistema de toma de decisiones para la asistencia de partería	<u>150</u>
6.3. Conocimientos y aptitudes	<u>152</u>
6.4. Comportamiento profesional	<u>153</u>
6.5. Atención prenatal y planificación familiar	<u>154</u>

6.6.	Atención y orientación durante el embarazo_____	156
6.7.	Atención durante el parto y el nacimiento_____	161
6.8.	Atención de la mujer en el puerperio_____	166
6.9.	Atención del recién nacido_____	168
7. ATENCION DE PARTO POR COMADRONAS		
	VERSUS SISTEMA HOSPITALARIO_____	172
7.1.	Parteras calificadas_____	172
7.2.	Calidad de atención_____	173
7.3.	Procedimientos y recursos_____	177
7.4.	Parto medicalizado_____	179
7.5.	Competencia profesional_____	182
7.6.	Componentes de la competencia_____	183
7.7.	Ámbitos de la competencia_____	184
7.8.	Distinción entre competencia y desempeño_____	186
7.9.	Relación entre competencia y confianza_____	186
8.	SUPERVISIÓN DE LAS PARTERAS PROFESIONALES_____	187
8.1.	Supervisión de apoyo_____	187
8.2.	Supervisión estatutaria de las parteras_____	188
8.3.	Supervisión clínica_____	189
8.4.	Supervisión cruzada_____	190
8.5.	Importancia de supervisar_____	190
8.6.	Apoyo a las parteras_____	191
8.7.	Beneficios en la supervisión en Para la formalización profesional_____	191
8.8.	Supervisión a parteras_____	193
8.9.	Responsabilidades de la supervisora de parteras_____	194
9.	Conclusión_____	195
10.	Bibliografía_____	200
	10.1. Electrónica_____	200
	10.2. Básica_____	202
	10.3. Complementaria_____	205
11.	Glosario_____	208

1. INTRODUCCIÓN

“ES POSIBLE TENER UN BUEN PARTO EN EL HOSPITAL, PERO TIENE QUE HABER GENTE MUY SENSIBLE PARA PODER ASISTIR A LAS MUJERES. EL MÁS MÍNIMO DETALLE PUEDE HACER PERDER TODA LA ENERGÍA QUE SE MUEVE EN EL NACIMIENTO”

“En México existe una estrecha relación entre el nacimiento, evolución y muerte de la partería profesional y la persistencia del desarrollo de la gineco-obstetricia. La profesión de matrona, reconocida como una de las más antiguas del mundo, también es una de la que más cambios ha experimentado. Fuertemente sustentada en el empirismo, fue desafiando los límites encontrados en su desarrollo profesional, forjándose como la profesión que es hoy en día. El objetivo de este estudio es explorar la percepción de las matronas, profesionales encargadas de procurar la más alta calidad y satisfacción de las mujeres, que de la evolución de su profesión tienen. El reconocimiento académico actual de la matrona es el resultado de muchos siglos de evolución de la profesión, que existe como oficio desde tiempos inmemorables. A pesar de las dificultades por las que ha pasado la profesión en muchos momentos, representada principalmente por la figura femenina, su docencia ahora es impartida principalmente por matronas. Durante siglos, la falta de acceso a las universidades, a la lectura y a la escritura de la mujer, hizo que durante mucho tiempo los libros que hacían referencia al trabajo de la matrona en el periodo antiguo y medieval fueran escritos principalmente por médicos y cirujanos. “Una matrona es una persona que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y el puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y 8 proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de

nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia. La matrona tiene una tarea importante en el asesoramiento y la educación para la salud, no sólo para la mujer, sino también en el seno de sus familias y de la comunidad. Este trabajo debe incluir la educación prenatal y preparación para la maternidad y puede extenderse a la salud de mujeres, la salud sexual o reproductiva, y el cuidado de los niños. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud.” (ICM,2015) Desde que en 1750 se ordenó que en España y sus dominios las parteras fueran examinadas y vigiladas por el Real Protomedicato, se redactaron cartillas para ellas en las que se les indicaba que en los partos con complicaciones debían llamar a un cirujano. Para ser examinadas, las parteras debían haber estudiado cuatro años con maestro aprobado, presentar certificado de pureza de sangre y testimonios de buena conducta. La dificultad para cubrir tales requisitos puede haber sido la causa de que, hasta su extinción en 1831, el Protomedicato en México extendiera sólo dos licencias para ejercer la partería: una en 1816 y otra en 1818. O tal vez las mujeres buscaban parteras con habilidades, no con títulos, a pesar de que en 1772 el médico ilustrado Bartolache les advertía en el primer periódico del país dedicado a las ciencias médicas, mientras no aprendieren estas mujeres el arte de partear, escrita y perfeccionada hoy por hombres muy hábiles, es disparate fiarse de las comadres para otra cosa que para recibir y bañar la criatura y mudar ropa limpia a la parida. Denominamos a las parteras “tradicionales” y no “empíricas”, pues consideramos que éstas son terapeutas socialmente reconocidas, y que si bien su saber y su práctica no son institucionales, sí son estructurados. Nacimiento y muerte de una profesión: Las parteras tituladas que había en México eran parteras españolas, negras, mestizas, mulatas y desde luego indígenas; éstas gozaban aún de un inmenso prestigio y contaban con recursos terapéuticos para combatir la esterilidad, detener el aborto, regularizar la contractilidad uterina, aumentar la producción de leche y fortalecer a la puérpera.

Vigilaban a la embarazada, la bañaban en el temazcal y hacían versiones externas del feto, aunque muy probablemente ya no practicaban embriotomías en caso de la muerte del producto, como habían hecho en el México prehispánico. El fundamento sobre el cual se dio sentido a la formación de las parteras en México, radica en las raíces culturales, herencia de la época prehispánica. Sin embargo, a lo largo del siglo XX la enseñanza de la obstetricia ha sufrido muchos cambios, que siguieron el modelo de atención de salud y las concepciones materna y neonatal en la formación profesional del área.” (Mariño,2016) “A lo largo de la historia se han visto representadas las desigualdades de género en las sociedades. Así, profesiones representadas por mujeres, se han visto influidas por los roles que cada cultura y sociedad ha atribuido a hombres y a mujeres. En la formación de las matronas se refleja cómo otros oficios o gremios han ejercido influencia sobre ellas movidos por multitud de intereses. Las concepciones de género estarán presentes desde los primeros pasos en la regularización de la asistencia a los partos y, en definitiva, en todo el trayecto de su formación hasta obtener la titulación que las acreditara para el ejercicio de su profesión. Las matronas, como colectivo exclusivamente femenino durante siglos, han tenido que sobrellevar durante un largo tiempo la negación del reconocimiento a su autonomía como profesión, ya que, a pesar de compartir un conjunto de saberes de un valor incalculable, el control de su formación y la regulación de su actividad ha estado en manos de otros profesionales y no en las de ellas mismas. Gran avance han tenido los conocimientos de los orígenes de la vida, de las leyes de la herencia y el crecimiento y desarrollo embrionario y fetal, los efectos secundarios de los distintos fármacos, de las tecnologías para el diagnóstico y el tratamiento en el ciclo materno fetal, lo cual reafirmó la necesidad del cuidado de la salud de la madre y su hijo a lo largo de todo el ciclo perinatal en una dimensión tanto en lo ético como en lo científico, de cuidar a la pareja desde antes de la gestación en la pre-concepción, la concepción hasta el nacimiento para después brindarles el cuidado integral, considerando, a los integrantes de la familia como un todo, con énfasis en la madre y su hijo por la vulnerabilidad que presentan en esta etapa del ciclo vital, los riesgos en constante interacción con su entorno cambiante, apoyando sus procesos vitales y la motivación para el logro del máximo potencial en los ámbitos biopsicosociales, emocionales y espirituales,

en la búsqueda de una mejor calidad de vida y el compromiso contraído con el advenimiento de cada nuevo ser humano para un mundo mejor. Desde una perspectiva histórica, las actividades realizadas por las parteras han sido más que una actitud de trabajo, una experiencia ética, por los aspectos intangibles, en que prevalecen los valores humanos, el cuidado integrador que rebasa el esquema biologista hacia uno holístico, relacionado con actitudes de ternura, afecto, comprensión y de reconocimiento de las dimensiones del ser humano, de la sensibilidad para uno mismo y la alteridad, entendida como el descubrimiento que el “yo” hace del “otro”, de la que surgen una amplia gama de imágenes del otro, del “nosotros”, de las fuerzas existenciales y el apoyo situacional, de los sentimientos generados en la relación de ayuda y confianza, bajo una visión fenomenológica. Desde sus inicios, la profesión ha experimentado profundos cambios tanto científicos como profesionales. Diferentes aspectos de la profesión han ido adaptándose a las características propias de cada época, observándose un crecimiento resplandeciente de la profesión. El ámbito legal reconoce el nivel competencial de las matronas como profesionales con un perfil polivalente accesible tanto a la atención primaria como a la especializada, y no solo su función asistencial si no también docente. El modelo de atención por matronas se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son eventos vitales normales, centrados en la mujer. Las diferencias entre el modelo de atención por matronas y otros modelos de atención a menudo incluyen variaciones en la filosofía, el enfoque, la relación con el profesional y el uso de intervenciones durante el parto. La filosofía de este modelo de atención por matronas está basada en la normalidad y la capacidad natural de las mujeres de experimentar el parto con una intervención mínima. Se observa que la atención al embarazo, parto y puerperio por este modelo, proporciona mayores beneficios que otros modelos médicos o de atención compartida y sin efectos adversos, ya que disminuye la utilización de analgesia regional y episiotomía durante el parto, aumenta la tasa de parto vaginal espontáneo con una mayor sensación de control de la mujer y con una 31 mayor probabilidad de ser atendida por matronas conocidas, así como una mayor tasa de inicio de la lactancia materna” (Arcipreste de Hita,2017)

2. MARCO TEÓRICO

Los modelos teóricos en la disciplina obstétrica

“El ingreso formal en el mundo académico del “saber científico” constituye un aspecto innovador de la disciplina obstétrica de los últimos años. Nos referimos al reconocimiento epistemológico de la obstetricia. En materia de formación obstétrica, la reforma universitaria acredita a la obstetricia como un arte y una ciencia porque el sector científico disciplinario, describe sus contenidos científicos teórico-prácticos. Por tanto, a lo largo de su formación, los profesionales se ven obligados a desarrollar sus propios modelos teórico-conceptuales específicos. Se trata de un esfuerzo intelectual importante, que tiene como objetivo proporcionar a las nuevas generaciones de obstetras un “saber-guía” peculiar e innovador. Los modelos teórico-conceptuales tienen las siguientes particularidades:

- Son la abstracción o representación mental de la realidad asistencial.
- Son un conjunto de conceptos que describen ideas, situaciones o acontecimientos de interés particular para la disciplina obstétrica.
- Facilitan la organización de los planes de estudio para todo nivel de formación.
- Guían el desarrollo disciplinario.
- Orientan la práctica obstétrica.
- Refuerzan la imagen de la profesión, en tanto subrayan la importancia de basar su praxis en la teoría.
- Es necesario prestar atención a una serie de teorías y modelos conceptuales, que constituyen el aspecto racional y científico de la práctica obstétrica.” (Gomez T.,2017)

Teorías aplicadas a la disciplina obstétrica

Teoría holística de Smuts

“La palabra holismo (del griego òlos = todo, completo) fue acuñada por el filósofo sudafricano Jan Christian Smuts. El holismo se caracteriza por el reconocimiento y el respeto de la interacción entre mente, cuerpo, espíritu del

individuo y el ambiente que lo rodea. Esta visión se opone a la perspectiva “atómica” de la ciencia contemporánea, que considera al individuo como un ser “segmentado” y lo examina “pedazo por pedazo”, en un intento de comprenderlo en su totalidad. El holismo considera al ser humano en su totalidad y lo inserta en su entorno, donde “el organismo y el sistema en el que vive resultan ser mayores y diferentes a la suma de sus partes” Holístico y holismo derivan del griego y significan “entero”. El holismo es una teoría según la cual el universo y todo lo que vive en él son vistos como varias totalidades que interactúan y representan mucho más que la suma de sus partes. Para Smuts, el holismo es una teoría que describe al hombre como un conjunto de varias partes, que dependen entre sí y se coordinan de manera sistémica. Esta interacción hace que el todo sea mayor que la suma de las partes, lo que hace que sea más compleja la individualidad única de cada sujeto.” (María Brey,2015)

Teoría de las necesidades de Maslow Abraham

“Elaboró una teoría basada en las necesidades humanas, clasificadas según un orden jerárquico: fisiológicas, de seguridad, de pertenencia, de amor, de reconocimiento y de autorrealización. En los seres humanos se manifiestan como necesidades instintivas. En su célebre pirámide, Maslow coloca las necesidades en orden de importancia: de las más esenciales para la supervivencia a las que se requieren para desarrollar las potencialidades del individuo. Según la pirámide de Maslow, por analogía el individuo tiene que satisfacer las del estrato inferior antes de alcanzar las del superior. Las necesidades y sus modalidades de expresión son influidas por factores culturales, sociales, económicos y personales, así como por el estado de salud del sujeto. Todo individuo, con sus actitudes y comportamientos, tiende a responder de manera inevitable a sus necesidades. Si éstas no son satisfechas, se generan con facilidad desequilibrios físicos o mentales, o ambos. Las necesidades, colocadas en distintos niveles de la pirámide, son las siguientes:

Necesidades fisiológicas: Se encuentran en la base de la pirámide de Maslow y son esenciales para la existencia humana. Existir significa utilizar aire y requerir

oxígeno, que es esencial para los procesos metabólicos y la actividad cardiorrespiratoria; utilizar la comida para alimentarse de manera adecuada, con objeto de producir energía y favorecer los procesos metabólicos; emplear el agua necesaria para los procesos metabólicos y para establecer un equilibrio hidroelectrolítico, fundamental para la vida; eliminar del organismo los productos de desecho; descansar para reanimar el cuerpo; conservar la temperatura corporal adecuada para vivir; tener las relaciones sexuales necesarias para la continuación de la especie.

- Necesidades de seguridad: Ocupan el segundo nivel de la pirámide. Corresponden a la liberación de las ansiedades y de los miedos que podrían generarse por la inseguridad, la falta de protección y estabilidad, y el peligro.
- Necesidad de amor: Se refiere a la necesidad de cariño, afecto y relaciones importantes que nos alejan del aislamiento y de la soledad. Se satisface al dar y recibir amor.
- Necesidad de reconocimiento: Se trata de una necesidad de estima personal que deriva de una buena evaluación de uno mismo y de la admiración y el respeto que los otros nos demuestran.
- Necesidad de autorrealización: tiene que ver con la realización de sí mismo a través de las propias cualidades, aptitudes, posibilidades y potencialidades. Este último nivel corresponde a la punta de la pirámide y a la última fase de la teoría de Maslow.” (Cabré,2016)

Teoría de las necesidades de Heller Agnes Heller

“Elaboró una teoría basada en el concepto de bipolaridad. Según esta autora, existen dos categorías de necesidades: existenciales y humanas. Las necesidades existenciales pertenecen a todos los seres vivos: beber, alimentarse, respirar, protegerse, reproducirse, etc. En cambio, las necesidades humanas sólo pertenecen a las personas y se dividen en radicales y alienadas. Las radicales se refieren a los instintos de la personalidad humana: amor, amistad, diversión, socialización. Entre las alienadas se encuentran el poder, la posesión y el dinero. Según Heller, el concepto de bipolaridad debe interpretarse como la antítesis existente entre estos dos

grupos de necesidades. Además, quien elige las alienadas deberá prescindir de las radicales.

Teoría de las necesidades de Henderson Virginia Henderson

Nacida en 1897, se acercó a la asistencia sanitaria durante la Primera Guerra Mundial. La teoría que propone es resultado de largas investigaciones y experiencias laborales, donde pasó de una concepción del trabajo hospitalario impersonalizado a la experiencia dinámica y creativa del trabajo domiciliario. Más adelante, la transición al ámbito universitario y a la enseñanza la llevó a confrontarse con otras disciplinas. Se dio cuenta del fuerte vínculo entre el equilibrio fisiológico y el psicológico del individuo, a tal grado que su teoría se basa en la inseparabilidad entre cuerpo y psique. La salud equivale a la independencia, es decir, la capacidad del individuo de satisfacer las 14 necesidades de manera autónoma. La independencia es una prerrogativa indispensable para el funcionamiento y la actividad humana, que requiere fuerza, voluntad y conocimientos. Virginia Henderson define el papel del profesional sanitario como “de ayuda”, que a través de su relación interpersonal trata de satisfacer las 14 necesidades.” (Cabré,2018)

EL MODELO FISIOLÓGICO DE MARJORY GORDON

“Se trata de un modelo de enfermería propuesto por Marjory Gordon y utilizado durante la fase de valoración para organizar la información a partir de un método holístico. Ofrece una apreciación de las necesidades del individuo, de la familia y de la comunidad según un proceso racional y científico, necesario para la determinación de su orden de identificación y evaluación. Se centra, en particular, en los comportamientos que se suceden a lo largo de la existencia humana, mostrando una imagen total de la persona, más que un fragmento o una parte de su vida. Marjory Gordon ofrece una valoración global de las necesidades del ser humano según un proceso racional y científico, necesario para la determinación de su orden de identificación y evaluación.” (Icaria,2018)

2.1. Vida y obra

INA GAIN MASKIN

“Nace en Iowa, Estados Unidos el 8 de marzo de 1940. Es una partera que ha dedicado su vida a defender y a poner en práctica el Parto Humanizado. Fundó El Centro de Partería de la Granja en Summertown, Tennessee y la fundación The Safe Motherhood Quilt Project. También ha sido denominada como “la madre de la matronería moderna” y como “la partera más famosa del mundo”. Gaskin nació en una familia Protestante de Iowa (por un lado Metodista y presbiteriana por el otro). Su padre, Talford Middleton, fue criado en una gran granja de Iowa, la cual se perdió ante un banco luego de la muerte accidental de su padre en 1926. Su madre, Ruth Stinson Middleton, fue una profesora de Economía Doméstica, que enseñó en varias ciudades pequeñas en un radio de 64 kilómetros aproximadamente de Marshalltown, Iowa. Ambos se graduaron de la universidad, dándole una gran importancia a la educación superior. Sus abuelos maternos establecieron un orfanato presbiteriano en Farmington, Missouri, una ciudad pequeña cerca de Los Ozarks. Su abuela, Ina May Beard Stinson, dirigió el orfanato durante muchos años después de la muerte de su marido, que a la vez era pastor.” (Icaria,2017)

OBRAS Y MOTIVACIONES

“En 1971 Gaskin, junto a su esposo Stephen Gaskin, fundaron una comunidad llamada “La Granja” en Summertown, Tennessee. Allí, ella junto al resto de las parteras de La Granja crearon El Centro de Partería de La Granja, uno de los primeros centros de Estados Unidos donde se atendían partos fuera de los hospitales. La presencia de los miembros de la familia y amigos es común durante la atención de la embarazada y se les anima a tomar un rol activo durante el parto. Ina se refiere en su documental Historia del Nacimiento sobre esto y a las parteras como:

“Nos sentimos como una orden de parteras espirituales, empíricas, libres y revolucionarias y sentimos que el sacramento del parto le pertenece a la familia”. Gaskin ha sido capaz de formar parteras en los Estados Unidos desde

principios de 1970, sin la necesidad de estudiar enfermería en primer lugar. Entre los años 1977 y 2000, publicó la revista trimestral Birth Gazette. La Guía del Nacimiento, su segundo libro sobre el nacimiento y la obstetricia, fue publicada por Bantam/Dell en 2003. Sus libros han sido publicados en varios idiomas, incluyendo alemán, italiano, húngaro, esloveno, español y japonés. A lo largo de su vida, ha recibido variados premios y reconocimientos. Desde principios de la década de los 80's, ha sido una oradora de renombre internacional en la atención de maternidad dando conferencias en todo el mundo para parteras, médicos, los futuros padres y formuladores de políticas sanitarias . Ha hablado en las facultades de medicina y obstetricia de varios países. También ha participado en The Starwood Festival y el Simposio Winterstar, discutiendo la historia y la importancia de la obstetricia. Ina May Gaskin creó la fundación The Safe Motherhood Quilt Project para llamar la atención del público y mostrar las altas tasas de mortalidad materna actuales en Estados Unidos, y en honor a las mujeres que han muerto por causas relacionadas con el embarazo durante los últimos veinte años. Ella ha aparecido en distintas películas y documentales sobre el parto, las parteras y la obstetricia. Un estudio sobre partos en casa asistidos por las parteras de La Granja observó los resultados de 1707 mujeres que recibieron tratamiento en el Tennessee rural entre 1971 y 1989. Estos partos fueron comparados con los resultados de más de 14000 partos atendidos en hospitales (incluidos aquellos denominados de alto riesgo) en 1980. Se realizó la comparación de muertes perinatales, complicaciones del parto, y la realización de un parto asistido. El estudio demostró que bajo ciertas circunstancias (como embarazos de bajo riesgo), los partos atendidos en casa por parteras pueden realizarse con la misma seguridad que en un hospital, pero con menos intervención.” (Hiades,2018)

LA MANIOBRA DE GASKIN

“La Maniobra Gaskin es una técnica para resolver la distocia de hombros. Gaskin la introdujo en Estados Unidos en el año 1976 después de aprenderla de una mujer de Belice quien a su vez, aprendió la maniobra en Guatemala, donde se originó.

La distocia de hombros es una urgencia obstétrica imprevisible e impredecible que puede presentarse durante el parto. Antes de realizar cualquier tipo de maniobra desesperada para intentar la liberación del feto, la matrona deberá planificar una conducta organizada que evite las complicaciones tanto maternas como fetales. Se considera una urgencia obstétrica durante el parto, ya que supone un grave peligro para la vida y la salud tanto de la madre como del futuro neonato. Esta situación precisa una rápida actuación por parte de los profesionales implicados en el parto, ya que el tiempo para extraer al feto sin que se produzcan lesiones es limitado. En la práctica clínica, la matrona realiza los cuidados durante el parto y es, generalmente, el profesional que identifica en primer lugar la existencia de la distocia de hombros. Por ello, debe entender los mecanismos implicados en la distocia y debe ser capaz de realizar un rápido diagnóstico y actuación para prevenir las serias complicaciones que pueden presentarse tanto en la madre como en el feto. La incidencia de la distocia de hombros se estima en un 0,15-2,09% de los partos vaginales. No existe una definición absoluta de la distocia de partos, ni tampoco una conducta universalmente aceptada en la práctica para resolverla. Los signos clínicos utilizados para identificarla incluyen la dificultad de los hombros para atravesar espontáneamente la pelvis después de la expulsión de la cabeza fetal. Por otro lado, una definición más precisa indica que la verdadera distocia requiere maniobras para el desprendimiento de los hombros, además de una tracción descendente y una episiotomía. En la actualidad, se propone una definición más objetiva, que considera que debe pasar más de 1 minuto entre el parto de la cabeza y el de los hombros; además, deben ser precisas una serie de maniobras para la liberación de los hombros. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, la incidencia de la distocia de hombros se eleva a un 11-13%, aunque muchos partos difíciles se resuelven mediante maniobras profilácticas sin llegar a su diagnóstico.” (Hiades,2015) “Es una maniobra simple de efectividad probada, se considera que es la primera que debe hacerse. Este procedimiento produce una rotación cefálica de la sínfisis púbica y aplanar el promontorio sacro. Estos movimientos impulsan el hombro posterior sobre el promontorio sacro, permitiendo que se aloje en la concavidad sacra y rotando la sínfisis sobre el hombro impactado. Si la maniobra es exitosa el feto sale con la tracción normal. Esta maniobra libera el 40% de las distocias de hombros, y

combinada con la presión supra-púbica resuelve más del 50% de las distocias.”
(Cruz y Hermida,2017)

MECANISMO DEL PARTO

“En el mecanismo normal del parto, durante el desprendimiento de la cabeza en occipito-púbica, los hombros ocupan uno de los diámetros transversos u oblicuos de la pelvis. Posteriormente y conforme se produce el descenso a través de la pelvis, los hombros rotan en dirección antero-posterior para su desprendimiento. Si la cintura escapular desciende en el diámetro antero-posterior del estrecho superior de la pelvis, o si el diámetro de los hombros es mayor que el de salida, el hombro posterior no penetra en la pelvis menor o se desplaza al hueco pre-sacro, mientras que el hombro anterior se impacta detrás de la sínfisis impidiendo el descenso y su desprendimiento.

Se describen tres grados de distocia de hombros en función de su gravedad:

1. Engatillamiento de un feto grande con los mecanismos de rotación presentes (parto difícil de los hombros) que normalmente se resuelve con facilidad.
2. Distocia unilateral, donde el hombro posterior ha entrado en la pelvis menor, pero el anterior permanece impactado por encima de la sínfisis del pubis.
3. Distocia bilateral, donde ambos hombros quedan detenidos por encima de la pelvis menor (de aparición muy rara).” (Domínguez-Alcón,2018)

“En cualquier caso, el signo capital de la distocia de hombros aparece cuando después de la expulsión de la cabeza fetal, ésta retrocede y se aplica firmemente contra el perineo, intentando regresar hacia donde proviene (signo de la tortuga). Tanto en la distocia unilateral como en la bilateral, la tracción sobre la cabeza fetal no consigue el desprendimiento de los hombros, sino que causa un mayor impacto de éstos en el diámetro antero-posterior de la pelvis. Asimismo, la tracción provocará una elongación del plexo braquial de los nervios raquídeos cervicales, que puede tener como consecuencia la parálisis obstétrica del brazo superior (parálisis de Erb-Duchenne) o del brazo inferior (parálisis de Klumpke).” (Pirámide,2016)

DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN

“Aunque existen muchos estudios retrospectivos que han evidenciado diversos factores clínicos asociados con la distocia de hombros, ésta se considera un suceso totalmente impredecible, ya que un 50-90% de las distocias no presentan un riesgo previo. El factor asociado de forma más sólida con la distocia de hombros es la macrosomía (peso real al nacer mayor de 4.000 g). A partir de esta cifra el riesgo aumenta de forma significativa, hasta alcanzar tasas del 20 al 30% en los niños de 4.500 g. En la diabetes materna pregestacional, los fetos presentan una configuración corporal diferente a la de los hijos de madre no diabética. En los primeros, la relación torácico-cefálica es mayor por el aumento del tejido subcutáneo, debido a la secreción de insulina fetal en respuesta a la hiperglucemia materna. Se ha observado que las gestantes diabéticas tienen un riesgo entre 2 y 6 veces mayor de presentar una distocia de hombros que las no diabéticas; asimismo, se ha descrito un aumento de la distocia en las gestantes con intolerancia a la glucosa. Por ello, resulta imperativo mantener a la madre diabética bajo un buen control metabólico para evitar la hiperglucemia y, de ese modo, la macrosomía.” (García,2018) “La predicción de la macrosomía mediante evaluación ultrasónica en la mujer diabética puede llegar al 88%, en cuyo caso algunos autores recomiendan la práctica de una cesárea electiva, mientras que otros indican la inducción al parto a las 38-39 semanas, ya que esta práctica disminuye la incidencia sin aumentar el número de cesáreas. En cuanto a la población general, la ecografía sólo identifica correctamente la macrosomía en un 60% de los casos, por lo que su eficacia pronóstica es limitada y muchos autores no recomiendan la práctica sistemática de una cesárea electiva indicada únicamente por el peso fetal. Debemos tener en cuenta que casi la mitad de las distocias de hombro se presentan en fetos de menos de 4.000 g de peso y que la predicción ecográfica de macrosomía puede aumentar el número de cesáreas sin reducir la incidencia de distocia de hombros o de lesión fetal. El antecedente de parto previo con distocia de hombros también puede predisponer a una distocia recurrente, con una incidencia que varía entre 1-12% según los estudios revisados. Asimismo, el parto anterior de un macrosómico también parece tener relación con la recurrencia de la distocia de

hombros. La obesidad, la multiparidad y la post-madurez no parecen confirmarse como factores de riesgo en los últimos estudios, aunque sí el incremento ponderal materno en la gestación. La mayor incidencia de distocia de hombros en el embarazo prolongado parece ser debida a que muchos fetos continúan creciendo después de las 42 semanas, aunque parece ser que la distocia de hombros se relaciona sólo con los fetos post-maduros de elevado peso para la edad gestacional. Existen diversas causas que pueden dificultar la rotación de la cintura escapular en la pelvis materna durante el descenso del feto. Éstas incluyen la estructura pélvica androide o antropoide y las anomalías en el trabajo de parto.” (García,2017) “Tanto el trabajo de parto rápido o precipitado como la prolongación del expulsivo, la detención del trabajo de parto o la extracción del feto mediante fórceps en el tercio medio de la excavación pélvica, pueden dificultar seriamente el parto de los hombros y, por tanto, se asocian a un aumento de la distocia de hombros.” (Martínez,2018)

CONSECUENCIAS

“La mortalidad perinatal entre los niños oscila del 21 al 290 por mil. Además, la morbilidad perinatal, especialmente la hipoxia neonatal, la lesión del plexo braquial y las fracturas de húmero y clavícula aparecen en un 20% de los supervivientes. En cuanto a la hipoxia, hay que tener en cuenta que el pH de la arteria umbilical desciende 0,04 UI/min entre el parto de la cabeza y el de los hombros, por lo que si el feto estaba bien oxigenado hasta el momento, pasará un lapso de tiempo hasta que se produzcan efectos clínicos graves; en cambio, si el feto ya padecía una acidosis será más probable la aparición de asfixia, encefalopatía isquémica e incluso lesiones nerviosas. La lesión del plexo braquial se produce como resultado de la tracción hacia abajo del plexo durante el intento de extracción del hombro anterior; generalmente, esta lesión es transitoria y tiene una recuperación completa en un 80% de los casos. Respecto a las fracturas de clavícula, se ha llegado a la conclusión de que son inevitables e impredecibles y que no tienen ninguna consecuencia clínica. La principal causa de morbilidad materna la constituye la hemorragia posparto. Normalmente, es debida a desgarros cervicales, vaginales o perineales como resultado de las manipulaciones realizadas durante el intento de

desprendimiento de los hombros. También puede producirse atonía uterina o incluso rotura uterina o endometritis.” (Valle Racero,2018)

CONDUCTA

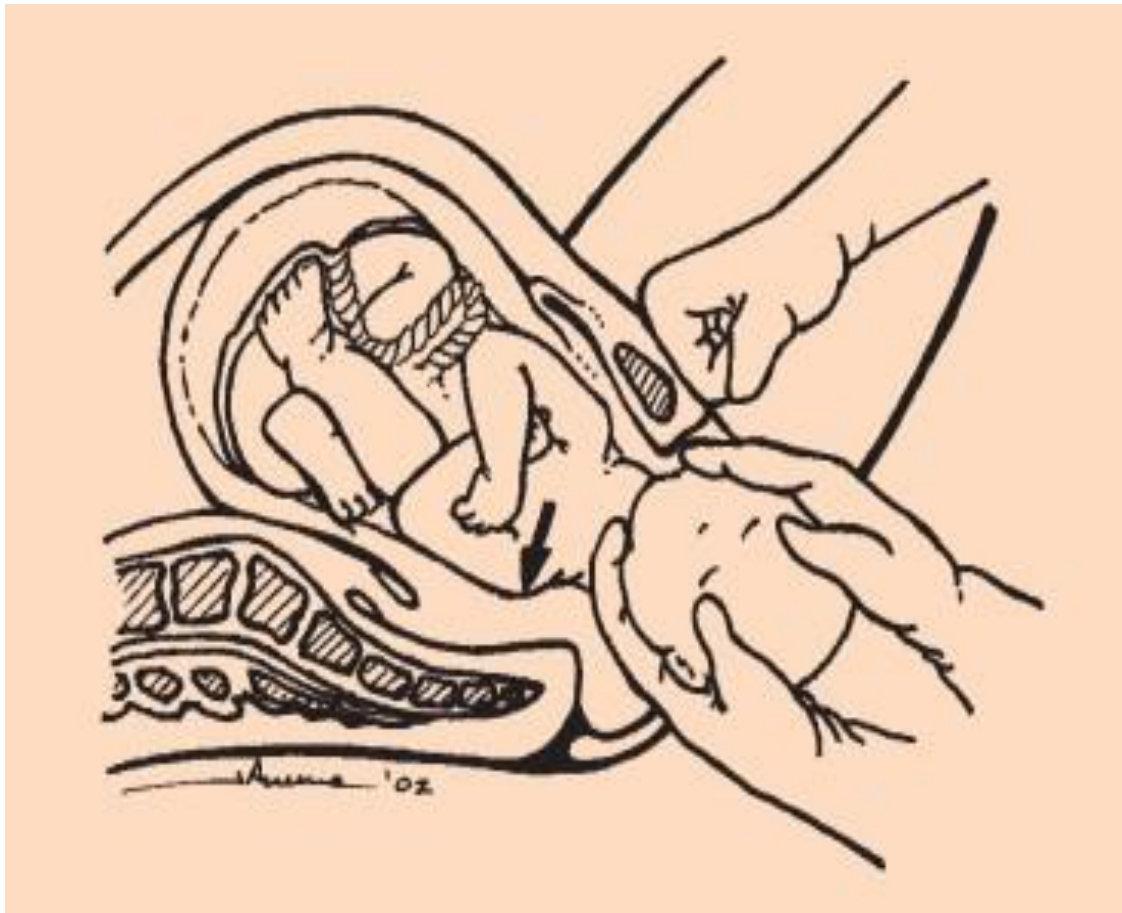
“En el caso de la distocia de hombros es tan importante no perder tiempo como saber actuar sin precipitación. Si hasta el momento del parto el feto estaba bien oxigenado, la actuación de los profesionales deberá ser ordenada, aunque rápida, ya que durante este lapso el niño está más expuesto a las lesiones traumáticas iatrogénicas que a la hipoxia. Antes de realizar cualquier tipo de maniobra desesperada, la matrona deberá planificar una conducta organizada para que el parto sea lo más seguro posible. Al identificar una dificultad en el desprendimiento de los hombros se debe solicitar ayuda al obstetra y, si es preciso, al anestesista. Algunas maniobras precisan de dos ayudantes para su realización óptima. También se debe avisar al neonatólogo por si el niño precisara maniobras de reanimación específicas. Previamente a cualquier manipulación es preciso dar una explicación a la madre, ya que para facilitar el parto con éxito será necesaria su cooperación. Después del desprendimiento de la cabeza fetal se realizará una aspiración nasobucal para liberar las vías aéreas. Esta técnica podría disminuir el grado de asfixia en caso de que el niño inicie movimientos respiratorios. Deben evitarse las maniobras inapropiadas de tracción o de rotación de la cabeza fetal y la compresión del fondo uterino. Estas maniobras pueden producir lesiones ortopédicas y neurológicas, ya que lo único que consiguen es impactar más aún el hombro por debajo de la sínfisis del pubis. También se ha descrito que la maniobra de Kristeller puede causar rotura uterina e incrementar el riesgo de un desprendimiento precoz de placenta. Por último, debe evitarse el pujo materno desordenado, que provocará el mismo efecto que las maniobras comentadas. La episiotomía elimina los obstáculos sobreañadidos de las partes blandas y evita las lesiones del esfínter anal. Además, confiere un espacio adicional al introito para poder insertar una mano por detrás de la cabeza fetal e intentar maniobras directas u otras manipulaciones, por lo que deberá ser amplia y extenderse tanto como sea necesario.” (Hiades,2018)

“Si no se había realizado previamente, su práctica en presencia de la cabeza fetal puede resultar difícil y requerirá de un ayudante para apartar la barbilla del niño durante la infiltración del anestésico local y durante la incisión. Seguidamente se procederá a realizar una serie de maniobras para intentar liberar de forma rápida la cintura escapular impactada o conseguir la extracción del feto. El orden de estas maniobras dependerá de la experiencia de la matrona o del obstetra que las realice, ya que no existen datos que corroboren que una secuencia en particular sea mejor que otra. En ocasiones, una única maniobra no conseguirá la liberación de los hombros, y deberán aplicarse varias de ellas de forma secuencial. No obstante, se han descrito como maniobras de primera intención aquellas que resultan más fáciles de realizar y menos traumáticas para la madre y el feto. Maniobras de primera intención

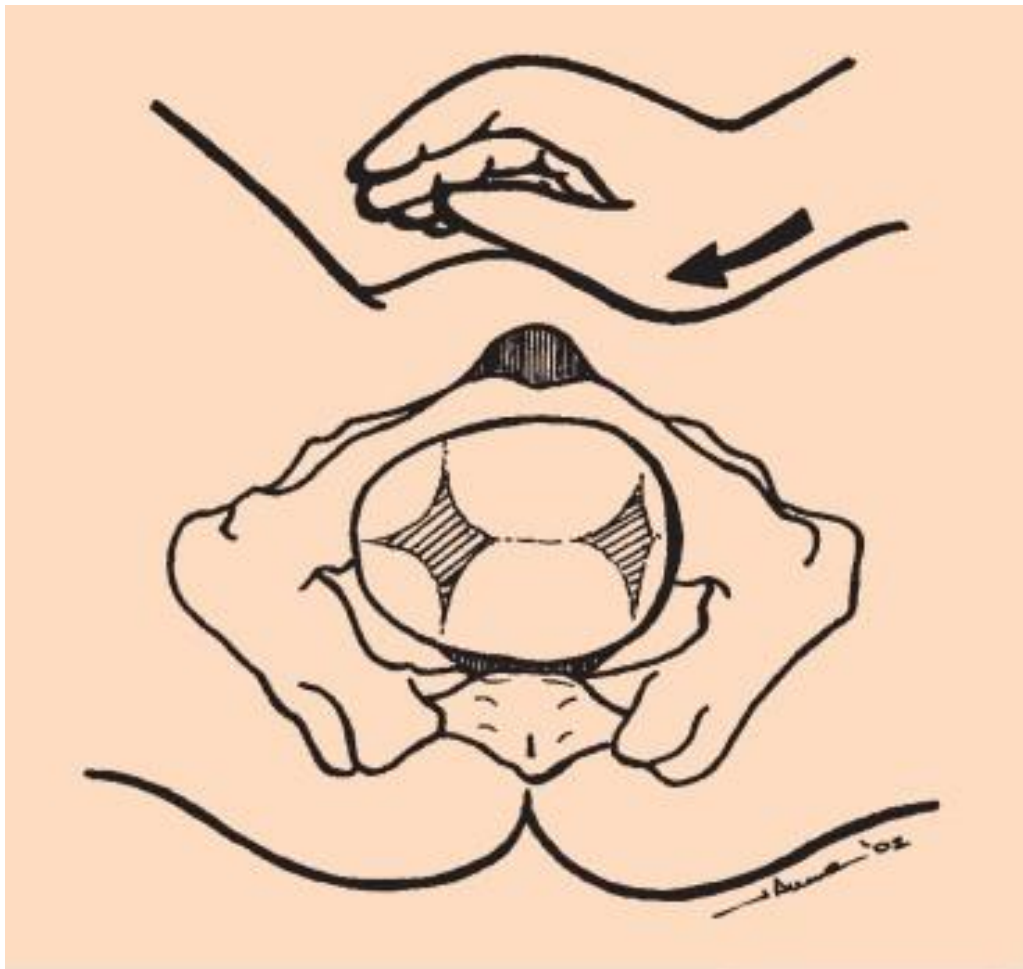
Compresión supra-púbica. Requiere la colaboración de un ayudante que, con una mano, realizará una compresión uterina moderada y, con la otra, una fuerte presión sobre el hombro anterior del feto para desalojarlo del hueso púbico con el fin de que penetre en la pelvis y pueda rotar para su expulsión. Es importante localizar el dorso del feto mediante palpación abdominal para saber en qué dirección se deberá aplicar la presión.” (Marland,2016) “Por otra parte, si la vejiga urinaria contiene orina residual la presión puede producir lesiones vesicales, por lo que se recomienda el vaciado vesical antes de la expulsión de la cabeza fetal, ya que en caso de distocia de hombros puede resultar imposible la realización de esta técnica. La compresión supra-púbica tiene dos modalidades:

- Compresión supra-púbica en dirección posterior con el puño cerrado, que puede ser útil para desalojar el hombro anterior y empujarlo detrás de la sínfisis del pubis (técnica de Mazzanti)

- Compresión lateral sobre el abdomen contra el hombro anterior con la palma de la mano, para intentar movilizar la cintura escapular a una posición oblicua dentro de la pelvis materna (técnica de Rubin). Esta maniobra provoca una aducción de los hombros que reduce el diámetro biacromial, lo que facilita la rotación del hombro fuera del hueso púbico y su penetración al interior de la pelvis:



La técnica de Rubin parece ser menos traumática que la de Mazzanti, en la que deberá controlarse la intensidad de la presión sobre el tórax fetal, ya que si es excesiva puede provocar una parada cardíaca fetal. La compresión supra-púbica debe ir seguida del pujo materno y de una suave tracción descendente sobre la cabeza fetal. Por sí sola es una maniobra que puede resolver de un 42 a un 80% de las distocias pero ha demostrado ser más eficaz si se utiliza junto con otros procedimientos:



Maniobras que implican un cambio postural de la mujer Estas maniobras se basan en que la modificación de la posición de la mujer en el parto produce una serie de movimientos que varían el tamaño de los estrechos y la forma de la pelvis. Maniobra de McRoberts: Consiste en una hiperflexión de las piernas sobre el abdomen materno realizada por dos ayudantes. Esta posición reduce la lordosis lumbar y bascula la base del sacro hacia delante y hacia abajo, al tiempo que rechaza el cóccix hacia arriba y hacia atrás. Durante esta maniobra, se produce una ascensión de la sínfisis que tiende a deslizarse sobre el hombro anterior. Aunque no modifica las dimensiones de la pelvis, la rotación anterior de la sínfisis puede liberar el hombro anterior impactado sin manipular al feto. Es una maniobra sencilla, segura, extremadamente efectiva y que no precisa un entrenamiento especial. Ha demostrado ser útil hasta en un 91% de los casos y se asocia a una disminución de la morbilidad fetal respecto a otros procedimientos. Algunos autores la proponen como maniobra de primera elección y sugieren, además, que es adecuado intentarla una segunda vez si falla inicialmente:



Maniobra de Gaskin

Fue descrita por la comadrona Ina May Gaskin en 1976 para la atención del parto por comadronas o médicos de familia. Consiste en cambiar a la mujer de posición, de forma que quede apoyada sobre sus manos y sus rodillas. El mecanismo preciso mediante el cual actúa esta maniobra no es del todo conocido. En esta posición, la fuerza de la gravedad actúa sobre el feto; por otra parte, en la posición a gatas se produce una modificación de los diámetros pélvicos respecto a la posición en decúbito y ambos fenómenos pueden resultar útiles para liberar los hombros, especialmente si el posterior se halla impactado por delante del promontorio sacro. Las ventajas de esta maniobra incluyen: su sencillez, su efectividad (83% de éxito de parto en la siguiente contracción) y que no excluye la práctica de otros procedimientos, ya que tanto la maniobra de McRoberts como la compresión supra-púbica u otros procedimientos para la rotación o la liberación de los hombros pueden también realizarse en la posición descrita por Gaskin. En la práctica clínica, algunos autores la proponen como de primera elección cuando la mujer se halle bajo

anestesia local o bloqueo de pudendos.” (Marland,2017) “Si el parto se realiza con anestesia epidural, indican utilizar inicialmente la maniobra de McRoberts, la compresión supra-púbica y la rotación de los hombros y, antes de intentar el parto del hombro posterior, colocar a la mujer en la posición de Gaskin:

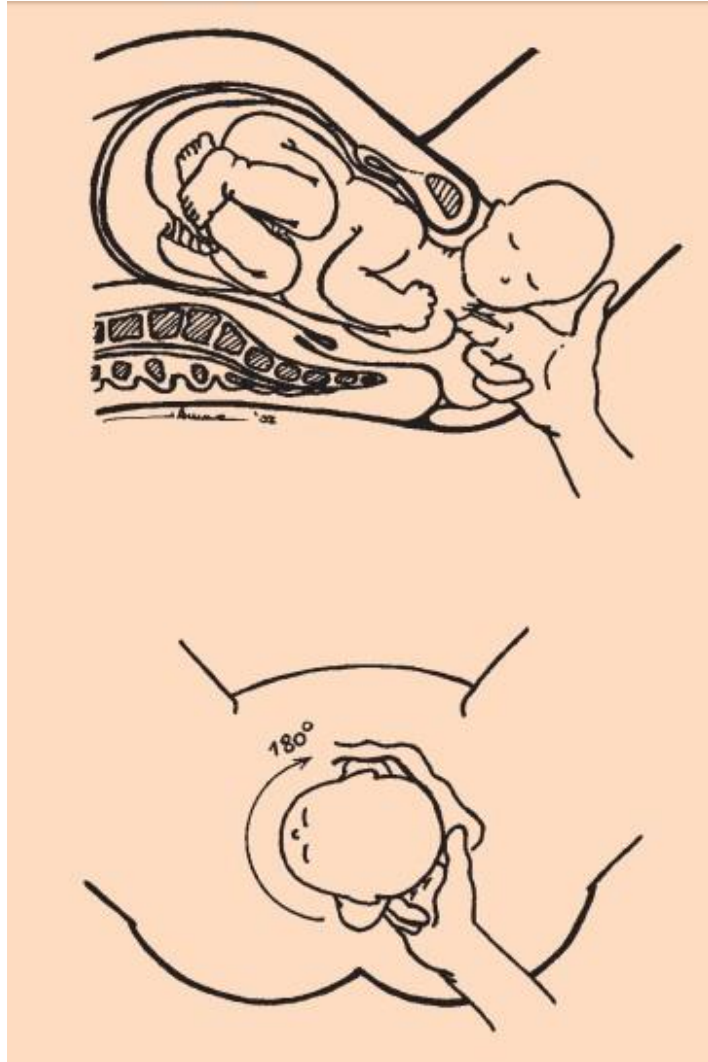


Maniobras que requieren la manipulación directa del feto

Maniobra de Woods (maniobra de tornillo de Woods)

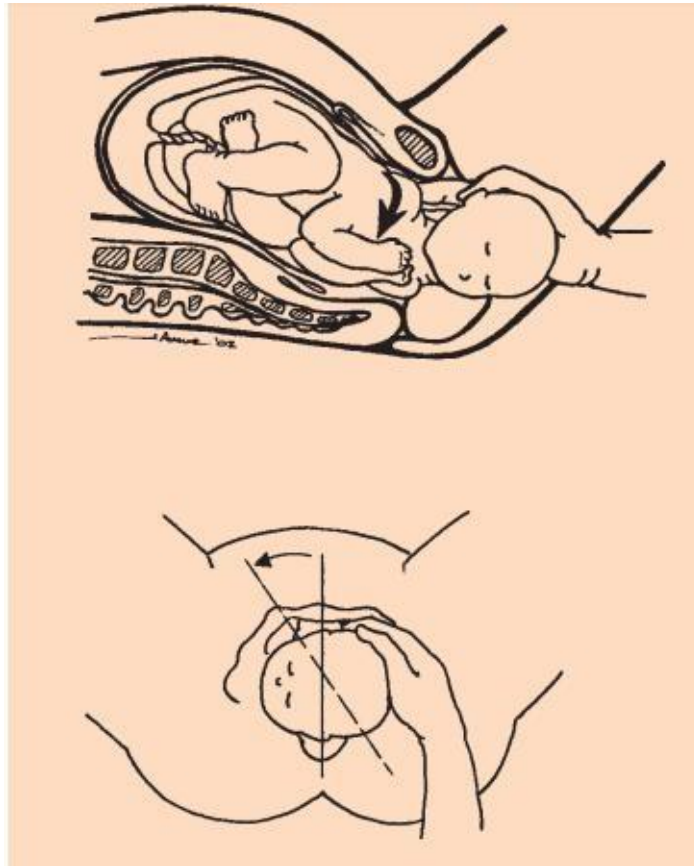
Consiste en imprimir al hombro posterior un movimiento de rotación de 180° para convertirlo en anterior y conseguir de este modo la desimpactación del hombro anterior. La rotación se realizará con dos dedos de la mano derecha en sentido de las agujas del reloj, aplicando la fuerza sobre la escápula o la clavícula, en función del dorso fetal, y no rotando la cabeza.

Esta maniobra puede producir la abducción de los hombros, lo que aumenta el diámetro biacromial y complica el problema. Para mantener el hombro anterior en aducción, esta maniobra puede acompañarse de compresión supra-púbica:



Maniobra de Rubin (maniobra de tornillo de Woods invertida)

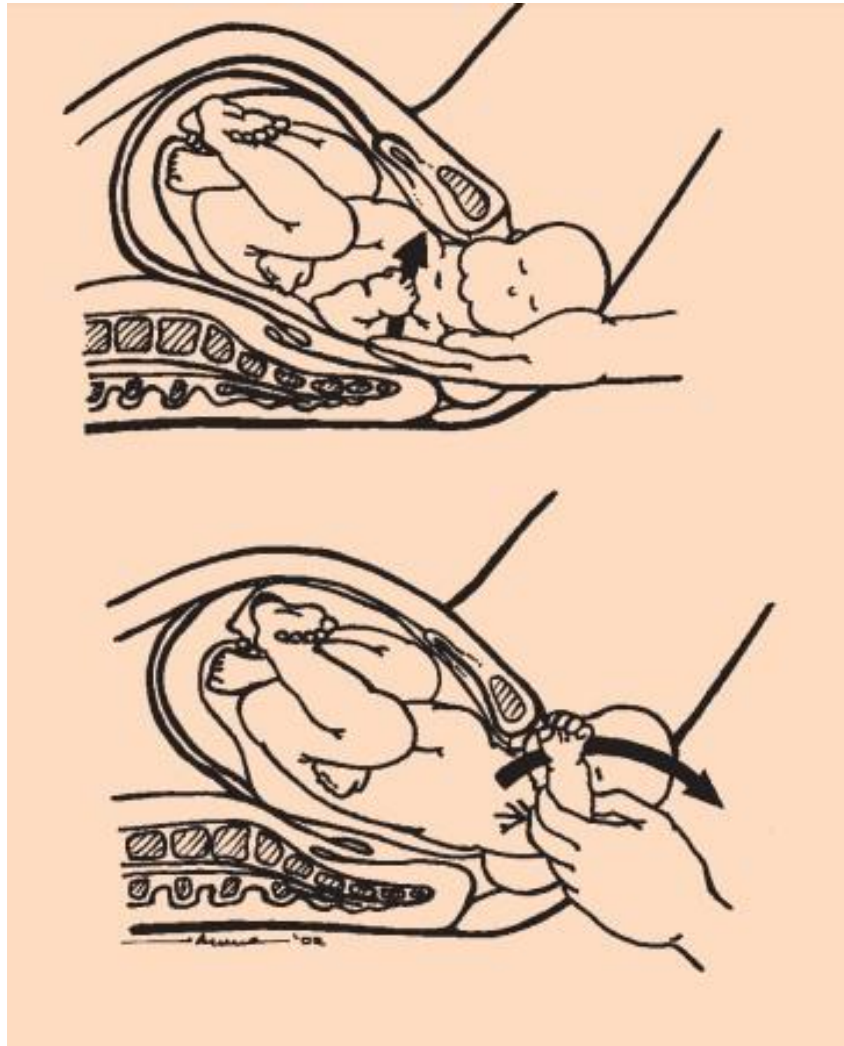
Consiste en aplicar presión en la escápula del hombro anterior en dirección al esternón para conseguir la aducción de los hombros y reducir así el diámetro biacromial. Esta maniobra desplaza los hombros del diámetro anteroposterior a un diámetro oblicuo más ancho y permite su desprendimiento:



Liberación del hombro posterior (maniobra de Jacquemier)

Para efectuar esta maniobra se inserta una mano en la vagina bajo el hombro posterior. La presión sobre la fosa antero-cubital hará que el antebrazo se flexione. A continuación, se desliza el brazo sobre el tórax cuidadosamente.

La extracción del brazo es seguida de la rotación de la cintura escapular a un diámetro oblicuo, con ayuda de compresión supra-púbica, de forma que el hombro posterior se coloque bajo la sínfisis del pubis y pueda desencajarse. Esta maniobra implica un riesgo de fractura de húmero que, por lo general, cura con rapidez y sin secuelas adversas.” (Midwifery, 2015)



LA TEORÍA DEL ESFÍNTER

“Ina May Gaskin considera que el cérvix es un esfínter más del cuerpo, por lo tanto ante el miedo o el estrés no sería capaz de dilatarse, tal como el resto de los esfínteres. Es por este motivo que promueve durante el trabajo de parto que las mujeres canten, griten o realicen cualquier acción que les permita mantener la boca abierta, ya que el estado de relajación de la boca y la mandíbula están relacionados de manera directa con la relajación de los esfínteres. Durante veintidós años publicó en *Nacimiento Gaceta*, una cubierta trimestral de salud, el parto y problemas de partería. La Guía de Ina May sobre el parto fue lanzada en 2003 por Bantam / Dell, una división de Random House y ha sido traducido al italiano, esloveno, alemán y francés.

Guía de Ina May para la lactancia fue publicado en 2009 por Bantam / Dell, y su libro más reciente, *Asuntos nacimiento: Manifiesto de una partera*, fue publicado en 2011. Ha dado conferencias en todo el mundo, en conferencias de obstetricia y en las facultades de medicina. Fue Presidenta de la Alianza de Parteras de Norteamérica desde 1996 hasta 2002. En 1997, recibió el Premio Chabon Irwin ASPO / Lamaze y el Premio de Reconocimiento de la Asociación Perinatal Tennessee. En 2003 fue elegido como Profesor visitante de Morse College, la Universidad de Yale. En 2009, recibió el título de Doctor Honoris Causa por la Facultad de Salud y Ciencias de la Thames Valley University de Londres, Inglaterra. En 2011, fue elegida como uno de las cuatro ganadoras del Right Livelihood Award (también conocido como el Premio Nobel Alternativo), dada en una ceremonia en el Parlamento sueco en Estocolmo. La Sra. Gaskin ha pronunciado numerosas conferencias a las parteras y los médicos en todo el mundo. Es la creadora de una maniobra para hacer frente a la distocia de hombros, la maniobra de Gaskin. La maniobra Gaskin es el primer procedimiento obstétrico identificado por una partera. Sus estadísticas para los partos de nalgas y su vídeo de enseñanza sobre el tema han servido para provocar una reevaluación de la política de realizar automáticamente una cesárea para todos los bebés de nalgas. A medida que los partos de nalga vaginal ha disminuido en los últimos 40 años, los conocimientos y habilidades necesarios para esos nacimientos se han acercado a la extinción. La Granja, el centro de Ina May Gaskin se caracteriza por sus bajas tasas de intervención, la morbilidad y la mortalidad. Sus estadísticas fueron publicadas en "La seguridad del hogar de nacimiento: El Estudio Farm", escrito por Marcos A. Durand, Revista Panamericana de Salud Pública, marzo, 1992, vol. 82, 450-452. Ella apareció en el Salón de características "de la revista carreras brillantes" en el 1 de junio de la edición 1999. También incentivó a que las madres eviten la culpa y que la maternidad ofrece muchas oportunidades para conectarse con los hijos. Tiene 69 años, atendió 1200 partos en los que no murió ninguna mujer y sólo tuvo que recurrir en el 1 por ciento de los casos a cesáreas." (Routledge,2018)

Una historia de vida de una mujer que se dedicó a traer vidas.

“Ina May Gaskin es la pionera en realizar partos en el hogar, en un lugar conocido como La Granja, en Tennessee, Estados Unidos, un icono de una comunidad sesentista que no pasó de moda y fue más allá del símbolo de la paz, pisoteado por los años. Ella se convirtió en esa década de nuevas búsquedas en partera (cuando conoció a Stephen, su actual marido, en 1968, después de su primer, y traumático parto, y él le enseñó cómo no tener miedo y ayudar a la gente a relajarse). Después, ella quiso aprender con Stephen a amarse para toda la vida y perduró no sólo en el amor: también, como partera profesional. Pero ella no es una neo hippie reivindicada, es, genuinamente, quien cambió el mundo de los nacimientos. Por eso, después de atender 1200 partos domiciliarios, a los 69 años, se convirtió en una experta en cómo ayudar, alentar y animar a las mujeres que dan a luz. Ella dice que, a pesar de sus arrugas y sus años, sigue ayudando a alumbrar porque la adrenalina es tan fuerte como una droga ilegal. Lo dice y se ríe. Lo dice y acaricia a Ulises Uriel, que tan sólo tiene 18 días y nació precoz, pero se acurruca entre sus brazos y se enlaza con los dedos amorosos y marcados por el tiempo y la vida de Ina. Ella contiene sus brazos para que Ulises sepa que sigue abrazado y abrigado como en la panza y desliza sus dedos –adornados con un anillo azul eléctrico que también marca sus ganas de color y coraje– para que el recién llegado sienta que hay aires de amor que acunan su sueño. Y, sienta o no la cuna de una de las parteras más revolucionarias del siglo XX. Pero la sabiduría de Ina no se muestra sólo en ser una de las primeras mujeres que pusieron el cuerpo en hacer que el cuerpo de las mujeres (y no la palabra de los/las médicos) vuelva a ser protagonista de los nacimientos. La experiencia volcada en su dulzura y reflexión serena (que no suena radicalizada, sino amparadora de quien la escucha) también se demuestran en su flexibilidad, que aleja prejuicios y culpas: Ella apunta a que los varones participen del nacimiento, a no hacer sentir en falta a las mujeres que no se animan a un parto domiciliario aunque compartan su filosofía y a que la actitud frente a la maternidad –si bien cree que está marcada por el momento inicial de la llegada al mundo– puede afrontarse con una mejor energía en cualquier momento de la vida. Ina May Gaskin fue la presidenta de la Asociación de Parteras de Norteamérica

y su apellido es el emblema de una técnica que descubrió en su trabajo –casi artesanal de alentar a las mujeres a resoplar sus fuerzas cuando la debilidad, el cansancio y el dolor fatigan la autoestima para continuar con el trabajo de parto– que se conoce como la “maniobra Gaskin” para resolver una mala posición en los hombros de los bebés. Es la autora del libro Partería Espiritual (la naturaleza del nacimiento, entre el amor y la ciencia (publicado en la Argentina por Mujer Sabias Editoras) que recopila toda su experiencia de vida de traer vidas. También realizó su Guía para el parto. Y sigue escribiendo – ahora, por ejemplo, sobre la lactancia– y sigue acariciando, callando y pujando sus palabras para alentar a las mujeres a parir y a criar con amor y fuerza, como una antigua hechicera y una moderna experta que sabe acariciar –como a Ulises, el bebé que acaba de parir la partera argentina Marina Lembo– Y que de eso enseña y de eso sigue aprendiendo. Ina visitó, por primera vez, la Argentina, invitada por el Proyecto Escuela de Parteras Comunitarias del siglo XXI (que motorizan la dula y comunicadora Sonia Cavia y la partera Marina Lembo con otras 32 mujeres más) y contó su historia de vida, brindándose, como en sus partos y como en su vida, a dar vidas.” (Molina,2017)

“Es posible tener un buen parto en un hospital, pero tiene que haber gente muy sensible para poder asistir a las mujeres. El más mínimo detalle puede hacer perder toda la energía que se mueve en el nacimiento. –Cuando Sídney tenía un año y medio, mi ex pareja me dijo “Vamos a ser hippies y vamos a California a escuchar a un hombre llamado Stephen”. Ahí conocí a Stephen (que es mi actual marido) y a otras mujeres que habían pasado por la misma experiencia que yo del parto con fórceps y que habían decidido no ir más al hospital. Me pareció muy valiente y me propuse volver a recuperar la conciencia de que cada nacimiento tiene que ser sagrado. He sido llamada la "partera de partería moderna" y doy conferencias en todo el mundo sobre la maternidad segura y "ley del esfínter". El centro de partería que fundó en The Farm, una comuna en Tennessee, se ha convertido en mundialmente famosa por albergar miles de nacimientos, Gemelos vaginales, culata y VBAC, y por sus estadísticas sin parangón, en treinta años, sólo el 1,4% de las mujeres que dieron a luz en La Granja necesitaban una cesárea, incluso tengo una maniobra obstétrica que lleva mi nombre.

No escuche las alarmantes historias de nacimiento de las personas mientras está embarazada. Los niveles patológicos de miedo al dolor de parto han contribuido definitivamente a aumentar las tasas de cesáreas en la mayoría de los países. Ahora tenemos la situación ridícula en la que toda una generación de mujeres en edad fértil han sido entrenadas para creer que la cirugía mayor (la cesárea) no es dolorosa o potencialmente dañina. Con demasiada frecuencia, las mujeres no muestran que el dolor de la cesárea se siente después de la cirugía, por lo que este aspecto de la operación a menudo viene como una gran sorpresa. Por otro lado, hasta hace relativamente poco tiempo, había poco o ningún conocimiento general del hecho de que algunas mujeres experimentan el parto y el parto como experiencias placenteras, incluso orgásmicas. La idea de que las mujeres que han tenido experiencias positivas al dar a luz por vía vaginal deben estar calladas acerca de ellas, no sea que hagan a una mujer que (o elija) una cesárea sentirse mal o culpable, esto no parece una buena idea. Si nos hacemos mudo a fin de asegurarnos de que nadie se siente mal, es probable que contribuyan a niveles cada vez más altos de cesárea y menores tasas de iniciación de la lactancia materna. Creo que es posible señalar las ventajas de la lactancia materna sin juzgar a las mujeres que eligen, o deben elegir, otra forma de alimentar a sus bebés. He intentado mantener un tono sin prejuicios a lo largo de mi libro, porque reconozco que no todas las madres podrán amamantar exclusivamente a su hijo, dado los muchos obstáculos para iniciar y mantener la lactancia materna que existen en nuestra sociedad. Quiero que las madres y los padres entiendan que sus bebés alimentados con biberón se beneficiarán enormemente de ser abrazados mientras están siendo alimentados - la misma cercanía física que es parte de la lactancia materna. Nos guste o no, la lactancia materna debe ser promovido en nuestra sociedad, y los hechos sobre ella necesitan ser conocidos. Hay una gran diferencia entre la oxitocina exógena (la que se pone en las vías intravenosas o las jeringas para inyección) y la oxitocina endógena (el tipo que es producido por nuestros propios cuerpos). Lo que ocurre con demasiada frecuencia en nuestras salas de maternidad en este país es que las mujeres están tan estresadas y asustadas en el trabajo de parto que tienen altos niveles de adrenalina.

Estas mismas mujeres, si tuvieran una preparación adecuada para el parto y el parto, y si tuvieran doulas o parteras con ellas durante el parto, tendrían niveles de adrenalina tan bajos como para permitir que su propia oxitocina fluya libremente, ayudándoles así a progresar bien en el parto Y dar a luz por vía vaginal. De las razones por las que nosotros en los Estados Unidos tenemos tan altas tasas de cesárea es que no permitimos que las mujeres tengan altos niveles de oxitocina durante el parto, porque no entendemos por qué y cómo debemos crear relajación Atmosferas en las que las mujeres pueden dar a luz. Los mamíferos - sean cuales sean las especies - tienen problemas para lactar o obtener su leche en sus crías cuando se ven obligados a estar en entornos estresantes. La leche no fluye de madre a hijo a menos que la madre y su recién nacido puedan pasar un tiempo ininterrumpido el uno con el otro. El ser humano es la única especie de mamífero que separa rutinariamente a sus recién nacidos de sus madres durante las primeras horas después del nacimiento. La naturaleza nunca significó que viviéramos al ritmo acelerado que los padres jóvenes son casi obligados a considerar normales en la actualidad. Las cuerdas de los bebés se cortan inmediatamente después del nacimiento, y son llevadas para ser examinadas, lavadas con jabón, pesadas, medidas y administradas pomadas antibióticas para los ojos. Cualquier persona que es serio acerca de dar a los bebés la mejor oportunidad posible para amamantar no separa los bebés y las madres por razones como estas. La naturaleza nunca significó que viviéramos al ritmo acelerado que los padres jóvenes son casi obligados a considerar normales en la actualidad. Tendemos a culpar a los problemas en los cuerpos de las mujeres, o incluso en el "diseño de la naturaleza". De hecho, no hay nada malo en el diseño de la naturaleza; Todavía funciona perfectamente bien, pero la naturaleza nunca nos ha significado vivir al ritmo acelerado que los padres jóvenes son casi obligados a considerar normal en la actualidad. Es mucho más fácil para cualquier mujer amamantar si ha tenido el don de ver a muchas otras madres amamantar. Somos criaturas sociales, y aprendemos de mirar a los demás. Primatólogos han aprendido que los primates en cautiverio tienen problemas para alimentar a sus hijos a menos que se les permita vivir en grupos sociales.

Nosotros los humanos todavía tenemos que aprender esto sobre nosotros mismos. Muchas de nuestras jóvenes madres viven en gran aislamiento unas de otras. Espero que en los próximos dos decenios en los Estados Unidos habremos aprendido a crear lugares en los que las mujeres puedan alimentar a sus bebés en público, sin embargo y dondequiera que hayan elegido hacerlo. Nadie debe ser grosero o juicioso acerca de una mujer que alimenta a su bebé. Mi consejo a las madres es: haz lo que tengas que hacer, y no asumas que la gente será juiciosa o grosera contigo. Usted está haciendo todo el mundo un favor al alimentar a su bebé en lugar de obligar a él o ella a llorar hasta que logre entrar en la clandestinidad. En realidad, es saludable y bueno para todos los niños ver a los bebés ser amamantados. Ayuda a crear cordura.” (Ina Gain Maskin,2020)

2.2. INFLUENCIAS

Describir y analizar los programas encaminados a la capacitación de parteras y las repercusiones que éstos han tenido en la práctica de la partería.

2.3. HIPÓTESIS

Las mujeres indígenas prefieren las prácticas empíricas para atender el embarazo.

2.4. JUSTIFICACIÓN

La partería tradicional en México se mantiene vital con o sin el reconocimiento oficial, atrincherada principalmente en comunidades rurales, donde las parteras ejercen también en contextos rurales con población en precarias condiciones socioeconómicas (las mujeres usuarias de las parteras tienen bajo nivel socioeconómico y educativo), además de ser zonas con una alta mortalidad y morbilidad materna y perinatal, aspectos que deben ser considerados dentro del proceso de profesionalización de esta práctica tradicional. El liderazgo y reconocimiento social de las parteras tradicionales se ha fundamentado en la manera en que su práctica responde a estos determinantes sociales que generan inequidad entre el contexto rural y urbano, trabajo que se inscribe

dentro de los principios de Atención Primaria de la Salud. Por lo que se pueden considerar un motor para subsanar desigualdades en materia de salud, describiendo otros autores que su participación disminuye las brechas de inaccesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud, asimismo se enfatiza en la situación de violencia durante el embarazo y parto que sufren gran parte de las mujeres en estos contextos. Frente al proceso de profesionalización, debe considerar las características socio demográficas actuales de las parteras: todas las informantes son mujeres, datos similares a otras entidades de México sin descartar la posible presencia de varones, sobre todo en comunidades indígenas del norte de la entidad, pero que no fue posible identificarlos en este acercamiento, por lo tanto es importante tener en cuenta las implicaciones que tendría la presencia del hombre en esta práctica que culturalmente en la entidad se ha vinculado al sexo femenino. Las parteras tradicionales son de edad avanzada (56 años la mediana de la edad), situación presente también en parteras de otras entidades del país, por ejemplo, en Morelos (edad promedio 52 años) y parteras de Puebla (edad entre 23 y 80 años). Estudios hechos en Colombia reportan que el 75% de las parteras son mayores de 50 años y en otro estudio del mismo país el promedio supera los 55 años, donde se relaciona este fenómeno con la disminución del número de personas jóvenes que se adiestran en el ejercicio en los últimos 20 años. De manera contraria, en países europeos, la mayoría de las parteras son jóvenes, justificado por su avanzado proceso de profesionalización de esta práctica. La mayor parte de las parteras tradicionales se encuentran en contextos rurales con población indígena o comunidades donde aún sobreviven prácticas del México antiguo, lo cual afianza la configuración de sus saberes y prácticas desde una cosmovisión distinta a la atención institucional del parto, apropiándose las parteras de estos imaginarios y concepciones que cada mujer embarazada y su familia tienen, además de que en su momento son factores ideológicos que facilitan o limitan la búsqueda oportuna de servicios de salud.

“México bajo las condiciones sociodemográficas identificadas, frente al interés de organismos internacionales por posicionar los servicios de partería profesional como fundamentales para garantizar un embarazo y parto saludable, ha permitido que el Gobierno Federal reconozca oficialmente la partera profesional, iniciando un proceso de profesionalización y definición de

una política pública, que aún no está clara en Jalisco, sobre todo cuando no se tiene un modelo único de formación, en el estado no se tienen una escuela de partería profesional, las parteras son de edad avanzada y con estudios de primaria o menos, con dificultades para salir a estudiar a otra entidad del país. Para avanzar en el proceso de profesionalización, se deberá considerar las modalidades de iniciación en el ejercicio de la partería tradicional que históricamente ha tenido, al igual que valorar sus propios procesos de formación y el sentido de búsqueda de reconocimiento institucional. También deberá vigilarse que el proceso de profesionalización no elimine la naturaleza y esencia que se ha reconocido en la atención tradicional del parto, descrito por algunos investigadores como un acto dotado de gran sabiduría, el cual difiere de la atención prestada en servicios institucionales modernos, donde se realiza en ambientes fríos, con poco calor humano, pensando los profesionales más en los resultados técnicos, que en la atención humanizada e integral. Un ejemplo de vinculación entre la atención tradicional e institucional, son las parteras-enfermeras, quienes mejoraron su desempeño profesional al estudiar la licenciatura en enfermería, pero conservaron su esencia tradicional en la atención del parto.” (Burgos,2015) “En cuanto a la perspectiva de desacreditación de la práctica tradicional por el personal de salud, esto ha sido ya identificado por otros estudios con población latinoamericana, en los que señalan que frente a la corrección política en el lenguaje sobre la partería tradicional y partería profesional, existe un paralelismo entre los discursos de descalificación de la práctica de la partería tradicional. Dada la persistencia en considerarlas incapaces de aprender las habilidades necesarias a pesar de que se les “instruya” como un recurso humano del que hacen uso solo en lugares con insuficiente personal calificado. Es estrecha la relación política, social y cultural entre la formación e incorporación de la partería profesional al sistema de salud frente a la persistencia o desaparición de las parteras tradicionales, no debe significar un reemplazo automático de parteras tradicionales por parteras profesionales, pues esta forma de proceder no fue posible durante la dominación española en México, debido principalmente al arraigamiento de la cultura y valores del México prehispánico en la población. La consolidación de un modelo educativo de profesionalización en México no podrá dejar de lado el actuar, los sentidos y significados inscritos dentro de la atención tradicional del

embarazo, parto y puerperio, en el que se destaca la escucha activa, la sensibilidad a los aspectos culturales e ideológicos y el reconocimiento de las inequidades de la comunidad donde vive la mujer embarazada, pues se corre el riesgo de formar parteras profesionales con título, pero sin tener la cosmovisión tradicional en su atención. De igual manera, será necesario observar las relaciones que se establezcan entre el personal de salud institucional y las parteras profesionales, buscando evitar la dominación de un modelo de atención sobre el otro. Finalmente, en las parteras que deseen conservar su práctica tradicional, el gobierno deberá considerar su reconocimiento, capacitación adecuada e integración al sistema de salud, valorar y retomar su práctica, sobre todo en las parteras de población indígena, porque existe un marco normativo nacional e internacional que protege el patrimonio cultural de estas poblaciones, como son sus prácticas tradicionales relacionadas con la salud, de tal modo que se evite el rechazo del personal médico para trabajar en conjunto, pues el ofrecimiento de sus servicios continuará con o sin el reconocimiento institucional.” (Garnata,2019)

2.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Describir y analizar la práctica de la partería tradicional y los factores que llevan a las mujeres indígenas a tomar la decisión de atender su embarazo, parto y posparto en este modelo de atención, toda vez que en esta ciudad existen servicios públicos de atención a la salud.

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. GENERAL: Brindar herramientas que permitan adquirir conocimientos y habilidades para proporcionar a las mujeres y familia adecuada orientación y preparación en el proceso de la gestación parto, puerperio y crianza.

2.6.2. ESPECÍFICO: Demostrar ser competentes en sus habilidades conocimientos y destrezas en la atención del embarazo saludable, parto y puerperio seguro y atención del recién nacido para la prevención de los defectos al nacimiento por un mal manejo en la atención del mismo. Contribuir

a disminuir la mortalidad materna y perinatal a través de una atención integral en el embarazo.

2.7. Método

2.7.1. Científico

“Procedimiento concreto que se emplea, de acuerdo con el objeto y con los fines de la investigación, para propiciar resultados coherentes. Es una serie de pasos sucesivos que conducen a una meta. Para el presente estudio, se eligió la revisión integradora de la literatura, que permite la investigación de la evolución de las publicaciones sobre el trabajo realizado por las parteras. Este método tiene como objetivo reunir y sintetizar los resultados de investigación sobre un tema o asunto definido, de manera sistemática y ordenada, contribuyendo a la profundización y conocimiento del tema investigado.

En esta revisión, se adoptaron los siguientes pasos:

- Identificación del problema o pregunta; establecimiento de criterios para la inclusión / exclusión de los ítems.
- Definición de la información que se extrae de los artículos seleccionados.
- Análisis de información.
- Interpretación y presentación de revisión.

Para guiar la revisión integradora, formulamos la siguiente pregunta: ¿¿Cuál es la tendencia de las publicaciones sobre el trabajo realizado por las parteras? La investigación fue realizada por los artículos en las bases de datos Literatura Latino Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud y Scientific Electronic Library Online. Para la recolección de datos de los artículos seleccionados en revisión integradora se creó una herramienta basada en la metodología aplicada Enfermería Global Nº 30 Abril 2013. Este instrumento incluye la identificación del artículo original, las características metodológicas de los estudios, la evaluación de rigor metodológico, principales resultados y conclusiones encontradas. Participaron en esta revisión todos los artículos que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en

español y portugués; presentar el contenido que cumpla con los objetivos del estudio. Se excluyeron de este estudio todas las publicaciones que no son artículos científicos, tales como: disertaciones, tesis, manuales, entre otros. El análisis de datos se realizó mediante el análisis de contenido temático. Los temas emergentes de los artículos se clasificaron y compararon con la literatura. Los estudios seleccionados fueron clasificados en siete niveles evidencia. Para dar respuesta al objetivo planteado, cuatro investigadores de la Secretaría de Salud, hicieron un acercamiento metodológico con el diseño de “estudio de caso”, que permite obtener datos y hacer análisis, a partir de fuentes cualitativas y cuantitativas, para comprender la situación actual del ejercicio de la partería tradicional frente a su profesionalización, dentro de la complejidad que representa. La investigación fue financiada por la Secretaría de Salud, la cual además convocó a los diferentes actores sociales e institucionales participantes; el trabajo de campo se desarrolló en tres momentos: Momento I. Inició del trabajo de campo con 4 parteras tradicionales registradas por la Secretaría de Salud mediante entrevista a profundidad para obtención de información a partir de los siguientes ejes temáticos:

- figura social de la partería
- inicio del ejercicio
- procesos de formación

Las entrevistas fueron audio grabadas en tres o cuatro sesiones, de 1 a 3 horas cada una, en espacios y horarios elegidos por las parteras.” (Palomo,2015) “Se analizaron las entrevistas para orientar el muestreo, se ampliaron y contrastaron los hallazgos con otras parteras tradicionales, así se recurrió a la técnica bola de nieve para que las mismas invitaran a otras 16 parteras tradicionales, quienes se entrevistaron de manera individual, retomando mismos ejes temáticos. 2. Momento II. Por iniciativa de las parteras tradicionales y después de conocer el objetivo de la investigación, se realizaron cuatro asambleas regionales con las 20 participantes ya identificadas en el Momento I y otras 26 invitadas por las mismas parteras. Dentro de estas asambleas, se utilizó la técnica educativa popular “el papelógrafo”, en la que se conformaron mesas de trabajo y utilizaron marcadores, hojas de colores y

mantas. En un tiempo de dos horas, las parteras representaron con escritos, dibujos, esquemas y fotos, los ejes: a) figura social de la partería y b) procesos de formación.

2. Momento III. Realización de encuentro estatal con algunas parteras ya identificadas en los Momentos I y II, convocadas por personal de salud en las 13 regiones sanitarias de la Secretaría de Salud, organizaciones de la sociedad civil y por las mismas parteras. Participaron también 14 médicos y 18 enfermeras de distintas zonas de la entidad, 4 representantes de organizaciones de la sociedad civil, 5 directivos del sector salud estatal y nacional.” (Palomo,2018)

ENCUENTRO ESTATAL CON LAS PARTERAS

“Primer momento: conformación de 6 mesas de trabajo con los asistentes, incorporando a cada mesa las parteras tradicionales y profesionales, médicos, enfermeras y representantes de la sociedad civil; se colocó en cada mesa un facilitador (guía del trabajo metodológico a realizar) y un observador (toma de registros). También se retomó la técnica del “papelógrafo” con los siguientes ejes temáticos: a) figura social de la partería y b) profesionalización de la partera tradicional. El proceso duró tres horas, finalizando este momento con la presentación de los resultados de cada mesa, a todos los asistentes. (Antes de iniciar el levantamiento de la información, un investigador describió a los integrantes de la mesa qué significa profesionalizar la práctica de la partería). Segundo momento: en plenaria, se desarrolló una dinámica de preguntas y respuestas entre directivos del sector salud nacional y estatal, con todos los asistentes, en la que se plantearon preguntas en torno al eje temático: “profesionalización de la partería tradicional y su incorporación al sector salud”. Durante todo el trabajo de campo se recolectaron datos socio demográficos de las parteras participantes.” (Vera,2017)

ANÁLISIS DE DATOS

“Se llevó a cabo la transcripción de las entrevistas a textos de Word y en conjunto con los demás elementos recolectados (imágenes, videos, diagramas, fotografías y diarios de campo), se analizaron bajo el modelo actancial semiótico, que implica lectura y relectura de cada línea textual y el análisis de las imágenes por cada investigador, para describir primeras impresiones contextualizadas (temas emergentes) Posteriormente, se realizó análisis grupal de superficie de los textos, en la que se identificaron actores semióticos, isotopías temáticas, figurativas y la dimensión cognitiva, mediante la estructuración de categorías, con descripciones textuales, analizadas en el nivel axiológico. Interpretación de los datos: manejo conjunto de datos cualitativos y cuantitativos a través de una meta-inferencia, que permitió analizar las distintas aristas del objetivo planteado, así como identificar y comprender las distintas dimensiones del objeto de estudio, algo que no es posible alcanzar mediante una sola perspectiva metodológica. Aspectos éticos y legales: La participación de informantes fue en todo momento voluntaria y bajo consentimiento informado, conforme a los principios de respeto a la autonomía, autodeterminación y confidencialidad de la información; el proyecto fue evaluado y dictaminado por los Comités de Investigación y Ética de la Secretaría de Salud.” (Balanza,2018)

2.8. VARIABLES

HERRAMIENTAS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA PARTERÍA PROFESIONAL

“El interés de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en fortalecer los servicios de partería profesional surgió hace varios años, 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. Muchos estudios indican que 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 “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. Las herramientas contienen medidas para fortalecer los servicios de partería. Expertos en diversos campos han colaborado en su desarrollo, basándose en las lecciones aprendidas por los países que han establecido servicios de partería de calidad accesibles a todas las mujeres. “Las directrices se pueden usar para establecer o examinar programas de partería conforme a las necesidades y prioridades de cada país, e incluyen los siguientes elementos de educación y ejercicio de la partería.” (Málaga,2019)

2.9. ENCUESTA

ENCUESTA A MUJERES EMBARAZADAS ATENDIDAS POR PARTERAS

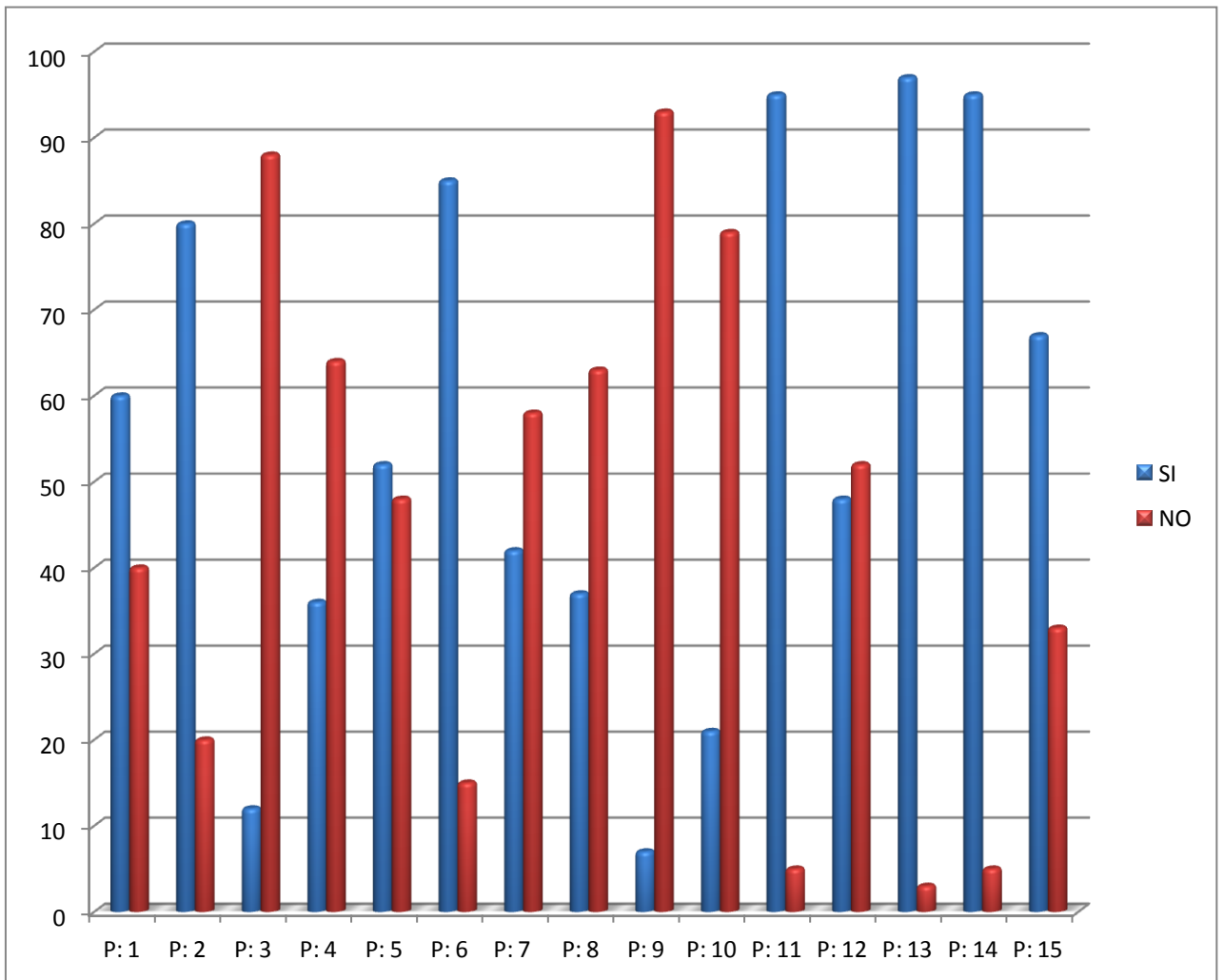
RESULTADO

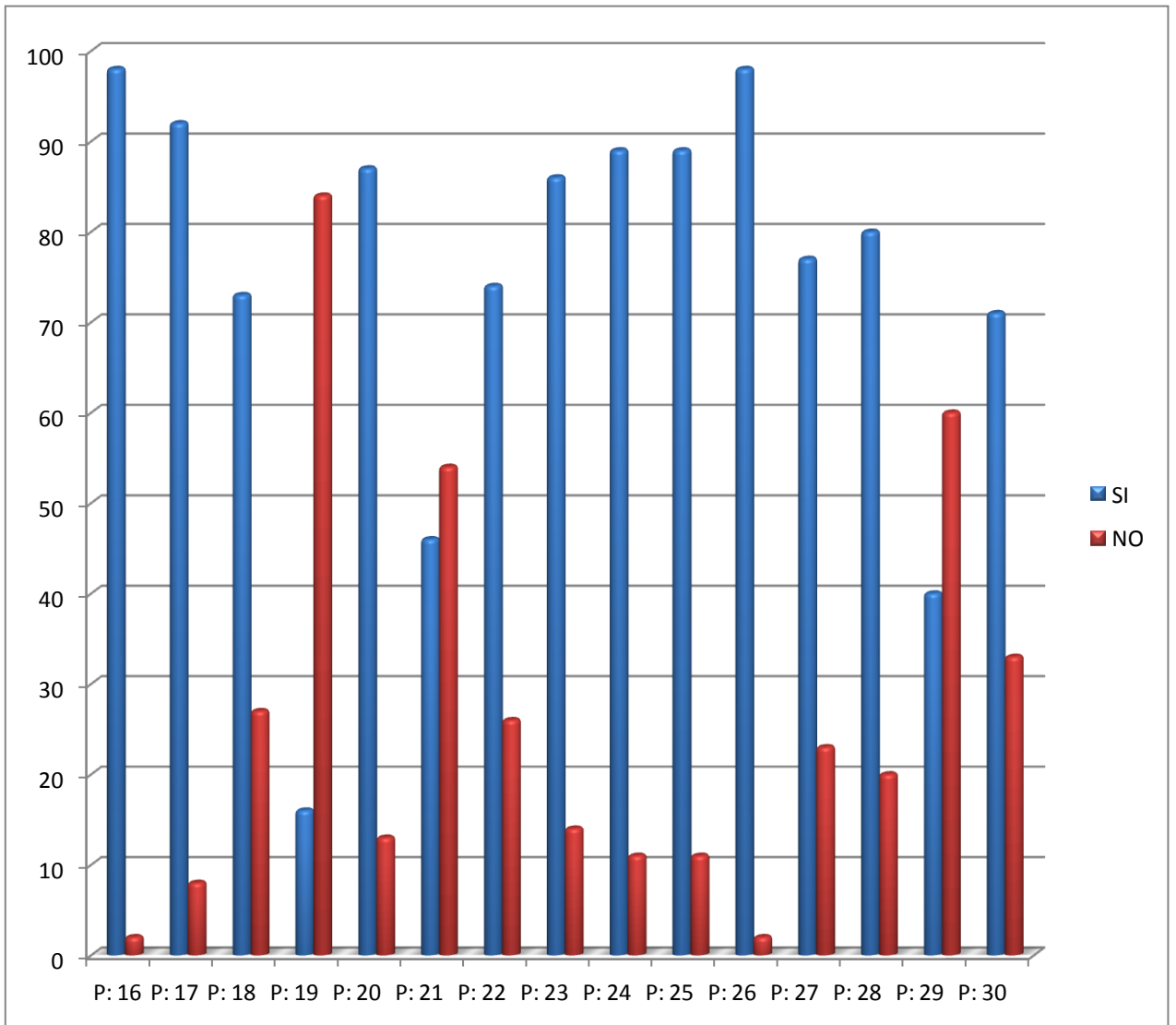
Con esta encuesta se busca conocer la preferencia por parte de las mujeres indígenas respecto a las prácticas empíricas para atender el embarazo.

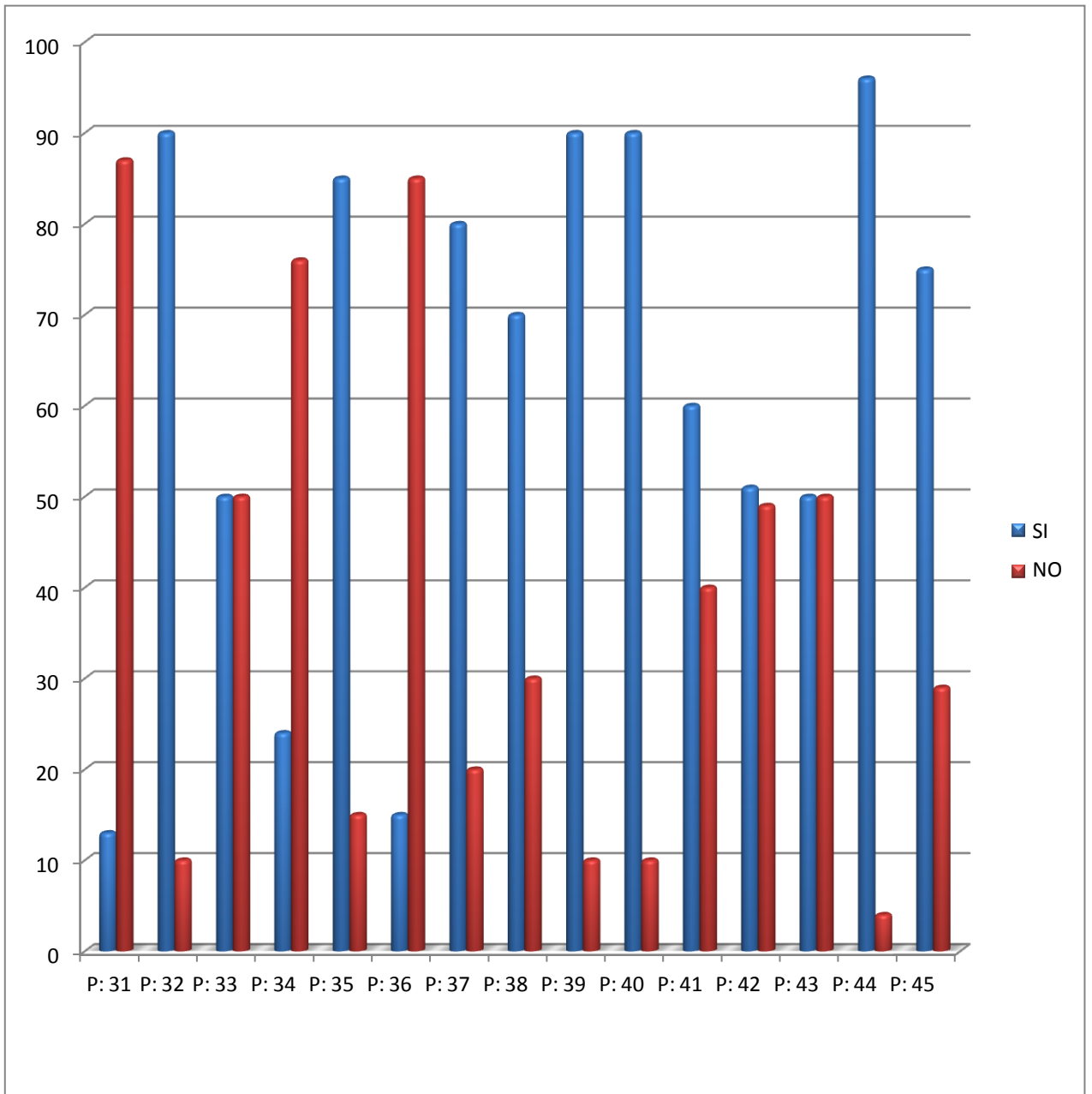
	PREGUNTAS	SI	NO
1	¿Le ha dado la atención que corresponde a su embarazo?	60 %	40 %
2	¿Ha sido orientada durante el embarazo por una partera?	80 %	20 %
3	¿Conoce su aparato reproductor anatómica y fisiológicamente?	12 %	88 %
4	¿Sabe cómo se desarrolla su bebé dentro de su vientre?	35 %	64 %
5	¿Se ha atendido alguna vez en un hospital?	52 %	48 %
6	¿Se ha atendido alguna vez con una partera?	85 %	15 %
7	¿Está consciente de los riesgos de atenderse en un hospital?	42 %	58 %
8	¿Está consciente de los riesgos de atenderse con una partera?	37 %	63 %
9	¿Conoce la historia de las parteras?	7 %	93 %
10	¿Tiene conocimiento sobre la muerte materno-infantil?	21 %	79 %
11	¿Confiaría completamente en la partera si realiza su trabajo en usted?	95 %	5 %
12	¿Sabía usted que las parteras se pueden certificar?	48 %	52 %
13	¿Ha sido orientada en su esquema de vacunación?	97 %	3 %
14	¿Reconoce los signos y síntomas que indiquen complicaciones?	95 %	5 %
15	¿Le han proporcionado educación sanitaria?	67 %	33 %
16	¿En su comunidad hay mayor preferencia parteras?	98 %	2 %
17	¿Tiene usted conocimiento sobre "la acomodación" del bebé?	92 %	8 %
18	¿Sabe qué es el ciclo menstrual?	73 %	27 %
19	¿Sabe la importancia de conocer su tipo de sangre y la del bebé?	16 %	84 %
20	¿Tiene usted el conocimiento de lo que son los estudios de laboratorio?	87 %	13 %
21	¿Conoce usted los cambios fisiológicos propios del embarazo?	46 %	54 %
22	¿Sabe usted cuáles son las necesidades nutritivas de usted y de su bebé?	74 %	26 %
23	¿Sabe usted la importancia de la lactancia materna?	86 %	14 %
24	¿Tiene usted conocimiento sobre la preeclampsia?	89 %	11 %
25	¿Tiene usted conocimiento sobre la eclampsia?	89 %	11 %
26	¿Reconoce usted el comienzo del trabajo de parto?	98 %	2 %
27	¿Sabe qué es una hemorragia?	77 %	23 %
28	¿Sabe qué es un parto prematuro?	80 %	20 %
29	¿Conoce qué es una ruptura de membranas?	40 %	60 %
30	¿Sabe qué es un aborto?	71 %	29 %
31	¿Sabe qué es un embarazo ectópico?	13 %	87 %
32	¿Sabe calcular la fecha probable de parto?	90 %	10 %
33	¿Conoce qué es una emergencia obstétrica?	50 %	50 %
34	¿Tiene conocimiento de lo que es una episiotomía?	24 %	76 %
35	¿Sabe qué es el alumbramiento?	85 %	15 %

36	¿Reconoce usted un desgarro?	15 %	85 %
37	¿Sabe hacer la curación de una herida de cesárea?	80 %	20 %
38	¿Sabe usted evaluar el estado del recién nacido?	70 %	30 %
39	¿Conoce usted la técnica para amamantar al recién nacido?	90 %	10 %
40	¿Tiene usted conocimiento del cuidado del cordón umbilical del recién nacido?	90 %	10 %
41	¿Tiene conocimiento sobre algunos usos de su placenta?	60 %	40 %
42	¿Conoce las complicaciones del embarazo?	51 %	49 %
43	¿Conoce las complicaciones que puede tener el recién nacido durante las primeras horas de vida?	50 %	50 %
44	¿Conoce usted los cuidados dentro de la cuarentena?	96 %	4 %
45	¿Conoce usted la dieta que debe llevar al aliviarse de acuerdo a su partera?	75 %	25 %

2.10. GRAFICADO







3. HISTORIA DE LA PARTERÍA

3.1. ANTECEDENTES PREHISPÁNICOS DE LA PARTERA EN MÉXICO

“Desde la percepción en el ámbito socio-cultural prehispánico que de la partera tenían, a partir de la concepción del nuevo ser humano hasta que veía la luz, dejó profundas raíces, por su poder reconocido en la comunidad, pues era sustantiva su función para que la mujer en el trance de la maternidad continuara su vida cotidiana. Se relata que la partera basaba su entendimiento sólo en su propia experiencia en el arte de los partos. Sí, bien carecía de escolaridad y de conocimientos racionales sobre la causalidad y terapéutica de las enfermedades; ejercía algunas medidas de orden médico como la aplicación de oxitócicos, unas veces con resultados favorables y otras con situaciones de riesgo para la gestante y su niño. Este patrimonio legado a las generaciones de parteras, de la actitud tenaz del cuidado hacia la embarazada y la parturienta trascendió hasta el presente. En la dinámica familiar prehispánica fue un factor muy participativo desde que la mujer se daba cuenta de su embarazo. Su tradición continuó ya en la época del virreinato porque la partera muy poco alteró sus actividades. Se encargaba de dar consejos a la preñada, ordenar a la familia lo que debían darle y prohibía todo aquello que pudiera hacer daño a la criatura; advertía de los cuidados en los primeros meses de embarazo y concretaba sus consejos encargando buena alimentación, reposo y moderaciones en los trabajos manuales. Al iniciarse el parto lavaba a la embarazada, arreglaba un lugar donde debía parir y si la parturienta era mujer principal la partera se hacía acompañar de dos o tres mujeres a quienes se les daba el nombre de “tenedoras”, en función a que ayudaban a detener a la mujer en el proceso del parto y el alumbramiento. Más tarde, estas mujeres tenedoras, ya con experiencia por lo observado se convertían también en parteras. Empezado el trabajo de parto, daba un baño a la parturienta y después de éste, le hacía beber la raíz molida con agua de una planta llamada Chihuapatli que gozaba de la propiedad de empujar el feto hacia fuera. En caso de no bastar este brebaje se le administraban otros con los mismos efectos. En cuanto a la forma en que se atendía el parto, se observaban determinadas conductas. La partera se colocaba sentada frente a la parturienta y con ambas manos, le frotaba el vientre o se lo comprimía para favorecer los dolores o la expulsión del feto. Las tenedoras se colocaban una en la espalda, en cuclillas, y con sus dos manos apoyaba y oprimía la cintura o el vientre de la parturienta, mientras que la otra tenedora, de pie, le sostenía por los codos, la

cabeza o por las sienes. Otra forma de atender a la embarazada en la última etapa del trabajo de parto era que la comadrona permanecía sentada, en cuclillas, con las manos apoyadas en los glúteos y con los dedos entreabría la vulva. Finalmente con un supremo esfuerzo ayudaba a la expulsión. Otras mujeres parían de rodillas asistidas por las parteras; También daban a luz colocadas bocabajo, a cuatro patas, con las manos en el suelo y la comadre recibía a la criatura por detrás; parían también arrodilladas y asidas de una cuerda pendiente del techo; sosteniéndolas de los muslos las tenedoras y ayudantes. Estas prácticas, aún se conservan en regiones apartadas de la civilización en la república mexicana. Con relación a la expulsión de la placenta, las medidas indicadas eran que la mujer que acababa de dar a luz debía descansar sobre su pierna derecha, con el muslo comprimía el abdomen y por supuesto el útero, para facilitar la expulsión de la placenta, la cual se enterraba bajo una de las piedras del fogón o en las cenizas calientes de éste. Al resolverse el parto, la partera recibía al niño con frases amables y con ternura, al mismo tiempo cortaba el cordón umbilical con las uñas, con un fragmento de obsidiana o con un pedazo de otate, para más tarde al secarse, si era niña se enterraba junto al fogón, para aficionarla a su casa y cuidado de ésta, en el caso de ser varón se le daba a un guerrero para que lo enterrara en algún campo de batalla significando con esto que era ofrecido y prometido al sol y a la tierra. Las atenciones del recién nacido se basaban en preparar la ropa, tanto aquella que se necesitaba en el alumbramiento, como después del mismo. El trabajo de la partera no terminaba con el nacimiento del niño, sino que se prolongaba para el bautismo, la lactancia materna y el tratamiento del puerperio; y de requerirse también atendía los abortos.” (Luisa Rosado,2016)

3.2. SIGLO XIX. NACIMIENTO Y DESARROLLO DE LA PARTERA PROFESIONAL

“En Octubre de 1833, se decretó la abolición de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad y se creó en su lugar el Establecimiento de Ciencias Médicas, que hizo la recepción de la medicina clínica y experimental europea. Desde ese momento se estableció una cátedra de obstetricia y operaciones, y dos meses más tarde se dispuso que se diera una cátedra para parteras.

A diferencia de lo que sucedía en España donde la enseñanza para las matronas se impartió primero en los colegios de cirujanos y donde su formación era distinta de la que recibían éstos, además de que se les habilitaba para menos funciones, en México, cuando comenzaron los cursos de instrucción para ellas ya estaban unidas las carreras de medicina y cirugía, y las futuras parteras asistían a la misma cátedra. Es más, ellas hacían un curso de dos años mientras que ellos lo hacían de uno. Con la formación de parteras profesionales se buscaba remplazar a las parteras tradicionales por mujeres analfabetas entrenadas por los médicos, que permitiesen a éstos el acceso a embarazadas, parturientas y puérperas. La partera profesional nació así con el doble carácter de actividad necesaria a la profesión médica y subordinada a ella, y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica. Aunque hubo parteras inscritas en el Establecimiento de Ciencias Médicas desde 1833, la primera partera que obtuvo un título lo hizo en 1841. De ese año a 1888, se recibieron 140 mujeres, y de esa fecha a 1932, se graduaron otras 627.” (Dynamis,2015) “Había de cinco a diez exámenes anuales, pero muchas reprobaban; en 1888, por poner un ejemplo, fueron aprobadas sólo tres parteras. Además de la Escuela de Medicina de la capital y hasta la primera década del siglo XX, tuvieron cursos para parteras las siguientes capitales: Mérida (desde 1835), Guadalajara (1837, aunque hubo disposiciones para instruir las desde el siglo XVIII), Puebla (1841 al menos, aunque también hubo disposiciones anteriores), Morelia (1848), Monterrey (1853), San Luis Potosí (1863), Oaxaca (1880), Zacatecas (1889). Las parteras tituladas en México (171), Campeche (1902 al menos) y Chihuahua (1910 al menos); así como Pachuca (1875), Toluca (1896) y Cuernavaca (1900) (16). Con excepción de las tres últimas ciudades, estos cursos se crearon donde había escuelas de medicina. No fue fácil para las mujeres que se aceptara su presencia en las cátedras, particularmente en los estados; hubo incluso necesidad de emitir leyes para hacerla posible: en Toluca, estado de México, son exactamente del mismo día la ley de 1896 que decretó la igualdad profesional de las mujeres, y la creación de la Escuela Teórico-Práctica de Obstetricia. Con excepción del Instituto Campechano de Medicina y Cirugía, en los cursos para parteras las universidades sólo aceptaban mujeres.

Los requisitos en casi todos lados eran ser mayor de edad, tener buenas costumbres, así como saber leer y escribir y las cuatro primeras reglas de aritmética. Pero mientras en la Escuela de Medicina y Farmacia de Yucatán durante algunas décadas fueron aceptadas mujeres analfabetas; en la Escuela Nacional de Medicina y en Facultad Médica del Instituto de Ciencias de Oaxaca se les exigió traducir francés, y en la Escuela de Medicina de San Luis Potosí y en la Nacional, estudios preparatorios. En las escuelas para parteras había alumnas subvencionadas por el Estado. En Mérida las becas se otorgaron sólo hasta 1907, pues después de ese año se consideró que la profesión de comadrona ya tenía vida.” (Hilary,2017)

3.3. LA PARTERA EN LA ÉPOCA COLONIAL

“Durante la Colonia, se inició la evangelización de la población, hubo lugar para muchos cambios relacionados con el vestido, la comida, el trato social y la vida familiar, se implantaron diversas medidas y surgieron nuevas organizaciones, pero al arte de los partos, no se le prestó ningún interés. La urgencia de atender a una mujer que va a parir, dado que es un acto que no se puede posponer, se presentaba como una inesperada oportunidad para las más hábiles parteras, lo cual continuó así en los siglos XVI, XVII y dos tercios del XVIII. La atención del parto siguió en manos del empirismo: de las tenedoras, de las comadronas, de las parteras, quienes sin ningún estudio continuaron ejerciendo. Los médicos y los cirujanos desdeñaron el ocuparse de la partería, la cual quedó relegada en manos de las parteras indígenas que en nada disminuyeron su prestigio en asuntos de esta clase.” (Celestina,2016)

3.4. LA FORMACIÓN DE PARTERAS DE LA NUEVA ESPAÑA A MÉXICO INDEPENDIENTE

“Desde el inicio de la Colonia el Protomedicato fue un Tribunal que establecieron los reyes de España en varias ciudades y provincias de sus dominios, con el objeto de vigilar el ejercicio profesional de los médicos, cirujanos, boticarios y parteras. Tenía jurisdicción en todos los problemas de Salubridad Pública, cuidaban de la buena preparación y despacho de

medicamentos y disponían de las providencias necesarias en caso de epidemias u otras calamidades. Después del Protomedicato de la época virreinal, en el México Independiente con la reforma de la educación que se culminó con las disposiciones y leyes, trajo consigo la clausura de la Universidad y la creación de la Dirección de Enseñanza superior con seis Establecimiento de Ciencias. Otro de estos fue el de Ciencias Médicas, creado el 23 de octubre de 1833; el mismo que unió los estudios médicos y quirúrgicos, entre ellos el de la Partera. Posteriormente en 1841, por disposición del Gobierno de la República se creó el Consejo Superior de Salubridad, con las atribuciones de regular el ejercicio profesional de los médicos y parteras, vigilar el funcionamiento de las boticas y dictar las medidas pertinentes en materia de Salud Pública, lo que hoy conocemos como Consejo de Salubridad General. En la segunda mitad del siglo XIX, periodo caracterizado por el triunfo de las fuerzas políticas liberales, la guerra contra los intervencionistas franceses, el fugaz establecimiento de una monarquía europeizante, la victoria republicana encabezada por Benito Juárez y el inicio de una larga dictadura, la de Porfirio Díaz. La Constitución liberal de 1857, en México, constituyó la piedra angular del movimiento y el sustento legal para los siguientes sesenta años, hasta la Constitución de 1917. El liberalismo republicano buscaba un cambio modernizador, donde las leyes garantizaran el pleno derecho de los individuos a ejercer actividades laborales. En el campo de la medicina, este liberalismo permitió que cualquier persona ejerciera actividades curativas sin la exigencia de una formación académica y la obtención de un título profesional. En éstas, incluían a las parteras, por lo que para entrar al campo de la ciencia y el estudio, y combatir al empirismo y la ignorancia, se impartió la carrera con dos años de formación de modo que evitara que “la obstetricia estuviera absolutamente en manos de las comadres”. En las postrimerías del siglo XIX, las acciones de salud pública emprendidas por el presidente del Consejo Superior de Salubridad, Dr. Eduardo Liceaga se plasman en el primer código sanitario del país (1891) que si bien no incluyen las medidas pertinentes para la regulación profesional de la medicina, sí constituyen el primer intento por forjar con solidez los avances sanitarios en todo el país, y a los hospitales los transforma en instituciones de interés público. Se creó una cátedra de obstetricia y operaciones con duración de un

año que hacían los estudiantes de medicina y, para las parteras que hacían en dos años el curso, asistiendo con los estudiantes de medicina.” (Bruno,1015) “Este sistema se mantuvo hasta que la Escuela de Enfermería se separó de la de Medicina y quedó como el esquema de la formación de las parteras profesionales. Al independizarse la ENEO de la Facultad de Medicina, también se separó la enseñanza de las parteras manteniéndose después de los tres años de enfermería los dos años requeridos para su formación hasta 1968 en que se suspendió la carrera de partera en la ENEO-UNAM.” (Mario,2019)

3.5. EDUCACIÓN FORMAL DE LA MUJER EN MÉXICO, EL SIGLO XIX

“Las opciones que tenía la mujer para estudiar en el siglo XIX, se centraban principalmente en las profesiones de maestra y de partera. La mayoría de las universidades del país ofrecían la carrera de partera, con preparación muy heterogénea, por la autonomía para que los Estados legislaran acerca de la educación en forma independiente con distintos planes de estudio en las diferentes universidades. En 1833 la Escuela de Medicina de la Ciudad de México exigía como requisitos para ser partera (como en los demás estados) que fueran mujeres solamente, con educación primaria superior, la aprobación de un examen preparatorio y poseer conocimiento del idioma francés. La carrera duraba 2 años y, según consta en el Boletín de Instrucción Pública de 1903 (Tomo I), recibían “una enseñanza objetiva, ya fuera en cadáver, ya en piezas anatómicas artificiales que habrían de pedirse a Europa”. En esas mismas ordenanzas se ubica a las parteras dentro del personal “científico” o del “administrativo” y su salario era tres veces mayor que el de las enfermeras. Hasta mediados del siglo XIX, sí bien la partera tenía una situación social superior al de la enfermera, lo cierto es que se encontraba en condiciones desfavorables en relación con el médico, tratando de conservar las funciones que le fueron propias hasta ese tiempo, porque la investigación experimental en el campo de la medicina, con los avances logrados despertó en los médicos. Un interés creciente por los aspectos obstétricos tal como se observa en el Catálogo de Tesis de Medicina del siglo XIX publicado por la UNAM.” (Damiani,2019)

“Del total de temas abordados, el 12 % eran sobre Ginecología y Obstetricia y de este apartado el 70 % correspondían a obstetricia. No es extraño que Matilde Montoya (1859-1933) estudiara medicina ante el acoso médico para impedirle una exitosa práctica como partera, profesión que realizó en 1873 y se tituló de médica en la Universidad Nacional de México en 1887. Así, la partera profesional desempeñaba una actividad necesaria y subordinada a la profesión médica, y al mismo tiempo que competía con la medicina académica, buscaba reprimir la actividad de las parteras tradicionales, reemplazándolas, porque éstas no acudían a estas cátedras, que implicaban la asistencia a clases en las escuelas de medicina, la práctica en hospitales y un examen ante un jurado. La primera partera titulada lo hizo en 1841 y de ese año a 1888 se recibieron 140.” (Santos,2018)

3.6. NACIMIENTO DE LA ENFERMERÍA UNIVERSITARIA Y SU IMPACTO EN LA FORMACIÓN DE PARTERAS

“La formación de parteras se vio integrada en 1911 a la Escuela de Enfermería del Hospital General de México que pasó a depender de la Escuela de Medicina de la recién inaugurada Universidad Nacional de México en 1910. En ese periodo no era necesaria la carrera de enfermera como antecedente para cursar la de partera. Para ese entonces, se contaba en la carrera de enfermera, con 18 alumnas en el primer año, 19 en el segundo y 10 en el primer año de partos. Ambas escuelas, la de Medicina y la de Enfermería y Obstetricia tenían en común, al mismo director, así como normas y reglamentos disciplinarios en sus planes y programas de estudios y la enseñanza de los partos se daba conjuntamente a los estudiantes de medicina y a las de partera. Con este nuevo cambio de dependencia, la Escuela de Enfermería y Obstetricia nace como Escuela Universitaria, y el Dr. Fernando Zárraga se convirtió en el primer director, cargo que desempeñó por corto tiempo, al igual que los que le siguieron de 1911 a 1916, periodo de la Revolución Mexicana, de gran inestabilidad política que afectó a la Universidad Nacional. No obstante, el 11 de enero de 1912 se aprobó el plan de estudios para la carrera de Enfermera y la de Partera.

El plan de Estudios de la carrera de Partera en 1912 quedó integrado para el primer año por el Curso de Obstetricia Teórica; Curso de Clínica de Obstetricia y Puericultura, así como la asistencia de pacientes en trabajo de parto fisiológico para la práctica de manipulaciones y los cuidados necesarios a la madre y al hijo. En el segundo año, Curso de Patología Obstétrica Teórica, Curso de Clínica de Patología Obstétrica, y la asistencia de pacientes con las patologías obstétricas. Los requisitos para obtener el título universitario eran Cubrir 40 guardias en el Departamento de Maternidad y concurrir en el 4° año a conferencias sobre deontología médica y farmacéutica. La vigencia de este plan de estudios fue de 1912 hasta 1944.” (Otero,2017)

3.7. AÑO DE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA

“Después de una larga lucha, el Presidente de la República Emilio Portes Gil, en 1929 otorga la autonomía a la Universidad Nacional de México, reconociéndose desde entonces como Universidad Nacional Autónoma de México. La Escuela de Medicina cambia la denominación a Facultad de Ciencias Médicas, y en la Escuela de Enfermería se reestructura el plan de estudios de la carrera de Enfermería a tres años y la de Partera en dos años. Gran inquietud generó en las enfermeras los cambios suscitados, y en 1933 se realizó el Primer Congreso de Enfermeras y Parteras. De este Congreso de Enfermería surgió la idea de que se hiciera la secundaria como antecedente de la carrera de Enfermería, así como para estudiar obstetricia, cursar previamente enfermería. En 1934 en la Asamblea Nacional de Cirujanos, Enfermeras y Parteras de la UNAM discutieron sobre la necesidad de elevar el nivel social y preparación de las enfermeras. De 1936 a 1940, las políticas de salud, dieron mayor auge a la construcción de hospitales, lo que trajo consigo mayor demanda de enfermeras y cambios en la atención a los pacientes. Ante este escenario, en 1944 se modificó el plan de estudios incrementándose el número de asignaturas de 4 a 17 para la Carrera de Enfermera, materias que se iban perfilando a las nuevas necesidades de las especialidades, a la de Partera se le agregó la asignatura de Puericultura Superior. Con la Ley Orgánica de la UNAM promulgada en 1945 nació la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), apareciendo con ese nombre en el artículo 8° del Estatuto General. El Dr. Everardo Landa, primer

Director de la ENEO, propuso la modificación del plan de estudios de 1944, al que se le retiraron las materias culturales y de recreación así como el idioma inglés. Este plan de estudios fue aprobado por el Consejo Técnico en 1946. Por otra parte, el 27 de enero de 1949 se otorgó el nombramiento de Instructoras a las enfermeras Reynalda Pineda Serino y Elvira Dávalos Castillo para laborar en la escuela, fundamentando con ello, la importancia que las enfermeras fueran las que enseñaran la enfermería y los partos, como un claro reconocimiento a su formación profesional y a sus habilidades para la academia, hecho que sólo la experiencia profesional era capaz de mostrar en su complejidad. También en ese año se aprobó el Plan de Estudios de 1949, y a los estudios de partera se agregó la materia de farmacología, lo cual coincidió con el cambio de la medicina magistral por la medicina de patente, y el auge de los antibióticos y quimioterápicos.” (Siles,2015)

3.8. CARACTERISTICAS DE LAS ESCUELAS DEL SIGLO XIX

“Ahora bien, una característica de las escuelas del siglo XIX fue la discontinuidad institucional, y por supuesto los cursos para parteras no estuvieron exentos de esa inestabilidad. Varias escuelas de medicina -y sus cursos de obstetricia con ellas- estuvieron cerrados en ciertos periodos a causa de las convulsiones políticas y sociales como la guerra de tres años o la intervención francesa, o por falta de recursos; de hecho, algunos duraron sólo unos años. En ciertos casos, la instrucción se reducía a que un médico diera clases particulares de obstetricia a algunas señoras. Pero en la mayoría, implicaba la asistencia a clases en las escuelas de medicina, la práctica en hospitales y el examen ante un jurado. Casi invariablemente los maestros de los cursos para parteras eran hombres. Llamen la atención los casos de Oaxaca, donde en la carrera de obstetricia el maestro era un profesor del instituto, y la plaza de adjunta era desempeñada por una profesora de partos, y de Zacatecas, donde la clínica de primer año era impartida por una partera. Las parteras tradicionales no solían acudir a las cátedras de las escuelas de medicina. Prácticamente todos los cursos para parteras eran de dos años, pero en la ciudad de México, San Luis Potosí y Yucatán fue en algunos periodos de tres.

En general, la primera parte del curso versaba sobre anatomía y fisiología del aparato sexual femenino y de la pelvis; y embarazo, parto y puerperio fisiológicos. La segunda trataba de embarazo, parto y puerperio patológicos; operaciones obstétricas y ejercicios en el maniquí. Pero en este o aquel programa se enseñaba anatomía y fisiología humanas en general, nociones de anatomía fetal y de embriología, higiene del embarazo, embarazo y parto gemelar, cuidados que necesitan las madres y los recién nacidos, oftalmía de los recién nacidos, higiene infantil durante la lactancia, asepsia y antisepsia obstétricas, anestesia y obstetricia legal. Con excepción de un texto de medicina legal y alguno de medicina interna, los de la cátedra de obstetricia fueron los únicos textos del siglo XIX expresamente escritos para la enseñanza médica en México. En Morelia, Joaquín Mota escribió en 1857 Tratado práctico de partos. Eleuterio González, de Nuevo León, había escrito también unas lecciones orales para las parteras.” (Towler,2017)

3.9. MATERNIDADES

“Las maternidades en casi todos los estados de la república había hospitales civiles, militares y de compañías ferrocarrileras y mineras; los había también para niños, para dementes y para enfermos atacados de sífilis o de tifoidea. Pero maternidades o al menos salas de maternidad en los hospitales generales, sólo los hubo en algunas de las capitales que tenían centros de formación de parteras y eso de manera tardía, de modo que durante mucho tiempo no hubo estudios formales de clínica, lo cual no quiere decir que los estudiantes no se procurasen algún tipo de práctica. A partir de 1833, en Michoacán se exigió que las parteras se presentasen a examen; las interesadas debían haber practicado durante un año bajo la dirección de un médico o de una partera aprobada, a menos que no los hubiese en sus lugares, caso en el que deberían mostrar que habían ejercitado. Al médico que facilitara la instrucción de las mujeres en el arte de partear, se le consideraría la acción como mérito distinguido. También en Oaxaca, los médicos y parteras debían, por ley, enseñar sin remuneración, a las alumnas del instituto con su manual de partos dedicado especialmente a las parteras

Sin embargo, era más frecuente el caso inverso: que los médicos aprendieran al lado de una partera; en Oaxaca, la ley exigía a las parteras que instruyesen a aquéllos. La prensa médica propagó después la noticia de que la había hecho «bajo la dirección* del médico Martínez del Río, e incluso atribuyó a los tocólogos mexicanos la convención de esa maniobra, que en realidad hacían las parteras indígenas desde la época prehispánica, y aún realizan actualmente. Hasta 1867, en la Escuela de Medicina de la capital la enseñanza fue sólo teórica, aunque la propuesta de impartir una clínica existía desde 1833. En 1861, se estableció un Hospital de Maternidad por iniciativa del presidente Benito Juárez. Al parecer, contaba sólo con un pequeño número de camas, y debido a la intervención francesa, la vida de la institución fue fugaz. Durante el 11 Imperio, se reorganizaron los centros de beneficencia; Joaquín García al mencionar la conveniencia de crear un asilo para madres pobres que iban a dar a luz, aclaraba: «Serviría además esta sala para la práctica de los estudiantes de medicina y parteras». Las parteras tituladas en México que pasó a manos de los liberales después de la rendición de las tropas del archiduque Maximiliano, se había asistido únicamente a dos embarazadas, a pesar de que en el Diario del Imperio se insertaba repetidamente una invitación a las embarazadas menesterosas para que acudieran a la maternidad. En 1869, ya con los liberales en el poder, se trasladó un servicio de niños al lado de la Casa de Maternidad, y se le llamó Hospital de Maternidad e Infancia. En el periódico El Mosquito Mexicano, se recibió en 1841 un comunicado anónimo en que se solicitaba a la Junta Médica y a la autoridad competente que se ocupasen de ello. Pero otros reconocerían a principios de la presente centuria que hasta hacía poco los tocólogos tenían grandes limitaciones, tanto en la destreza para hacer la exploración diagnóstica y teúrgica, como en la Arancel de médicos, flebotomistas y parteras del estado de Michoacán.” (Bramall,2019)

4. HABILIDADES DE LA PARTERÍA

4.1. HIGIENE

“Los médicos no se preocupaban en lo más mínimo del aseo sino a la postre de su faena, y eso nada más cuando aquélla tenía por objetivo los órganos genitales internos, mientras que las parteras realizaban durante el puerperio lavatorios vulvares con cocimiento de malva y rosa de castilla, si bien -se

quejaba- sólo hasta la caída del cordón umbilical en el niño. Con la creciente participación de hombres en la atención al embarazo y el parto, ésta se vio como un saber quirúrgico, al que sólo los iniciados en ese «arte» debían tener acceso.

Las siguientes eran prácticas de los obstetras decimonónicos:

- Contra los vómitos de las mujeres en el embarazo, cauterizaban el cuello del útero con nitrato de plata o con ácido fénico puro.
- Empleaban el cloroformo en todos los partos. La práctica imprudente de los anestésicos había provocado varios fallecimientos que hubieran sido evitables, sobre todo cuando se llevaba el cloroformo al grado de verdadera anestesia. En sana práctica de obstetricia, sólo se debe acudir a las operaciones cuando hay alguna dificultad, es decir, en los casos de verdadera distocia. Pero para otros obstetras la aplicación de cloroformo en todos los partos era símbolo de modernidad.

Las parteras tituladas en México que habían aceptado los primeros maestros de obstetricia, y todas las posturas en que las parturientas tenían que estar en una situación vertical, en favor de la posición de decúbito supino o francesa. Para evitar la ruptura del perineo, algunos recomendaban introducir los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina, e irlos sacando, comprimiendo la horquilla, para facilitar la expulsión del producto. Otros ensayaban el método de Playfair que consistía en introducir varios dedos de la mano en el recto de la parturienta, para impulsar hacia adelante el producto, método repugnado por las enfermas. Recurrían a oxitócicos, y su administración irracional llegaba a causar retención de placenta, por lo que era necesario extraerla por operación. Empleaban de manera regular el fórceps, modificados a veces por los obstetras mexicanos: metían en el útero alguna de las manos, y apoyaban el instrumento dentro de la boca o en las órbitas del feto, con lo que con frecuencia causaban a éste luxación del maxilar inferior o traumatismos oculares. Las maniobras imprudentes para extraer al producto llegaban a causar ruptura del útero y de la vagina. La mayoría de los obstetras practicaba la pronta ligadura del cordón umbilical, a pesar del señalamiento de algunos médicos de que ésta era causa de anemia, de por sí común en México.

Todavía a finales del siglo XIX, sangraban a las embarazadas y puérperas, práctica que censuraban los homeópatas. Y les causaba extrañeza: "A pesar de todo nuestro adelanto en la materia, la gente del pueblo, siguiendo costumbres de antaño, es asistida en sus partos por comadres o mujeres ignorantes" (Beckenham,2019)

4.2. DESENLACES FATALES

"En los casos atendidos por parteras se debían a la ignorancia de éstas; en los casos atendidos por médicos, a la fuerza de la naturaleza o a las limitaciones de la ciencia. La desgarradura perineal, el prolapso de la vagina, el descenso del útero o la infección de los órganos expuestos se daban por voluntaria abstención de los recursos médicos o a pesar de su benéfico influjo. Para defender sus derechos gremiales y para mejorar su instrucción, las parteras tituladas organizaron sociedades. Además de la sociedad Liga de Parteras, en la capital del país fundaron en 1898 la Sociedad Obstétrica Mexicana de Parteras, donde las socias discutían la asistencia de los partos eutócicos y distócicos, y que subsistió un año y medio." (Kent,2018) "Para lograr progresos en salud neonatal, no se precisan costosas tecnologías, pero sí sistemas sanitarios que aseguren una atención ininterrumpida desde el comienzo del embarazo (o incluso antes) hasta el parto y el puerperio, con la correspondiente asistencia especializada de profesionales sanitarios. Ante todo, es necesario asegurar que efectivamente se produzca el traslado del lactante de los servicios de salud materna a los de salud infantil, un proceso delicado al que a menudo no se presta la debida atención. Aunque los recién nacidos que son amamantados, amados y arropados suelen salir adelante sin dificultades, es posible, y de hecho ocurre, que surjan problemas. Es primordial capacitar a las familias – en particular a las madres y los padres – para cuidar debidamente a sus hijos recién nacidos, reconocer los peligros a tiempo y obtener inmediatamente ayuda profesional si surgiera alguna dificultad. Los mayores riesgos que acechan a la vida coinciden con el comienzo de ésta, pero ello no quiere decir que desaparezcan cuando el recién nacido crece para convertirse en lactante y luego en niño pequeño. (OMS,2015)

4.3. DECADENCIA DE UNA PROFESIÓN

.....

“A comienzos del siglo, la mayor parte de las parteras tituladas se concentraban en la ciudad de México. En Yucatán en 1902 había 13, y en San Luis Potosí de 1877 a 1910 se recibieron 26, mientras que la capital tenía registradas en 1907, 168. En 1911 pocos años después de creada la carrera de enfermería, la Escuela Nacional de Medicina puso como requisito para ser partera, recibirse antes como enfermera. La mayoría de las alumnas que comenzaban los estudios de enfermería aspiraban a ser parteras; pero el número de escuelas de obstetricia se fue reduciendo, mientras el de las escuelas de enfermería se multiplicó. Después de la revolución de 1910-17, en todo el país se construyeron maternidades, y en 1944 se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social para dar atención a los trabajadores y sus familias. En estas instituciones sanitario-asistenciales las enfermeras-parteras se encargaban del control del embarazo, el parto y la atención al recién nacido, y su presencia fue fundamental para que la población aceptara el parto hospitalario. En los años cuarenta y cincuenta, la mayoría de los partos en hospitales aún eran atendidos por parteras. Aunque su práctica estaba medicalizada (tricotomías, edemas, posición horizontal, etc.), era más expectante que intervencionista. Ellas observaban acuciosamente a las pacientes para identificar cualquier distocia y discutían entre sí los casos problemáticos. Algunas de esas instituciones exigieron a las parteras como requisito para contratarlas que abandonaran el ejercicio libre de su profesión. El gremio médico restringió cada vez más el ámbito de acción. En el nuevo plan de estudios se decía que resultaba improcedente propiciar los gastos que hasta entonces había realizado la universidad en la carrera de obstetricia, ya que los programas correspondientes quedaban incluidos satisfactoriamente en los dos semestres que se agregaban a la licenciatura, con lo cual habría un beneficio económico en los fondos presupuestales. En realidad, la comunidad no aceptó a los licenciados en enfermería como parteros, por lo que el papel de las parteras fue ocupado por los ginecobstetras. A partir de 1960, los centros hospitalarios empezaron a prohibir que ellas atendieran partos. Tanto en el caso de la clausura de los estudios, como en el del congelamiento de las plazas, las parteras reaccionaron con enojo, pero no tuvieron la capacidad de dar una respuesta organizada. Ellas criticaban a las parteras sin título, pero no se

atrevían a luchar contra el poderoso gremio médico. Esta fue una tendencia en toda la república. En 1900, había en México casi el mismo número de médicos (2.794) que de parteras (2.668). En cambio, en el Registro Nacional de Profesiones, que ha registrado los títulos profesionales desde 1946 hasta la fecha, hay 1.788 títulos de partera o profesora en obstetricia, frente a 226.179 títulos de médico cirujano.” (Silver,2015)

4.4. ASCENSO Y DESCENSO DE UNA PROFESIÓN

“Durante siglos, el embarazo y el parto, normales o no, fueron atendidos por las parteras; después se dijo que ellas podían atender sólo los embarazos y partos normales, aunque fueron cambiando los límites entre lo que la profesión médica consideraba normalidad o anormalidad, finalmente, se sostuvo que los médicos debían atender todos los partos. Esto coincidió con grandes avances en ginecobstetricia, que hicieron mucho más seguros los embarazos y partos con complicaciones, pero implicaron también una mayor intervención médica (inducción rutinaria, aumento de cesáreas, promoción de la lactancia artificial, etc.). Las mujeres de amplios sectores de la población mexicana siguen buscando la atención tradicional al embarazo y al parto. Una constante en los 56 pueblos indios de México es el gran respeto que hay hacia las parteras. Esto se debe a que éstas poseen habilidades técnicas, pero además cubren los aspectos culturales y religiosos del proceso. Se dice que la partera profesional fue desplazada de las ciudades por la profesión médica; el ginecólogo, el anestesiólogo y el pediatra fueron desempeñando, cada vez más, las actividades que ellas habían realizado en las maternidades. Afirman también que la partera profesional fue desplazada del campo por la partera empírica. En realidad, la partera profesional nunca pudo desplazar a la tradicional, que por siglos había permanecido en el campo, sin apoyo ni reconocimiento del Estado. En la pasada centuria, la profesión médica empleó a las parteras preparadas en las escuelas de medicina para ingresar al cuarto de la parturienta de las ciudades y trató de limitar la acción de aquéllas a la atención de partos eutócicos; cien años después las convirtió de profesionales libres en asalariadas; más tarde les cerró las posibilidades de trabajo institucional y, para evitar que ejercieran por su cuenta, también

eliminó los centros formadores de parteras. Hoy, recurre a las parteras tradicionales para acercarse a las embarazadas, parturientas y puérperas de las zonas rurales, con lo que busca extender su actividad a un campo donde sobreviven otros saberes y poderes médicos.” (Benner P,2018)

4.5. MUERTE MATERNO-INFANTIL

“La mortalidad materna o muerte materna es un término estadístico que describe la muerte de una mujer durante el embarazo, el parto o el posparto. Con el objetivo de reducir la cantidad de Muertes Maternas, Organismos Internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización de Naciones Unidas, a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en conjunto con Estados han emitido acciones y recomendaciones al respecto, en la última década se ha hecho particular énfasis en la atención intrahospitalaria del parto o que este sea atendido por personal de partería cualificado, mismo que la OMS definió como: “Un profesional sanitario acreditado (partero, médico o enfermero) que ha recibido una formación teórica y práctica que lo capacita para atender los embarazos, partos y puerperios 12 normales (no complicados) y para identificar, tratar y derivar las complicaciones maternas y neonatales”. Sin embargo, en Chiapas, un número significativo de mujeres sigue optando por los servicios de las parteras empíricas para la atención del embarazo y parto. Cabe mencionar que la entidad ocupa el primer lugar a nivel nacional en el número de nacimientos atendidos por parteras.” (Menlo Park,2019)

4.6. PREFERENCIA A PARTERAS

“A pesar de lo evidente que resulta la existencia de un gran número de parteras a nivel nacional y de que en distintas regiones del país las mujeres siguen eligiéndolas como primera opción de atención, la política pública actual ha centrado sus esfuerzos en la atención intrahospitalaria del parto dejando fuera del sistema a miles parteras. Esta política no sólo se promueve a través de las unidades de salud, sino también en programas como Oportunidades, hoy Prospera, donde se coacciona a las mujeres para acudir a los servicios de nacimientos atendidos por partera respecto del total de nacimientos ocurridos en la entidad 13 de salud oficiales durante su

embarazo y parto; de no cumplir con esta exigencia se les descuenta o retira la ayuda monetaria que este programa implica. Es importante señalar que en estudios previos se documentó que una mujer indígena no mostraba sus genitales a la partera: “Nosotras nunca mostramos el cuerpo a otros, nosotros solo sobamos la espalda y la panza con plantas y esperamos al niños sin tocar su parte” (Freyermuth, Cadena, 1989) siendo el pudor uno de los principales factores por los que se acudía a los servicios de una partera. Debe considerarse además que en ocasiones la decisión de acudir o no a los servicios de salud o con la partera, era tomada por el esposo, padre e incluso la suegra u otra figura de autoridad en la familia, a la cual la mujer se encontraba subordinada. En caso de emergencia, estos eran los que determinaban la suerte de la madre y el hijo. En el caso de las mujeres, la decisión de recurrir con una partera para la atención del embarazo, parto y puerperio es motivada por la sugerencia de familiares cercanos, principalmente mujeres con experiencia reproductiva, asimismo porque en muchas de las ocasiones los esposos se niegan a que sean vistas por otros hombres, en el caso del sector salud.” (Addison,2018)

4.7. MEDICALIZACIÓN O EMPIRISMO

“La partería en un contexto internacional Históricamente la partería había sido un trabajo realizado por mujeres que tenían el conocimiento empírico sobre la atención de partos y que además tenían conocimiento sobre herbolaria. Sin embargo, hubo un momento en la historia en que estas mujeres empezaron a ser perseguidas, acusadas de ser brujas, de practicar la hechicería. De tal suerte que cuando en el siglo XV tuvieron lugar los primeros juicios contra brujas, muchas mujeres-parteras fueron condenadas a la hoguera. Esta cacería también permitió “la construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres fueron colocados bajo el control del Estado y transformado en recursos económicos”. Que un evento como el parto estuviera controlado casi exclusivamente por mujeres provocaba ansiedades en las instituciones de poder, cuyos agentes eran hombres. Así que como una forma de obtener el control de este evento íntimo al que no tenían acceso, se optó por la regulación y desplazamiento de las parteras. En España entre los siglos XIII al XVII se dio una fuerte

tendencia hacia el control y desplazamiento de las comadronas. En 1541 sale a la luz el libro del arte de las comadres, donde además de enseñar nuevas habilidades para el oficio, el autor, explica cómo debía ser el comportamiento de las comadronas y aconseja “no sea fantástica, no sea roñosa, sea alegre, gozosa, que con sus palabras alegre a la que pare” Estas pautas denotan urgencia por controlar la actividad de las parteras, además que el médico que escribe tales recomendaciones se erige como autoridad para poder emitir estas sugerencias que llevan implícita la idea que las parteras deben subyugarse a la racionalidad de la medicina. Siglos más tarde en algunos países de Europa como Suecia, se instauró una política de profesionalización de comadronas como medida para reducir la tasa de mortalidad materna. En el siglo XVII este país impulsó la capacitación y certificación de las parteras como medida para asegurar que los partos fueran atendidos por estas mujeres y, para principios del siglo XIX logró tener la razón de mortalidad más baja en el continente. Exige un dispositivo de coordinación entre parteras y obstetras bastante riguroso, ya que en caso de existir alguna complicación la partera debe informar al obstetra para que la mujer pueda recibir la atención adecuada. Pero, llegar a este tipo de atención y coordinación implicó el desplazamiento de las parteras tradicionales, pues fue a inicios del siglo pasado que esta práctica se instituyó como profesión en Holanda, y cuyo objetivo fue precisamente ir remplazando gradualmente a sus antecesoras. Este modelo también ubica a Holanda entre los Estados con las tasas de mortalidad más bajas, incluso comparables con las de los países que han optado por la vía medicalizada. En este país se registran tasas de cesáreas tres veces más bajas que en México, mismo que en los últimos años alcanzó los primeros lugares a nivel mundial en este rubro. Lo que indica que una mayor medicalización no necesariamente implica un impacto positivo en la reducción de la muerte materna. De igual modo Estados Unidos experimentó la institucionalización de sus parteras hacia la mitad del siglo XIX.” (Wesley,2015)

4.8. CACERÍA DE PARTERAS

“La partería en un contexto internacional Históricamente la partería había sido un trabajo realizado por mujeres que tenían el conocimiento empírico

sobre la atención de partos y que además tenían conocimiento sobre herbolaria. Sin embargo, hubo un momento en la historia en que estas mujeres empezaron a ser perseguidas, acusadas de ser brujas, de practicar la hechicería, Silvia Federici en su libro *Calibán y la bruja*, menciona que en Europa “históricamente la bruja era la partera, la médica, la adivina, o la hechicera de pueblo” De tal suerte que cuando en el siglo XV tuvieron lugar los primeros juicios contra brujas, muchas mujeres-parteras fueron condenadas a la hoguera. Federici sostiene que dicha caza fue alentada principalmente por la iglesia y el Estado como medida para “transformar las potencias del individuo en fuerza de trabajo”. Además de que las cientos de miles de mujeres que fueron masacradas, estaban acusadas de brujería porque planteaban un desafío a las estructuras de poder. Esta cacería también permitió “la construcción de un orden patriarcal en el que los cuerpos de las mujeres fueron colocados bajo el control del Estado y transformado en recursos económicos” Que un evento como el parto estuviera controlado casi exclusivamente por mujeres provocaba ansiedades en las instituciones de poder, cuyos agentes eran hombres. A pesar de esto, las parteras tradicionales todavía son vistas como figura materna que dan seguridad y confianza, este es uno de los motivos que se ha esgrimido por los que las mujeres acuden a ellas para la atención del embarazo, parto y puerperio. Las parteras son una ayuda fundamental, pues son las encargadas de organizar, dirigir y fomentar los cuidados hacia la mujer, además de definir las restricciones y fincar responsabilidades en las que el varón tiene un papel protagónico; fomentando así una relación más empática entre los géneros, así hombres y mujeres son conocedores de los signos del trabajo de parto. El conocimiento de estos signos es de gran ayuda cuando se presentan complicaciones a la hora del parto, y entonces la mujer puede ser trasladada a la institución de salud más cercana, esto cuando la geografía del lugar lo permite.” (Fullerton,2016)

4.9. VALOR Y RESPETO A LAS PARTERAS

“Las parteras son altamente valoradas y respetadas por la comunidad, ya que asisten a las mujeres durante el proceso reproductivo. El oficio de partera, además es visto como algo sagrado, pues no cualquiera puede

llegar a desempeñarse como tal, según la autora, este trabajo responde a un designio divino que se da a conocer a quien ha sido elegida para dicho destino mediante un sueño iniciático. El oficio de partear, es realizado principalmente por mujeres, mujeres que adquirieron el conocimiento por medio de un mandato divino, u obligadas por las circunstancias, debido a que se vieron en la necesidad de atender sus propios partos o de familiares cercanos. El trabajo que desempeñan las parteras se extiende más allá de comunidades rurales y de difícil acceso donde no hay o escasean los servicios públicos de atención a la salud. La partería se sigue practicando aún en contextos urbanos como la ciudad de México, aunque se da con algunas diferencias. La recurrencia a la partería como una opción más de atención en el transcurso del embarazo, parto y puerperio es una actividad vigente en comunidades rurales o en sitios urbanos como la ciudad de México. Es gracias a la fuerte demanda de sus servicios, que existe un gran número de parteras en el país. De acuerdo con el censo de la Secretaría de Salud 2016, en nuestro país hay 15, 996 parteras; de las cuales el mayor número de ellas se concentra en los estados de Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Tabasco.” (Fullerton,2019)

5. PERTINENCIA DE LA PARTERÍA

5.1. PARTERAS MESOAMERICANAS

“Actualmente las parteras tradicionales mesoamericanas continúan ejerciendo una serie de prácticas y conocimientos heredados de sus antepasados y de los métodos de relación con la naturaleza, que ahora se han logrado sistematizar y entender de manera general. Las parteras tradicionales han sido formadas en el modelo de atención tradicional de embarazo, parto, puerperio y recién nacido, bajo el modelo de maestro – aprendiz, que forma parte del sistema de la medicina tradicional. La mayoría cuenta en su haber con una experiencia de miles de partos. Éste modelo de atención tradicional del parto presenta algunas debilidades, pero también múltiples aportes importantes, que es fundamental identificar, reconocer y aprovechar. Con respecto a las parteras tradicionales, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere los estudios que demuestran los aportes del modelo de partería con respecto a otras modalidades de atención, y

señala que las parteras tradicionales pueden ser una opción para reducir la mortalidad materna siempre que cuenten con la capacitación y supervisión adecuada. Por ello ha elaborado una serie de pronunciamientos con respecto a la partería tradicional, y con respecto a la partería en general. En la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS se cuenta con un estudio del impacto de las parteras tradicionales capacitadas en la reducción de la muerte materna. Dichos pronunciamientos y recomendaciones señalan que el embarazo y parto normales no son enfermedades, por lo que su atención no debe ser medicalizada, proveyendo el mínimo de intervenciones que sean necesarias. Señala por lo tanto, que no es necesario que participen los médicos en la atención de todas las mujeres, y propone incluir la participación multidisciplinaria de profesionales de la salud tales como parteras y enfermeras. Con respecto a la medicina tradicional en general, acuerdos internacionales de carácter vinculante como el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales Independientes suscrito por México en 1990, y la Declaración de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007, refieren los derechos que poseen los pueblos indígenas de utilizar y aprovechar su medicina y partería tradicional. En todo caso, para la expedición de la autorización a que se refiere el párrafo anterior se tomarán en cuenta las necesidades de la colectividad y el auxilio requerido.” (Gherissi,2017)

5.2. DISMINUCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

“En la República Mexicana cuatro de cada cinco mujeres indígenas padecen violencia obstétrica, como maltrato, humillación y agresiones verbales, además el servicio que se les da es precario, insuficiente y de mala calidad. Aunado a esto, las largas horas de espera en la sala de un hospital para obtener una consulta prenatal o para ser atendidas en la labor de parto; la exploración por varios médicos en diferentes turnos, la indumentaria que apenas cubre el cuerpo, son otros de los ingredientes que desalientan a las mujeres para ir al hospital. En cambio recurren a los servicios, en su mayoría domiciliarios, de las parteras. Una idea muy común entre las mujeres indígenas es que el hospital es sinónimo de muerte o que

una vez saliendo de este ya no podrán tener más hijos. Ideas fuertemente relacionados con las altas tasas de mortalidad registradas en la región de Los Altos. Y la segunda refiere a la práctica de esterilización forzada o sin consentimiento. En contraste con esto, las parteras se consideran como acompañantes en el proceso reproductivo que dan aliento a las mujeres para que puedan llevar a buen fin la labor de parto. La partera permite que la mujer elija la posición que más le acomode al parir, deja que el esposo y los familiares estén presentes durante el acontecimiento e incluso les hacen partícipes. Son las encargadas de “levantar” al niño una vez que ha sido expulsado por la madre; realizan el corte del cordón umbilical y bañan al recién nacido, en comunidades indígenas también cuidan a sus pacientes hasta tres días después de ocurrido el parto, la familia de la parturienta es la encargada de dar de comer a la partera. Sobre esta última característica es importante destacar que ha sido una de las razones por las que en el pasado Organismos Internacionales apoyaron la capacitación de estas mujeres como opción de atención, ya que además de ser integrantes reconocidas de su comunidad, reciben su remuneración de las mujeres y sus familias por lo que no pesan sobre el presupuesto público. Otro campo en el que se resalta la pertinencia del trabajo de las parteras, particularmente en nuestro país, es en la disminución de los elevados índices de cesáreas 37 que se practican en la actualidad. Esta operación resulta inevitable cuando la vida de la madre y del bebé se encuentran en peligro, sin embargo, en años recientes se recurre a ella de manera rutinaria y, paradójicamente, eleva al doble el riesgo de morbimortalidad para madre e hijo, además de que se producen más nacimientos prematuros, producto de la programación de las cesáreas. También es cierto que este incremento se debe a que resulta más cómodo y rápido para los obstetras, pues durante el tiempo que demora un parto por vía vaginal pueden atender múltiples cesáreas, lo que deriva en mayores ganancias para los hospitales privados. La misma Encuesta Nacional de Nutrición reportaba que, en uno de los hospitales más prestigiados del Distrito Federal un parto vaginal puede costar hasta \$32,000 mientras que una cesárea llega hasta los 40,800 pesos. También ocasiona un gasto excesivo para las instituciones públicas y una merma en las arcas del Estado. En 2016 el IMSS reportaba

que un parto vaginal costaba \$17, 400, mientras que una cesárea significaba un gasto de \$21, 600. Iniciativas institucionales dirigidas a parteras empíricas Chiapas se encuentra entre las tres entidades más pobres del país, lo que automáticamente la ubica entre los que poseen mayores rezagos en ámbitos como la educación y salud, además presenta los índices más altos en cuanto a Muertes Maternas. Es por ello, y por los compromisos adquiridos en 2009 que se han encaminado todos los esfuerzos en el tema de salud materna e infantil, cuyo fin es, como se ha referido en reiteradas ocasiones, la reducción de las Muertes Maternas e Infantiles. Las parteras tradicionales son un agente comunitario de salud, que forman parte de la medicina tradicional indígena, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud y el marco normativo mexicano. Actualmente participan en las redes de servicios de salud y espacios específicos para la atención del embarazo y parto, de la Secretaría de Salud y del Régimen Oportunidades del Instituto Mexicano del Seguro Social. En México, la partería tradicional es una parte sustantiva de la medicina tradicional indígena, la cual es considerada como un “sistema completo de salud”. Esta cuenta con todo un modelo tradicional de atención de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, así como del recién nacido, el cual ha sido muy desarrollado a nivel mesoamericano. Este conocimiento a partir de observar la causa-efecto y la relación entre los elementos que conforman el universo, se hizo extensivo a la medicina en general y también a la partería tradicional, desarrollando toda una cosmovisión en salud que derivó en un sistema holístico de prácticas y conocimientos.” (Johnson PG,2018)

5.3. NORMA OFICIAL

En México no existe un marco regulatorio específico de aplicación federal sobre modelos de partería. La norma más importante actualmente vigente es la versión revisada de la Norma Oficial Mexicana 007 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y la atención de la persona recién nacida, aprobada en junio de 2016, donde se hace referencia específica a las parteras como prestadoras calificadas para la atención del parto de bajo riesgo obstétrico.

.....

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

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

PABLO ANTONIO KURI MORALES, Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4, de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3o, fracciones IV, XV y XVI, 13, apartado A, fracción I, 61, 61 Bis, 62, 63, 64, 64 Bis, 65, 133, fracción I, 134, fracciones VIII y XIII, 158, 159 y 160, de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41, 43, 47, fracción IV, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28, del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, así como 8, fracción V y 10, fracciones VII y XVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

CONSIDERANDO

Que el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entró en vigor al día siguiente de su publicación.

Que la ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos;

.....

Que el 25 de mayo de 2009, de conformidad con el artículo 27, fracción III, de la Ley General de Salud y los artículos 71 al 75, del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, se firmó el Convenio General de Colaboración entre la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a fin de proveer servicios de salud a través de sus unidades médicas a todas las mujeres embarazadas que presenten una emergencia obstétrica con el fin de reducir la morbi-mortalidad materna y perinatal a nivel nacional, lo que se reflejará en los indicadores correspondientes.

Que con fecha 5 de noviembre de 2012, en cumplimiento de lo acordado por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y de conformidad con lo previsto en el artículo 47, fracción I, de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010:

Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, a efecto de que dentro de los sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentarán sus comentarios ante dicho Comité Consultivo Nacional de Normalización; Que con fecha 17 de febrero de 2016, en cumplimiento a lo previsto en el artículo 47, fracción III, el citado Comité Consultivo Nacional de Normalización, aprobó las respuestas a comentarios recibidos, así como las modificaciones al proyecto que derivaron de las mismas, las cuales, con fecha previa, fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación recibidas por el mencionado Comité, y Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, he tenido a bien expedir y ordenar la publicación de la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA PREFACIOEn la elaboración de la presente Norma participaron:

SECRETARIA DE SALUD.Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades.

Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.

.....

Dirección General de Calidad y Educación en Salud.

Dirección General de Promoción de la Salud.

Dirección General de Epidemiología.

Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL.

Dirección General de Sanidad.

Hospital de Especialidades de la Mujer.

SECRETARIA DE MARINA.

Dirección General de Sanidad Naval.

Centro Médico Naval.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

Dirección de Prestaciones Médicas.

Unidad del Programa IMSS – Oportunidades.

División de Atención Gineco-obstétrica y Perinatal.

Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Gineco-obstetricia No. 4 “Luis Castelazo Ayala”.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

Dirección Médica.

Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES”.

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

HOSPITAL DE LA MUJER.

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ.

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO FEDERICO GOMEZ.

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL.

Coordinación de Salud Reproductiva.

FEDERACION MEXICANA DE COLEGIOS DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, A.C.

COLEGIO MEXICANO DE ESPECIALISTAS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.

FEDERACION MEXICANA DE NEONATOLOGIA, A.C.

ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

SOCIEDAD MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.

COMITE PROMOTOR POR UNA MATERNIDAD SIN RIESGOS, A.C.

CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO, A.C.

RED NACIONAL PARA LA PREVENCION DE LA DISCAPACIDAD EN MEXICO, A.C.

FUNDACION CLINICA MEDICA SUR, A.C.

IPAS, MEXICO, A.C.

FUNDACION MEXICANA PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR, A.C.

PARTO LIBRE, A.C.

INDICE

0. Introducción.
1. Objetivo y campo de aplicación.
2. Referencias.
3. Definiciones.
4. Símbolos y abreviaturas.
5. Disposiciones generales.
6. Vigilancia epidemiológica.
7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas.
8. Bibliografía.
9. Observancia de la norma.

10. Vigencia.

11. Apéndices normativos.

0. Introducción

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. Por ello se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000, hasta el 2015 la atención materna y perinatal basada en el objetivo 4, que corresponde a disminuir la mortalidad de los niños menores de cinco años, en dos terceras partes entre 1990 y 2015, y el 5 que es “Mejorar la Salud Materna”, con el 5.A, que se refiere a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, y lograr la cobertura universal de asistencia al parto, actualmente orientamos las acciones a la nueva Estrategia Mundial para la salud de la Mujer, la Niñez y la adolescencia 2016-2030, que tiene como objetivo lograr el más alto nivel de salud para todas la mujeres, los niños y adolescentes transformar el futuro y garantizar que cada recién nacido, la madre y el niño no sólo sobreviva, sino que prospere. La estrategia se basa en el éxito de la estrategia 2010, lo que ayudó a acelerar el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz,

México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género. Estos seis objetivos se refieren a: 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad; 3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida; 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país; 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud, y 6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. El Plan Sectorial de Salud 2013-2018, destaca los logros sustantivos en diversos indicadores, como el aumento en la esperanza de vida y la disminución de la mortalidad infantil en el país. Sin embargo, queda pendiente avanzar en algunos indicadores clave de salud. Por ejemplo, la mortalidad materna que se redujo a menos de la mitad entre 1990 y 2011 (al pasar de 89 a 43 defunciones de mujeres por cada 100,000 nacidos vivos). No obstante, este indicador se encuentra lejos de alcanzar la meta de 22 defunciones propuesta para 2015, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron pactados con los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), para alcanzar una mejor calidad de vida de la población, razón por la cual el Plan Sectorial de Salud 2013-2018, contempla estrategias y líneas de acción específicas para atender esta situación prioritaria. El 30 de agosto de 2013, se publicó en el Diario Oficial de la Federación, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y No Discriminación contra las Mujeres 2013-2018 (PROIGUALDAD), que da respuesta a la obligación señalada en el PND, de contar con una estrategia transversal de perspectiva de género en todos los programas, acciones y políticas de gobierno; esto significa que en los programas sectoriales, especiales, institucionales y regionales que elaboren las dependencias de la Administración Pública Federal estarán explícitas la perspectiva de género y las acciones afirmativas (concebidas como medidas efectivas, caracterizadas por su dimensión temporal que inciden en la reducción de las desigualdades) que permitan reducir las brechas de desigualdad entre mujeres y hombres. En este Programa se incorpora el

objetivo 4 Fortalecer las capacidades de las mujeres para participar activamente en el desarrollo social y alcanzar el bienestar; que en su estrategia 4.2 contempla Impulsar el acceso de las mujeres a los servicios de cuidado a la salud en todo el ciclo de vida y explícitamente incluye la línea de acción 4.2.8 Reducir la mortalidad materna y fortalecer la atención perinatal con enfoque de interculturalidad. Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación, organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. En ese mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto. Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud. En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y

reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido. Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde

la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas. Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado de vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad. Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva. La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional. Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

1.2 Esta Norma es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan

atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

2. Referencias

Esta Norma se complementa con las normas oficiales mexicanas siguientes o las que las substituyan:

2.1 Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

2.2 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

2.3 Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

2.4 Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA3-2011, Para la práctica de la anestesiología.

2.5 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA3-2011, Para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos.

2.6 Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2.7 Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

2.8 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino.

2.9 Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA3-2013, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo.

2.10 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

2.11 Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2102, Para la atención integral a personas con discapacidad.

2.12 Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

2.13 Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica.

2.14 Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA3-2013, Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.

2.15 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

2.16 Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.

2.17 Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

2.18 Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención de la salud del niño.

2.19 Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2013, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento

2.20 Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de información en salud.

2.21 Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano.

2.22 Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, Para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual.

2.23 Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.

2.24 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

2.25 Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

2.26 Norma Oficial Mexicana NOM-087-SEMARNAT-SSA1-2002, Protección ambiental-Salud ambiental-Residuos peligrosos biológico-infecciosos-Clasificación y especificaciones de manejo.

2.27 Norma Oficial Mexicana NOM-131-SSA1-2012, Productos y servicios. Fórmulas para lactantes, de continuación y para necesidades especiales de nutrición. Alimentos y bebidas no alcohólicas para lactantes y niños de corta edad. Disposiciones y especificaciones sanitarias y nutrimentales. Etiquetado y métodos de prueba.

2.28 Norma Oficial Mexicana NOM-253-SSA1-2012, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

3. Definiciones

Para los fines de esta Norma se entiende por:

3.1 Aborto, a la expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 g de peso (peso que se alcanza aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de la gestación de cualquier peso o edad gestacional pero que sea absolutamente no viable.

3.2 Alojamiento conjunto, a la ubicación y convivencia de la persona recién nacida y su madre en la misma habitación para favorecer el contacto inmediato y permanente, así como la práctica de la lactancia materna exclusiva.

3.3 Atención de la urgencia obstétrica, a la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

3.4 Atención prenatal, a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal, incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía; además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

3.5 Calidad de la atención en salud, al grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica, acorde con las disposiciones jurídicas aplicables, con los menores riesgos para los pacientes y al trato respetuoso y de los derechos de las usuarias, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes. Incluye oportunidad de la atención, accesibilidad a los servicios, tiempo de espera, información adecuada, así como los resultados.

3.6 Certificado de nacimiento, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar el nacimiento de un nacido vivo y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.7 Certificado de muerte fetal y perinatal, al formato único nacional establecido por la Secretaría de Salud, de expedición gratuita y obligatoria, con carácter individual e intransferible, que hace constar la ocurrencia de una defunción fetal y las circunstancias que acompañaron el hecho.

3.8 Cesárea, a la intervención quirúrgica que tiene por objeto, extraer el feto, vivo o muerto, de 22 semanas cumplidas o más, así como la placenta y sus anexos, a través de una incisión en la pared abdominal y uterina.

3.9 Conceptus, al producto de la concepción en cualquier etapa de desarrollo desde la fertilización al nacimiento. Incluye el embrión o el feto y las membranas embrionarias.

3.10 Consentimiento informado, al proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento escrito signado por el paciente o su representante legal o familiar más cercano en vínculo, mediante los cuales se acepta un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnósticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación una vez que sea recibida información de los riesgos y beneficios esperados.

3.11 Defunción, fallecimiento o muerte fetal, a la pérdida de la vida de un producto de la gestación antes de la expulsión o extracción completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo. La muerte está indicada por el hecho de que después de la separación de la madre, el feto no presenta signos vitales, como respiración, latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria.

3.12 Diabetes gestacional (DG), a la alteración en el metabolismo de los carbohidratos que se detecta por primera vez durante el embarazo y se traduce en una insuficiente adaptación a la insulina.

3.13 Distocia, a las complicaciones en el mecanismo del trabajo de parto que interfieren con la evolución fisiológica del mismo y requieren maniobras especiales.

3.14 Edad gestacional, al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales; con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresa en semanas y días completos.

3.15 Embarazo, a la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del “conceptus” en el endometrio y termina con el nacimiento.

3.16 Eutocia, a la presentación del feto en vértice, cuyo progreso del trabajo de parto es normal, termina sin complicación y no requiere de maniobras especiales.

3.17 Feto, al producto de la fecundación desde el fin del desarrollo embrionario, a las 8 semanas después de la fecundación, hasta el aborto o el nacimiento.

3.18 Hipotiroidismo congénito, a la enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por disminución permanente o transitoria del funcionamiento de la glándula tiroides.

3.19 Identificación oficial, a los documentos con los que una persona física puede acreditar su identidad; como son credencial para votar, pasaporte vigente o cédula profesional.

3.20 Lactancia materna, a la proporcionada a la persona recién nacida, con leche humana, sin la adición de otros líquidos o alimentos.

3.21 Muerte materna, a la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

3.21.1 Muerte Materna Directa, a la relacionada con las complicaciones propias del embarazo.

3.21.2 Muerte Materna Indirecta, a la causada por una enfermedad de fondo agravada por el embarazo.

3.22 Nacido vivo, al producto de la concepción expulsado o extraído de forma completa del cuerpo de su madre, independientemente de la duración del embarazo, que después de dicha separación respire y presente signos vitales como frecuencia cardíaca, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.23 Nacido muerto, a la expulsión completa o extracción del producto de la concepción del organismo materno, cuando después de dicha separación no respire ni lata el corazón, se haya o no cortado el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

3.24 Nacimiento, a la expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción. Término empleado tanto para nacidos vivos o defunciones fetales.

3.25 Nacimiento con producto pretérmino, al que ocurre antes de las 37 semanas completas (menos de 259 días) de gestación.

3.26 Nacimiento con producto a término, al que ocurre entre las 37 semanas y menos de 42 semanas completas (259 a 293 días) de gestación.

3.27 Nacimiento con producto postérmino, al que ocurre a las 42 semanas completas o más (294 días o más) de gestación.

3.28 Oportunidad de la atención, a la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad al establecimiento para la atención médica y tiempo de respuesta del personal de salud.

3.29 Partera técnica, a la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades educativas competentes y que corresponde al nivel técnico.

3.30 Partera tradicional, a la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

3.31 Parto, al conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto de 22 semanas o más por vía vaginal, incluyendo la placenta y sus anexos.

3.32 Partograma, a la herramienta fundamental durante el trabajo de parto que se debe llenar en forma rutinaria y debe analizarse detalladamente en todas las gestantes con la finalidad de evitar distocias y cesáreas de urgencia que conllevan a una alta morbilidad y mortalidad.

3.33 Parto vertical, a la atención del parto de la mujer embarazada colocada en posición vertical: de pie, sentada, semidecúbito, o en cuclillas.

3.34 Periodo neonatal, a la etapa que inicia al nacimiento y termina 28 días después del mismo.

3.35 Periodo perinatal, a la etapa que inicia a las 22 semanas de gestación y termina 7 días después del nacimiento.

3.36 Pertinencia cultural, al modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones con características culturales y posiciones diversas, conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido.

3.37 Producto de la concepción, al embrión post-implantatorio o feto, de acuerdo a la etapa del embarazo.

3.38 Promoción de la salud, a la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

3.39 Prueba de antiglobulina humana (prueba de Coombs): al ensayo de aglutinación en el que se emplean anticuerpos contra la gamaglobulina humana, que permite demostrar la presencia o ausencia de anticuerpos adheridos a un antígeno de la membrana del eritrocito.

3.40 Puerperio normal, al periodo que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

3.41 Puerperio inmediato, al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

3.42 Puerperio mediato, al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

3.43 Puerperio tardío, al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto

3.44 Recién nacido (persona recién nacida), al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

3.45 Recién nacido (persona recién nacida) pretérmino, a aquél cuya gestación haya sido de 22 a menos de 37 semanas. Cuando no se conoce la edad gestacional, se considerará así a un producto que pese menos de 2,500 gramos. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.46 Recién nacida/o inmaduro, a aquél cuya gestación haya sido de 22 semanas a menos de 28 semanas, o que su peso al nacer sea de 501 a 1,000 g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.47 Recién nacida/o a término, a aquél cuya gestación haya sido de 37 semanas a menos de 42 semanas. Se considerará así a un producto que pese más de 2,500g. Cuando no se conoce la edad gestacional se valora con métodos clínicos como el Capurro y Ballard modificado.

3.48 Recién nacida/o postérmino, al producto de la concepción con 42 o más semanas completas de gestación o más (294 días o más).

3.49 Restricción en el crecimiento intrauterino, a la incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

3.50 Sucedáneo de la leche materna o humana, a las fórmulas comercializadas presentadas como sustituto parciales o totales de la leche materna o humana.

3.51 Tamiz metabólico neonatal, al examen de laboratorio practicado a la persona recién nacida, para detectar padecimientos de tipo metabólico.

3.52 Urgencia obstétrica, a la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

3.53 Obstetricia, a la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

3.54 Valoración de Apgar, a la valoración de la persona recién nacida al minuto y a los cinco minutos de: frecuencia cardiaca, respiración, tono muscular, irritabilidad refleja y la coloración de tegumentos.

4. Símbolos y abreviaturas

- 4.1 ABO: Sistema de grupos sanguíneos
- 4.2 CTG: Curva de tolerancia a la glucosa
- 4.3 CONAVE: Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- 4.4 dl: Decilitros
- 4.5 DM: Diabetes mellitus
- 4.6 Du: Antígeno D expresado débilmente
- 4.7 E²: Estatura al cuadrado
- 4.8 FUM: Fecha de última menstruación
- 4.9 g: Gramo
- 4.10 IM: Vía intramuscular
- 4.11 IV: Vía intravenosa
- 4.12 IMC: Índice de masa corporal
- 4.13 Kg/m²: Kilogramo sobre metro al cuadrado
- 4.14 m: Metro
- 4.15 mg: Miligramos
- 4.16 mmol/L: Milimolas por litro
- 4.17 OMS: Organización Mundial de la Salud
- 4.18 Rho: Antígeno eritrocítico D
- 4.19 SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- 4.20 SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
- 4.21 UI: Unidades internacionales
- 4.22 VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- 4.23 µg: Microgramos

5. Disposiciones generales

5.1 La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con un enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

5.1.2 La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo. Ver Apéndices C y D Normativos, de esta Norma.

5.1.3 En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

5.1.4 El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

5.1.5 La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

5.1.6 En la visita preconcepcional, se debe brindar información sobre los cuidados de la persona recién nacida, lactancia, tamiz metabólico neonatal, estimulación temprana y aplicación de vacunas, prevención de enfermedades diarreicas y respiratorias.

5.1.7 En los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado, que no cuenten con el servicio de atención de urgencias

obstétricas, se debe procurar en la medida de su capacidad resolutive, auxiliar a las mujeres embarazadas en situación de urgencia, y una vez resuelto el problema inmediato y estabilizado y que no esté en peligro la vida de la madre y la persona recién nacida, se debe proceder a su referencia a un establecimiento para la atención médica que cuente con los recursos humanos y el equipamiento necesario para la atención de la madre y de la persona recién nacida.

5.1.8 Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipo e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras; 24 horas del día, todos los días del año.

5.1.9 Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

5.1.10 Todo el tiempo y en especial durante el embarazo y la lactancia, se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aun como fumadora pasiva), bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.1.11 La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y a la persona recién nacida debe ser proporcionada con calidad y respeto de sus derechos humanos, principalmente a su dignidad y cultura, facilitando, en la medida de lo posible, apoyo psicológico durante su evolución. Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio; así como, proveer facilidades

para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos para la atención médica, en su caso. Los partos de bajo riesgo de término, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.

5.1.12 Las mujeres y las personas recién nacidas referidas a los establecimientos para la atención médica por las parteras tradicionales u otro prestador de servicio de salud de la comunidad, deben ser atendidos con oportunidad. La mujer debe tener la opción de parir en forma vertical, siempre y cuando se cuente con personal capacitado y con la infraestructura suficiente para tal fin, preservando en todo momento su autonomía y la seguridad del binomio.

5.1.13 En los establecimientos para la atención médica, se debe disponer de la capacidad para detectar, registrar, asignar y manejar oportunamente el riesgo reproductivo, obstétrico y perinatal para cada embarazo, el cual debe servir para planear y aplicar un plan de vigilancia y manejo de forma individual y con la intervención de los especialistas acordes a cada situación.

5.1.14 Los establecimientos para la atención médica, deben garantizar la prestación de servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad durante el embarazo, parto y puerperio, así como durante la atención de urgencias obstétricas.

5.2 Atención del embarazo.

5.2.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

5.2.1.1 Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma), debiendo tener los siguientes apartados:

5.2.1.1.1 Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de

residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario;

5.2.1.1.2 Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos;

5.2.1.1.3 Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

5.2.1.2 Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

5.2.1.3 Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

5.2.1.3.1 Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3;

5.2.1.3.2 A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y

5.2.1.3.3 En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

5.2.1.4 Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.

5.2.1.5 Identificar los siguientes factores de riesgo para DG: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al

nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

5.2.1.6 Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.7 En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).

5.2.1.8 Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

5.2.1.9 Cuando se atienda a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

5.2.1.10 Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.8, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

5.2.1.11 Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

5.2.1.12 Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

5.2.1.13 Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

5.2.1.14 Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

5.2.1.14.1 Biometría hemática completa;

5.2.1.14.2 Grupo sanguíneo y factor Rh. En Paciente Rh negativo (coombs indirecto);

5.2.1.14.3 Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50 g);

5.2.1.14.4 Creatinina;

5.2.1.14.5 Acido úrico;

5.2.1.14.6 Examen general de orina; se recomienda realizar prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento antibacteriano.

5.2.1.14.7 Prueba de laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita;

5.2.1.14.8 La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres

que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen. Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

5.2.1.14.9 Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

5.2.1.15 Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª consulta: entre las 6 - 8 semanas;

2ª consulta: entre 10 - 13.6 semanas;

3ª consulta: entre 16 - 18 semanas;

4ª consulta: 22 semanas;

5ª consulta: 28 semanas;

6ª consulta: 32 semanas;

7ª consulta: 36 semanas; y

8ª consulta: entre 38 - 41semanas.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

5.2.1.16 Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y

fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

5.2.1.17 Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

5.2.1.18 En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.3 Consultas subsecuentes.

5.3.1 Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

5.3.1.1 Permitir a la embarazada exponer sus dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.

5.3.1.2 Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.

5.3.1.3 Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa, hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre. Consultar la Guía de Práctica Clínica de Detección y Tratamiento Inicial de las Emergencias Obstétricas, en la página de internet:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/442_GPC_Emergencias__obstetricas/GER_Emergencias_obstxtricas.pdf

5.3.1.4 Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.

5.3.1.5 Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anomalía en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.

5.3.1.6 A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para DG entre la semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.

5.3.1.7 Las mujeres con diagnóstico de DG deben ser referidas a un establecimiento para la atención médica de 2o. o 3er. nivel de atención en donde puedan recibir un manejo inmediato especializado. Entre las 6 y 12 semanas posteriores al término de la gestación a toda mujer con diagnóstico de diabetes gestacional se le debe realizar una CTG a fin de identificar a las mujeres con diabetes mellitus; así como para proporcionar el seguimiento especializado a su hija/o.

5.3.1.8 Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se corresponsabilice del control y vigilancia del embarazo; o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.

5.3.1.9 Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana, conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.7, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.3.1.10 Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos, así como proporcionar la oferta sistemática de éstos conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana, citada en el punto 2.2, del Capítulo de Referencias, de esta Norma, así como establecer mecanismos efectivos para la referencia y atención de la anticoncepción post-evento obstétrico, de preferencia en el post-parto o post-aborto inmediato y antes del alta hospitalaria, para aquellas mujeres que durante su control prenatal y su atención del parto expresen su deseo de usar algún método anticonceptivo.

5.3.1.11 Vacunar a la embarazada conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, del Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.3.1.12 Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma que ameriten una atención inmediata en el establecimiento para la atención médica, la elaboración de un plan de seguridad para la atención del parto o ante una urgencia obstétrica, en el que se identifique el establecimiento que prestará la atención, el vehículo a utilizar en el traslado y la persona acompañante, considerando planes alternativos en caso de urgencia, debiéndose registrar dicha información en los formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13 Trasladar oportunamente a las pacientes en situación de urgencia obstétrica a los establecimientos para la atención médica con la capacidad resolutive adecuada, para tal efecto el personal de salud debe:

5.3.1.13.1 Conocer e informar a la mujer embarazada y a sus familiares, la ubicación del establecimiento para la atención médica de atención de urgencias obstétricas que le corresponda.

5.3.1.13.2 Definir el traslado, de acuerdo con los criterios establecidos, para atención de las gestantes a los establecimientos para la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, empleando para ello los formatos que se establezcan con ese fin, como pueden ser formatos institucionales de traslado, el carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada (ver Apéndice J Normativo, de esta Norma).

5.3.1.13.3 En todos los casos de urgencia obstétrica, tales como hemorragia obstétrica, trastornos hipertensivos del embarazo, amenaza de parto pretérmino, sepsis o con enfermedades concomitantes graves, se debe brindar atención médica integral con oportunidad y calidad.

5.3.1.14 Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos: ficha de identificación; antecedentes heredo familiares; antecedentes personales patológicos; antecedentes ginecoobstétricos; factores de riesgo obstétrico; evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha; edad gestacional; peso; presión arterial; fondo uterino; frecuencia cardiaca fetal; resultados de exámenes de laboratorio; observaciones; resultado de la atención obstétrica; factores de riesgo para embarazos posteriores.

5.3.1.15 Proporcionar información que destaque la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

5.3.1.16 El control prenatal debe ser realizado por personal calificado para la atención prenatal, con pertinencia cultural, considerando las diversas cosmovisiones en salud, especialmente de los pueblos indígenas, estar dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico como anemia, preeclampsia, complicaciones hemorrágicas del embarazo, infecciones cérvico vaginales,

urinarias y de transmisión sexual, restricción del crecimiento intrauterino y detección y control de otras patologías preexistentes e intercurrentes con el embarazo, y aplicar las medidas de atención oportuna, Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf

5.3.1.17 Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones de acuerdo con los lineamientos y guías de práctica clínica vigentes.

5.4 Prevención del peso bajo al nacimiento.

5.4.1 El prestador de los servicios de salud que proporciona atención obstétrica debe seguir los criterios y procedimientos básicos para la prevención, detección oportuna de los factores de riesgo y manejo adecuado ante la amenaza de parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino y peso bajo al nacimiento. Ver el Apéndice E Normativo, de esta Norma.

5.4.2 La detección oportuna se debe realizar 3 meses antes del embarazo y durante la gestación.

5.4.3 Los procedimientos preventivos deben incluir la orientación a la mujer para el autocuidado, la identificación de los signos de alarma y la búsqueda de atención médica oportuna. Esta orientación también debe ser proporcionada a su pareja o a algún familiar.

5.4.4 Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino (Apéndice A Normativo, de esta Norma), y del estudio ultrasonográfico, realizado preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación). En caso de sospechar restricción del crecimiento del feto, se debe confirmar el diagnóstico, clasificar, establecer el manejo y el seguimiento en el segundo o tercer nivel de atención.

5.4.5 En todos los establecimientos para la atención médica que manejan partos pretérmino, preferentemente se debe establecer la estrategia de madre canguro, para facilitar e incrementar el contacto de la persona recién nacida con la mamá. Además de propiciar la alimentación del recién nacido pretérmino con leche materna, en cuanto sea posible, a través de valoración clínica del médico.

5.5 Atención del parto.

5.5.1 En todo establecimiento para la atención médica se deben aplicar las normas y procedimientos para la atención del parto y favorecer la seguridad emocional de la mujer, así como su bienestar durante todo el proceso, siendo prioritario facilitar el parto. En especial, en mujeres primigestas, se debe propiciar la conducción no medicalizada del trabajo de parto y el parto fisiológico, siempre que no exista contraindicación médica u obstétrica. Estas medidas procuran la atención de calidad y respeto al derecho de la mujer a un parto espontáneo, así como reducir el índice de cesáreas, morbilidad y el riesgo de complicaciones a largo plazo.

5.5.2 Al ingreso de toda mujer para la atención obstétrica, se deberá abrir el expediente clínico, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y se integrará el partograma correspondiente que se señala en el Apéndice B Normativo, de esta Norma. En caso de necesitar traslado a un establecimiento para la atención médica con mayor capacidad resolutive, se deberá valorar el traslado oportuno y seguro.

5.5.3 Ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto.

5.5.4 En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión de mucosidad, liquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial,

temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y proporción céfalo-pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas, para decidir la conducta a seguir conforme a la Guía de Práctica Clínica Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México; 2014. Disponible en:

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf y en el caso de pérdida de sangre transvaginal, deben descartarse complicaciones como placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta normo inserta, u otras causas de hemorragia.

5.5.5 Durante el trabajo de parto se puede permitir la ingesta de líquidos a la paciente, de acuerdo a sus necesidades; se propiciará la deambulación alternada con reposo en posición sentada o de pie, siempre y cuando el establecimiento para la atención médica cuente con el espacio suficiente y seguro, respetando la posición en que la embarazada se sienta más cómoda, en tanto no exista contraindicación médica. Si la madre escoge recostarse deberá recomendarse el decúbito lateral izquierdo para prevenir hipotensión materna y riesgo de hipoxia fetal.

5.5.6 La prescripción de analgésicos, sedantes y anestesia durante el trabajo de parto se realizará según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente de conformidad con la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.4 del Capítulo de Referencias, de la Norma.

5.5.7 La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

5.5.8 La utilización de auxiliares de diagnóstico de laboratorio y gabinete como la cardiotocografía y el ultrasonido, debe obedecer a indicaciones específicas.

Los procedimientos invasivos requieren del consentimiento informado de la paciente por escrito.

5.5.9 A la recepción de la embarazada en trabajo de parto, la tricotomía vulvo perineal y la aplicación de enema evacuante, no serán de aplicación obligatoria, excepto en los casos que por indicación médica así se requiera. Asimismo, se debe reducir el número de tactos vaginales. En todo caso, la mujer debe ser informada previamente y debe existir nota médica en el expediente clínico. Se recomienda realizar episiotomía de manera selectiva dependiendo de la valoración clínica.

5.5.10 Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones, son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

5.5.11 El registro e interpretación del progreso de las modificaciones cervicales, variedad y descenso de la presentación, se debe realizar mediante tacto vaginal por lo menos cada hora para identificar oportunamente eutocias o distocias. La mujer debe ser informada antes y después de la exploración.

5.5.12 El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

5.5.13 Las indicaciones, prescripciones y procedimientos deben ser registrados en el expediente clínico, conforme a lo que establece la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.1, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.5.14 Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados.

5.5.15 La atención del parto respetuoso con pertinencia cultural se debe promover en los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención, mediante la adecuación de espacios físicos, procedimientos de atención, implementos utilizados y permitiendo la elección de la posición por parte de la mujer. Esto se debe efectuar de acuerdo a las condiciones clínicas de la embarazada y del producto, así como de la adecuación de la infraestructura hospitalaria y la capacitación del personal para este tipo de atención. Dicha capacitación debe ser promovida por las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, en los lugares donde es culturalmente utilizado y aceptado.

5.5.16 El pinzamiento y corte del cordón umbilical se debe realizar de 30 a 60 segundos después del nacimiento, aun siendo prematuros, manteniendo a la persona recién nacida por abajo del nivel de la placenta. En caso de madre Rh negativo no isoimmunizada, circular de cordón al cuello y sufrimiento fetal agudo, el pinzamiento y corte debe ser inmediato.

5.5.17 Para el manejo activo del periodo del parto se recomienda la aplicación de 10 UI de oxitocina por vía IM o IV, posterior al nacimiento del hombro anterior. Realizar pinzamiento del cordón umbilical, tracción suave y sostenida del mismo y finalmente masaje uterino a través de la pared abdominal. Revisar que la placenta y sus membranas estén completas, verificar la integridad del canal del parto. Asimismo, comprobar que el útero esté contraído, el sangrado transvaginal sea escaso y los signos vitales sean normales. La aplicación de otros uterotónicos será de acuerdo al criterio médico basado en evidencia con atención personalizada y bajo vigilancia.

5.5.18 La revisión manual o instrumental de la cavidad uterina no debe realizarse de manera rutinaria; no es una maniobra sustitutiva de la comprobación de la integridad de la placenta. Sólo ante la sospecha de retención de restos placentarios, previa información a la paciente, bajo estricta técnica de antisepsia y analgesia, se debe realizar la revisión de la cavidad uterina por personal calificado.

5.5.19 En todas las puérperas Rho (D) negativas se debe pinzar el cordón umbilical únicamente en el extremo que corresponde a la persona recién nacida, dejando sin pinzar su extremo placentario y se debe evitar, en lo posible, la revisión de la cavidad uterina.

5.5.20 Los datos correspondientes al resultado del parto deben consignarse en el expediente clínico incluyendo los siguientes datos:

5.5.20.1 Tipo y atención del parto;

5.5.20.2 Fecha y hora de nacimiento;

5.5.20.3 Condiciones de la persona recién nacida al nacimiento: valoración Silverman Anderson, Apgar, sexo, edad gestacional, examen antropométrico completo, estado de salud, pronóstico, aplicación de medicamentos o vacunas, de conformidad con los Apéndices E, F, G y H Normativos, de esta Norma, y

5.5.20.4 Anotar si existen anomalías congénitas, enfermedades, o lesiones;

5.5.20.5 En caso de realizar la operación cesárea, es necesario registrar con detalle en el expediente clínico los diagnósticos que condujeron a dicho procedimiento quirúrgico, y el o los profesionales de la salud responsables de la decisión;

5.5.20.6 Debe informarse oportunamente a la mujer de esta decisión y sus fundamentos, lo que también debe registrarse en el expediente clínico, incluyendo los riesgos y beneficios asociados y las consideraciones en futuros embarazos y partos después de la operación cesárea, y

5.5.20.7 Al final de este periodo, se debe valorar las condiciones clínicas para la aplicación de algún método anticonceptivo indicado en el postparto inmediato, como es el dispositivo intrauterino, siempre y cuando se haya cumplido con el proceso de consejería y de consentimiento informado.

5.6 Atención del puerperio.

5.6.1 En todo establecimiento para la médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud aplicará los procedimientos para la vigilancia del puerperio inmediato, que deben incluir:

5.6.1.1 En caso de haberse realizado episiotomía, revisar la episiorrafia ante la posibilidad de hemorragia o hematoma, dentro de la primera hora posparto.

5.6.1.2 En la primera hora del puerperio, revisar a la paciente cada 15 minutos, vigilando el comportamiento de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura, llenado capilar, hemorragia transvaginal, el tono y altura del útero y el reinicio de la micción espontánea. Posteriormente, se revisará cada 30 minutos hasta completar las 2 primeras horas del puerperio y luego entre 4 y 8 horas de acuerdo a su evolución hasta su egreso.

5.6.1.3 Inicio de la lactancia materna exclusiva a libre demanda dentro de los primeros 30 minutos de vida de la persona recién nacida, en mujeres y recién nacidas/os cuyas condiciones de salud lo permitan;

5.6.1.4 En las primeras ocho horas, favorecer la deambulación, alimentación normal e hidratación;

5.6.1.5 Informar a la paciente y a su pareja, para que identifiquen oportunamente signos y síntomas de alarma, incluidos aquellos que afecten la salud mental;

5.6.1.6 El egreso de la paciente podrá efectuarse hasta que hayan transcurrido las 24 horas del posparto en caso de no existir complicaciones.

5.6.1.7 A las madres Rho (D) negativas, con persona recién nacida Rho positivo y con prueba de Coombs indirecta negativa, se les aplicarán 300 µg de globulina inmune anti Rho, dentro de las primeras 72 horas posparto o cuando se realice otro evento obstétrico o procedimiento invasivo capaz de ocasionar hemorragia feto-materna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D". La atención preferentemente debe ser realizada por personal calificado.

5.6.1.8 Se debe promover desde la atención prenatal hasta el puerperio inmediato, que la vigilancia del puerperio fisiológico sea llevada a cabo con un mínimo de 2 controles médicos.

5.6.1.9 Durante el internamiento y antes del alta médica, orientar a la madre y a su pareja o familiar, sobre los cuidados de la persona recién nacida, sobre la técnica de la lactancia materna exclusiva, signos y síntomas de alarma de la persona recién nacida (succión e ingesta adecuada, micción y evacuación presente, estado de alerta, fiebre, ictericia, apnea, cianosis, dificultad respiratoria, llanto inconsolable, crisis convulsivas, vómito, distensión abdominal e hipotermia) o de la madre (fiebre, hemorragia, cefalea persistente), que ameritan atención médica urgente.

5.6.2 Para la atención del puerperio mediato y tardío, el personal de salud debe:

5.6.2.1 Proporcionar 2 consultas, la inicial dentro de los primeros 15 días y la segunda al final del puerperio.

5.6.2.2 Vigilar la involución uterina, los loquios, la presión arterial, frecuencia cardíaca y la temperatura tan frecuente como sea necesario para prevenir y detectar complicaciones.

5.6.2.3 Proporcionar información completa a la madre y a su pareja, sobre los cuidados de la persona recién nacida, cuadro de inmunizaciones, lactancia materna exclusiva, nutrición de la madre y los cambios emocionales que ocurren durante este periodo.

5.7 Atención a la persona recién nacida.

5.7.1 La atención de la persona recién nacida viva implica asistencia en el momento del nacimiento, así como la primera consulta de revisión entre los 3 y 5 días posteriores al nacimiento, y la segunda a los 28 días posteriores al nacimiento.

5.7.2 Todo establecimiento para la atención médica que proporcione atención obstétrica debe tener reglamentados procedimientos para la atención de la persona recién nacida que incluyan:

5.7.2.1 Reanimación neonatal; de ser necesaria;

5.7.2.2 Manejo del cordón umbilical;

5.7.2.3 Valoración de Apgar, conforme al Apéndice F Normativo, de esta Norma;

5.7.2.4 Valoración de Silverman Anderson. Apéndice G Normativo, de esta Norma;

5.7.2.5 Prevención de cuadros hemorrágicos con vitamina K 1 mg IM;

5.7.2.6 Prevención de oftalmopatía purulenta con antibiótico local;

5.7.2.7 Exámenes físico y antropométrico completos;

5.7.2.8 Valoración de la edad gestacional o madurez física y neuromuscular de acuerdo al Apéndice H Normativo, de esta Norma;

5.7.2.9 Vacunación de la persona recién nacida conforme a lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.21, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma;

5.7.2.10 Alojamiento conjunto;

5.7.2.11 Alimentación exclusiva al seno materno y/o leche humana, y

5.7.2.12 Realización de toma de muestra para el tamiz neonatal a partir de las 72 horas de vida.

5.7.3 Para valorar la edad gestacional y la maduración neurológica, se emplearán el método de Capurro o el de Ballard modificado conforme a lo establecido en los Apéndices H e I Normativos, de esta Norma.

5.7.4 Se debe realizar el examen físico de la persona recién nacida, valorando los siguientes elementos:

5.7.4.1 Aspecto General: estado de maduración, estado de alerta, de nutrición, actividad, llanto, coloración, presencia de edema, evidencia de dificultad respiratoria, postura, examen antropométrico y otros elementos que permitan considerar sano o no a la persona recién nacida.

5.7.4.2 Piel: color, consistencia, hidratación, evidencia de tumores, lesiones, erupciones, presencia de vérmix caseosa y valorar si está teñida de meconio, uñas.

5.7.4.3 Cabeza y Cara: tamaño, forma, fontanelas, líneas de suturas, implantación de cabello, simetría facial y dismorfia facial.

5.7.4.4 Ojos: presencia y tamaño del globo ocular, fijación visual, nistagmus, presencia/ausencia de infecciones, edema conjuntival, hemorragia, opacidades de córnea y cristalino, reflejos pupilares, retina, distancia entre ambos ojos y lagrimeo.

5.7.4.5 Oídos: tamaño, forma, simetría e implantación, presencia/ausencia de apéndice preauricular, fístulas, permeabilidad de conducto auditivo externo y reflejo cocleopalpebral por palmada.

5.7.4.6 Nariz: permeabilidad de fosas nasales, presencia/ausencia de secreciones anormales y depresión del puente nasal.

5.7.4.7 Boca: Presencia de fisuras de labio y/o paladar, quistes de inclusión, brotes dentarios y sialorrea, forma y tamaño de la lengua.

5.7.4.8 Cuello: movilidad y presencia de masas tumorales, permeabilidad esofágica, presencia y tamaño de tiroides y presencia/ausencia de fístulas.

5.7.4.9 Tórax: forma, simetría de areolas mamarias, evidencia de dificultad respiratoria, frecuencia y tipo de respiración, percusión y auscultación con entrada bilateral de aire en campos pulmonares.

5.7.4.10 Cardiovascular: frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y/o ausencia de soplos, cianosis, frémito palpación de los pulsos en las cuatro extremidades y, en su caso, medición de presión arterial.

5.7.4.11 Abdomen: forma, volumen, concavidad, masas palpables, megalias, presencia de hernia o eventración, presencia/ausencia de peristaltismo y características del cordón umbilical (presencia de dos arterias y una vena).

5.7.4.12 Genitales: anomalías y características de los órganos genitales masculinos o femeninos. En los hombres: implantación del meato urinario, presencia, tamaño y localización testicular, coloración. En las mujeres: presencia de secreción vaginal y tamaño del clítoris.

5.7.4.13 Ano: permeabilidad y localización.

5.7.4.14 Tronco y columna vertebral: Integridad, continuidad y presencia/ausencia de masas.

5.7.4.15 Extremidades: integridad, movilidad, deformaciones, posiciones anormales, fracturas, parálisis y luxación congénita de cadera, pulsos periféricos, llenado capilar.

5.7.4.16 Estado neuromuscular: reflejo de Moro, glabelar, búsqueda, succión, deglución, prensión palmar y plantar, marcha automática, tono, reflejos osteotendinosos y movimientos anormales.

5.7.5 Para la evaluación y registro de examen antropométrico deben utilizarse las tablas de la OMS vigentes.

5.7.6 En caso de identificar alteraciones y/o defectos al nacimiento, se debe aplicar lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.19, en el Capítulo de Referencias, de esta Norma.

5.7.7 Se recomienda investigar rutinariamente en la persona recién nacida de madre Rh negativa que se sospeche riesgo de isoimmunización, el grupo ABO, el factor Rho (D), su variante débil Du y la prueba de antiglobulina directa o prueba de Coombs, así como Biometría hemática completa y bilirrubinas.

5.7.8 Se eliminarán como prácticas de rutina y serán realizadas sólo por indicación médica: la aspiración de secreciones con sonda, el lavado gástrico, el ayuno, la administración de soluciones glucosadas por vía oral, agua y/o fórmula láctea, el uso de biberón y la separación madre-hija/o.

5.7.9 Evitar el ayuno por más de 4 horas en la persona recién nacida a menos de que exista indicación médica y siempre con aporte de soluciones parenterales según los requerimientos, conforme a la Guía de Práctica Clínica Nutrición Parenteral en Pediatría, que se encuentra en la página de internet: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.

5.7.10 En el alojamiento conjunto, se debe vigilar y tomar signos vitales a la persona recién nacida por lo menos una vez por turno (cada 8 horas) y evitar que la persona recién nacida esté en decúbito ventral (boca abajo), para reducir el riesgo de muerte súbita.

5.7.11 Se debe vigilar estrechamente por lo menos durante 24 horas a toda persona recién nacida que haya recibido maniobras de reanimación neonatal o a aquellos productos pretérmino o postérmino.

5.7.12 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y a personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz metabólico neonatal, tomando muestra del talón, a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida, asegurando el envío en menos de 5 días y la entrega de resultados en menos de 15 días. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico para la Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet:

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.7.13 Evitar como práctica rutinaria la circuncisión, toda vez que no existe evidencia científica que compruebe un beneficio directo a la persona recién nacida.

5.8 Protección y fomento de la lactancia materna exclusiva

5.8.1 En todo establecimiento para la atención médica en el que se proporcione atención obstétrica, el personal de salud debe aplicar los criterios y procedimientos para favorecer la práctica de la lactancia materna exclusiva, así como el alojamiento conjunto, atendiendo a las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer lactante.

5.8.2 Se debe promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de la persona recién nacida y promover continuarla de manera complementaria hasta el segundo año de vida.

5.8.3 Durante la lactancia, se debe vigilar estrechamente la prescripción y el uso de medicamentos administrados a la madre, conforme al Apéndice D Normativo, de esta Norma.

5.8.4 En los establecimientos para la atención médica no se permitirá promover fórmulas para lactantes o alimentos que sustituyan la leche materna.

5.8.5 La indicación de sucedáneos de leche materna o humana a menores de seis meses, únicamente se hará bajo prescripción médica y así se debe registrar en el expediente clínico.

5.8.6 Los establecimientos para la atención médica deben ofrecer las condiciones para que las madres puedan practicar la lactancia materna exclusiva, excepto en casos médicamente justificados. Se debe informar diariamente a las embarazadas y puérperas acerca de los beneficios de la lactancia materna exclusiva y de las implicaciones derivadas del uso del biberón y de los sucedáneos de la leche materna o humana.

5.9 Manejo de la niña o el niño, con peso bajo al nacimiento.

5.9.1 En las instituciones de salud se debe promover que la atención a la embarazada con amenaza o con trabajo de parto pretérmino, restricción del crecimiento intrauterino de la persona recién nacida pretérmino o con peso bajo

se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.9.2 Al nacimiento, se debe utilizar la curva de crecimiento intrauterino para clasificar a la persona recién nacida y tomar las medidas pertinentes en su manejo, de conformidad con el Apéndice E Normativo, de esta Norma. Se recomienda utilizar la clasificación mexicana de Jurado García o la clasificación internacional adaptada de Battaglia y Lubchenco.

5.9.3 Se debe promover que la persona recién nacida de bajo peso sea alimentado con leche de su propia madre.

5.9.4 La madre y el padre deben ser instruidos sobre los cuidados domiciliarios de la persona recién nacida de peso bajo, para su integración a programas específicos.

5.10 Prevención del retraso mental y otros daños producidos por errores congénitos del metabolismo como el hipotiroidismo congénito, la galactosemia, la fenilcetonuria y la hiperplasia de glándulas suprarrenales.

5.10.1 En caso de existir la mínima sospecha de enfermedad metabólica congénita, el personal de salud, debe promover la atención del recién nacido pretérmino, se lleve a cabo en establecimientos para la atención médica de segundo o tercer nivel de atención o por personal especializado.

5.10.2 En todo establecimiento para la atención médica en el que se atiendan partos y personas recién nacidas, se debe tomar muestra para el tamiz neonatal, tomando muestra del talón, idealmente, y a partir de las 72 horas del nacimiento hasta los 5 días de vida. Para casos especiales, consultar el Lineamiento Técnico, Tamiz Neonatal. Detección y Tratamiento Oportuno e Integral del Hipotiroidismo Congénito, que se encuentra en la página de internet http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

5.11 Promoción de la salud materna y perinatal.

5.11.1 En todo establecimiento para la atención médica, el personal de salud debe:

5.11.1.1 Desarrollar acciones de educación para la salud orientadas a favorecer la decisión libre e informada que estimule en las madres y padres actitudes y aptitudes de autocuidado de la salud y responsabilidad compartida a favor de la salud perinatal y de la maternidad, paternidad, familias y ambientes de trabajo saludables.

5.11.1.2 Promover, impulsar y fortalecer la participación de autoridades comunitarias, municipales y de la sociedad civil organizada, para la elaboración y ejecución de acciones que disminuyan los factores de riesgos que afectan la salud materna y perinatal, incluyendo la violencia familiar y de género y los factores ambientales negativos.

5.11.1.3 Proporcionar información completa acerca de:

5.11.1.3.1 La calidad alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos.

5.11.1.3.2 El uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño/a.

5.11.1.3.3 Las ventajas de la lactancia materna exclusiva, la técnica de amamantamiento y la atención de los problemas más frecuentes.

5.11.1.3.4 Los cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde se podrá acudir para recibir la atención médica.

5.11.1.3.5 Los signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.

5.11.1.3.6 Los cuidados de la persona recién nacida y signos de alarma que requieren atención médica urgente.

5.11.1.3.7 La importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo en las diferentes etapas de la niñez.

5.11.1.3.8 La prevención y control de enfermedades diarreicas y manejo del sobre vida suero oral.

5.11.1.3.9 Los esquemas de vacunación.

5.11.1.3.10 La planificación familiar desde el control prenatal la anticoncepción postevento obstétrico (APEO).

5.11.1.3.11 La detección oportuna de los defectos al nacimiento.

5.11.1.3.12 La prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito y otros errores del metabolismo.

5.11.1.3.13 Los cambios físicos y emocionales de la embarazada.

5.11.1.3.14 La importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

5.11.1.3.15 En los establecimientos para la atención médica de segundo nivel de atención localizadas en regiones indígenas, se debe promover la presencia de facilitadoras interculturales (traductoras indígenas) que apoyen en el proceso de traducción a las gestantes, respecto a los procedimientos a ser realizados, asegurando la total comprensión de los mismos, como un elemento indispensable para señalar su conformidad con la realización de éstos. Todas estas acciones deben realizarse con pertinencia cultural, en contextos donde sea requerido.

5.12 Registro e información.

5.12.1 Las personas responsables de obstetricia y de pediatría de los establecimientos para la atención médica deben efectuar el registro de las atenciones obstétricas y a las personas recién nacidas, mediante formatos específicos que serán llenados por el personal de salud que preste el servicio y concentrados por las personas responsables del área de estadística correspondiente.

5.12.2 Para la certificación del nacimiento en el territorio nacional de toda persona nacida viva debe utilizarse el formato vigente del Certificado de Nacimiento y observarse la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de este Certificado.

5.12.3 Los Certificados de Nacimiento, Defunción y Muerte Fetal deben ser expedidos de conformidad con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.20, del Capítulo de Referencias, de esta Norma y en las disposiciones jurídicas aplicables.

5.12.4 Toda defunción y muerte fetal ocurrida en territorio nacional será certificada mediante los formatos vigentes de los certificados de defunción y muerte fetal, de conformidad con la normativa aplicable a la expedición, uso y manejo de ambos certificados.

6. Vigilancia epidemiológica

6.1 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se deriva al SINAVE que cumple con las disposiciones del CONAVE y cuenta con el consenso de las instituciones que lo conforman.

6.2 Requieren ser objeto de estudio epidemiológico los casos reportados como probables y confirmados de muerte materna.

6.3 El estudio epidemiológico de la muerte materna implica el llenado de formatos relacionados. Las fuentes de información parten de los sistemas ordinarios y de los formatos específicos.

6.4 Son motivo de registro nominal los casos nuevos, probables y confirmados de muerte materna.

6.5 La vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna se debe realizar conforme a la Norma Oficial Mexicana citada en el punto 2.13, del Capítulo de Referencias, de esta Norma.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

7.1 Esta Norma concuerda parcialmente con la siguiente Guía Internacional de la OMS, Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto. 2002, la cual puede ser consultada en el link electrónico: whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_RHR_00.7_spa.pdf

8. Bibliografía

8.1 Academia Americana de Pediatría y Asociación Americana de Cardiología, Reanimación neonatal, 5ª edición, 2006.

8.2 American Diabetes Association, Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, 32: supp 1, 2009.

8.3 Beck D, Ganges F, Goldman S, Long P, Care of the newborn. Save the children federation, Washington DC. 2004.

8.4 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 1. Teratology. Clinical expert series. Obstet Gynecol, 113:166-88, 2009.

8.5 Buhimschi CS and Weiner CP, Medications in pregnancy and lactation. Part 2. Drugs with minimal or unknow human teratogenic effect. Clinical expert series Obstet Gynecol, 113:417-32, 2009.

8.6 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. Comité para el Estudio de los Aspectos Eticos de la Reproducción Humana y la Salud de la Mujer. Noviembre 2006.

8.7 Lawn JE, Zuspan J, Begkoyian G, Disease control priorities in developing countries, 531-549, 2006.

8.8 Ley General de Salud.

8.9 Ley General de Acceso a las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

8.10 Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. IMSS LCA No. 4. 2005.

8.11 OMS (WHO) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Atención obstétrica de emergencia, 2003.

8.12 OMS, Razones médicas aceptables para el uso de sucedáneos de la leche materna, 2009.

8.13 Organización Panamericana de la Salud, León-cava N, Lutter CH, Ross J, Martin MA, Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña evidencia 2002.

8.14 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Presidencia de la República. Estados Unidos Mexicanos.

8.15 Programa de la OMS para identificar las prácticas más efectivas en salud reproductiva. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. OMS, Ginebra, 2003.

8.16 Secretaría de Salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012.

8.17 Secretaría de Salud, Programa de acción específico, Arranque Parejo en la Vida 2007-2012, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva.

8.18 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información en Salud, Manual de Implementación del Certificado de Nacimiento, México 2007.

8.19 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la hemorragia obstétrica, 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/hemorragia.pdf>

8.20 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento técnico para la prevención, diagnóstico y manejo de la pre-eclampsia eclampsia. 2006. Disponible en

http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMP_SIA_lin-2007.pdf

8.21 Secretaría de Salud, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud, Lineamiento técnico cesárea segura. 2002. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7101.pdf>

8.22 Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. La atención intercultural a las mujeres: el trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. 2009.

8.23 Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

8.24 Secretaría de Salud. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia del Instituto Nacional de Perinatología.

8.25 World Health Organization, Recommendations for the prevention of postpartum haemorrhage, Department of making pregnancy safer, 2007.

8.26 World Health Organization, Report of technical consultation on birth spacing. Geneva, Switzerland, 2006.

8.27 World Health Organization, Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth Edition. 2009

8.28 World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564007_eng.pdf

9. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia

La presente Norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

TRANSITORIO.- La entrada en vigor de la presente Norma, deja sin efectos la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

Ciudad de México, a 4 de marzo de 2016.- El Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Pablo Antonio Kuri Morales**.- Rúbrica.

11. Apéndices normativos

APENDICE A NORMATIVO

ALTURA DEL FONDO UTERINO SEGUN EDAD GESTACIONAL

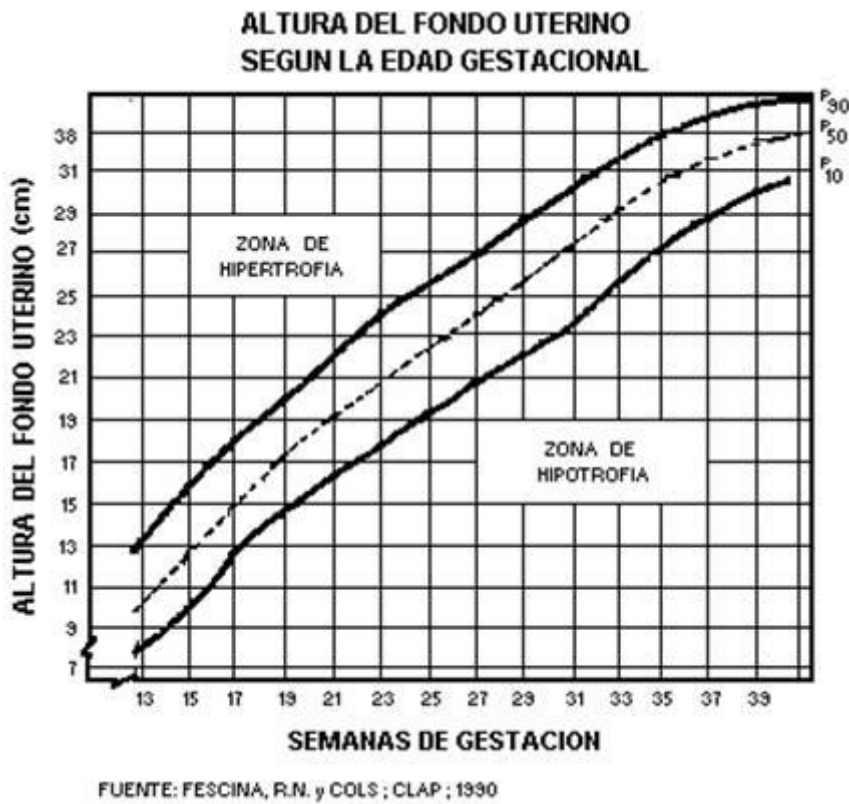
(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

La altura del fondo uterino, según la edad gestacional, se debe medir a partir del borde superior de la sínfisis del pubis, hasta alcanzar el fondo uterino. De acuerdo con los hallazgos encontrados, se clasificará de la siguiente manera:

Normal.- Cuando está entre los percentiles 10 y 90 de la curva de altura del fondo uterino, según edad gestacional. Se continuará con los controles normales.

Anormal.- Cuando se encuentra por debajo del percentil 10 o por encima del 90 de la curva. Amerita la investigación y tratamiento de los factores

condicionantes. En estos casos citar cada 8 días y consultar en forma inmediata con el especialista.



APENDICE B NORMATIVO

PARTOGRAMA

FECHA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HORA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

F.C.F. 160

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(X) 140

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

100

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

80

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D
I
L
A
T
A
C
I
O
N

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

IV
III
II
I

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	

NOMBR
E
EDAD
ANTECEDENTES
GINECOOBSTET
RICOS
MEDI
CO
OBSERVACIONE
S

APENDICE C NORMATIVO

EVALUACION DEL ESTADO DE NUTRICION

1.- Medición del Índice de Masa de Peso Corporal (IMC Pregestacional).

El IMC es el cociente del peso corporal en kg dividido entre el cuadrado de la estatura medida en m.

Si lo que interesa es el IMC pregestacional, se necesita conocer, con seguridad, el peso pregestacional y la talla.

El IMC se interpreta como sigue:

menos de 18.5 kg/m ²	bajo peso
18.5 a 24.9	peso ideal
25 a 29.9	sobrepeso
30 a 34.9	obesidad leve
35 a 39.9	obesidad media
Más de 40	obesidad mórbida

El IMC no está validado en púberes ni en mujeres con estatura menor de 1.50m y no debe usarse en estos casos.

Un IMC bajo (<18.5) sugiere desnutrición, un IMC alto (25 a <30) revela sobrepeso y un IMC muy alto (30 o más) indica obesidad. Estos valores son indicativos y ameritan estudios más detallados.

La ganancia deseable de peso, durante el embarazo, es:

Mujeres con IMC bajo	12.5 a 18.0 kg
Mujeres con IMC normal	11.35 a 15.89 kg
Mujeres con IMC alto	6.81 a 11.35 kg
Mujeres con IMC muy alto	4.00 a 9.0 kg

NOTA:

- En adolescentes, se recomienda el límite superior de la ganancia deseable.
- En mujeres pequeñas (<1.50m) se recomienda el límite inferior de la ganancia deseable.

APENDICE D NORMATIVO

CATEGORIAS DE MEDICAMENTOS SEGUN RIESGO FETAL

A	No existe riesgo sobre el feto. Aprobado su uso en el embarazo.
B	No existe evidencia de riesgo en fetos humanos. Existe posible evidencia de toxicidad en animales.
C	El riesgo sobre el feto, en humanos, es desconocido. Existe evidencia definitiva de toxicidad fetal en animales.
D	Existe evidencia de daño sobre el feto. Puede utilizarse, en caso de que se justifique su beneficio y no exista otra alternativa.
X	Está contraindicado su uso durante el embarazo.

* Obstet & Gynecol 2009; 3: 425-432

ANTIBIOTICOS

Penicilinas	B
Cefalosporinas	B
Monobactámic	B

ANTIFIMICOS

Etambutol	B
Rifampicina	C
Isoniazida	C

os	
Carbapenemos	C
Tetraciclinas	D
Aminoglucósidos	
Gentamicina	C
Amikacina	C
Kanamicina	D
Estreptomicina	D
Tobramicina	C
Macrólidos	
Eritromicina	B
Claritromicina	C
Azitromicina	B
Vancomicina	C
Clindamicina	B
Quinolonas	C
Metronidazol	B
Trimetoprim-Sulfametoxazol	C
Sulfonamidas	B
Nitrofurantoína	B
Zidovudina	D

MEDICAMENT

--	--

ANTIPARASITARIOS

Mebendazol	C
Metronidazol	B
Quinina	X
Cloroquina	C
Primetamina	B
Prazicuantel	C

ANTICONVULSIVANTES

Difenilhidantoina	D
Fenobarbital	D
Acido Valproico	D
Carbamazepina	C
Etosuximida	C
Primidona	D
Trimetadiona	D
Clonazepam	C
Lamotrigina	C
Gabapentin	C

OS

TERATOGENI

COS

INHIBIDORES C Y D

DE LA ECA

Metotrexate X

Andrógenos X

Cumarina X

Retinoides X

OVULOS

VAGINALES

Clotrimazol	B
Miconazol	B
Butoconazol	C
Nistatina	B

Agente Teratógeno	Efectos
Tabaco	Peso bajo al nacimiento, parto pretérmino, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y aborto.
Alcohol	Restricción en el crecimiento intrauterino, disfunción en el sistema nervioso central, microcefalia, malformaciones en cara y otros órganos.
Cocaína	Atresia de intestino, malformaciones en corazón, riñón y cara, microcefalia, restricción en el crecimiento intrauterino, lesiones cerebrales, muerte fetal, enterocolitis necrotizante.
Cumarina (warfarina)	Síndrome warfarínico cuando se administra en la semana 6 a 10 de la gestación: Hipoplasia nasal, microftalmia, hipoplasia de extremidades, restricción en el crecimiento intrauterino, enfermedad cardiovascular y del sistema nervioso central.
Yodo radioactivo	Alteraciones en la glándula tiroides del feto.
Talidomida	Focomelia, malformaciones en corazón y gastrointestinales.
Retinoides y derivados	Aborto, defectos en el sistema nervioso central,

	agenesia del timo, malformaciones en corazón, dismorfismo craneofacial, microftalmia.
--	---

APENDICE E NORMATIVO

CRECIMIENTO Y DESARROLLO INTRAUTERINOS PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL GRAFICAS DE BATTAGLIA/LUBCHENCO Y JURADO GARCIA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De conformidad con la institución, se puede utilizar cualquiera de las 2 opciones, para determinar el peso al nacer en relación con la edad gestacional.

De acuerdo con el peso de la persona recién nacida y las semanas de gestación calculadas por fecha de última regla, se ubica en las gráficas para su clasificación y adopción de medidas integrales.

DE ACUERDO CON LA EDAD GESTACIONAL:

PRETERMINO.- Toda persona recién nacida antes de la semana 37 de gestación.

DE TERMINO.- Todas las persona recién nacidas entre las semanas 37 a menos de 42 semanas completas de gestación.

RESPECTO DE SU PESO AL NACER:

PEQUEÑO.- Con peso por debajo del percentil 10, correspondiente a su edad gestacional.

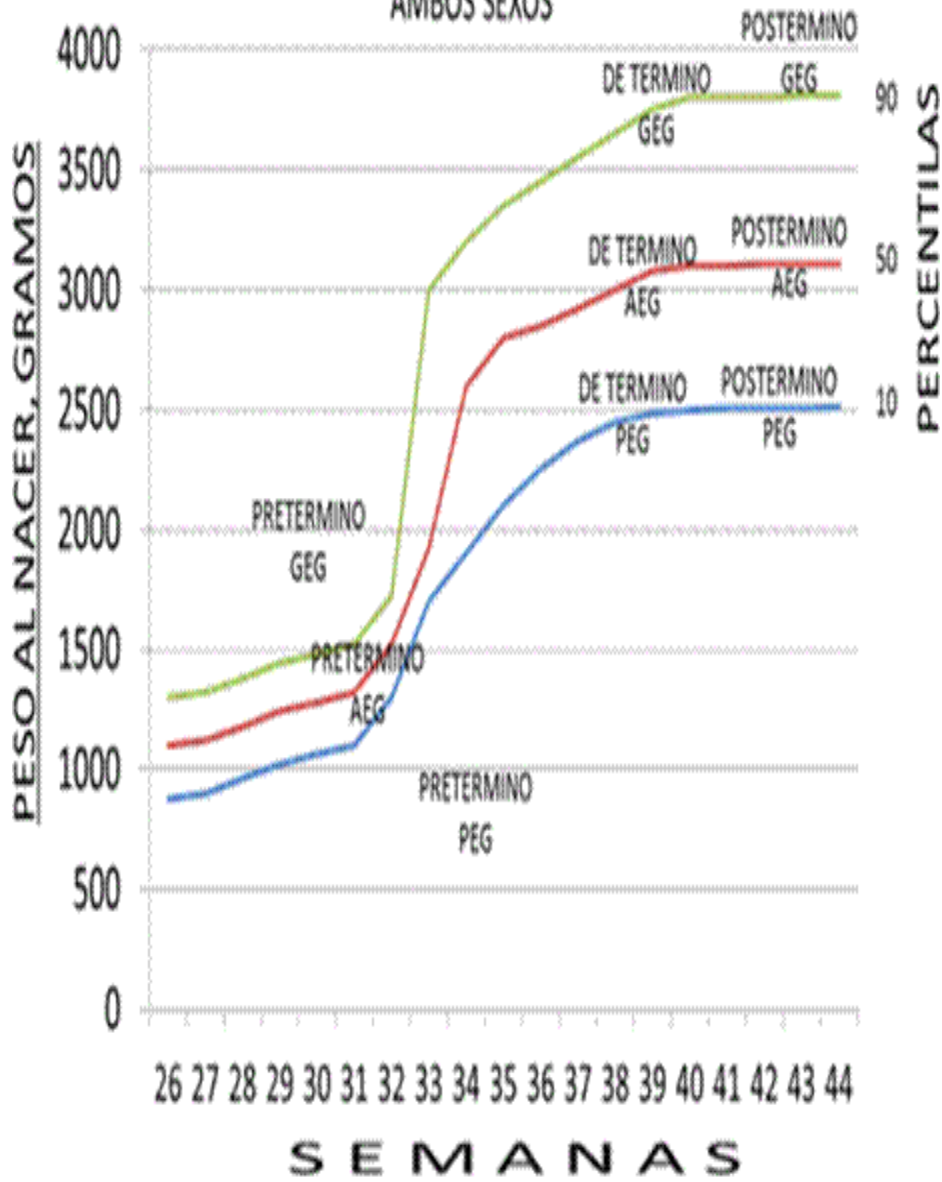
APROPIADO O ADECUADO.- Cuyo peso se localiza entre los percentiles 10 y 90 correspondiente a su edad gestacional.

GRANDE.- Con peso por arriba del percentil 90 correspondiente a su edad gestacional.

APENDICE NORMATIVO E

PESO AL NACER EN RELACION CON LA EDAD GESTACIONAL

AMBOS SEXOS



- PEG — PEQUEÑO PARA EDAD GESTACIONAL
- AEG — ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
- GEG — GRANDE PARA EDAD GESTACIONAL

APENDICE F NORMATIVO

VALORACION DE LA PERSONA RECIEN NACIDA

METODO DE APGAR

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

De acuerdo con el método de Apgar, se valorará a la persona recién nacida al minuto y los 5 minutos. La valoración a los 5 minutos dará la calificación del estado de salud de la persona recién nacida. De acuerdo con los hallazgos obtenidos, se clasificará de la siguiente manera:

- Sin depresión: 7 a 10 puntos
- Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- Depresión severa: 3 puntos o menos

A la persona recién nacida con calificación de 7 o más, se le considera normal. Se debe continuar su atención.

A la persona recién nacida con calificación de 6 o menos, amerita atención especial.

METODO DE APGAR

SIGNO	0	1	2
FRECUENCIA CARDIACA	AUSENTE	MENOR DE 100	MAYOR DE 100
ESFUERZO RESPIRATORIO	AUSENTE	REGULAR HIPO- VENTILACION	BUENO, FUERTE LLANTO
TONO MUSCULAR	FLACIDO	ALGUNA FLEXION DE LAS	MOVIMIENTOS ACTIVOS BUENA

IRRITABILIDAD REFLEJA	SIN RESPUESTA	EXTREMIDADES LLANTO, ALGUNA MOVILIDAD	FLEXION LLANTO VIGOROSO
COLOR	AZUL, PALIDO	CUERPO SONROSADO MANOS Y PIES AZULES	COMPLETAMENTE SONROSADO

APENDICE G NORMATIVO

VALORACION SILVERMAN ANDERSON

Se utiliza para evaluar la dificultad respiratoria en neonatología, un valor superior a 3 significa que hay una discreta dificultad respiratoria, un valor entre 3 y 5 significa que hay una dificultad respiratoria moderada y un valor superior a 5 significa que la dificultad respiratoria es grave. Un valor superior a 7 necesita de una asistencia a la ventilación.

Signo	0	1	2
Movimientos toraco-abdominales	Rítmicos y regulares	Abdominales	Toraco-abdominales
Tiraje intercostal	Ausente	Discreto	Acentuado
Retracción xifoidea	Ausente	Discreto	Acentuada
Aleteo nasal	Ausente	Discreto	Acentuado
Quejido espiratorio	Ausente	Leve e inconstante	Acentuado y constante

APENDICE H NORMATIVO

EDAD GESTACIONAL

METODO DE CAPURRO PARA EVALUAR

LA EDAD GESTACIONAL

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Se utilizan:

Cinco datos somáticos: 1) Formación del pezón. 2) Textura de la piel. 3) Forma de la oreja. 4) Tamaño del seno (mama) y 5) Surcos plantares; y 2 signos neurológicos: I) signo “de la bufanda” y II) signo “cabeza en gota”.

Cuando el niño/a está sano o normal y tiene más de 12 horas de nacido, se utilizarán sólo 4 datos somáticos de la columna A (se excluye la forma del pezón) y se agregan los 2 signos neurológicos (columna “B”).









Se suman los valores de los datos somáticos y los signos neurológicos, agregando una constante (K) de 200 días, para obtener la edad gestacional.

Cuando el niño/a tiene signos de daño cerebral o disfunción neurológicas se utilizan los 5 datos somáticos de la columna A, agregando una constante (K) de 204 días, para obtener la edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos, se clasificarán de la siguiente manera:

- Pretérmino: recién nacida/o que sume menos de 260 días de edad gestacional. Se debe enviar a una unidad hospitalaria o pasar a terapia intensiva, de acuerdo con su condición.
- A término: recién nacida/o que sume de 260 a 294 días de gestación; pasará, si las condiciones lo permiten, con su madre en alojamiento conjunto y se iniciará la lactancia materna exclusiva.
- Postérmino: recién nacida/o que tenga 295 días o más de gestación, debe observarse durante las primeras 12 horas, ante la posibilidad de presentar hipoglicemia o hipocalcemia; pasado el periodo, si sus condiciones lo permiten, pasará con su madre, en alojamiento conjunto, e iniciará la lactancia materna.

APENDICE H NORMATIVO

SOMÁTICO Y NEUROLÓGICO K= 200 días	SOMÁTICO K= 204 días	A	Forma del pezón	Pezón apenas visible. No se visualiza areola 0	Pezón bien definido areola 0.75 cm 5	Areola bien definida. No sobresaliente, 0.75 cm 10	Areola sobresaliente, 0.75 cm 15	
		B	Textura de la piel	Muy fina gelatinosa 0	Fina y lisa 5	Lisa y moderadamente gruesa. Descamación superficial 10	Gruesa, rígida, surcos superficiales. Descamación superficial 18	Gruesa y apergaminada 22
			Forma de la oreja	Plana y sin forma 0	Inicio engrosamiento del borde 5	Engrosamiento incompleto sobre mitad anterior 10	Engrosada e incurvada totalmente 24	
			Tamaño del tejido mamario	No palpable 0	Diámetro 0.5 cm 5	Diámetro 0.5-1.0 cm 10	Diámetro >1.0 cm 15	
			Pliegues plantares	Ausentes 0	Pequeños surcos rojos en mitad anterior 5	Surcos rojos definidos en mitad ant. surcos 1/3 anterior 10	Surcos sobre mitad anterior 15	Surcos profundos que sobrepasan 1/2 anterior 20
		Signo 'de la bufanda'	 0	 6	 12	 18		
		Signo 'cabeza en gota'	 0	 4	 8	 12		

APENDICE I NORMATIVO

VALORACION FISICO-NEUROLOGICA

METODO DE BALLARD MODIFICADO PARA VALORACION

FISICO-NEUROLOGICA

(CRITERIOS DE CLASIFICACION)

Método de Ballard modificado:

El Método de Ballard modificado utiliza 7 signos físicos (piel, lanugo, superficie plantar, mama, ojo/oreja, genitales masculinos, genitales femeninos) y 6 signos neuromusculares (postura, ventana cuadrada en la muñeca, rebote de brazos, ángulo poplíteo, signo de la bufanda, talón oreja). El valor debe compararse con una escala de madurez que establece las semanas de edad gestacional.

De acuerdo con los hallazgos se clasificarán de la siguiente manera:

Pretérmino: De 28 a menos de 37 semanas o de 10 a 30 puntos; se debe transferir para continuar la atención a nivel hospitalario y/o terapia intensiva de acuerdo con su condición.

Término: De 37 a menos de 42 semanas o de 35 a 40 puntos.

Postérmino: De 42 semanas o más, también de 45 a 50 puntos; debe observarse presencia de hipoglicemia, hipomagnesemia, hipocalcemia.

APENDICE I NORMATIVO

		0	1	2	3	4	5	
Madurez neuromuscular	Postura							
	Ángulo de la muñeca	90°	60°	45°	30°	0°		
	Ángulo del codo	180°		100°	180°	90°	100°	<30°
	Ángulo popliteo	180°	160°	130°	110°	90°	90° o menos	
	Signo de la bufanda							
	Talón oreja							
		0	1	2	3	4	5	
Madurez física	Piel	Gelatinosa, roja, transparente	Ligeramente rosada venas visibles	Descamación superficial pocas venas	Descamación áreas pálidas, venas raras	No hay vasos, pliegues profundos	Gruesa, rugosa	
	Lanugo escaso	No hay	Abundante	Adelgazado	Áreas sin lanugo	Muy escaso		
	Pliegues plantares	No hay	Marcas rojas tenues	Pliegue anterior transversal único	Pliegues en dos tercios anteriores	Pliegues en toda la planta	Escala de madurez	
	Mamas	Ligeramente perceptibles	Areola plana sin pezón	Areola levantada 1-2 mm de pezón	Areola levantada 3-4 mm de pezón	Areola completa 5-10 mm		
	Oído	Aplanado permanente doblado	Borde ligeramente curvo, suave, Recup. Lenta	Borde curvo suave de fácil recuperación	Formado Firme recuperación instantánea	Cartilago grueso, firme		
	Genitales masculinos	Escroto vacío, sin arrugas		Testículos descendidos, pocas rugosidades	Testículos descendidos, muchas rugosidades	Testículos en péndulo Rugosidades completas		
	Genitales femeninos	Clitoris y labios menores prominentes		Labios menores y mayores iguales	Labios mayores más grandes	Clitoris y labios menores cubiertos		

Escala de madurez	
CALIFICACIÓN	SEMANAS
5	26
10	28
15	30
20	32
25	34
30	36
35	38
40	40
45	42
50	44

APENDICE J NORMATIVO

Antecedentes													
U. Medica		Edad		FUM		Confiable		si no					
FPP		Grupo y Rho Madre		Padre		Gestas		Partos Cesáreas Abortos					
Ectópicos		Izq		Der		Talla		Peso antes del embarazo					
Peso ideal		Hijos vivos											
No.	Fecha nacimiento	Sem gest. al nacim.	Peso	Vivo/Obito/M.perinatal	Complicaciones								
					Madre			Hijo					
Vigilancia del embarazo					Tratamientos								
Primer trimestre					Segundo trimestre								
Citas fecha	Sem gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	Signos y síntomas				Diagnóstico	Medicamentos	Dosis		
					Dolor obst	Vómito	Urinaria	Vaginal	Edema				
Tercer trimestre					Segundo trimestre								
Citas fecha	Sem gest.	Peso	T/A	Fondo uterino	FCF	Signos y síntomas				Diagnóstico	Medicamentos	Dosis	
						Dolor obst	Mov fetal	Urinaria	Vaginal	Edema			
Exámenes					Tercer trimestre								
VDRL		Tamiz de glucosa		Cervicovag									
Fecha	Ht	Hb	Urea	Creatinina	Orina	Glu	Otros						
Ultrasonografía					Exámenes								
Embarazo:		Único		Múltiple		1° trim		Fecha		Reporte			
Fecha	DBP	LE	C.C.	C.A.	Local placentaria	Liq. amniótico	Observaciones						
Identificación de factores de riesgo													
Fecha	Curso normal	Alto riesgo (anotar los factores de riesgo)							Manejo				

APENDICE K NORMATIVO

VALORES NORMALES DE LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA POSCARGA DE 75 GR, DURANTE EL EMBARAZO

ayuno	92 mg/dl	5.1 mmol/L*
1 hora	180 mg/dl	10.0 mmol/L
2 horas	153 mg/dl	8.5 mmol/L
3 horas	140 mg/dl	7.8 mmol/L

Debe ser realizada entre las 24-28 semanas de gestación.

- 1) Se requiere 1 valor alterado para hacer el diagnóstico.
- 2) Desaparecen los criterios de intolerancia a los carbohidratos.
- 3) Se debe realizar el tamizaje al terminar el puerperio con CTG de 75 gramos (mismos valores).

Así como los criterios de 92mg/dl en ayuno (5.1 mmol/L) y 126mg/dl postprandial de 1 hora (7.0 mmol/L) hacen el diagnóstico sin requerir realizar CTG.

5.4. CERTEZA JURÍDICA

“El objetivo del proceso descrito es brindar certeza jurídica a las parteras tradicionales que participan en las redes de servicios de salud tanto de la Secretaría de Salud, como del IMSS Oportunidades, lo cual fortalezca su labor, así como a las unidades y servicios de salud específicos donde ellas participan.” (Thompson JB,2018)

5.5. CERTIFICACIÓN DE LA PARTERA

“Plazo máximo de respuesta:

- Si al término del plazo máximo de respuesta, la autoridad no ha respondido, se entenderá que la solicitud fue resuelta en sentido negativo.
- La autoridad cuenta con un plazo máximo de quince días hábiles contados a partir de que haya surtido efectos la notificación; transcurrido el plazo correspondiente sin desahogar la prevención, se desechará el trámite. Salvo que en una disposición de carácter general se disponga otro plazo, la prevención de información faltante deberá hacerse dentro del primer tercio del plazo de respuesta o, de no requerirse resolución alguna, dentro de los diez días hábiles siguientes a la presentación del escrito correspondiente.

La fracción de día que en su caso resulte de la división del plazo de respuesta se computará como un día completo, días hábiles para requerirle al particular la información faltante.

PROCESO REQUERIDO 1. Identificar aquellas parteras tradicionales que participan en las redes de servicios en el estado que cuentan con certificación o los cursos correspondientes que brinda la institución (Secretaría de Salud / IMSS Oportunidades).

2. Explicar a dichas parteras el proceso de autorización, considerando tanto los derechos como las obligaciones, de acuerdo al reglamento de atención médica ya descrito.

3. Asegurarse de que dichas parteras cuenten con el reconocimiento comunitario y si no, apoyarles en su gestión.

4. Apoyar a las parteras referidas en la elaboración de su solicitud, utilizando como base el formato anexo.

5. Se coteja la documentación requerida, verificando que esté completa.

6. En caso de que la partera no pueda acudir con las autoridades estatales, podrá presentar la solicitud a la Jefatura de Jurisdicción, quien firmará de recibido y enviará la solicitud a las autoridades estatales y nacionales referidas. Se recomienda acompañar a la partera en este proceso.

7. Se podrá gestionar este trámite a través de los encargados de los programas de parteras tradicionales y de medicina tradicional del estado o jurisdicción sanitaria, así como de los representantes de las organizaciones de parteras tradicionales a las cuales pertenezca la persona interesada, o un representante legal para esta gestión a través de una carta poder.

8. La persona encargada de la gestión entregará a la partera tradicional los acuses de recibido correspondientes.

9. La autoridad deberá emitir una respuesta, ya sea positiva o negativa.

10. En caso de no recibir respuesta después del lapso normado, la partera a través de la persona encargada de la gestión, podrá solicitarla.

.....

11. En caso de recibir la autorización positiva, apoyar con el seguimiento, para facilitar su labor en los términos descritos en el Reglamento.” (Thompson,2017)

CARTA DE SOLICITUD DE TRÁMITE DE AUTORIZACIÓN PARA PERSONAL NO PROFESIONAL EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE EMBARAZOS, PARTOS Y PUERPERIOS NORMALES EN BASE A LOS ARTÍCULOS 102 AL 114 DEL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

La que suscribe, de nombre _____, partera tradicional de la comunidad de _____, Municipio de _____, con ____ años de experiencia como partera, en base al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en sus artículos 102 a 114, solicita atentamente la realización del trámite de autorización como Personal No Profesional en la atención de embarazos, partos y puerperios, para la comunidad de _____,

Proporciono mis datos personales: Domicilio _____, Calle y Número: _____, Colonia: _____, Delegación o Municipio: _____, Código Postal _____, Entidad Federativa: _____, Teléfono: _____, Clave Única de Registro Poblacional (CURP): _____.

Para el fin señalado, hago constar que cuento con aval de la comunidad y que he recibido cursos de capacitación de parte de (Secretaría de Salud) o (IMSS Oportunidades), contando con los comprobantes correspondientes y anexo los siguientes documentos: Anexo los siguientes documentos:

.....

- Acta de nacimiento
- Copia de credencial del IFE
- Aval de la Comunidad (Documento con la firma de la autoridad local o asamblea comunitaria en donde se le reconoce como partera tradicional)
- Constancia de capacitación por los Servicios de Salud. Manifiesto BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD que los datos aquí asentados son ciertos y que cuento con facultades suficientes para realizar las actividades referidas en base a lo especificado en los artículos 102 a 114, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

_____ Firma de la interesada

_____ Nombre y firma de Testigo

C.c.p. _____ Secretario de Salud

Estatal. C.c.p. _____ Jefe de la

Jurisdicción Sanitaria. C.c.p. Dr. José Alejandro Almaguer González. Director

de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. DGPLADES. ANEXO:

Propuesta de Carta de Solicitud

.....

5.6. LA CONDICIÓN JURÍDICA Y SOCIAL DE LA MUJER PARTERA

“Las metas de la maternidad segura, al igual que el ejercicio de la partería como profesión, se relacionan con la condición de mujer. Esta relación surge no solo de que actualmente casi todas las parteras profesionales son mujeres (situación que se mantiene desde hace muchos años) sino de que la partería como arte y ciencia se ocupa de trabajar con las mujeres y cuidarlas durante el proceso de vida que repercute sobre todo en su salud, y que también tiene consecuencias en las vidas de los hombres y la sociedad completa. Lamentablemente, en muchos países hay factores políticos sociales, culturales y religiosos que impiden a las mujeres tener libre acceso a los servicios sanitarios, aparte de que limitan las oportunidades educativas y económicas que mejorarían su nivel socioeconómico. La condición inferior de la mujer suele tener sus raíces en las tradiciones culturales y los dichos, como lo ilustra debidamente un poema que se encontró en el consultorio de una enfermera-partera profesional en Malawi, durante unas elecciones multipartidistas, en

1993: “Recé y canté, Reí y lloré, pero hasta ahora nunca tuve voz”. En un simposio de maternidad segura patrocinado por ICM, que tuvo lugar en Entebbe, Uganda, en 1995, la primera Vicepresidenta de Uganda, Dra. Speciosa Wandira Kazbwe, declaró: “Si nos olvidamos de las mujeres, nos olvidamos de la nación entera”. (Bennett y Thompson, 1996) Esta afirmación es un reconocimiento de que las mujeres deben estar a la par de los hombres en las políticas que rigen una nación, en el desarrollo económico y en la evaluación de la fuerza laboral, hoy y en el futuro (WHO, 1997). Por desgracia, a pesar de años de trabajo para promover la equidad de género, hay demasiados países donde muy pocas mujeres gozan de esa condición o de oportunidades. La Dra. Kazbwe también insistió en que las parteras profesionales modernas asumieran la responsabilidad de participar en política, además de ser competentes desde el punto de vista profesional. Además del acceso y el uso de servicios de salud para la madre y el recién nacido y los servicios de planificación de la familia, se necesitan estrategias para empoderar a las mujeres y el mejoramiento de su salud general. Mediante la educación y las oportunidades económicas también se pueden lograr otras metas: Mejorar sustancialmente la salud reproductiva y el bienestar de las mujeres. Fortalecer el acceso de las mujeres a sus propios ingresos y al control de los mismos. Elevar la demanda de mejores servicios sanitarios, sobre todo de salud materna. Aumentar la utilización de los servicios sanitarios afines existentes, entre otros, de salud reproductiva y maternoinfantil. Habilitar a las mujeres para que reconozcan las complicaciones del embarazo, el parto y el periodo posnatal, y busquen atención inmediata, cuando la necesiten, a fin de reducir el riesgo de muerte. Potenciar el cuidado de las mujeres de sus recién nacidos. Asimismo, se ha comprobado que las tasas de fecundidad son más bajas entre las mujeres con escolarización media o superior y que tienen acceso a los servicios de planificación de la familia de buena calidad. Estas mujeres suelen retrasar la edad en la que comienzan una vida sexual activa, se casan más tarde y se embarazan con menos frecuencia. Los mensajes de educación sanitaria claros sobre temas como nutrición adecuada e higiene, así como el acceso oportuno a los servicios médicos preventivos y curativos mejorarían la salud general. La aplicación de leyes sobre la mujer que promuevan la equidad de género también es indispensable para elevar la condición de la mujer en la

sociedad. En la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer, celebrada en Beijing, en 1995, se hizo hincapié en darle voz a la mujer y en potenciar su poder de decisión para que pueda tener control de su salud reproductiva. La participación de las mujeres —junto con otros miembros de la comunidad— en la planificación de los servicios sanitarios en sus localidades que satisfagan sus necesidades, ha demostrado su eficacia en un número creciente de países.” (Kershbaumer,2016)

5.7. LA FUNCIÓN DE LA PARTERA PROFESIONAL

“Se reconoce la función que desempeñan las parteras profesionales en casi todos los países donde prestan servicios sanitarios de primera línea durante el embarazo y el parto. Como proveedoras de dichos servicios, a menudo se las describe como el eje de la maternidad segura, y como personas con una función y responsabilidades especiales de promoción de la salud reproductiva. La función de la partera profesional se describe con precisión en la definición citada, formulada por la ICM en 1972. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) aprobó esta definición en 1973, la que posteriormente adoptó la OMS. En 1990, la ICM formuló una enmienda, que ratificaron la FIGO y la OMS en 1991 y 1992, respectivamente. La definición de partera profesional aceptada internacionalmente en la actualidad es: “Una partera profesional es una persona que, habiendo ingresado de manera regular a un programa de educación en partería debidamente reconocido en el país en que está ubicado, ha terminado con éxito el curso prescrito de estudios en partería y ha adquirido las calificaciones que se exigen para obtener legalmente el registro y/o la certificación para ejercer la partería. Ella debe ser capaz de proveer a las mujeres la supervisión, atención y orientación necesarias durante el embarazo, el parto y el periodo posparto, atender los partos por su propia responsabilidad y atender al recién nacido y al lactante. Esta atención incluye medidas preventivas, la detección de las condiciones anormales en la madre y el hijo, la prestación de asistencia médica y la adopción de medidas de urgencia a falta de la ayuda médica. Cumple una tarea importante en la orientación y educación sanitarias, no solo de las mujeres, sino también de la comunidad. El trabajo debe incluir la educación prenatal y la preparación para la paternidad, y se extiende a ciertas áreas de la ginecología, la planificación de

la familia y el cuidado de los hijos. Puede practicar en hospitales, consultorios, centros de salud, en condiciones domiciliarias o en cualquier otro servicio". El uso del femenino refleja el hecho de que en muchos países la partería es vista como exclusivamente abierta a las mujeres; sin embargo, en algunos países los varones están entrando en esta profesión y la definición se está actualizando para que el texto sea más neutral con respecto al género" (Krisman,2017) "Para afrontar el desafío de prestar atención de calidad a las mujeres y sus recién nacidos, hay que mejorar la formación académica y educación inicial y continua de las parteras profesionales.

-Las mejoras que se han de lograr son:

-Competencias técnicas, incluidas las aptitudes que salvan vidas.

Aptitudes de comunicación, educación en orientación y sanitaria para ayudar a la partera profesional a establecer buenas relaciones y a trabajar con la comunidad. = Introducción a todos componentes del concepto de la salud reproductiva.

-Acceso al equipo, los suministros y los medicamentos que se tienen que administrar para prestar atención de calidad y manejar las afecciones en la mujer y el recién nacido que pueden causar la muerte.

-Educación continua regular para conservar y ampliar las aptitudes de partería y promover la responsabilidad.

-Apoyo de los supervisores y evaluaciones de desempeño habituales y constructivas. Además de su función clínica, las parteras profesionales deben ser políticamente astutas y capaces de adoptar medidas apropiadas y prudentes para promover la salud reproductiva y los derechos y el bienestar de las mujeres.

-La partera profesional también debe poder funcionar eficazmente como un miembro plenamente responsable en un equipo multidisciplinario, y entablar relaciones de trabajo colaborativas con otros miembros del equipo de servicios de maternidad, prestadores de asistencia sanitaria y trabajadores de la

comunidad, como parteras profesionales tradicionales calificadas (capacitadas) y con experiencia.

Las condiciones políticas, culturales y socioeconómicas prevalentes repercuten de forma considerable en la prestación de servicios de partería. Cabe recordar que en la actualidad casi la mitad de las mujeres del mundo no cuentan con un prestador de asistencia capacitado para atender el parto. Las leyes, los criterios para la concesión de licencias y las políticas nacionales y locales deberían cambiarse para que las parteras profesionales puedan ampliar su función y sus responsabilidades a los campos que anteriormente eran del dominio de los médicos y personal de otra índole. Esto es esencial donde no hay personal médico disponible de inmediato para hacer frente a las emergencias. Sin atención inmediata y capacitada, las mujeres o sus recién nacidos —o ambos— morirán o tendrán problemas médicos a largo plazo. Las actitudes del personal médico, los políticos, el personal administrativo, otros colegas y la comunidad deberán cambiar a medida que se derriben las barreras profesionales para dar cabida a la función más amplia de las parteras profesionales.” (Johnson,2015)

5.8. REGLAMENTACIÓN, LEGISLACIÓN

“Al examinar cualquier legislación para la maternidad segura o para el ejercicio de la partería, es esencial definir su finalidad o intención. En teoría, la finalidad aquí está clara: producir una reducción significativa y sostenida de la mortalidad y la morbilidad maternas e infantiles. Para hacerlo, los proveedores de asistencia sanitaria, específicamente las parteras profesionales, necesitan un marco legal y normativo claro que les permita practicar las intervenciones esenciales que salvan vidas y promueven la salud. Entre estas se incluyen aptitudes salvadoras de vidas, así como toda la gama de competencias que caben dentro del alcance del ejercicio de la partera profesional. Estas competencias son necesarias para que ella pueda prestar asistencia de alta calidad a las mujeres en edad de procrear y sus recién nacidos. En la práctica, si bien la ley busca principalmente proteger a la usuaria y mantener las normas para el ejercicio profesional, a veces resulta innecesariamente restrictiva. Por varias razones, los proveedores de asistencia sanitaria que no son médicos

suelen estar impedidos para realizar procedimientos sencillos como establecer una venoclisis, practicar una episiotomía, prescribir anticonceptivos o antibióticos, o administrar ciertos medicamentos, aunque tales intervenciones sean cruciales y puedan salvar vidas. Los datos provenientes de muchos estudios de evaluación materna demuestran claramente que la gran mayoría de las defunciones relacionadas con el embarazo y parto son evitables, pero se requiere la presencia de una persona capacitada para prestar asistencia de calidad, lo cual debe incluir licencia para realizar ciertas intervenciones de vida o muerte. Vale la pena examinar la “definición de partera profesional” internacionalmente aceptada, la cual indica qué aptitudes debe tener la partera profesional para cumplir esta definición y considera qué aptitudes entre las necesarias pueden incluirse dentro de las que suelen estar restringidas a los médicos. Una fuerza laboral de parteras profesionales dotadas de los conocimientos y las aptitudes esbozadas en esta definición podría tener una notable repercusión sobre la mortalidad y morbilidad materna y neonatal. La aplicación de tales conocimientos y aptitudes a las causas principales específicas de defunción materna (hemorragia, sépsis, trabajo de parto obstruido, eclampsia y aborto) podría reducir notablemente las defunciones por estas causas. Sin embargo, esto solo funcionará una vez implantado el marco legislativo necesario que disponga una fuerza laboral de parteras profesionales adiestradas, apoyadas por un sistema eficaz de reglamentación profesional.” (Gherisi,2019)

LEGISLACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE LA PARTERÍA PROFESIONAL

“Declaración de postura y política (adaptado por el Consejo de la Confederación Internacional de Matronas, Manila, Mayo de 1999). La Confederación Internacional de Matronas cree que debe haber una legislación adecuada sobre el trabajo de las matronas en todos los países. La legislación que se aplica a la práctica de las matronas debe:

.....

- Garantizar que la profesión esté dirigida por matronas.
- Apoyar a la matrona que en diversos entornos usa sus conocimientos y técnicas para salvar vidas, especialmente en lugares donde no hay acceso a apoyo médico.
- Respaldar la aplicación de una formación continuada.
- Exigir una renovación periódica y regular de los registros.
- Adoptar una “definición de matrona” apropiada para su país y que esté dentro de la legislación.
- Reconocer que todas las mujeres tienen derecho a ser atendidas por una matrona competente.
- Permitir que la matrona desarrolle su trabajo por derecho propio.
- Fomentar la revisión y el análisis regular, a cargo de las propias matronas, de los resultados perinatales, maternos y del recién nacido, dentro del proceso legislativo.
- Identificar la importancia de la regulación de matronas y legislación para matronas, que fomente y aumente su trabajo para mejorar la salud materna, infantil y pública.
- Suministrar un conjunto regulador gobernado por matronas cuyo objetivo es proteger los derechos de la paciente.
- Conseguir una revisión periódica de la legislación para comprobar que continúa siendo adecuada y no anticuada mientras sigue avanzando la formación, la práctica de la matronería y los servicios.
- Fomentar el uso de evaluación y análisis de resultados perinatales, maternos e infantiles dentro del proceso de análisis legislativo.

.....

-Proporcionar programas de formación intermedios en relación con la adopción de una legislación nueva que exija de las matronas un grado de competencia superior.

Las funciones principales de un sistema normativo profesional son:

- 1- Fijar las normas de ingreso a la profesión.
- 2- Asegurar el mantenimiento de las normas.
- 3- Proporcionar un mecanismo para tratar la falta de ética profesional.
- 4- Mantener un registro eficaz de quienes son los habilitados para ejercer.
- 5- Fortalecer la formación de colegios profesionales y asociaciones gremiales.

Para establecer un mecanismo de reglamentación para lograr lo anterior, el primer requisito es una legislación que establezca un órgano normativo para las parteras profesionales y defina su formación, composición y funciones. En muchos países esto precisará una legislación primaria, o una ley del Parlamento (o del órgano nacional equivalente facultado para establecer legislación/leyes nacionales) que establezca el órgano normativo, a menudo conocido como Consejo de Partera Profesional o de Enfermería y Partería, aunque a veces puede ser un consejo conjunto de profesionales de la asistencia sanitaria destinados a supervisar la reglamentación y la concesión de licencias a todos los proveedores de salud. El contenido de la legislación primaria debe tener en cuenta que tramitar o enmendar este tipo de legislación puede ser un proceso largo y costoso. Por consiguiente, a menudo resulta mejor tener una legislación de autorización general planteada con la mayor amplitud posible. Esto significa que, aparte de su contenido amplio, también autoriza la promulgación de legislación derivada, ya que a veces esta es más fácil de enmendar o revisar. La legislación derivada también se denomina legislación delegada. A menudo adopta la forma de un “instrumento estatutario” y puede llevar el nombre de regla, reglamento, orden u otro. Toda legislación derivada o subordinada debe ajustarse a los límites explícitos o implícitos establecidos en la ley de autorización. Si estos límites se exceden, la validez del instrumento puede impugnarse en los tribunales y puede declararse “ultra

vires”, lo que significa que se ha extralimitado. La preparación de la legislación tanto primaria como derivada es una tarea compleja y exige aptitudes legales especializadas. Como se indicó antes, un órgano normativo se establece mediante legislación primaria. La legislación derivada aporta los detalles de cómo el órgano normativo logrará su finalidad. La definición internacional de partera profesional sirve de fundamento sobre el cual pueden estructurarse otros aspectos de la legislación, la prestación de servicios y la enseñanza según las necesidades de la población de un determinado país. Actualmente se está probando sobre el terreno un marco de referencia preparado dentro de la OMS para evaluar reglamentos y leyes de un país con relación a la prestación y el acceso equitativo a la atención de salud materna y neonatal de calidad. La legislación a menudo adopta la forma de instrumentos estatutarios, reglas y reglamentos y como tal incluye, por ejemplo, los requisitos para el programa de educación y adiestramiento para una profesión. Allí donde se acepta la definición internacional de partera profesional, se desprende que el programa de enseñanza, adiestramiento y capacitación para ese país debe preparar a la partera profesional con las competencias necesarias para desempeñar la gama amplia de funciones allí indicadas a fin de convertirse en partera profesional registrada o legalmente autorizada. Los requisitos de ingreso, así como el contenido y estructura de los programas de educación en partería, deben reflejar las necesidades actuales de la población y también preparar a la partera profesional para afrontar nuevos retos en el futuro.” (Herschderfer,2017) “Este es un asunto cuya definición incumbe al órgano normativo conjuntamente con otros grupos e individuos pertinentes, incluidos los que controlan los recursos y los consumidores del servicio. El órgano normativo es responsable de la idoneidad para el ejercicio profesional de los registrados, y por consiguiente debe asegurar que en los programas de enseñanza y adiestramiento se conceda tanta importancia a la práctica como a la teoría. Para que el proceso normativo sea eficaz y satisfaga las necesidades de la población, puede ser necesario estipular un periodo de práctica en zonas rurales antes del registro (para más información sobre el ingreso a programas de enseñanza de la partería, véanse también las Directrices para los programas de enseñanza en partería dentro de estas herramientas). La formación debe estar regulada por órganos acreditados de la calidad de la

enseñanza de acuerdo a la realidad de cada país. Como ya se ha dicho, el programa de enseñanza y adiestramiento se determinará según el alcance o amplitud propuesta para la práctica de la partera profesional. Este es un tema importante, en el cual vale la pena ahondar. Es imprescindible prestar atenta consideración al alcance del ejercicio de la partera profesional a fin de asegurar que sus conocimientos y aptitudes sigan respondiendo a las necesidades de las madres, los bebés, sus familias y la comunidad local. La legislación debe definir el alcance del ejercicio profesional de manera habilitadora, en lugar de restrictiva. Sin embargo, otros factores —como la disponibilidad de personal médico— también influirán en el alcance del ejercicio de una partera profesional. En la mayoría de países industrializados, por ejemplo, la partera profesional se ha visto limitada por muchos años a prestar asistencia a mujeres embarazadas con trabajo de parto y puerperio normales. Generalmente, se le ha exigido a la partera profesional que recurra a la ayuda de un médico matriculado si algo se aleja de lo normal. Tal limitación no sería práctica en muchos países en desarrollo donde hay una grave escasez de personal médico, ni en países con poblaciones rurales dispersas donde el personal médico, por razones legítimas y económicas, ejerce principalmente en los establecimientos ubicados en centros densamente poblados. En tales países, el alcance del ejercicio de la partería debe permitir que la partera profesional preste asistencia eficaz no solo a mujeres que pasan por un embarazo y parto normales, sino también a aquellas que sufren complicaciones, muchas de las cuales son potencialmente mortales. Es esencial, por consiguiente, establecer apropiadamente los límites del alcance del ejercicio de una partera profesional. Los documentos sobre el alcance del ejercicio profesional suelen trazar límites, no solo entre lo que pueden hacer legisladores, sino también entre lo que pueden hacer los miembros de las diferentes profesiones. En muchos países, por ejemplo, el alcance del ejercicio para médicos es muy amplio, a la vez que puede ser muy estrecho para las llamadas profesiones paramédicas. Esto puede dar lugar a situaciones ilógicas. Finocchio abogan por la eliminación de tales barreras a fin de liberar la plena competencia de los profesionales de la salud. La situación actual facilita demasiado las “guerras territoriales” y las “batallas fronterizas” y no puede ser conveniente para el público. Los autores sostienen que el adiestramiento, los exámenes y la reglamentación de los

profesionales de la salud permiten que diferentes profesiones presten los mismos servicios cuando se ha demostrado la competencia basada en conocimientos, adiestramiento, experiencia y aptitudes. El Módulo para la Madre y el Lactante, así como muchos de sus documentos producidos por la nueva iniciativa Reducir los riesgos del embarazo, en particular el titulado Reducir los riesgos del embarazo: La función crucial del ayudante capacitado. Una afirmación de la OMS que contiene directrices claras sobre muchas de las aptitudes y sobre la profundidad y amplitud del conocimiento necesario para que la partera profesional pueda funcionar eficazmente para reducir la actual razón de defunción materna.” (Sawyer,2017) “Es importantísimo asegurar que no haya barreras legislativas que impidan a las parteras profesionales lograr tal nivel de práctica profesional eficaz. La OMS ha comisionado una serie de Módulos de educación para los profesores de partería profesional sobre las causas principales y manejo de estados que con demasiada frecuencia conducen a la muerte materna si no se tratan eficazmente. La legislación debe permitir que las parteras profesionales presten esta asistencia y tratamiento vitales. Si, por ejemplo, la legislación impide que alguien distinto de un médico administre inyecciones o infusiones intravenosas, la partera profesional no podría tratar eficazmente una hemorragia en el posparto tal como se plantea en las directrices para el ejercicio profesional eficaz. Aunque la partera profesional sea idónea para ejercer en el momento del registro, es importantísimo que conserve y desarrolle sus conocimientos y aptitudes durante todo el ejercicio de su profesión. Esto suele presentar un grave problema en países donde no hay ningún desarrollo profesional continuado y constante para las parteras profesionales. No es raro encontrar una partera profesional en ejercicio que no haya recibido ninguna educación continua desde que la calificaron, lo cual pudo ser muchos años atrás. Para mantener las normas de calidad, la partera profesional necesita oportunidades adecuadas para ejercer a fin de:

a) conservar las aptitudes clínicas necesarias, en particular las que usa rara vez, como la reanimación cardiopulmonar.

b) actualizar sus conocimientos y aprender aptitudes nuevas

.....

c) reflexionar periódicamente sobre el ejercicio clínico y aprender de su experiencia.

d) comprender y practicar la responsabilidad ante sus usuarias y sus administradores o empleadores. La supervisión del ejercicio profesional ayuda a mantener las normas. Se ha convertido en práctica profesional común en los países desarrollados que todos los profesionales, incluidas las parteras profesionales y las enfermeras, tienen que presentar constancia de su educación para permanecer en el registro profesional.

Quizá sea difícil evaluar la eficacia del desarrollo profesional continuado, pero al convertirlo en requisito legal se recalca la importancia que el gobierno le da. Además del desarrollo profesional continuado como requisito legal y como requisito previo para la renovación periódica de licencias, el factor más determinante en el mantenimiento de las normas es quizá el énfasis en la responsabilidad profesional personal. Para ayudar a los profesionales, es usual que periódicamente el órgano normativo profesional ofrezca orientación escrita sobre temas importantes, como son el registro y el alcance del ejercicio profesional.” ((OMS,2016)

5.9. FALTA DE ÉTICA PROFESIONAL

“La legislación primaria debe permitir la creación de un mecanismo para retirar del registro profesional a los profesionales que se encuentran culpables de faltas a la ética. En el Reino Unido, el órgano normativo define “faltas éticas” como la “conducta indigna de una enfermera, partera profesional o visitante médico”. En la práctica, el proceso de retiro es mucho más estricto de lo que indica esta definición. Para que pueda establecerse un dictamen de falta de ética es preciso cumplir el criterio probatorio penal, o que no quede lugar a dudas. Lo que constituye falta de ética será diferente de un país a otro, pero agredir o robar a una usuaria, o la negligencia excesiva al prestar asistencia, probablemente serían ejemplos de conductas consideradas en todo el mundo como justificación para el retiro del registro profesional. Una consideración importante para la legislación en este ámbito es que no conviene al público retirar a un profesional del registro profesional, por ejemplo por agredir a una usuaria, si luego queda libre para ejercer con pacientes en calidad de

profesional no registrado. Para ser eficaz, la legislación debe prohibir que tales personas trabajen con usuarias en cualquier forma.” (Spring,2019)

6. FUNDAMENTACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, APTITUDES Y COMPORTAMIENTO ÉTICO DE LAS PARTERAS PROFESIONALES EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD PÚBLICA, LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA ÉTICA

6.1. MODELO DE ATENCIÓN PARTERÍA

“El modelo de atención de partería se fundamenta en la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos normales de la vida. El modelo consiste en lo siguiente: Vigilar el bienestar físico, psíquico, espiritual y social de la mujer y de sus familiares más cercanos durante las etapas del proceso reproductivo. Proporcionar a la mujer asesoramiento personal, educación, orientación, apoyo y atención prenatal adecuados desde el punto de vista cultural. Proporcionar asistencia permanente durante el trabajo de parto, el parto propiamente tal, y el puerperio inmediato, identificar la aparición de complicaciones, así como dar apoyo constante en la etapa posterior del puerperio. Establecer una buena relación con la mujer para fomentar su confianza en el proceso de dar a luz, y ayudarla a adaptarse a la nueva dinámica familiar. Incrementar las intervenciones necesarias para el manejo de la atención y reducir al mínimo las intervenciones tecnológicas innecesarias. Reconocer la aparición de complicaciones, prestar atención de urgencia y remitir a las mujeres o los recién nacidos que requieran atención obstétrica u otro tipo de atención especializada.” (Kershbaumer,2018)

6.2. SISTEMA DE TOMA DE DECISIONES PARA LA ASISTENCIA DE PARTERÍA

La toma de decisiones en partería se realiza sobre la base de una concepción particular de la atención. La partera profesional es responsable del modo como ejerce su profesión y debe dar cuenta de él. Además, debe respetar a la mujer como ser humano y brindarle un trato cortés. Al atender a cada mujer, las parteras profesionales ponen en práctica conocimientos y técnicas que están al día y se fundamentan en pruebas científicas cuando estas existen. La partera profesional se preocupa principalmente por la seguridad de la mujer y su

bienestar general; asimismo, se esfuerza por afianzar la sensación de bienestar de la mujer y sus decisiones fundamentadas en el contexto de una experiencia sin riesgo. El proceso de toma de decisiones que la partera profesional sigue se basa en diversas fuentes de conocimiento, en la evidencia científica, en la práctica clínica, la observación dirigida y en los principios éticos, todo lo cual otorga la capacidad de pensar con sentido crítico y emitir juicios clínicos sólidos. El proceso de partería es dinámico y también sistemático; responde a los cambios en el estado de salud de cada mujer y prevé los problemas que pueden presentarse. Las parteras profesionales hacen participar a las mujeres y sus familias en todas las etapas del proceso decisorio y en la elaboración de un plan de atención dirigido a lograr un embarazo sano y un parto sin riesgo, así como a la adaptación a su nueva situación familiar. Los conceptos, el alcance del ejercicio profesional, el modelo de atención y el sistema para tomar decisiones brindan el contexto para enunciar las competencias esenciales exigidas a todo el personal calificado de partería. Dichas competencias se resumen en seis apartados principales:

1. Fundamentación de los conocimientos, las aptitudes y el comportamiento profesional de las parteras profesionales en los campos de la salud pública, las ciencias sociales y la ética.
2. Atención comunitaria antes del embarazo y planificación familiar.
3. Atención prenatal, orientación y promoción de la salud; identificación y tratamiento de las complicaciones.
4. Atención segura e higiénica del parto, incluidas técnicas de reanimación.
5. Atención puerperal y posnatal integral.
6. Atención y vigilancia del recién nacido y el niño. Para describirlos se les divide en tres esferas: conocimientos necesarios, aptitudes básicas que la partera profesional debe poseer para ser competente, y maniobras adicionales de reanimación. Puede haber necesidad de exigir otros tipos de competencias para cubrir las necesidades particulares de algún país, pero descritos en el presente documento se consideran esenciales y representan el mínimo requerido en todos los países.

.....

6.3. CONOCIMIENTOS Y APTITUDES

Las parteras profesionales poseen las aptitudes y los conocimientos necesarios en los campos de las ciencias sociales, la salud pública y la ética, que forman la base de la atención de calidad, culturalmente pertinente y apropiada, que merece la mujer, el recién nacido y la familia.

-Datos demográficos de la comunidad local, entre ellos, las cuestiones relativas a la salud y las enfermedades, la natalidad y la mortalidad.

-Otra información indispensable para trazar un perfil de la comunidad local incluye la disponibilidad y las condiciones del abastecimiento de agua, el saneamiento, los recursos de vivienda y las condiciones de la misma, la idoneidad del suministro de los alimentos, el nivel de alfabetismo y de educación en la población adulta (incluidas las mujeres), los riesgos ambientales y el acceso a los centros sanitarios. La cultura, las costumbres y las creencias locales, incluidas las prácticas tradicionales y la capacidad para distinguir entre las prácticas beneficiosas y las nocivas o que pueden serlo.

-Las causas directas e indirectas de mortalidad y morbilidad maternas, perinatales y neonatales, y las estrategias para reducirlas.

-Estrategias de promoción y empoderamiento a la mujer para fomentar la equidad y velar porque se respeten a plenitud sus derechos humanos en lo referido a su bienestar general y el acceso a la atención sanitaria.

-Conocer los datos demográficos y epidemiológicos y los factores condicionantes y determinantes de salud de la comunidad local, lo cual permite identificar factores de riesgo asociados a los problemas de salud.

-Los beneficios y riesgos de las circunstancias en que ocurre el parto, y las ventajas de que la atención esté a cargo de parteras profesionales capacitadas durante el parto y siempre que se presenten complicaciones.

-Recursos y estrategias factibles para efectuar la remisión inmediata a un centro sanitario de mayor complejidad si surgen complicaciones, o cuando la salud o la vida de la madre o de la criatura están en riesgo.

.....

- Los servicios sanitarios nacionales y locales, y las estrategias que permiten utilizar los recursos necesarios para brindar una buena atención materno-infantil.
- La importancia y la función de otros profesionales de la salud y la capacidad para promover el trabajo eficaz en equipo.
- Los programas nacionales de vacunación y el suministro de las vacunas adecuadas para la comunidad local. Aptitudes para comunicar y orientar.
- Nociones de ética y la aplicación de principios éticos al ejercicio de la partería.
- Epidemiología, promoción de la salud pública en la comunidad, estadísticas vitales y forma de llevar registros.
- Atención primaria en la comunidad, mejoramiento de la promoción de la salud y estrategias de prevención de enfermedades.

6.4. COMPORTAMIENTO PROFESIONAL

La partera profesional deberá:

- Ejercer de manera responsable y dar cuenta de sus decisiones y actuación clínicas.
- Aplicar correctamente las precauciones universales y todas las estrategias necesarias para el control de infecciones.
- Utilizar, mantener y, si corresponde, limpiar y esterilizar correctamente el equipo, y usar los suministros con economía.
- Reconocer los signos y síntomas que indiquen complicaciones y la necesidad de consultar al personal médico o efectuar la remisión, así como tomar medidas apropiadas y oportunas. Observar un comportamiento cortés, ético y respetuoso de la cultura (es decir, no autoritario) con todas las personas, independientemente de su situación socioeconómica, origen étnico o credo.
- Fomentar un modelo de trabajo participativo con las mujeres en todos los entornos, a objeto de capacitarlas para tomar decisiones fundamentadas

respecto de todos los aspectos de la atención; y alentar a las mujeres a asumir la responsabilidad de su propia salud.

-Proporcionar educación sanitaria pertinente para la comunidad local e información sobre los servicios sanitarios a su disposición.

-Desarrollar y poner en práctica la comunicación efectiva con la mujer, familia, comunidad y equipos de salud para facilitar los procesos de atención de las usuarias.

-Organizar bien su trabajo y el de los subalternos, de modo que el servicio sea eficiente y eficaz, en una atmósfera agradable.

-Trabajar en colaboración con otros trabajadores de la salud para mejorar la prestación de los servicios sanitarios a las mujeres y sus familias. -Crear vínculos con líderes de la comunidad y demás personal clave para promover la maternidad segura. Aplicar técnicas y procedimientos de gestión a nivel comunitario y de servicios.

6.5. ATENCIÓN PRENATAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las parteras profesionales están capacitadas para proporcionar a la comunidad una educación sanitaria adaptada culturalmente y de calidad, así como servicios de planificación familiar, para promover una vida familiar sana, embarazos deseados y planificados y una crianza saludable de los hijos.

Conocimientos:

-Anatomía y fisiología del hombre y la mujer en relación con la fecundidad y la reproducción. Crecimiento y desarrollo de los seres humanos y su relación con el desarrollo sexual, la sexualidad y la actividad sexual.

-Pautas culturales relacionadas con la sexualidad, las prácticas sexuales y la procreación. Componentes de la historia clínica, incluidos los antecedentes familiares y genéticos pertinentes.

-Detalles indispensables del examen físico y los estudios de laboratorio que permiten juzgar la posibilidad de un embarazo sano.

.....

-Educación sanitaria orientada a la salud reproductiva, las infecciones ITS de transmisión sexual, VIH/sida, la promoción de la salud y el bienestar generales, y la supervivencia infantil.

-Métodos didácticos eficaces y conocimiento de la forma como aprenden los adultos.

-Métodos naturales para espaciar el nacimiento de los hijos y otros métodos localmente disponibles y culturalmente aceptables de planificación de la familia.

-Métodos anticonceptivos de barrera, hormonales, mecánicos, químicos y quirúrgicos; ventajas e inconvenientes de cada método, criterios de elegibilidad e instrucciones para emplearlos eficazmente. Técnicas de orientación para que la mujer tome decisiones fundamentadas al optar por un método de planificación familiar.

-Signos y síntomas de la infección de las vías urinarias y las enfermedades de transmisión sexual comunes, especialmente las que son prevalentes del país o la región, y métodos de tratamiento adecuados.

-Factores que inciden en la toma de decisiones respecto de embarazos no planificados o no deseados.

-Indicadores de enfermedades comunes agudas y crónicas, sobre todo las que son prevalentes en el país o la región y, si corresponde, la derivación para su confirmación y tratamiento. Indicadores y métodos de orientación y remisión en los casos de relaciones interpersonales disfuncionales, incluidos los problemas sexuales, violencia doméstica, maltrato emocional y descuido físico.

-Fundamentos de la educación, los métodos didácticos y los estilos de aprendizaje de los adultos.

Aptitudes básicas: La partera deberá:

-Llevar a cabo un anamnesis completa y específica de manera sensible y amistosa, asegurando a la mujer la confidencialidad.

.....

-Realizar el examen físico general de la mujer incluyendo el examen ginecológico y el examen de mamas para pesquisar patologías prevalentes y juzgar la importancia de cualquier hallazgo anormal.

-Solicitar o realizar e interpretar correctamente algunas pruebas de laboratorio comunes, como el hemograma completo, análisis de orina y su estudio microscópico, así como otros exámenes pertinentes de acuerdo a la realidad local, que detectan ITS (Ej. VDRL)

-Relacionar todos los datos obtenidos a partir del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de modo que pueda suministrarse la información y la atención adecuadas a la mujer.

-Utilizar de manera apropiada la educación sanitaria y las aptitudes básicas de orientación cuando se brinda información y orientación. Ofrecer los métodos de planificación familiar a los que se pueda recurrir localmente y que sean culturalmente aceptables y conformes a la elección y condición de la mujer. Llevar un registro de todos los resultados de la anamnesis, interrogatorio, exploración física y pruebas; todo tipo de asesoramiento, orientación y tratamiento brindados; los dispositivos o los medicamentos administrados; y las recomendaciones para el seguimiento.

-Ofrecer una gama amplia de servicios de planificación familiar, entre ellos la colocación de dispositivos intrauterinos o de implantes; el seguimiento y la capacidad para brindar orientación y atención apropiados ante cualquier efecto colateral adverso.

-Ser capaz de efectuar correctamente un frotis cervicouterino para estudio citológico (prueba de Papanicolaou).

6.6. ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Las parteras profesionales brindan atención prenatal de gran calidad para optimizar la salud de la mujer durante el embarazo, prevenir la morbilidad perinatal, y detectar y tratar oportunamente cualquier complicación y, si es necesario, remitir a la mujer con un especialista.

Conocimientos:

.....

-Anatomía y fisiología del aparato reproductor y de otras partes pertinentes del cuerpo humano.

-El ciclo menstrual, la fecundación, la implantación y el desarrollo de la placenta, el embrión y el feto.

-Confirmación del embarazo por medio de signos y síntomas, exploración física y análisis de laboratorio.

-Determinación de la edad gestacional a partir de los antecedentes menstruales, el tamaño del útero y la fecha en que comienzan los movimientos fetales.

-Realización de una anamnesis general y específica completa acerca del embarazo actual, la salud de la mujer y sus antecedentes obstétricos y familiares al respecto.

-Evaluación de los componentes de la exploración física general y de la semiología obstétrica en el embarazo y la importancia de los resultados.

-Comprensión de las características especiales de las maniobras y exploraciones del abdomen que permiten determinar el crecimiento y el estado del feto en las distintas etapas del embarazo, relacionando la altura del fondo uterino, la actividad y frecuencia cardíaca del feto y, en las últimas semanas, la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto.

-Pruebas de detección durante el embarazo y la interpretación de sus resultados, por ejemplo, clasificación de grupo y Rh; test de Coombs de concentración de hemoglobina; análisis de glicemia y de orina para detectar la presencia de glucosa, proteínas y cetonas; pruebas para detectar la sífilis, como la de la reagina plasmática rápida (RPR); análisis de laboratorio para detectar bacteriuria asintomática –si es factible– de acuerdo a las normativas de cada país y, en las zonas de riesgo, infección por el VIH (si la mujer da su consentimiento).

-Cambios fisiológicos propios del embarazo y orientación sobre los trastornos menores que pueden provocar algunos de ellos, así como la utilización de

preparados inocuos locales a base de plantas medicinales que no sean preparados farmacológicos.

-Adaptaciones psicológicas que tienen lugar durante el embarazo y su repercusión sobre la mujer y la familia.

-Necesidades nutritivas de la mujer embarazada y del feto.

-Educación sanitaria y la orientación de la mujer con respecto a la higiene, la nutrición, el trabajo doméstico y fuera del hogar, la sexualidad y los peligros asociados con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, incluidos los medicamentos tradicionales, los de venta sin receta y las drogas ilícitas.

-Elección de un lugar apropiado para el parto.

-Preparación para el parto, incluida la instrucción sobre lo que sucede durante el periodo de dilatación (trabajo de parto), las medidas para aliviar las contracciones del trabajo de parto y la atención del recién nacido.

-Alimentación del lactante, con inclusión de las ventajas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación sucedánea de reemplazo si la madre VIH-positiva la prefiere. Reconocimiento del comienzo del parto. Educación de las mujeres y sus familias acerca de los signos y síntomas de problemas graves que pueden surgir en el embarazo, y la necesidad de recurrir de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.

-Diagnóstico y tratamiento de enfermedades graves durante el embarazo que exigen atención inmediata. Por ejemplo: preeclampsia y eclampsia, hemorragia vaginal, parto prematuro, ruptura prematura de las membranas, anemia grave, aborto, embarazo ectópico o múltiple, o presentación fetal defectuosa a término (de nalgas o de hombro).

-Biología de la reproducción humana: regulación neurohormonal de la reproducción humana y respuestas fisiológicas maternas y fetales al embarazo. Genética.

-Atención de la mujer antes de la concepción (consejería preconcepcional).

-Promoción de la salud y educación sanitaria.

.....

-Educación para ser padres.

-Preparación física para el periodo prenatal, el parto, y el puerperio.

-Complicaciones médicas y sus consecuencias para el embarazo; reconocer las situaciones en las que es necesario remitir a la mujer a un centro sanitario de mayor complejidad para que reciba atención prenatal y del parto. Por ejemplo, anemia grave, diabetes, enfermedades cardíacas o respiratorias, hipertensión arterial idiopática, nefropatía o hipertiroidismo.

Aptitudes básicas: La partera profesional tendrá a su cargo:

-Realizar la anamnesis clínico inicial y ponerla al día en cada consulta prenatal.

-Calcular la fecha probable del parto a partir de la fecha de la última menstruación de la mujer, si esta se conoce; en caso contrario, la edad gestacional podrá determinarse a partir de la fecha en que comiencen los movimientos fetales y por la altura del fondo uterino.

-Realizar una exploración física general completa y explicar los resultados a la mujer. Valorar los signos vitales maternos, como temperatura corporal, presión arterial y pulso. Determinar el estado nutricional de la madre y ofrecerle orientación apropiada sobre las necesidades nutritivas durante el embarazo y cómo satisfacerlas.

-Aplicar semiología obstétrica , incluida la medición de la altura del fondo uterino y su comparación con la edad gestacional, para evaluar el crecimiento fetal y determinar la etapa del embarazo; en las últimas semanas del embarazo, evaluar cantidad de líquido amniótico, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar los latidos para determinar el bienestar fetal.

-Emplear el método de Doppler –siempre que sea posible– para efectuar el monitoreo electrónico del corazón fetal y determinar comportamiento.

-Emitir diagnóstico correlacionando todos los datos obtenidos a partir de la anamnesis, la exploración física y las pruebas de laboratorio, e interpretar los resultados de manera que pueda proporcionar a la mujer información,

orientación y atención apropiadas. Indicar a la mujer las medidas que puede tomar para aliviar los malestares comunes del embarazo.

-Educar a las mujeres sobre temas de salud como nutrición, higiene, ejercicio, riesgos y violencia de género, trabajo doméstico y fuera del hogar, riesgos ambientales para el embarazo, peligros del consumo de tabaco, alcohol, drogas y de medicamentos no recetados, actividad sexual de menor riesgo y riesgos de infección por VIH e ITS.

-Realizar tamizaje de violencia intra familiar. Ofrecer atención preventiva y saber tratar las enfermedades de transmisión sexual, las infecciones de las vías urinarias y respiratorias, y la malaria.

-Educar a las mujeres y sus familias acerca de la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de la salud capacitado si aparece cualquiera de los signos de peligro siguientes, ya que indican la aparición de una complicación grave: cefalea intensa, trastornos visuales, dolor epigástrico, sangrado y hemorragia vaginal, dolor abdominal acompañado de desmayos, vómitos intensos, rotura prematura de las membranas, fiebre, flujo vaginal fétido o irritante, disminución o ausencia de movimientos fetales. Diagnosticar las complicaciones graves del embarazo y consultar urgentemente a un centro sanitario de mayor complejidad; en caso de que no se pueda recurrir a un médico local, dar la atención de urgencia que corresponda y derivar a la mujer que presente los siguientes signos y síntomas a un médico de un centro sanitario con más capacidad:

+Hipertensión arterial y proteinuria, y cefalea intensa, o bien alteraciones visuales y dolor epigástrico acompañados de hipertensión arterial.

+Hemorragia vaginal en cualquier momento del embarazo, dolor abdominal acompañado de desmayos en el embarazo temprano, con o sin hemorragia vaginal.

+Embarazo múltiple.

+Presentación fetal defectuosa a término (por ejemplo, de nalgas o de hombro).

.....

+Rotura prematura de las membranas; - muerte fetal intrauterina en cualquier momento del embarazo.

+Fiebre.

-Registrar la información obtenida del interrogatorio, la exploración física y las pruebas de laboratorio, así como la orientación y las instrucciones impartidas para el seguimiento.

6.7. ATENCIÓN DURANTE EL PARTO Y EL NACIMIENTO

Las parteras profesionales prestan atención de calidad y adaptada culturalmente durante el parto; atienden un parto sin riesgo y en condiciones higiénicas; dan atención inmediata al recién nacido y tratan eficazmente las urgencias para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y neonatales.

Conocimientos:

-Fisiología del parto.

-Anatomía del cráneo fetal, incluidos los diámetro cefálicos, las suturas y las fontanelas.

-Temas psicológicos y culturales vinculados con el parto.

-Humanización del parto.

-Signos y síntomas del comienzo del parto.

-Evaluación del progreso del parto y el empleo del partograma o de otro instrumento similar.

-Determinaciones de signos de bienestar fetal durante el trabajo de parto: frecuencia cardíaca fetal y ausencia de meconio.

-Medidas que elija la madre que le permitan aliviarse durante el parto: la compañía permanente de la persona que ella prefiera; la evacuación de la vejiga de manera higiénica; la hidratación y la nutrición; los cambios de postura que elija la mujer; deambulación, el apoyo emocional y alivio del dolor sin fármacos.

.....

- Medidas necesarias para prevenir las infecciones.
- Diagnóstico y manejo del periodo expulsivo del parto.
- Mecanismos del parto (es decir, el paso y descenso del feto por la pelvis durante el periodo expulsivo y el nacimiento).
- Indicaciones de la episiotomía con enfoque restrictivo y la técnica para realizarla, incluida la maniobra de infiltración anestésica del perineo.
- Técnica para la extracción hábil del feto, evitando las intervenciones innecesarias.
- Mantener la termorregulación del neonato y manejar los procedimientos para conseguirlo, la evaluación de la respiración y las maniobras de reanimación, el cuidado del cordón umbilical, el apego precoz piel a piel, el fomento de la lactancia materna temprana o la alimentación sucedánea si la madre es VIH positiva y así lo prefiere. Uso y mecanismo de acción de los fármacos oxitócicos en el alumbramiento y posteriormente, si son necesarios para detener la hemorragia.
- Prevención de la hemorragia del posparto a través del manejo activo del tercer periodo.
- Alumbramiento fisiológico.
- Cálculo de la sangre perdida.
- Razones del examen de la placenta y las membranas, el cordón umbilical, y las técnicas para examinarlas y eliminarlas en forma segura.
- Maniobras para el examen del perineo, la vulva y el segmento inferior de la vagina en busca de desgarros y para determinar el grado de los desgarros perineales.
- Técnica de sutura de los desgarros de segundo grado del perineo y el segmento inferior de la vagina.
- Medidas para evaluar el estado de la mujer después del parto.

.....

-Complicaciones durante el parto que requieren atención y remisión de urgencia: hemorragia durante el parto, embarazo múltiple, presentación fetal defectuosa, sufrimiento fetal, prociencia y procúbito del cordón umbilical, periodo expulsivo prolongado u obstruido, distocia de hombro, retención de la placenta, hemorragia puerperal, desgarros graves de la vagina y del cuello uterino, infecciones graves.

-Conocimiento de la importancia del control acucioso del recién nacido en las dos primeras horas después del parto.

Aptitudes básicas: La partera profesional se encargará de:

-Examinar los antecedentes del embarazo, si los hay; de lo contrario, efectuar un interrogatorio clínico completo y preguntar cómo ha evolucionado hasta el momento del parto. Realizar una exploración física general para evaluar el estado en que se encuentra la mujer. Explorar el abdomen para confirmar el periodo de gestación, determinar la situación, la presentación, la posición y el encaje del feto, y auscultar su corazón.

-Evaluar la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones uterinas.

-Practicar un tacto vaginal para determinar el grado de borramiento y dilatación del cuello uterino; verificar si las membranas están íntegras o se han roto; reconocer la posición fetal, el grado de descenso de la cabeza, y determinar si la pelvis permitirá el paso del feto.

-Evaluar correctamente la progresión del parto por medio de la observación y la exploración física, con ayuda del partograma u otro instrumento similar para determinar el grado de dilatación del cuello uterino.

-Vigilar regularmente el estado de la madre y el feto durante todo el parto; detectar cualquier anomalía y tomar las medidas apropiadas oportunamente.

-Prestar apoyo psicológico y emocional a la mujer y su familia; procurar que la mujer esté acompañada durante todo el parto por la persona que ella prefiera; darle información completa sobre la evolución del parto, y hacerla participar en todas las decisiones relacionadas con su atención.

.....

-Mantener a la mujer en condiciones óptimas durante el parto, lo cual significa una hidratación y nutrición adecuadas, evacuación regular de la vejiga, aplicar medidas estrictas de asepsia para evitar infecciones; y aliviar el dolor sin fármacos, por ejemplo, mediante la adopción de las posturas que ella prefiera.

-Reconocer con prontitud los signos y síntomas que marcan el comienzo del periodo expulsivo del parto y prestar asistencia constante.

-Mantener la observación y el apoyo en todo momento, permitiendo que la mujer puje espontáneamente.

-Prevenir infecciones haciendo que la mujer dé a luz en un ambiente sin riesgos e higiénico; mantener las más altas normas de higiene y usar equipo limpio o estéril, incluidos los guantes. Aplicar anestesia local al perineo antes de hacer una episiotomía, si esta está indicada. Practicar la episiotomía inmediatamente antes del parto, pero solo si está indicada debido a sufrimiento o prematurez fetales, antecedente de desgarro perineal de tercer grado, o bien si el parto es complicado (presentación de nalgas o distocia de hombro).

-Permitir que la mujer dé a luz interfiriendo lo menos posible con el mecanismo del parto.

-Prestar la atención inmediata al recién nacido: secarlo, liberar vías aéreas si es necesario, verificar la respiración, permitir el contacto directo entre la piel del neonato y la de la madre, cubrirlo para que mantenga el calor del cuerpo, y cortar el cordón umbilical.

-Llevar a cabo el alumbramiento activo, con inclusión del uso de un fármaco que estimule el útero, de preferencia oxitocina por vía intramuscular, a razón de 10 UI.

-Si no se dispone de algún medicamento oxitócico, apoyar correctamente el alumbramiento fisiológico;

-Después de la expulsión de la placenta y las membranas, comprobar que el útero se contraiga bien, friccionando el fondo para desencadenar una contracción y la expulsión de los coágulos –si es necesario–, y comprobar que

la hemorragia vaginal sea mínima; en caso de hemorragia profusa, aplicar las medidas urgentes para detenerla.

-Calcular y anotar toda pérdida sanguínea con la mayor exactitud posible.

-Examinar la placenta y las membranas para verificar si están completas y si son normales, y eliminarlas de manera segura.

-Examinar la vulva, el perineo y el segmento inferior de la vagina para detectar desgarros, y reparar los de segundo grado del perineo; remitir a un médico a las mujeres con desgarros perineales de tercer grado o con desgarró del cuello uterino, a menos que se posea el adiestramiento y la experiencia para practicar estas técnicas quirúrgicas avanzadas. Vigilar el estado de la madre, cuidando que los signos vitales y la hemorragia vaginal estén dentro de los límites normales y que el útero permanezca bien contraído. Tratar urgentemente la hemorragia puerperal, si ocurre, con masaje uterino y administración de medicamentos oxitócicos; evacuar la vejiga; instalar una venoclísis y, si el sangrado persiste, comprimir la aorta o efectuar compresión bimanual y tomar los recaudos para la remisión de la paciente.

-Colocar una sonda urinaria empleando una técnica aséptica para evitar infecciones.

-Dar asistencia de partería, manteniendo estrictas normas de higiene para procurar que la madre esté limpia, seca y cómoda, y que tenga la posibilidad de vaciar la vejiga.

-Vigilar el estado del recién nacido, comprobar que la respiración y el color sean normales, que se mantenga el calor corporal y que no haya hemorragia por el cordón umbilical.

-Reanimar al recién nacido, si nace con asfixia o si presenta problemas respiratorios. Proporcionar un ambiente sin riesgos y propicio para que haya contacto entre la piel de la madre y la del bebé a fin de fomentar el vínculo entre ellos, así como la lactancia materna temprana y exclusiva.

.....

-Aconsejar, reconfortar y apoyar a la madre y padre cuando se detectan malformaciones en el recién nacido, o en caso de mortinato o deceso del recién nacido durante el periodo puerperal inmediato.

-Anotar toda la información relativa al nacimiento, a la atención prestada a la madre y el recién nacido, y a las recomendaciones dadas para el seguimiento.

-Organizar y manejar equipos para brindar atención de emergencia (carro de paro).

6.8. ATENCIÓN DE LA MUJER EN EL PUERPERIO

En el puerperio, la partera profesional ofrece a la madre una atención integral, de calidad y culturalmente adaptada.

Conocimientos:

-Los cambios fisiológicos que tienen lugar en el puerperio y que afectan no solo al aparato reproductor, sino también a los demás aparatos y sistemas. La fisiología de la lactancia, cómo iniciar y mantener el amamantamiento y el reconocimiento y tratamiento de los problemas comunes que se pueden presentar.

-Los cambios psíquicos y emocionales que pueden ocurrir durante el puerperio y la necesidad de apoyo psicosocial.

-El vínculo entre madre e hijo y los factores que lo fomentan y dificultan.

-Vigilancia del estado físico, emocional y psíquico de la madre en el periodo puerperal inmediato.

-Los aspectos físicos de la atención, incluido el sueño, el reposo y la actividad adecuados; buena alimentación; normas estrictas de higiene personal y cuidado perineal y urinario.

-Los riesgos de infección y las medidas para prevenirla en la madre y el niño después del parto.

.....

-La educación sanitaria y la instrucción acerca del cuidado personal, las medidas para aliviar problemas de salud leves comunes en el puerperio, y la atención del recién nacido.

-El método y los motivos que justifican la práctica de exámenes de la madre en el puerperio inmediato y a las seis semanas de ocurrido el parto.

-El diagnóstico y el tratamiento de la anemia puerperal.

-El diagnóstico y tratamiento de las complicaciones que pueden presentarse en el puerperio, por ejemplo, infección del aparato reproductor, infección u otros trastornos de las vías urinarias, mastitis, fenómenos tromboembólicos, eclampsia, hemorragia puerperal, incompatibilidad al factor Rh y trastornos psiquiátricos.

-El duelo que se produce en caso de mortinato, muerte del bebé en el periodo neonatal o nacimiento de un niño anormal, y la función de la partera profesional de orientar, reconfortar y apoyar a la madre y a la familia. Las complicaciones obstétricas que pueden surgir en el puerperio (por ej., eclampsia, síndrome de Hellp septicemia puerperal, hemorragia puerperal, embolia), el tratamiento de urgencia correspondiente y los arreglos para efectuar la derivación.

-Las enfermedades que pueden complicar el puerperio, por ejemplo, afecciones cardíacas, pulmonares y renales, y trastornos provocados por la hipertensión arterial y la diabetes.

-Aptitudes para brindar asesoramiento avanzado a la mujer y su familia, por ejemplo, en caso de VIH, después de un aborto, tras el nacimiento de un niño con malformaciones o por la muerte del recién nacido en el periodo perinatal.

-Técnica de la reanimación cardiopulmonar básica y avanzada. Propender al alojamiento conjunto con el recién nacido.

-Aptitudes básicas: La partera profesional estará en condiciones de:

-Reconocer los datos importantes en los registros clínicos, o llevar a cabo un interrogatorio acerca del embarazo, el parto y el puerperio inmediato, a objeto de detectar factores que incidirán en la atención y la orientación brindadas.

.....

- Realizar un examen físico puerperal sistemático a la madre para detectar cualquier posible problema.
- Proporcionar el tratamiento apropiado y oportuno frente a cualquier anomalía detectada durante el examen puerperal.
- Facilitar y apoyar el comienzo y el mantenimiento de la lactancia materna precoz y exclusiva.
- Aplicar medidas para prevenir la propagación de infecciones puerperales, diagnosticar y tratar las endometritis.
- Educar y aconsejar a la mujer sobre su cuidado personal y el del bebé.
- Asesorar a la mujer que ha tenido un mortinato o un aborto con respecto a la planificación familiar y la actividad sexual sin riesgo, y darle la posibilidad de tomar una decisión fundamentada respecto del método anticonceptivo más conveniente para ella. Proporcionar a la mujer la información, dispositivos y medicamentos adecuados para el método de planificación familiar elegido, y enseñarle a usarlo correctamente.
- Mantener un registro riguroso de la atención puerperal y disponer de lo necesario para el seguimiento o la remisión, según corresponda.
- Identificar alteraciones de índole psicológico o de desadaptación al medio que incida en su salud mental y referir oportunamente.

6.9. ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

La partera profesional presta atención de alta calidad al recién nacido.

Conocimientos:

- Cambios fisiológicos al nacer.
- Evaluación y atención del recién nacido.
- Maniobras de reanimación neonatal básica y avanzada.
- Vínculo entre madre e hijo.

.....

-Procedimiento para examinar al niño en el momento de nacer y más adelante.

-Alimentación del lactante, lactancia materna y alimentación de sustitución. Necesidades nutritivas del lactante y el niño preescolar.

-Elementos esenciales de la atención diaria del recién nacido: mantenimiento de la termorregulación, cuidado de la piel y del cordón umbilical, vigilancia de los signos de infección o ictericia, observación de la frecuencia y las características de las heces, la alimentación, y los signos de crecimiento y detención de éste.

-Prevención de infecciones.

Curva normal del crecimiento y desarrollo durante los cinco primeros años de vida.

-Calendario de vacunación de los cinco primeros años. Trastornos comunes del recién nacido: erupciones cutáneas, vómitos e infecciones leves, problemas leves de alimentación e ictericia fisiológica.

-Enfermedades y trastornos graves del recién nacido: infecciones graves, dificultad respiratoria, hipoglucemia, hipotermia, ictericia patológica, traumatismos al nacer, malformaciones congénitas y convulsiones en el periodo neonatal.

-Enfermedades infecciosas: diagnóstico, tratamiento y complicaciones.

-Recién nacidos de bajo peso al nacer: prematuros y pequeños para la edad gestacional.

-Estadísticas vitales: tasas de mortinatalidad nacional y local, tasas de morbilidad y mortalidad perinatales, neonatales y de menores de un año; causas de morbilidad y mortalidad y las medidas que se requieren para reducir las tasas actuales.

-Seguimiento del recién nacido y el niño preescolar y forma correcta de utilizar los registros clínicos. Trastornos metabólicos y endocrinos del recién nacido: hipocalciemia e hipomagnesiemia, hipernatriemia, fenilcetonuria, galactosemia,

fibrosis quística e hipotiroidismo. Atención del lactante de muy bajo peso al nacer.

-Manejo de la madre y padre canguro.

-Trastornos cardiacos prevalentes del recién nacido.

-Muerte súbita del lactante.

-Conocimientos profundos de los factores asociados con la muerte fetal; las tasas de morbilidad y mortalidad de los recién nacidos y los menores de un año, y nociones sobre las estrategias que se requieren en los ámbitos nacional y local para reducirlas.

Aptitudes básicas: La partera profesional estará en condiciones de: Despejar las vías respiratorias del recién nacido, si es necesario, para facilitar la respiración.

-Evaluar el estado del recién nacido.

-Utilizar correctamente la bolsa de ventilación y la mascarilla para reanimar al bebé que presenta asfixia.

-Secar la piel del recién nacido al nacer, colocarlo en el abdomen o el tórax de la madre de modo que haya contacto de su piel con la de ella, y cubrirlo para mantener la temperatura corporal; si este contacto no es posible, colocar al bebé en una superficie limpia y templada, y abrigarlo bien.

-Pinzar y cortar el cordón umbilical solo en el momento que sea necesario (cuando deje de latir o antes en caso de patología fetal, adoptando las medidas necesarias para evitar que se infecte).

-Examinar sistemáticamente al recién nacido, cabeza a pies, para detectar cualquier malformación congénita, traumatismos del parto o signos de infección.

-Ayudar a la madre a colocar al recién nacido para amamantarlo, evaluar la técnica correcta, corregir errores, orientar a la madre sobre posibles dificultades posteriores y para la detección precoz de problemas. Instruir a la madre y a la

familia sobre todos los aspectos de la alimentación del lactante, particularmente acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida.

-Enseñar a la madre a realizar correctamente las tomas de leche y supervisarla; enseñarle a dar biberón al recién nacido si ha optado por la alimentación con sucedáneos a la leche materna.

-Mostrar el seguimiento correcto de las medidas de higiene para evitar infecciones en el recién nacido y el niño preescolar.

-Apoyar a los padres y la familia en situaciones de duelo perinatal. Instruir a la madre sobre los cuidados generales del recién nacido (la piel, los ojos y el cordón umbilical) y enseñarle a verificar que las heces sean normales. Vigilar el crecimiento y el desarrollo del bebé en el periodo neonatal y durante los cinco primeros años de vida.

-Detectar enfermedades leves y graves en el recién nacido y tratarlas como es debido, así como hacer los arreglos para la remisión en caso de que esta sea necesaria.

-Dar la atención adecuada al bebé de bajo peso al nacer y organizar la remisión si surgen complicaciones potencialmente graves o si el peso del bebé al nacer es muy bajo.

-Instruir a los padres sobre los signos de enfermedades potencialmente graves en el recién nacido y el niño preescolar, y sobre la necesidad de consultar de inmediato a un trabajador de la salud capacitado.

-Administrar las vacunas correctamente en el momento óptimo y advertir a los padres acerca de los posibles efectos adversos y la fecha en que deben regresar para administrar las demás.

.Orientar a los padres sobre la forma de utilizar los recursos comunitarios destinados a las familias.

-Informar sobre el seguimiento para la vigilancia y la atención médicas.

-Llevar un registro completo y preciso en el formulario de atención.

.....

-Educar a las madres y los padres para que realicen la estimulación psicosocial del recién nacido, niña y niño.

7. ATENCIÓN DEL PARTO POR COMADRONAS, VERSUS SISTEMA HOSPITALARIO

7.1. PARTERAS CALIFICADAS

“Dado que las parteras tradicionales tienen cercanía cultural con las mujeres, están en condiciones incomparables para motivar y ayudar a las mujeres y a sus familias a planificar la atención del parto por un agente de salud cualificado. A condición de que la partera tradicional tenga en claro sus funciones y responsabilidades, y de que haya entablado una relación positiva con los demás miembros del personal de partería, es posible esperar resultados beneficiosos. Con todo, parece que los organismos internacionales no acaban de definir cuál es la estrategia o qué papel les corresponde a las parteras tradicionales. La pregunta no es tanto por qué se hace una apuesta por la atención por personal calificado como la opción más eficaz, sino por qué se decide que no es necesario realizar un trabajo conjunto con las parteras tradicionales como posibles y deseables aliadas estratégicas del sistema de salud, sobre todo allá donde este último se muestra incapaz de alcanzar a toda la población. Esta postura es la que lleva a minimizar la importancia de las parteras, de sus conocimientos, de sus acciones y de su influencia sobre las decisiones de salud en la población, de igual forma como se hace con otros agentes sanitarios externos al sistema oficial. Es indiscutible la relación entre reducción de mortalidad materna y atención del parto por personal calificado, y que tanto la mortalidad materna como la neonatal son bajas en los países en los que las parturientas reciben atención profesional competente, con los equipos, medicamentos y demás suministros necesarios para tratar de forma eficaz y oportuna las complicaciones. Pero también es cierto que otros factores influyen en la misma medida en esta mortalidad y que, en su mayoría, los países que han alcanzado mejores cifras en el parto atendido por personal calificado también cuentan con mejores condiciones higiénico-sanitarias en general y con un mejor estado nutricional y de salud de las madres. Hay multitud de factores que influyen en la mortalidad materna. Esto se expresa en

las diferencias que se observan en las tasas de mortalidad materna entre países con similares cifras de parto atendido por personal institucional.” ((Vivio,2018)

7.2. CALIDAD DE ATENCIÓN

“En las últimas tres décadas, el modelo médico de atención del parto por vía vaginal, sin complicaciones, ha sido objeto de creciente escrutinio, debido a su tratamiento hospitalario y a la utilización rutinaria e innecesaria de tecnologías médicas que, además de ser incómodas para la mujer, pueden llegar a alterar su salud o la del recién nacido. Tal es el caso de la posición de litotomía que se utiliza por comodidad del médico, no obstante que favorece la aparición de desgarros perineales, además de tener efectos negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre, el rasurado del vello púbico que puede incrementar el riesgo de infección al producirse pequeñas laceraciones, la aplicación de enema, a pesar de que la expulsión de materia fecal durante el parto no aumenta la tasa de infecciones y de que no las previene, la administración de solución glucosada por vía parenteral, que puede reducir la tolerancia al dolor; la inducción y conducción química del parto que puede ocasionar hiperestimulación con alteraciones fetales por anoxia, hemorragia intracraneal, espasmos uterinos con posible separación prematura de la placenta, laceraciones del canal del parto y ruptura uterina; la episiotomía, aunque no previene desgarros, no es más fácil de reparar que éstos, no mejora la función de los músculos perineales y, además, puede producir laceraciones severas, dispareunia y pérdida sanguínea. Como resultado, en diversos países industrializados se han desarrollado modelos alternativos, en los que el parto es considerado un evento natural y es atendido, con nula o mínima utilización de tecnología médica, en hospitales, centros especiales o en el domicilio de la mujer por parteras-enfermeras o parteras profesionales, egresadas de escuelas de partería. Otra es la situación en países donde la medicina académica coexiste con una todavía fuerte medicina tradicional. En esta última, el parto es concebido como evento natural y su atención es competencia de las parteras tradicionales, quienes hacen uso de conocimientos y recursos comunitarios y pueden haber recibido cursos de capacitación, en cuyo caso recurren también a prácticas de la medicina académica. En estos países, la atención se ha

centrado, fundamentalmente, en la capacitación de las parteras tradicionales y su incorporación a los sistemas de salud para disminuir la mortalidad materna y neonatal. Esto se refleja en la literatura médica publicada de 1975 a la fecha, de la cual 63% aborda estos temas. La importancia de evaluar la calidad de la atención del parto por vía vaginal, ofrecida por el sistema hospitalario y por el sistema tradicional en México, queda destacada al considerar que 25.3% de la población nacional vive en localidades rurales y en éstas, 44.5% de los partos es atendido por parteras tradicionales. En otras palabras, la cobertura de la atención tradicional del parto es, aproximadamente, la misma que la hospitalaria para la población de zonas rurales depauperadas, en su mayoría, indígena. A ello se suma 23.7% de mujeres atendidas por parteras en localidades de 2 500 a menos de 20 000 habitantes. Se calculó una muestra de 216 mujeres, considerando la población femenina en el estado, el número de mujeres en edad reproductiva, la proporción de éstas que tuvo un parto y un intervalo de confianza de 95%. Con base en la estimación de partos atendidos por parteras tradicionales (50%), la muestra se dividió en igual proporción para cada uno de los sistemas estudiados. Las 108 mujeres estudiadas en el sistema hospitalario se distribuyeron de acuerdo con la cobertura de cada una de las tres instituciones oficiales de salud en el estado. En el tradicional no se pudo establecer la proporción de casos a estudiar por municipio, debido a que no existe información sobre su cobertura a ese nivel. Las mujeres estudiadas fueron seleccionadas, durante un periodo de seis meses, por muestreo sistemático entre aquellas que se presentaron para recibir atención del parto en cada sistema y sin complicaciones del embarazo. Se les observó desde el ingreso a la sala de labor en el hospital o desde que la partera acudió a su domicilio, hasta el posparto inmediato. Se aplicaron dos instrumentos que consideraron prácticas comunes y específicas de los dos sistemas. El primero consistió en una guía de entrevista y de observación del proceso de atención del parto, dividida en dos partes. Una, enfocada a captar información demográfica, socioeconómica y ginecobstétrica y otra a registrar, mediante observaciones directas, las acciones y recursos utilizados durante la atención del parto y del recién nacido. El instrumento se aplicó en la sala de labor o cuando la partera había llegado al domicilio, estando ya la mujer en trabajo de parto. A los 15 días posparto, se visitó a las mujeres en su casa para identificar

complicaciones maternas y neonatales que pudieran haberse derivado de la atención, utilizando una guía de entrevista que las interrogaba sobre signos y síntomas asociados con aquéllas. Las complicaciones maternas estudiadas en ambos sistemas fueron desgarros perineales, infección en desgarros, sangrado abundante durante el posparto, infección puerperal y muerte. Además, en el sistema hospitalario se incluyeron infección y dehiscencia de la episiotomía, y flebitis por suero. En el caso de las complicaciones neonatales, se consideraron onfalitis, conjuntivitis neonatal, neumonía por broncoaspiración, traumatismos obstétricos y muerte. La aplicación de los instrumentos estuvo a cargo de tres pasantes de medicina y seis mujeres de los municipios. En un principio, se planeó que los primeros realizaran todas las observaciones. Sin embargo, durante las entrevistas de selección, manifestaron que las parteras "carecían de los conocimientos y preparación adecuados". Considerando que esta actitud podía llevarlos a introducir sesgos en la información, se decidió que levantarán sólo la información del sistema hospitalario y que mujeres de los municipios hicieran lo propio en el sistema tradicional. Estas mujeres fueron seleccionadas de una lista proporcionada por las parteras y cumplieron con los criterios de ser bilingües maya-español, alfabetas, tener una buena relación con las mujeres y las parteras y ser respetuosas del trabajo de estas últimas. Los nueve observadores fueron capacitados en métodos y técnicas de levantamiento de información, incluyendo el significado de cada uno de los ítems y la manera de formular y registrar las observaciones directas y las preguntas y las respuestas. Después de capacitados, se realizó una prueba piloto de los instrumentos en cada uno de los dos sistemas, en la que participaron con la autora principal. No hubo diferencias entre la información captada por esta última y el personal de campo, ni fue necesario hacer cambios en el contenido de los ítems. En el sistema tradicional, los partos fueron atendidos en las viviendas de las mujeres. Las parteras suelen recomendarles tener disponibles dos hamacas limpias, una para la atención del parto y la otra, para que madre e hijo descansen. Es costumbre que la partera arribe una vez que la mujer presente los dolores de parto. Aunque se observaron diferencias, durante el trabajo de parto, la mujer pudo caminar y se hicieron masajes abdominales o "sobadas" para estimular las contracciones uterinas y acomodar el tipté. En el momento del parto, la mujer se sentó en una hamaca,

extendió sus brazos y se agarró con fuerza de los extremos de ésta; el esposo u otro familiar cercano se colocó detrás, poniéndole los brazos debajo de las axilas para que se apoyara con seguridad. Se realizaron antisepsia de la región perineal y ruptura de la bolsa amniótica, prácticas aprendidas por las parteras que han tomado cursos de capacitación. En el posparto revisaron la placenta. La edad promedio de las parteras fue de 61.3 ± 4.7 años y 47.6% había recibido cursos de capacitación. Se encontraron diferencias significativas en dos de los tres procedimientos comunes a ambos sistemas: antisepsia de la región perineal y revisión de la placenta, los cuales fueron practicados con mayor frecuencia en el sistema hospitalario. Como en el caso de la atención del parto, se encontraron diferencias significativas en dos de los tres procedimientos comunes a los sistemas: aplicación de gotas oftálmicas y registro del peso al nacer, los cuales fueron realizados con mayor frecuencia en el sistema hospitalario. Una comparación al interior de cada uno de los sistemas reveló diferencias significativas en la atención entre hospitales, y entre parteras. En el hospitalario, sólo se encontró diferencia en la exploración física del recién nacido. En el sistema tradicional se observaron diferencias en la antisepsia de la región perineal, la higiene de la vivienda, la disponibilidad del equipo de parto, la revisión de la placenta y la práctica de masajes abdominales o "sobadas", los que, de acuerdo con nuestras observaciones, más que estimular las contracciones uterinas proporcionan alivio al dolor durante éstas. Asimismo, se encontraron diferencias en la aplicación de gotas oftálmicas y en la obtención del peso del neonato. Como hemos señalado, aunque no deberían ocurrir complicaciones en la atención del parto por vía vaginal, éstas se presentan. En conjunto, en el sistema hospitalario se presentó un número significativamente mayor de complicaciones maternas que en el sistema tradicional y en éste se presentaron más complicaciones neonatales que en el primero. Al comparar cada una de las complicaciones, no se encontraron diferencias significativas en el caso de las maternas pero sí en el de las neonatales. La conjuntivitis neonatal fue más frecuente en el sistema tradicional que en el hospitalario. Finalmente, se comparó el número total de complicaciones entre sistemas, sumando el número de complicaciones maternas y neonatales. En el hospitalario se presentaron complicaciones en

23.8% de los casos y en el tradicional en 20.2%. La diferencia no fue estadísticamente significativa.” (Childbirth,2019)

7.3. PROCEDIMIENTOS Y RECURSOS

“Los resultados muestran la existencia de complicaciones maternas y neonatales, aun cuando se trata de partos por vía vaginal. Las complicaciones observadas se relacionan con los procedimientos y recursos utilizados para la atención del parto y del recién nacido. Así, se encontró que las complicaciones maternas fueron más frecuentes que las neonatales, aunque su distribución en cada sistema fue diferente. Mientras que las primeras fueron más frecuentes en el sistema hospitalario, en el tradicional se presentaron con mayor frecuencia las complicaciones neonatales. La mayor frecuencia de complicaciones maternas en el sistema hospitalario puede atribuirse al manejo inadecuado y a la utilización de tecnologías médicas innecesarias en la atención del parto por vía vaginal. Los partos fueron atendidos por personal médico con diferente grado de especialización, sin que hubiera criterios que definieran el perfil o características de adiestramiento necesarios para su atención. El empleo indiscriminado de tecnologías puede aumentar el riesgo de complicaciones maternas y neonatales y, además, contribuir al encarecimiento del servicio. La complicación más frecuente fue el desgarro perineal, seguida por la infección o dehiscencia de la episiotomía. Aunque la posición de litotomía puede incrementar el riesgo de desgarros perineales, la causa principal de éstos es el manejo inadecuado del periné durante la fase expulsiva del parto. La infección y la dehiscencia se añaden a los riesgos de la episiotomía y pudieron ser consecuencia del empleo de materiales o instrumentos contaminados. Aunque la infección pudo también haber sido causada por negligencia de las mujeres. En un estudio realizado en un hospital de la Ciudad de México, la infección de la episiorrafia ocupó el segundo lugar entre las infecciones nosocomiales posparto. En el sistema tradicional, la complicación materna más frecuente fue también el desgarro perineal, la cual, como señalamos, es consecuencia de un manejo inadecuado del parto. La mayor frecuencia de complicaciones neonatales en el sistema tradicional puede atribuirse a la falta de recursos o a un manejo inadecuado. Específicamente, la conjuntivitis neonatal fue la complicación más frecuente y sólo se presentó en este sistema. En términos de

la evaluación de servicios de salud, estos resultados sugieren que la atención del parto por vía vaginal y del recién nacido en ambos sistemas es comparable en cuanto a calidad. Es decir, en los dos existe el riesgo de que se presenten complicaciones maternas y neonatales. En el caso de las primeras, se observó que en ambos se presentaron complicaciones severas que pueden poner en riesgo la vida de la madre (sangrado abundante en el posparto e infección puerperal). Sin embargo, en el sistema hospitalario se observó un mayor número de complicaciones menos severas que, si bien no comprometen la vida de la mujer, sí afectan su salud, estando algunas de ellas ligadas a la tecnología médica (infección o dehiscencia de episiotomía y flebitis por suero). En cuanto a las complicaciones neonatales, se observó una mayor frecuencia en el sistema tradicional, aunque la mayoría de los casos se refiere a una complicación que no compromete la vida del recién nacido (conjuntivitis). No obstante que, por tratarse de partos por vía vaginal, el número de complicaciones fue relativamente pequeño, éstas pueden atribuirse a deficiencias en los procedimientos y recursos utilizados y, por tanto, pudieron ser prevenidas. En el sistema hospitalario, las deficiencias pueden relacionarse con la falta de entrenamiento adecuado del personal y al uso indiscriminado de recursos y tecnologías médicas, y en el sistema tradicional a la carencia de recursos mínimos indispensables, a la falta de capacitación o de calidad de la misma. Es interesante hacer notar que en el sistema hospitalario el conjunto de procedimientos y recursos utilizados para la atención del parto y del recién nacido fue relativamente homogéneo, mientras que en el sistema tradicional se observó una variación relativamente grande. Esto puede deberse a la lógica que subyace a cada sistema, la cual se deriva de concepciones diferentes sobre el ser humano y la naturaleza. En el caso del primero, se trata de un saber institucionalizado, cuya transmisión involucra el aprendizaje escolarizado. En el segundo, se trata de un saber subordinado cuyo aprendizaje involucra la transmisión oral y el aprendizaje empírico. Estas diferencias son rara vez consideradas en el diseño de programas de capacitación para personal de salud y parteras, y del currículo de la carrera de medicina. Son escasos los estudios que evalúan los recursos y procedimientos utilizados por parteras tradicionales y sus ventajas y desventajas. Los pocos que lo han hecho han evaluado positivamente los masajes abdominales y la

posición de cuclillas para el parto. Desde luego, es necesario considerar las limitaciones de este estudio. Primero, fue pequeño debido a que se enfocó a evaluar la atención del parto por vía vaginal, el número de eventos observados, es decir, las complicaciones maternas y neonatales. Segundo, se realizó antes de que se estableciera la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que suprimen procedimientos médicos rutinarios e innecesarios. Sin embargo, los resultados encontrados son congruentes con los estudios que evalúan la tecnología médica y las prácticas de parteras tradicionales y sugieren la necesidad de llevar a cabo estudios que, como el presente, evalúen los recursos y procedimientos que cada sistema utiliza para atender el parto por vía vaginal y al recién nacido. Independientemente de que provengan de los saberes y prácticas tradicionales o de la medicina académica, es necesario identificar aquellos que por sí mismos o por su utilización incorrecta o indiscriminada representan un riesgo para la salud materno-infantil, así como aquellos que aseguran una atención con calidad y calidez, además de adecuada al contexto en el cual viven las mujeres. De esta manera, este tipo de estudios contribuiría a una evaluación objetiva de los sistemas hospitalario y tradicional, la cual, aunada a estudios de carácter antropológico médico, permitiría valorar el importante papel que juegan las parteras en la salud materno-infantil, así como al diseño y evaluación de programas de capacitación, que consideren sus necesidades y prácticas, permitan su participación activa y den seguimiento a las acciones de supervisión y provisión de recursos. Finalmente, estudios de este tipo también podrían contribuir a evaluar el impacto de la Norma Oficial y de las recomendaciones de la OMS sobre la práctica médica y la propia capacitación de las parteras empíricas.” (Midwives,2016)

7.4. PARTO MEDICALIZADO

“Hablar de parteras o comadronas tradicionales puede parecer, para algunos, algo anecdótico en un mundo cada vez más medicalizado y en el que la tecnología en el parto pretende ser la norma. Lo cierto es que, en 2007, el 37% de los partos no fue atendido por personal calificado. Aunque en ese año la cobertura superó el 99% en países desarrollados, en los países de bajos

ingresos fue inferior al 60% y en 2009 sólo ascendió al 66%. En 2012, en los países desarrollados casi todos los partos eran atendidos por personal calificado, pero en los países de bajos ingresos la proporción fue del 65%. No obstante, el panorama es heterogéneo y en algunos de los países más empobrecidos esa proporción desciende a menos del 20%. El resto recibió atención de las parteras tradicionales, familiares o vecinos, o no recibió ninguna atención. Evidentemente, este dato no nos dice mucho sobre las enormes diferencias entre las distintas regiones, países o al interior de un mismo país entre sus zonas rurales y urbanas, grupos étnicos, etcétera. Mientras en las "regiones más desarrolladas" el 99% de los partos recibió atención por personal calificado este porcentaje baja al 63% si nos referimos a las "regiones menos desarrolladas" y al 39% en el caso de los "países menos adelantados". Aunque ésta es la panorámica que muestran los datos oficiales, es difícil saber realmente cuántos partos son atendidos por personal calificado. En primer lugar, no todos los países disponen de sistemas de registro civil y, en la mayoría de los que cuentan con él, tan sólo se registra la cuarta parte de los nacidos vivos. Los partos atendidos por personal calificado en los hospitales, centros de salud o en domicilios son registrados y forman parte de los informes mensuales de atención de los que se nutren las estadísticas nacionales. No ocurre así con los partos atendidos fuera del sistema de salud. Sólo una minoría de las parteras tradicionales reporta a los centros de salud los partos que atiende. Por ello, habitualmente se trabaja con estimaciones basadas en los partos esperados para una determinada región; los partos no atendidos por personal calificado son el resultado de restar los partos atendidos por personal calificado a los partos esperados. Por otra parte, el término "personal calificado" tal vez no refleje con claridad en qué medida las mujeres disponen efectivamente de acceso a la debida atención, particularmente cuando surgen complicaciones. Uno de los principales problemas es determinar qué se entiende por personal calificado. Aun cuando se ha tratado de dar una definición uniforme de médico, enfermera, partera y partera auxiliar, es probable que muchos profesionales de la salud que se catalogan como "calificados" no cumplan los criterios aceptados internacionalmente. En ocasiones, es el personal auxiliar el que atiende los partos y el personal calificado —partera profesional, enfermera diplomada o médico— sólo atiende

los "partos complicados" en el mejor de los casos. Este personal auxiliar no se incluye en la definición de personal calificado y el UNFPA, en sus últimos documentos, los sitúa en el mismo plano de competencia que a las parteras tradicionales. No es extraño que existan dificultades para la clasificación del personal como calificado o no. El concepto ha sufrido modificaciones en los últimos tiempos que coinciden con el cambio de paradigma que, desde la década de los noventa, va abandonando la capacitación de las parteras tradicionales como estrategia para reducir la mortalidad materna. Para empezar, el propio término "personal calificado" es reciente y, por períodos, ha sustituido al de "personal capacitado" que anteriormente se utilizaba. Asimismo, se han modificado los criterios de inclusión o exclusión y se ha hecho más hincapié en la formación médica del personal. Otro factor que influye en que la atención del parto por personal calificado esté sobredimensionada es la presión que se ejerce por el cumplimiento de metas sobre el personal de salud en los países en desarrollo. El parto atendido por personal calificado figura como indicador para medir la reducción de la mortalidad materna en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo en los Objetivos de Desarrollo del Milenio en la iniciativa HIPC del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional para medir el progreso de la condonación de la deuda para los Países Pobres Altamente Endeudados. Estas presiones pueden haber influido sobre el personal de salud, cuyo trabajo es evaluado por el cumplimiento de estos indicadores, un "incentivo perverso" para la sobrestimación de partos atendidos por personal calificado. Se cuestionan también los contenidos de los programas de capacitación. Hay que destacar que la expresión "programa de capacitación" incluye una gran variedad de temáticas, metodologías, duración, periodicidad, evaluación y seguimiento. En nuestra opinión, este cuestionamiento no supone una objeción a la estrategia en sí, sino a la forma en que se ha materializado al aplicarse fórmulas generales y no adaptadas a la realidad de cada contexto. La función, los conocimientos y la experiencia de las parteras tradicionales varían mucho de unas regiones a otras, e incluso dentro de un mismo país. No es, pues, técnicamente válido elaborar una estrategia general de formación sin tener en cuenta estas diferencias. Un segundo problema es cualitativo: no está claro qué se les debería enseñar a las parteras tradicionales. Para modificar su

forma de actuar es necesario comprenderla, algo que raras veces se ha sugerido. Aun cuando fuera posible cambiar algunos de los componentes de los conocimientos tradicionales, ello podría «desestabilizar» el conjunto. Por otro lado, se objeta la conveniencia de aumentar la supervisión y el apoyo a las parteras por la escasez de tiempo y recursos del personal sanitario. A nuestro entender, este reconocimiento de la falta de profesionales sanitarios contrasta con la apuesta de promover la atención por personal calificado que supone, obviamente, aumentar los recursos humanos en las zonas más alejadas. Otro de los argumentos es la gran distancia del paradigma universalista biomédico propio del personal de salud frente a las culturas locales de las parteras tradicionales: El rol social de las parteras tradicionales, como el de los curanderos, está profundamente enraizado en la cultura local. No se reduce a dispensar asistencia para una afección determinada: lo abarca todo y reinterpreta el padecimiento de la paciente en su contexto cultural. Los defensores de la estrategia de formación de las parteras tradicionales no han tenido presente la enorme brecha cultural que separa a los métodos asistenciales modernos de las actividades de las parteras tradicionales.” (Severino,2019)

7.5. COMPETENCIA PROFESIONAL

“Incluye una combinación de conocimiento, desempeño, aptitudes, valores y actitudes. También incorpora la posesión de conocimientos y aptitudes suficientes para cumplir las tareas relacionadas con el trabajo, la ética, los valores y la capacidad para la práctica reflexiva. Las definiciones de competencia reconocen que el contexto en el que practica un individuo tiene una influencia importante en el desempeño. Las definiciones incluyen el reconocimiento y la comprensión de que puede haber más de una manera de practicar de forma competente. Una definición conceptual general de la competencia es la capacidad de cumplir una tarea específica de manera que produzca los resultados convenientes. Esta definición conceptual fue reflejada por WorthButler en la siguiente afirmación sobre los modelos de la competencia en la partería profesional. Esta se incluye además en el módulo asociado a las herramientas que establece la afirmación explícita de las competencias esenciales para el ejercicio de la partería profesional. La definición operativa de

competencia, por consiguiente, sería la documentación de un nivel aceptable de desempeño, mediante un proceso de evaluación estructurada, usando normas objetivas de la práctica profesional (conocimientos, aptitudes y capacidades) como criterios de calidad.” (Thompson,2015)

7.6. COMPONENTES DE LA COMPETENCIA

“En el intento de comprender el significado de la competencia, se deben considerar varios aspectos: Cada profesional, a título individual, progresa en un movimiento de vaivén en el proceso continuo desde el estado de principiante al de experto. Cuando los individuos han adquirido inicialmente una habilidad, la habilidad debe reforzarse de vez en cuando para mantener un grado de competencia similar. Además, surgen continuamente nuevas aptitudes, a medida que avanza la tecnología. Profesionales muy experimentados pueden ser alumnos principiantes de nuevas aptitudes. El grado hasta el que una persona afronta una situación de forma independiente, o tras consulta, cambia en estas circunstancias.

-De manera análoga, la base de conocimiento que sustenta la práctica profesional evoluciona continuamente. El concepto de competencia requiere que el nuevo conocimiento se incorpore al conjunto del conocimiento aprendido y que el individuo lo considere cuidadosamente en lo que respecta a cualquier implicación que este nuevo aprendizaje pudiera tener para la aplicación en la práctica.

-La competencia demuestra comportamientos de práctica segura. La práctica segura implica seguir las normas descritas en las directrices de práctica; tener conciencia de las limitaciones personales en cuanto a conocimientos y experiencia y solicitar asistencia; utilizar estrategias que reduzcan al mínimo el daño a sí mismo o a los pacientes (por ejemplo, usando precauciones apropiadas ante una posible exposición a una infección); y pensar críticamente en cualquier circunstancia (es decir, conocer los principios que sustentan cualquier acción que se seleccione, en cualquier circunstancia particular).

La competencia también puede percibirse como práctica ética. La práctica ética se define en gran medida por las interpretaciones universales de conceptos

como los derechos humanos y la justicia equitativa. Sin embargo, la práctica ética —definida individualmente— puede reflejar valores personales religiosos, morales y culturales. Estos últimos pueden hacer que un individuo decida no participar en ciertos aspectos de la atención a los clientes, lo que supone una “pérdida de aptitudes”, o no adquirir o mantener la competencia en determinadas aptitudes prácticas. No obstante, los principios éticos obligarían al individuo a ofrecer orientación a sus pacientes o clientes sobre cómo podrían acceder a estos aspectos de la asistencia de forma legal y práctica a través de otros proveedores.” (Tools,2019)

7.7. ÁMBITOS DE LA COMPETENCIA

“En general, se acepta que las siguientes características sean los componentes individuales de la competencia. El conocimiento cognoscitivo que es la comprensión de los principios teóricos de la práctica segura (la comprensión de hechos y procedimientos). El conocimiento se adquiere a través del aprendizaje individual (lecturas, discusiones, deliberaciones, debates) y de la tutoría (observación de otros, obtención de retroalimentación). El conocimiento de partería profesional se adquiere a lo largo de la vida profesional. Incluye necesariamente la comprensión de los conocimientos fundamentales (básicos). Sin embargo, también incluye el aprendizaje y la comprensión de la nueva información que surge a medida que evoluciona la ciencia de la asistencia de maternidad. Este nuevo conocimiento —actualizado— puede exigir el cambio de la manera en que se lleva a cabo la práctica. El conocimiento científico debe traducirse en la aplicación práctica; esto se refleja en el desempeño de las aptitudes clínicas (la capacidad para realizar acciones específicas). Las aptitudes de partería profesional se adquieren mediante el ejercicio clínico guiado (también conocido como tutoría clínica). Las actuales prácticas educativas óptimas hacen hincapié en el aprendizaje basado en la competencia, en el que un individuo tiene suficientes oportunidades para adquirir y demostrar un nivel de desempeño inicial y seguro en cada una de las aptitudes que se han determinado como esenciales para el ejercicio clínico de la partería profesional. La competencia también incluye necesariamente un conjunto de atributos personales, es decir, las capacidades. Estos atributos son más difíciles de describir o definir. Sin embargo, se reflejan en la manera en

que cualquier individuo aplica el conocimiento y las aptitudes en el contexto de la prestación de atención clínica. Comprenden, por ejemplo, las aptitudes de comunicación (hablar y escuchar), la capacidad de demostrar relaciones interpersonales de apoyo y el pensamiento crítico (que se definirá más adelante). Estas habilidades pueden modelarse, pero es difícil describir de forma precisa cómo las adquieren otros. La medición de estos atributos también plantea un reto, porque deben usarse determinaciones indirectas o sustitutivas para documentar que se han demostrado estas capacidades. El pensamiento crítico se define como un proceso decidido de juicio autorregulador. Incluye los procesos cognoscitivos que constituyen el pensamiento profesional. La aplicación del pensamiento crítico en el ejercicio de la partería profesional se asocia de alguna manera a la toma de decisiones clínicas, el razonamiento diagnóstico, el juicio clínico y la resolución de problemas. Es un proceso de pensamiento reflexivo y razonable. Las características del pensamiento crítico incluyen el análisis, la inferencia, el razonamiento, la interpretación, la evaluación y la apertura de mente. El pensamiento crítico implica una combinación de las capacidades requeridas para definir un problema, seleccionar la información que es pertinente para su solución, reconocer las suposiciones que sustentan un proyecto de resolución y la capacidad de juzgar la validez de la información que se está considerando. El pensamiento crítico es diferente del pensamiento creativo, que incluye la generación de nuevas ideas, en lugar del proceso en gran medida retrospectivo, reflexivo y evaluador que define el pensamiento crítico. Se considera que el proceso de pensamiento crítico puede desarrollarse en otros mediante actividades como preguntar, debatir y estudiar casos, mientras que el pensamiento creativo es una capacidad personal. La competencia también incluye demostrar comportamientos profesionales, como las actitudes y los valores que se reflejan en el contexto ético en el que un individuo lleva a cabo la práctica clínica. Los atributos socialmente apropiados y generalmente aceptables (por ejemplo, el concepto de prestación de asistencia) pueden modelarse en ambientes didácticos y de práctica. Sin embargo, su aprobación por parte del individuo está influida por sus creencias y experiencias sociales, religiosas y culturales. Por último, cabe señalar que aunque este módulo se centra en las competencias relacionadas con la provisión de asistencia de

calidad al paciente, es posible que en un contexto particular de práctica se exijan al individuo competencias más amplias. Este conjunto de conocimientos, aptitudes y capacidades adicionales se reconoce, aunque no se trata más detalladamente. Incluye, entre otras, competencias relacionadas con:

-La gestión y organización de la prestación de servicios de salud.

-La participación comunitaria activa estimulante. La preconización y la promoción de servicios de salud reproductiva integrales, que incluyan la participación en el desarrollo de políticas sanitarias para la salud reproductiva.”

(Scott MA,2019)

7.8. DISTINCIÓN ENTRE COMPETENCIA Y DESEMPEÑO

“Hay una distinción esencial entre la competencia y el desempeño, y no debe inferirse la primera del último. La competencia se refiere a la capacidad de actuar de un individuo. El desempeño se refiere a lo que un individuo hace, en el contexto real de la práctica profesional, es decir, el comportamiento real que se observa. El desempeño puede verse afectado por el ambiente de práctica, que puede potenciar o dificultar la aptitud de reflejar la capacidad de práctica competente en los resultados conductuales reales. Por consiguiente, cualquier intento de medir la competencia mediante la observación del desempeño debe tener muy en cuenta el contexto de práctica. Esta comprensión implica necesariamente la importancia de usar múltiples medios y estrategias para medir el desempeño profesional y el concepto de la competencia profesional.”

(Childbirth,2017)

7.9. RELACION ENTRE COMPETENCIA Y CONFIANZA

“Ya se ha señalado el hecho de que hay un movimiento continuo en el proceso de evolución desde el estado de principiante al de profesional clínico experto. Del mismo modo varía la confianza, dependiendo del nivel autoevaluado de comodidad en el desempeño real de una habilidad particular. Puede ocurrir que un individuo sea capaz de realizar una habilidad de una manera que satisfaga todos los criterios objetivos de la práctica segura (por ejemplo, realizando todos los componentes de una técnica en el orden correcto y de la manera correcta, hecho que se comprueba mediante el uso de una lista de

verificación clínica objetiva) pero al mismo tiempo, no se sienta relajado o cómodo cuando la lleva a cabo. Esta falta de soltura personal puede conducir a la renuencia a poner en práctica esta habilidad cuando se le exhorte a hacerlo en el curso de la práctica clínica. De manera análoga, puede ocurrir que un individuo tenga en un momento determinado tanto la competencia como la confianza para poner en práctica cierta capacidad, pero que, debido a que la oportunidad para llevarla a cabo en la práctica real era limitada, ha perdido cierto grado de cualquiera de estos atributos. Esto se aplica tanto a los sucesos de bajo volumen o baja frecuencia como también a las aptitudes fundamentales (que pueden salvar vidas). El caso clínico que requiere el uso de una habilidad particular puede darse con escasa frecuencia (por ejemplo, la necesidad de realizar un parto con ventosa). También puede ocurrir porque las políticas del entorno clínico en el que practica un individuo restrinjan el desempeño de esa habilidad a otro cuadro de proveedores. Tal circunstancia puede conducir a un menor grado de competencia o de confianza personal en la capacidad de llevar a la práctica la habilidad de forma segura, en caso de verse exhortado a hacerlo. Tanto la competencia como la confianza pueden fomentarse mediante la educación profesional y la supervisión de apoyo continuas.” (Castalia,2015)

8. SUPERVISIÓN DE LAS PARTERAS PROFESIONALES

8.1. SUPERVISIÓN DE APOYO

“La supervisión de apoyo es una descripción de la manera en que se puede realizar la supervisión para brindar el máximo apoyo a las parteras. Los retos de trabajar independientemente pueden ser abrumadores. El simple hecho de saber que hay alguien disponible para uno, personalmente, representa una gran ventaja, aún cuando esa persona sea simplemente alguien a quien plantear sus ideas o interrogantes, o alguien con quien se puede tener una conversación después de una experiencia difícil o que represente un reto. El poder compartir sus inquietudes en estas circunstancias puede resultar sumamente positivo. En los servicios sanitarios modernos, los cambios se dan a un ritmo vertiginoso. Eso puede resultar muy tensionante para las parteras, especialmente si implica un cambio en la práctica o el área de trabajo. La

supervisora de parteras está bien posicionada para asesorar y guiar a las parteras que sienten el reto del cambio. Para que la supervisión sea beneficiosa es imprescindible que haya un respeto mutuo entre las supervisoras y las parteras. El trabajar en asociación permitirá aprovechar la supervisión al máximo, y ampliará la eficacia del proceso de supervisión no solo beneficiando a las parteras sino también a las madres y bebés que ellas atienden. La partera debería sentir confianza de que su práctica está siendo apoyada por una supervisora de parteras.” (Racero,2018)

.....

8.2. SUPERVISIÓN ESTATUTARIA DE LAS PARTERAS

“La finalidad de la supervisión estatutaria de las parteras es proteger a la población usuaria y apoyar y promover la buena práctica de partería. Las parteras en muchos países pueden ejercer de manera independiente. Lo que significa que no se les exige que deriven usuarias al médico a no ser que exista un desvío de la normalidad o que haya complicaciones. Por lo tanto, es esencial que existan supervisores de parteras para facilitar la práctica segura y autónoma de la partería. El término “supervisión estatutaria” se refiere al sistema de supervisión de parteras dentro de un marco regulatorio. Las autoridades gubernamentales crean estatutos (leyes) que rigen el ejercicio de la partería en el país en cuestión. Las leyes de Partería o Leyes de Enfermería y Partería son ejemplos de estos estatutos promulgados en el Reino Unido (R.U.). La primera regulación que reglamentaba la partería en el Reino Unido fue introducida al promulgarse la Ley de Partería en 1902. La ley de Partería exigía que para poder ejercer todas las parteras estuvieran registradas oficialmente. Desde entonces se ha ido actualizando la Ley y el papel de las parteras certificadas de manera regular. La ley o las leyes establecían un cuerpo estatutario para regular la partería, dándole la potestad de mantener el registro de las parteras y regular la educación y el ejercicio de la profesión. Más adelante la legislación introdujo códigos, reglas y exigencias de formación para las parteras: a través de este estatuto, las supervisoras de las parteras se hacían responsables de controlar el cumplimiento de las reglas y códigos. La introducción de la supervisión de la partería llevó a una mejora de los estándares de partería y determinó una situación en la que las mujeres tuvieran mayores probabilidades de recibir atención de profesionales seguras. Se obligó

a las parteras a inscribir su nombre en un registro y notificar su intención de ejercer cada año, para que los inspectores de parteras pudieran evaluar si su solicitud es apropiada. Los supervisores de parteras tenían la obligación de notificar al Oficial de la Autoridad de Supervisión Local (ASL) de cualquier partera cuyo nivel fuera considerado insatisfactorio y que representara un peligro al público. En esos casos, el funcionario de la ASL tenía la autoridad de suspender a la partera de la práctica. La supervisión estatutaria sigue vigente hasta la fecha, pero con el apuntalamiento de la supervisión de apoyo. Las supervisoras controlan la práctica de las parteras en su lugar de trabajo, aunque no necesariamente directamente. Se reúnen anualmente con las parteras para una revisión de supervisión, en una reunión uno a uno en la que se analizan temas relacionados con la práctica y el desarrollo profesional. La supervisión es una manera de apoyar la práctica profesional de las parteras, proporcionándoles acceso a una supervisora de parteras designada, que es responsable de controlar la práctica de las parteras individuales que le hayan sido asignadas.” (Croom,2015)

8.3. SUPERVISIÓN CLÍNICA

“La supervisión clínica adopta un enfoque diferente, que difiere de la supervisión estatutaria de las parteras. Se basa buscar y crear oportunidades y sistemas para la supervisión de las parteras. Cada uno de los elementos de la supervisión clínica se puede adaptar y aplicar en cualquier condición de país, y por lo tanto resulta de utilidad para las parteras a nivel mundial. La supervisión clínica es un término que cubre muchos aspectos del apoyo y desarrollo de los profesionales. Se puede brindar la supervisión clínica en base individual a cada profesional o como un método destinado a supervisar y apoyar a grupos de parteras que trabajan en un sitio común. Los enfoques principales de la supervisión clínica son:

-La mentoría

-La preceptoría

-La práctica reflexiva

(Croom,2017)

.....

8.4. SUPERVISIÓN CRUZADA

“El término “supervisión cruzada” describe el proceso en el que un supervisor apoya a los profesionales que están trabajando en un área de práctica diferente. Podría ser un supervisor de parteras que supervise a parteras en un hospital o una comunidad diferente de su área regular de trabajo, o simplemente una supervisora de parteras basada en un hospital, que supervisa a las parteras que trabajan en la comunidad. La supervisión cruzada puede resultar necesaria cuando no se dispone de supervisores de parteras en un área y se solicita que una supervisor de parteras de otra área haga esa cobertura. La distancia en cuestión puede variar de un área a otra y de un país a otro. Es muy probable que haya áreas donde sea imposible tener un acceso directo a las parteras que necesiten ayuda o asesoramiento debido a la localidad y falta de transporte. En esas circunstancias se puede recurrir a la comunicación telefónica o sistema radial. Este enfoque es perfectamente aceptable para ofrecer asesoramiento, y resulta muy tranquilizador para la partera involucrada el poder tener una segunda opinión en caso de emergencia.” (Valenciana,2019)

8.5. IMPORTANCIA DE SUPERVISAR

“Al cuidar, desarrollar y empoderar a las parteras a través de la supervisión, las mujeres y los bebés que ellas tienen a su cargo se beneficiarán a su vez con un mayor nivel de seguridad por parte de los profesionales que dan la atención. Cuando las parteras trabajan de una manera subóptima aún a pesar del apoyo y el desarrollo profesional que se les ofrecen con la supervisión, hay dos maneras de abordar las circunstancias. En primer lugar, el supervisor puede dar un mejor apoyo y un desarrollo profesional específico, tratando de mejorar la práctica y en segundo lugar, cuando las circunstancias indican que es improbable que la actuación de ese profesional mejore, o en aquellas instancias en que una minuciosa documentación de los acontecimientos muestre que la práctica es inadecuada, se le puede retirar a la partera la habilitación para trabajar.” (González,2020)

.....

8.6. APOYO A LAS PARTERAS

“En la actualidad la supervisión se ofrece desde una perspectiva mucho más de apoyo que en los primeros tiempos, cuando se desarrolló la supervisión estatutaria hace más de un siglo. Los supervisores de parteras actúan como guías y consejeros de las parteras en los casos que éstas atienden. Se encuentran disponibles para asesorar sobre asuntos de la práctica o para escuchar cuando las parteras tienen que manejar una situación difícil. Apoyan el desarrollo profesional de las parteras y se reúnen con ellas de manera regular para hablar sobre sus preocupaciones, para ayudarlas a reflexionar y considerar con ellas sus metas para el futuro. El propósito común de todas las parteras y de todas las supervisoras de parteras es brindar la mejor atención posible a las madres y sus bebés. La manera más eficaz de brindar ese nivel de atención será la base de la comunicación entre el supervisor y el supervisado. La regularidad de los contactos y de la comunicación ayudará a promover una mutua consideración y el compromiso de reunirse regularmente. La supervisión ha demostrado ser un abordaje positivo para apoyar la práctica - no solo de las parteras - sino también de otras profesiones. La supervisión puede llegar a tener inclusive un efecto restaurador, particularmente en circunstancias en las que los profesionales trabajan en un entorno estresante, y en ambientes de trabajo de gran exigencia. El apoyo que brindan los supervisores también ha demostrado tener un impacto positivo sobre la satisfacción laboral, agotamiento emocional y depersonalización.” (Damiani,2017)

8.7. BENEFICIOS EN LA SUPERVISIÓN PARA LA FORMALIZACIÓN PROFESIONAL

“La gobernanza clínica es un marco a través del cual las organizaciones se hacen responsables de la mejora continua de la calidad de sus servicios y de salvaguardar altos estándares de atención . La intención de la gobernanza clínica es crear un ambiente que propenda la excelencia en los cuidados clínicos y en el que el concepto de gestión de riesgo se aplique a nivel de toda la organización. Los supervisores de partería sirven de soporte al marco de gobernanza clínica abogando por la madre y el bebé y llevando un control de la

actuación profesional de las parteras. Esto promueve un estándar seguro de la práctica de partería que incrementa la calidad de la atención. Las supervisoras de parteras cumplen su papel de proteger al público siendo conscientes de la cultura actual de seguridad en sus áreas de trabajo y estando preparadas para informar a los Administradores de Salud Superiores, de los riesgos que surgen cuando las maternidades no están provistas del personal suficiente, tanto profesional como de apoyo. La supervisora de parteras que se toma seriamente el papel de protección pública también reconocerá la necesidad de informar a la dirección sobre los riesgos asumidos en su área de gestión. Sin embargo, la gestión de riesgos es una responsabilidad compartida entre las supervisoras y las parteras en ejercicio. El ejercicio de la responsabilidad profesional mantiene la cultura de seguridad de la profesión de partería. Esto significa que las parteras deberían reconocer cualquier limitación en su conocimiento y competencia, y rechazar cualquier deber o responsabilidad si no es capaz de realizarlas de manera segura y hábil. Sin embargo, a menudo es difícil para la partera en ejercicio actuar en base a este principio, particularmente cuando no hay nadie más que pueda hacer las tareas, y por lo tanto, no se podría satisfacer las necesidades de los usuarios. También se puede apoyar los altos estándares de atención a través de un programa de auditorías de supervisión. Las autoridades que supervisan pueden disponer de visitas de auditoría de supervisión a cada maternidad, en las dependencias sanitarias y en las comunidades. Se puede evaluar la manera de ejercer la partería en estas condiciones comparándolas con los estándares de práctica establecidos, tales como las normas de la OMS Haciendo el embarazo más seguro. El auditor, como evaluador externo, está en posición de recomendar acciones remediales en las circunstancias donde existen variaciones inaceptables en la práctica clínica de la partería, o donde la atención es inapropiada para las necesidades de las mujeres. La autorregulación profesional y el aprendizaje continuo constituyen también temas claves de la gobernanza clínica. Ya han sido descritas como parte integral de la supervisión de las parteras, promoviendo y desarrollando prácticas seguras y difundiendo buenas prácticas basadas en la evidencia y la innovación. Los supervisores son importantes para el apoyo de este marco, para un desarrollo profesional continuo y para actualizar el conocimiento de partería.” (Rojas,2018)

8.8. SUPERVISIÓN A PARTERAS

“Un programa formal de supervisión dedica tiempo de reuniones regulares especialmente para que las parteras se puedan reunir con su supervisora y reflexionar sobre su práctica durante el período de trabajo previo. De ser factible, se recomienda una revisión anual. Si se desea, o si resultara necesario, las parteras pueden disponer de reuniones más frecuentes. Las parteras que estén preocupadas por cualquier aspecto de su práctica pueden conversar sobre esos temas con franqueza, sabiendo que esas conversaciones son confidenciales, y que constituyen una oportunidad para recibir apoyo y orientación, más que crítica. Las parteras también deberían poder hablar con sus supervisoras cada vez que lo necesiten o cuando quieran hacerlo. Es conveniente que las supervisoras de las parteras tengan cargos clínicos, para que tengan la oportunidad de trabajar al lado de las parteras que supervisan y para facilitar un contacto informal más regular. La revisión de supervisión es una oportunidad para analizar el desarrollo profesional. La supervisora puede servir como una caja de resonancia, ofreciendo asesoramiento y orientación, y ayudando a la partera individual a tomar decisiones. La supervisora de parteras es, en efecto, responsable de facilitar las oportunidades que permitan mantener y desarrollar sus habilidades, desarrollar nuevas destrezas, conocimientos y competencias. Se recomienda a las parteras que se hayan visto involucradas en una situación complicada de manejar a que se reúnan con sus supervisoras y que reflexionen sobre cómo se manejó la emergencia, los acontecimientos que llevaron a esa situación y su resultado. En estas situaciones, el papel de una supervisora es brindarle apoyo a la partera, y proteger la profesión de partería y los usuarios que se atienden. En algunas circunstancias muy graves puede ser útil contar con la asistencia de otro supervisor, a quien se le puede solicitar que realice una investigación de la supervisión, mientras tanto que la supervisora asignada brinda su apoyo a la partera, ayudando a identificar brechas en el conocimiento o debilidades en la práctica. Estas brechas se pueden abordar mediante un aprendizaje apropiado y apoyado por la supervisora de parteras en el lugar de trabajo, haciendo enlace con el departamento local de formación de partería si se necesitara el aporte de la academia.” (MorenoSoto,2020)

.....

8.9. RESPONSABILIDADES DE LA SUPERVISORA DE PARTERAS

“La supervisora de parteras asume las responsabilidades descritas anteriormente en este módulo. Las supervisoras constantemente, y a menudo subconscientemente, van siguiendo un control de la práctica de todas las parteras en el área que tienen a su cargo. Esta actitud de estar constantemente “consciente de la práctica” estimulará a la supervisora a asegurarse de ver que toda la práctica esté al día, sea basada en la evidencia, y que cumpla con las normas. Las supervisoras van a estar dando poder a las líderes en su servicio de maternidad. Las parteras reconocerán que las supervisoras también son fuentes de información, orientación y apoyo. La principal responsabilidad de una supervisora es controlar la práctica de partería; esto se realiza de varias maneras:

- Trabajando en las áreas clínicas con las parteras.
- Haciendo una auditoría de las historias y evaluando los resultados clínicos.
- Contribuyendo a la auditoría clínica, incluyendo la realización de investigaciones confidenciales de las muertes maternas y los óbitos fetales.
- Organizando reuniones con las parteras para hablar de su trabajo.
- Investigar los incidentes clínicos.
- De igual importancia es brindar el apoyo a las parteras. Esto se logra mediante:
 - Reuniones regulares con las parteras a su cargo para hablar sobre su trabajo.
 - Responder las solicitudes de asesoramiento y orientación de las parteras sobre asuntos clínicos.
 - Estar disponible para actuar como caja de resonancia cuando las parteras necesiten una segunda opinión.
 - Apoyar a las parteras que han tenido una experiencia clínica difícil.
 - Reflexionar con las parteras sobre su práctica.

.....

-Alentar a las parteras a alcanzar sus metas.

-Arreglar el desarrollo profesional apropiado para las parteras.”

(Tovar,2015)

9. CONCLUSIÓN

Al finalizar la presente investigación concluyo que las matronas, en los últimos cien años, han representado una actividad permitida y vinculada a las mujeres de manera tradicional, por ser una de las primeras profesiones femeninas cualificadas que permitió, que durante mucho tiempo, aún carentes de formación académica reglada y organizada, fueran capaces de ofrecer a la sociedad y en concreto a otras mujeres una labor profesional y una voluntad férrea de hacer el bien. Posteriormente recibirían una enseñanza mejor legislada para su incorporación al mercado laboral, incluso en tiempos donde las sociedades eran completamente jerárquicas, y el trabajo y el sostén económico en el seno familiar se le asignaba al hombre. Las matronas, como mujeres inmersas dentro de una profesión femenina se les ha exigido una serie de requisitos legislativos desiguales con respecto a otros profesionales; tanto la edad mínima, como la necesidad de una autorización marital y las cualidades de orden moral para el acceso a la formación como matronas, continuará apareciendo en los textos legislativos que se irán sucediendo a lo largo del tiempo. “Las matronas han sido unas profesionales sanitarias dispersas, con pocos medios, sin ninguna cohesión profesional, olvidadas de las autoridades, sin poder reclamar derechos y para asociarse debían de hacerlo con los practicantes al ser un gremio muy reducido y con escaso peso específico ante los poderes públicos.” (Cano,2018) El oficio de atención y ayuda durante el parto, así como las enfermedades relacionadas con la mujer habían estado prohibidos a los hombres, justificándose tanto por inconvenientes de la propia cultura, como por normas morales e incluso por supersticiones cuando la enfermedad y el ejercicio de la Medicina estaba más ligado a utilizar lo mágico y lo simbólico. El prestigio social de las matronas, se vio condenado durante la Edad Media justificado en parte, por ser un número elevado de profesionales, que no sabían leer ni escribir y como consecuencia carecían de una formación teórica idónea que les aportara modelos completos de instrucción para el

desarrollo de su profesión, así como unos conocimientos y métodos sistemáticos que determinasen situaciones donde este aprendizaje de conocimientos podían o debían aplicarse. Al contrario de lo que ocurría con los cirujanos, que se consideraban profesionales formados en conocimientos teórico- prácticos y entendedores de los conceptos científicos, considerándoles aptos para ejercer la obstetricia. “Las mujeres eran las más expertas en lo relacionado a custodiar y vigilar la salud de sus familias, los conocimientos empíricos, los adquirían de unas a otras, diestras en todo lo relacionado con el aparato reproductor femenino, el embarazo y el parto. Se conocían dos tipos de matronas: Las que atendía a la gente rica, bien pagadas y con prestigio social. Y las que atendía al pueblo con pocos o ningún recurso económico, y que cobraba un sueldo que solo le permitía ir sobreviviendo. Hasta mediados del siglo XIX los profesionales dedicados a la Medicina era una combinación de cirujanos, barberos sangradores, boticarios, parteras, algebristas, y médicos puros, donde la cirugía era independiente de la medicina y hasta bien entrada la Edad Media, la asistencia médica estaba muy restringida a las clases más humildes. Podemos confirmar que para acceder a la profesión de matrona en un principio, no se les exigía saber leer ni escribir. Si se pedía una formación más moral que académica, basada en buenos hábitos y costumbres, además de ser soltera, viuda o casada con consentimiento del marido.” (Silva,2017) El predominio de la actuación estatal, supuso para las matronas un notable avance en cuanto a la formación y a la asistencia a los partos, hasta entonces, muy complicado de cambiar por la usanza de siglos anteriores. Las nuevas tendencias que se atisban para las matronas en el siglo presente, analizan las principales corrientes que suceden en torno a la atención integral de la mujer, todo ello, desde la experiencia y con los cambios de los fenómenos culturales y sociales. “Aceptando entre otras, las nuevas formas de familia, los estudios antropológicos y sociológicos de género, la diversidad e identidad cultural. Asumiendo el reto de que las barreras culturales y de comunicación, no deben influir en una atención sanitaria de calidad, enfrentándose a una no discriminación por la cultura. Y que los cambios políticos, sociales y económicos, no deben de ir en contra de aspectos como son la salud, las condiciones de vida y de bienestar. En definitiva, las matronas son profesionales altamente cualificados, con capacitación suficiente para ser

profesionales independientes que ofrecen cuidados de calidad a las mujeres, basados siempre en la evidencia científica. En lo que a competencias se refiere, las matronas no se ven debidamente reconocidas y valoran como lenta e insuficiente la actuación por parte de las instituciones, que son responsables de contemplar a la especialista obstétricoginecológica en la ocupación de plazas libres o de nueva creación donde se desarrollen sus funciones. En el ámbito de la relación con el paciente, las matronas ven una sociedad cómplice en su actuación y que reconoce su labor como profesional, una figura de apoyo en ese momento tan trascendente de su vida como es el nacimiento de un hijo. Queda bastante claro que la sociedad realiza definiciones de la matrona como el personal que trata a la mujer de parto, y se ve sorprendido cuando ve su figura en su centro de atención primaria controlando el embarazo y realizando otras muchas funciones en la mujer no embarazada, o incluso otras desconocidas como los programas de educación afectivo-sexual a adolescentes.” (Híades,2020) El conocimiento de estas funciones permitirá a la población hacer un uso correcto de las mismas. Por el contrario, en lo que a su percepción de los profesionales sanitarios respecta se señalan algunas barreras. Y es que, parece ser que la lucha por la defensa de ser un personal independiente no puede bajar la guardia ante la figura del médico, entendiéndose que las competencias de la matrona no pueden ser usurpadas por los obstetras cuando se trata de un parto que no presenta problemas. La figura de la comadrona está todavía muy presente según las anotaciones recogidas en los cuestionarios. Su labor es considerada como eminentemente técnica y de ellas destacan un nivel de empatía, proximidad y confianza sobresalientes, debido a que en la mayor parte de los casos, incluso previo al embarazo o al parto, estas profesionales eran conocidas y casi siempre eran las que de forma exclusiva se dedicaban a la atención al parto. “Trabajaban en el medio extrahospitalario, en los domicilios y sus actuaciones tendrían mayores competencias a medida que adquirían lo que denominamos “oficio”, o sea experiencia, en una carrera entregada en la que no faltaban actuaciones especialmente complicadas, solas y con escasísimos medios a disposición. Reiteramos que el juicio de su alta consideración social estaba fundado en la cercanía con las familias, eran conocidas por generaciones, e incluso por la exclusividad, circunstancias diametralmente opuestas a las actuales en que una gestante a lo largo de un

parto puede ser atendida por más de un profesional matrona. Todo ello nos confirma, el cometido insustituible de la matrona. Su emblema persiste en todas las culturas, a pesar de los cambios y de circunstancias adversas por las que han pasado estas profesionales. Será muy difícil suprimir esta misión, la de acompañar y ayudar a la mujer. Ciertamente es que por diversos motivos sigue siendo una profesión mayoritariamente femenina, pero la desigualdad de género que aún persiste en nuestra sociedad no debiera amedrentar, sino más bien al contrario, seguir creciendo e investigando, transitando por la modernidad; conseguir el justo reconocimiento profesional por parte de usuarios y administraciones de salud, algo que mejorará con una mayor visibilidad social, pero ineludiblemente si esto se produce unido a una oferta exclusiva de servicios de calidad en la atención a la salud sexual y reproductiva.” (Racero,2015) Las profesiones como las personas y sus medios de vida han ido cambiando a lo largo de la historia. En cualquier momento en el que nos detengamos de la historia las mujeres han sido asistidas en el momento del parto. Desde este punto de vista nos encontramos un personaje claro, nos corresponde como la matrona. Aunque no siempre vinculadas con este nombre ni con la autoridad con la actualmente las conocemos. En la historia las mujeres siempre han sido sanadoras, han sido las primeras médicas, anatomistas, farmacéuticas y matronas. Sabían procurar abortos, actuaban como enfermeras, y administraban hierbas medicinales. Durante siglos han sido médicas transmitiendo sus conocimientos de generación en generación, quedando apartadas de los libros y la ciencia oficial. Las matronas han ido cambiando a lo largo de su historia, han cambiado sus conocimientos, sus prácticas, e incluso la forma en que han sido percibidas por la sociedad. Han evolucionado desde tradiciones populares y culturales hasta conocimientos y técnicas basadas en la evidencia científica. El saber y la práctica de las matronas han estado condicionados por múltiples factores y circunstancias. El carácter de la sociedad ha favorecido y mantenido su estatus. La falta de formación, impedida por su acceso a la universidad e incluso a la lectura, debido a su sexo, les ha llevado a una transmisión oral de mujer a mujer. La falta de acceso a la lectura y escritura durante siglos ha hecho la que la documentación existente sea escasa, en comparación por la aportada por el género masculino. Nos encontramos con un progreso en la

historia de la matronas, evolucionando tanto en práctica como en conocimientos, y el reconocimiento de tal como profesión. Actualmente tienen sus funciones, derechos y deberes bien establecidos en las ordenaciones jurídicas, lo que las convierte en una figura bien reconocida en la sociedad.



10. BIBLIOGRAFÍA

10.1. ELECTRÓNICA

+https://es.wikipedia.org/wiki/Ram%C3%B3n_Nonato?fbclid=IwAR0kE4W77vz-xRz0IczvzeUnQo1ICwcd59t10USixs8g-xLDJqXh9Aa_ayo

+https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38480/GuiaAutorizacionParteras.pdf?fbclid=IwAR0s8xflne1FKq4POQ6Up5lfBt7e_wK0OSZIKI1CK4X7pWImEJuxiMHmOPY

+<https://www.mexicodesconocido.com.mx/las-parteras-mexicanas-oficio-sagrado.html?fbclid=IwAR2J02V9kpcRIj0DSFjOJIALFA2UYhQP-hd9-l3W5GSRg-WLbCvozyh25P4>

+<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5615/6091?fbclid=IwAR3mDYCFImEuVdecbhOLhpmuZnM-bExpWPokKu0MKuoIMTVkh7gJUu1KhA>

+https://www.redalyc.org/jatsRepo/120/12046949002/html/index.html?fbclid=IwAR35tsLNzdSnpGk32wAmPjy_5x-xmxSduE5FO0ntwbmWYcbHvzvNbxNBbEM

+https://ddd.uab.cat/pub/dynamis/02119536v19/02119536v19p167.pdf?fbclid=IwAR01jCSI_Fhqau3i4Kr-QXbqQu6vH6r_W_S_5wIYqkomYCQCUTwqziWshxA

+https://enfeps.blogspot.com/2012/07/antecedentes-historicos-de-las-parteras.html?fbclid=IwAR1SjeuW_8Dt9kAI_QIB2DybfuZnE8trB1AEbO9rWiK1Zu6ZzpkEp1Mzx8

+https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&alias=548-2011-el-estado-de-las-parteras-en-el-mundo&category_slug=sfc-salud-reproductiva-materna-y-neonatal-global-y-regional&Itemid=255

+http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Tesis_Alba_Ramirez.pdf

+<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/enfermeria2.pdf>

+http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/048_GPC_Cesarea/IMSS_048_08_EyR.pdf

.....

+http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/121_GPC_NUTRICION_PARENTERAL_PED/Ssa_121_08_grr.pdf.

+http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

+http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/Tamiz_Neonatal_lin_2007.pdf

+<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/hemorragia.pdf>

+http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/PREECLAMPSIA_ECLAMPSIA_lin-2007.pdf

+<https://idconline.mx/archivos/media/2016/04/07/norma-oficial-mexicana-nom-007-ssa2-2016-para-la-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-de-la-persona-recin-nacida>

+<http://tie.inspvirtual.mx/portales/esian/moodle/bloque4/Tema1/pdf/Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM-007-SSA2-1993.pdf>

+<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v62n2/v62n2a10.pdf>

+https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38859/9243561502_spa.pdf;jsessionid=301FFA272F2A5EBD332D27C8FB724C47?sequence=1

+https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/es_SoWMy_Full_1.pdf

+<http://www.lunamaya.org/nosotras/>

+<https://www.mexicodesconocido.com.mx/las-parteras-mexicanas-oficio-sagrado.html>

+<https://asociacionmexicanadeparteria.org/>

+https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=858:foro-parteria-sumando-esfuerzos&Itemid=499

+<https://www.france24.com/es/20191013-ellas-hoy-parteria-sabrina-speich>

+http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Propuestas_y_Recomendaciones.pdf

+<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1657/355>

+http://www.omm.org.mx/images/stories/Documentos%20grandes/Propuestas_y_Recomendaciones.pdf

+http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100012

+<https://www.animalpolitico.com/punto-gire/parteria-para-el-bienestar/>

+<https://igualdaddegenero.cndh.org.mx/Content/doc/Publicaciones/parteria-tradicional.pdf>

+<https://www.unfpa.org/es/parter%C3%ADa>

10.2. BÁSICA

+Arcipreste de Hita, Libro de Buen Amor. Colección Odres Nuevos.

.1 Versión de María Brey Mariño.

+Cabré i Pairet, M.; Ortiz Gomez T. Sanadoras, matronas y médicas en

.2 Europa. Siglos XII-XX. Icaria. Barcelona 2015.

+Cuadri Duque, M.J. Antecedentes históricos de la formación de las

.3 matronas. Hiades. Revista de enfermería, nº 5-6, , p.p 259-283.

+Cruz y Hermida, J. Las matronas en la historia. SEGO 2017.

+Decreto Publicado en el BOE, Domínguez-Alcón, C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid. Pirámide, 2018.

+Gaceta de Madrid nº 1710. Madrid, 10 de Septiembre de 2019.

+Gaceta de Madrid nº 332, de 28 de Noviembre de 2019.

+García Martínez, M.J.; García Martínez, A.C.; Valle Racero, J.I. La imagen de la matrona en la Baja Edad media. *Hiades. Revista de enfermería*, nº 3-4, 2016/2017, 61-81.

+García Martínez, MJ.; García Martínez, AC. Fechas claves para la historia de las Matronas en España. *Hiades, Revista de Historia de la Enfermería* nº 5-6, 2016/89, 243-259.

+García Martínez, M.J.; Valle Racero, J.I. Estudio de un documento del siglo XVII referente a la solicitud de una carta de examen para el ejercicio del oficio de matrona. *Matronas Hoy* 2018, 2: 37-40.

+García Martínez, M.J.; García Martínez, A.C.; Valle Racero J.I.

+Matrona y beneficencia en la Sevilla del XIX. *Híades* 2018; 2: 43-56.

+Gómez, M.D. Matronas ¿Cómo ha evolucionado una profesión?

+*Revista Rol de Enfermería*, 2019 Mar, 20(3): 71-74.

+Marland, H. (ed.). *The Art of Midwifery*, London, Routledge, 2020.

+Molina Burgos, P.A.; Molina Burgos, C. "Inicio de la formación de las parteras en España". *Garnata*, nº15, 2018, p.p. 15-20.

+Colliere M. F. *Promover la vida*. Madrid: Inter-Americana McGraw-Hill; 2015.

+Téllez Infantes A. Trabajo, identidad y género: la puesta en juego de las representaciones ideológicas. *Cuadernos Relaciones Laborales* 2019; 20(1): 191-214

+Siles González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería* 2020; 13(47): 7-10.

+Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. 5ª ed.; Madrid: Siglo XXI, 2020.

+Rhodes M. Saber y práctica de la matronería en Gran Bretaña, 2021. En: Cabré M, Ortiz T. editors. Sanadoras, matronas y médicas en Europa. Siglos XII-XX Barcelona: Icaria editorial; . Pp. 189-213.

+Linares Abad M. Las matronas en el Jaén del siglo XX. El caso de la comarca de Sierra Mágina. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses; 2018.

+Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 2019. Gaceta de Madrid.

+Real Orden aprobando el Reglamento para la enseñanza de Practicantes y Matronas. Gaceta de Madrid.

+Real Decreto de 10 de agosto de 2019. Gaceta de Madrid.

+Real Orden de 15 de marzo de 2020. Gaceta de Madrid

+Siles González J. Historia de la Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2017.

+Ortiz Gómez, T. “Género y estrategias profesionales. La formación de las matronas en la España del siglo XVIII”. En Ramos Palomo, M. D.

+Alic, M. (2015). El legado de Hipatia. Historia de las mujeres en la ciencia desde la Antigüedad hasta finales del siglo XIX. Siglo veintiuno editores, Madrid, España.

+Bover, A., Gallego, G., Mulet, M.A. y Ruiz, D. (2019). El arte de las matrnas del siglo XVI. ¿Enfermería Intengral?. Notas de enfermería, 1(6):49-54.

+Chalmers, B., Mangiaerra, V. y Porter, R. (2018). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

+Chalmers, B., Mangiaerra, V. y Porter, R. (2017). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto.

+Consejo General de Enfermería (2015). Informe sobre Competencias de las Matronas y tareas que realizan las Doulas.

+De la Rosa, Z., Rivas M.T. y Alguacil, M.V. (2015). Recorrido legislativo de la profesión de matrona. *Metas de enfermería*, 17(6): 70-73.

10.3. COMPLEMENTARIA

+Vera Balanza, M.T. El trabajo de las mujeres. Pasado y presente.

+Málaga. Diputación Provincial de Málaga, 2019, p.p. 229-238.

Ortiz, T. Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del Siglo XIX. *Arenal, Revista de Historia de las mujeres*, vol 6, nº1, 2020.

+Ortiz, T. Luisa Rosado. Una matrona en la España ilustrada, *Dynamis*, 2019, 12, 323-346 From hegemony to subordination: midwives in early-Modern Spain. In: Hilary Marland (ed.). *Hist. Illus.*, 2020 Jun, 16(3)

+Ortiz, T. Protomedicato y matronas: una relación al servicio de la cirugía.

+Rojas, F. de. *La Celestina*. Edición de Bruno Mario Damiani. Madrid: Ediciones Cátedra, S.A., n.º 4., 2018, p. 157.

+Santos Otero, A. *Los evangelios apócrifos*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 2015.

+Siles González, J. *Historia de la Enfermería*, vol. 1. Alicante. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, 2015. Speert, H. *Obstetrics and Gynaecology. A history and iconography*.

+Parthenon Publishing, 2019.

+Towler, J.; Bramall, J. *Midwives in history and society*. Beckenham, Kent: Croom Helm, 2018. Usandizaga, M. *Historia de la obstetricia y de la ginecología en España*. Ed Labor. Barcelona, 2020 Madrid: Editorial Castalia, 2019, 9. Valle Racero, J.I. +El saber y la práctica de las matronas: desde los primeros manuales hasta 1957. *Matronas profesión*, 2019, nº 9, p. 28.

+Documento de reclamación de Competencias de la Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Posicionamiento de la Federación de Asocioaciones de Matronas 2015

+Gallego- Caminero, G., Miró-Bonet, M., Ferrer , P. y Gastaldo, D. (2018). *Las parteras y/o comadronas*

+García, M.J. y García, A.C. (2020). Fechas claves para la historia de la matrona en España. *Híades, revista de Historia de la Enfermería*, 5 (6): 246-256.

+Iboleón, M.C. (2019). *Matronas en la segunda mitad del siglo XX. Diferencias formativas y su impacto social*. *Hiades*, 2(10):1071-88.

+Ministerio de Sanidad y Consumo (2015). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*.

+Ortiz, T. (2017). De matrona a matrona: Francisca Irachaeta y la divulgación de la ciencia obstétrica en España en 1870. *Biblid* 6(1): 183-195.

+Ortiz, T. (2018). *Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del siglo xix*. *Arenal*, 6(1) 55-79.

+Serrano, I. (2019). *Apuntes históricos de la profesión de matrona a propósito de la exposición de “matronas y mujeres en la historia”*.

+Subirón, A. Et al. (2020). *Las primeras mujeres tituladas para la asistencia al parto en la Universidad de Zaragoza*.

+Subirón, A.B. et al. (2019). Los primeros 50 años de las matronas en la Universidad de Zaragoza. *Matronas Profesión* 15(4):112-8.

+Whitworth, M. y Dowswell, T. (2020). Promoción sistemática de la salud pregestacional para mejorar los resultados del embarazo. *Biblioteca Cochrane Pluss*.

+Towler J, Bramall J. *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson; 2017. p. 201-213.

+Cuadri Duque MJ. Antecedentes históricos de la formación de las matronas. *Híades* 2020; IV(5-6):261-270.

+Castellote Vázquez E, De las Heras Estepa B, Ruiz Crespo G, Sobrino Vega C. ¿Conocen las mujeres usuarias de los centros de salud de la Comunidad Autónoma de Madrid? *Revista Matronas Hoy* 2020.

+Gómez Ruiz MD. Matronas, ¿cómo ha evolucionado la profesión? *Rev ROL enferm* 2017; 20(211)71-74.

+Fernández Becerra MP, López García J. La matrona hospitalaria frente a la sociedad actual. *Revista Evidencia* 2019; 161-170.

+Bachiller Ramón C. Estudio de opinión sobre la imagen de la matrona. *Matronas Hoy* 2020; 5:18-23.

+Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G. García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruna MI. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto? *Rev ROL enferm* 2015; 24(4):290-299.

+El Rol de Matronas Profesionales en la Promoción de Derechos y Salud Sexual y Reproductiva»2019

+Competencias esenciales para la práctica básica de la partería (2018)

+García, M. y García, A. C. Las funciones de la matrona en el mundo antiguo y medieval. Una mirada desde la historia. *Revista Matronas Profesión*. 2015. 6 (1): 11- 18.

+Ruiz-Berdún, Dolores (2019) La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas. Cultura de los Cuidados, vol. 32, págs. 76-81

+ Arsuaga, J. L., La especie elegida, Ed. Tema 2016-2017

+Cruz y Hermida, J., Las Matronas en la historia desde la mitología a nuestros días, Plaza , 2017.

GLOSARIO

A

- **Aborto:** Pérdida prematura (espontánea) o extracción (inducida) del embrión o del feto no viable; pérdida debida a una falla en el proceso normal de desarrollo o maduración.
- **Absceso:** Acumulación localizada de pus y de tejido licuado en una cavidad.
- **Adrenalina:** Hormona secretada por la médula suprarrenal que tiene acciones similares a las que produce la estimulación simpática. También llamada epinefrina.
- **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación.
- **Analgesia:** Alivio del dolor. Ausencia de la sensación del dolor.
- **Anatomía:** Estructura o estudio de la estructura del cuerpo y la relación entre sus cuerpos.
- **Anestecia:** Pérdida total o parcial de la sensibilidad o la sensación, puede ser general o local.
- **Aréola:** Cualquier pequeño espacio en un tejido. Anillo pigmentado presente alrededor del pezón.

- **Articulación:** Unión; punto de contacto entre los huesos, el cartílago y el hueso o el diente y el hueso.
- **Articulación del hombro:** Articulación sinovial entre el húmero y la escápula.

C

- **Caudal:** Relativo o perteneciente a cualquier estructura semejante a una cola; en posición inferior.
- **Cavidad pélvica:** Porción inferior de la cavidad abdominopélvica que contiene la vejiga urinaria, el colon sigmoideo, el recto y las estructuras reproductivas masculinas y femeninas.
- **Ciclo ovárico:** Conjunto de sucesos ováricos mensuales asociados a la maduración de ovocito secundario.
- **Ciclo reproductor femenino:** También llamado ciclo menstrual, término general usado para referirse a los ciclos ováricos y uterinos, los cambios hormonales que los acompaña, y los cambios cíclicos que tiene lugar en las mamas y cuello uterino.
- **Ciclo uterino:** Serie de cambios que se realizan en el endometrio de una mujer no embarazada, prepara al útero para recibir al óvulo fecundado. También llamado ciclo menstrual.
- **Cordón umbilical:** Estructura larga con forma de cuerda que contiene las arterias umbilicales y la vena umbilical y que une al feto con la placenta.
- **Coxis:** Huesos fusionados en el extremo inferior de la columna vertebral.

E

- **Elasticidad:** Capacidad de un tejido de volver a su forma original.

- **Embarazo:** Secuencia de fenómenos que normalmente incluyen la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y fetal y culmina con el nacimiento.

F

- **Feto:** En los seres humanos, el organismo en desarrollo dentro del útero desde el comienzo y del término del tercer mes hasta el nacimiento.

H

- **Hormona:** Secreción de las células endócrinas que modifican la actividad fisiológica de las células diana del cuerpo.

L

- **Lactación:** Secreción y expulsión de leche por las glándulas mamarias.

P

- **Placenta:** Estructura especial a través de la cual se produce el intercambio de sustancias entre la circulación materna y fetal.

V

- **Vagina:** Órgano muscular tubular de las mujeres que va desde el útero hasta el vestíbulo, situado entre la vejiga urinaria y el recto.